ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen

für praktische Ärzte und Studierende

Jacobi, Eduard

Berlin [u.a.], 1913

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 2059 -1-

urn:nbn:de:hbz:38m:1-145469

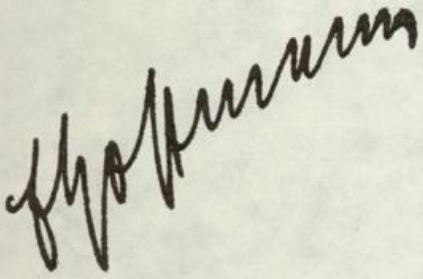
Visual Library

JACOBI
ATLAS DER
HAUTKRANKHEITEN
FÜNFTE AUFLAGE ▫ ERSTER BAND

ZB MED Köln
4640300-01

ZENBERG
EN

AUS DER BIBLIOTHEK
ERICH HOFFMANN



1978

E. JACOBI

ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN.

FÜNFTE AUFLAGE.

Alle Rechte vorbehalten.

Amerikanische Ausgabe für die Vereinigten Staaten von Nordamerika und Kanada in New York.

Englische Ausgabe für Großbritannien und Irland und die Kolonien in London.

Französische Ausgabe für Frankreich und die Kolonien in Paris.

Italienische Ausgabe für Italien in Mailand.

Russische Ausgabe für Rußland in St. Petersburg.

Spanische Ausgabe für Spanien in Madrid.

Copyright 1912, by Urban & Schwarzenberg, Berlin.

ATLAS

DER

HAUTKRANKHEITEN

MIT EINSCHLUSS DER WICHTIGSTEN

VENERISCHEN ERKRANKUNGEN

FÜR

PRAKTISCHE ÄRZTE UND STUDIERENDE

VON

DR. E. JACOBI,

A. O. PROFESSOR UND DIREKTOR DER DERMATOLOGISCHEN UNIVERSITÄTS-KLINIK
IN FREIBURG I. BR.

FÜNFTE AUFLAGE.

266 FARBIGE UND 2 SCHWARZE ABBILDUNGEN AUF 161 TAFELN
NEBST ERLÄUTERNDEM TEXT.

I. BAND.

URBAN & SCHWARZENBERG.

BERLIN
N, FRIEDRICHSTR. 105 B.

WIEN
I, MAXIMILIANSTR. 4.

1913.

Ui VI
2059
— 1 —

Zentral-
bibliothek
der
Medizin
Köln
38 M

HERRN GEH. MEDIZINALRAT

PROF. DR. ALBERT NEISSER

IN BRESLAU

GEWIDMET.

Druck von Christoph Reisser's Söhne, Wien V.

Hochverehrter Herr Geheimrat!

Wenn ich die ergebene Bitte an Sie richte, mir zu gestatten, daß ich Ihnen den vorliegenden Atlas widme, so ist es nicht allein das Gefühl herzlicher Dankbarkeit des früheren Assistenten gegenüber seinem, auch über die klinische Tätigkeit in Breslau hinaus stets hilfsbereiten und anregenden Lehrer, was mich zu meiner Bitte veranlaßt: Das vorliegende Werk ist so sehr unter Ihrem Einfluß und mit Ihrer Beihilfe entstanden — nur durch das außerordentliche Entgegenkommen, mit welchem Sie mir die Schätze der kostbaren Moulagensammlung Ihrer Klinik zur Verfügung stellten und neue Moulagen für meine Zwecke besonders herstellen ließen, wurde es mir überhaupt erst ermöglicht, das Werk in dem vorliegenden Umfange herzustellen —, daß es mir geradezu unnatürlich erschiene, wenn ich nicht Ihren Namen an die Spitze des ganzen Werkes setzen dürfte! — — Schon längst hatte ich mich mit dem Gedanken getragen, die neuen Methoden der photomechanischen Reproduktion für den Unterricht in unserem Fache nutzbar zu machen. Aber erst das neue, von **Dr. Albert in München** erfundene Verfahren (Citochromie) ermöglichte die Herstellung **absolut getreuer farbiger Bilder** zu verhältnismäßig niedrigem Preise mit **fast vollständiger Ausschaltung manueller Nachhilfe,** hauptsächlich auf dem Wege des farbigen, photographischen Druckes. Da es zunächst aus technischen Gründen nicht möglich war, die Reproduktionen direkt nach dem Leben herzustellen, mußten wir zu Moulagen greifen, die, wenn sie auch die individuelle Auffassung des nachbildenden Künstlers nicht ganz ausschließen, doch heute in solcher Vollkommenheit angefertigt werden, daß sie wohl im stande sind, den lebenden Kranken — für das Auge wenigstens — vollständig zu ersetzen. Mit der größten Liberalität überließen Sie mir, hochgeehrter Herr Geheimrat, gegen hundert Moulagen der **Breslauer** Sammlung zur Nachbildung. Außerdem wurde mir von

der Verwaltung des **Hôpital Saint Louis** (Paris) gestattet, eine Anzahl der von **Baretta** gefertigten Modelle reproduzieren zu lassen; die Herren Prof. **E. Lesser, O. Lassar** in Berlin, Dr. **Bayet** in Brüssel, sowie Dr. **Henning** in Wien kamen mir in gleicher Weise entgegen; eine Anzahl Moulagen stellten **wir selbst** her, so daß ich, wenn auch nicht ohne beträchtliche Schwierigkeiten, die Originale für meine Tafeln erreichen konnte. Ich ergreife mit Freuden die Gelegenheit, all den obengenannten Herren, den Künstlern, welche die Moulagen herstellten, Herrn **Kröner in Breslau,** Herrn **Kolbow in Berlin,** Herrn **Kasten** ebenda, Herrn **Johnsen,** Mouleur an meiner Klinik, und Herrn **Baretta in Paris**[1], sowie meinen Assistenten, Herrn Dr. **Lehmann** und Herrn Dr. **Schwab** (letzterer jetzt in Breslau), die mich in der bereitwilligsten Weise unterstützten und schließlich ganz besonders Herrn Dr. **Albert in München,** der die ungemein schwierige Herstellung der Reproduktion selbst in die Hand nahm und in vollendet künstlerischer Weise durchführte, an dieser Stelle meinen herzlichen Dank auszusprechen. Ebenso haben die Firmen Meisenbach, Riffarth & Co., Berlin-München, durch die tadellose Anfertigung der Klischees, und W. Büxenstein, Berlin, durch die peinlich sorgfältige Ausführung des Druckes der Tafeln Anspruch auf meine aufrichtige Dankbarkeit.

Was die **Auswahl der Bilder** betrifft, so möchte ich hervorheben, daß ich weniger auf die in den meisten Sammlungen vorherrschenden absonderlichen und „interessanten" Fälle, als auf **typische Krankheitsbilder** Gewicht gelegt habe; denn dieser Atlas soll dem praktischen Arzt ein Nachschlagebuch sein und dem Studierenden das Studium der Dermatologie erleichtern. —

Manchem wird das neue Werk als eine überflüssige Vermehrung der bereits in beträchtlicher Zahl vorhandenen Atlanten der Haut- und Geschlechtskrankheiten erscheinen. Ich selbst halte die Existenz des vorliegenden Bilderwerkes aber für berechtigt, da dasselbe in einer meines Erachtens ganz **vorzüglichen Technik** einen reichhaltigen **Lehr- und Nachschlageatlas aller für den Praktiker wichtigen Erkrankungen** für einen verhältnismäßig **billigen Preis** bringt. Daß es möglich war, einen so billigen Preis festzusetzen, ist ein nicht zu unterschätzendes Verdienst der **Verleger,** welche kein Opfer gescheut haben, um den Zweck des Atlasses, die weitere Verbreitung der Kenntnisse in unserm so überaus wichtigen Fache, zu unterstützen und zu fördern.

In bezug auf den **Text** habe ich mir große Beschränkung auferlegt und bringe nur so viel über **Diagnose, Verlauf und Therapie** der einzelnen Erkrankungen, wie zum Verständnis der Bilder durchaus notwendig erscheint; ein

[1] Eine Moulage (Variola) stammt von Tramond in Paris.

Atlas kann ja nicht ein Lehrbuch des betreffenden Faches ersetzen, sondern soll das Studium der in großer Anzahl vorhandenen ausgezeichneten Handbücher erleichtern, ergänzen und fruchtbringend gestalten.

So gestatte ich mir denn, hochverehrter Herr Geheimrat, dieses Werk in Ihre Hände zu legen und bleibe in steter Verehrung und Dankbarkeit

Ihr ergebener

E. JACOBI.

Freiburg i. Br., im Januar 1903.

Lieber Freund und Kollege!

Ich erkläre Ihnen ohne jeden Umschweif und ohne jeden Vorbehalt, daß ich Ihre freundliche Widmung herzlich gern annehme und mich über diesen Ausdruck freundschaftlicher Gesinnung aufrichtig gefreut habe. Sie, wie jeder meiner früheren Mitarbeiter an der Breslauer Klinik, wissen ja, daß ich mir kein wirkliches Assistentenverhältnis denken kann, das nicht auch zu einer freundschaftlichen Beziehung zwischen Chef und Assistenten führt und ich empfinde es als ein großes Glück, daß die allermeisten meiner ehemaligen Hilfsärzte mit mir durch dauernde Freundschaft verbunden sind.

Wenn ich nun die Widmung Ihres Atlasses annehme, so erwächst mir auch eine gewisse Verpflichtung, diesem Patenkind sein Fortkommen zu erleichtern. Leider kann ich, nachdem ich sein Zustandekommen durch Überlassung der wirklich vorzüglichen Krönerschen Moulagen nach Kräften gefördert habe, dazu nichts weiter tun, als ihn den Kollegen, Ärzten und Studierenden empfehlen. Ich meine aber: Jeder, der einen Blick auf die Tafeln wirft, wird ihre Vorzüglichkeit anerkennen müssen; denn — von dem großen Hebraschen Atlas abgesehen — Besseres, Naturgetreueres, so unmittelbar Wirkendes hat noch kein Atlas geboten. Sollte ich je dazu gelangen, farbige Tafeln für irgend ein Werk zu gebrauchen, stets würde ich das von Ihnen unseren Zwecken zuerst nutzbar gemachte Verfahren in Anwendung bringen lassen.

Wie ich höre, wird der Atlas schon in kürzester Frist durch die Mitarbeiterschaft der Kollegen Pringle, de Amicis und Dubois-Havenith in englischer, italienischer (spanischer) und französischer Ausgabe erscheinen. Schon diese internationale Anerkennung Ihres Werkes scheint mir ein überzeugender Beweis dafür, daß Sie etwas ganz besonders Gutes den Dermatologie Treibenden in die Hände geben wollen. — Also: Glück auf! Möge die viele Arbeit, die Sie hinter sich haben, durch entsprechenden Erfolg belohnt werden. Das wünscht Ihnen aufrichtigst

Ihr getreuer

A. NEISSER.

Breslau, Januar 1903.

Vorwort zur fünften Auflage.

Die Herausgabe der vorliegenden fünften Auflage, die ich etwa acht Jahre nach Vollendung der ersten, drei Jahre nach der vierten Auflage meinen Lesern vorlege, gewährt mir eine besondere Genugtuung: ist es mir doch möglich geworden, eine größere Anzahl von Verbesserungen und Erweiterungen, die längst geplant, aber aus äußeren Gründen immer wieder zurückgestellt worden waren, durchzuführen und damit die Brauchbarkeit und den Wert des Werkes für den praktischen Arzt und den Studierenden der Medizin, wie ich glaube, zu erhöhen. Vor allen Dingen wurde eine Reihe von Bildern aufgenommen, die wirkliche Lücken auszufüllen bestimmt sind — ich nenne hier besonders **Rubeola, Miliaria rubra, Gangraena diabetica,** u. a. m.

Sodann wurde eine Anzahl von Figuren, die meinen Anforderungen nicht mehr genügten, ausgeschieden und durch Reproduktionen nach guten, meist an meiner Klinik hergestellten Moulagen ersetzt, wie z. B. **Mikrosporie, Kerion Celsi, Eczema madidans, Lichen planus mucosae oris** (nach einer Moulage aus der Abteilung des Prof. Zinßer in Köln a. Rh.), etc. etc.

Auch einige Krankheiten, die zwar im allgemeinen als Seltenheiten gelten, aber sicher öfter als man annimmt dem allgemeinen Praktiker vorkommen, habe ich neu aufgenommen, sowie solche Erkrankungen, deren Vorkommen auf gewisse Gegenden beschränkt scheint, wie z. B. **Pellagra, Orientbeule** einerseits, **Hydroa vacciniformis, Sporotrichosis, Granulosis rubra nasi** andererseits; gerade solche, weniger häufig vorkommende Fälle können ja nur an der Hand lebenswahrer Abbildungen erkannt werden.

Meinem schon in früheren Auflagen beobachteten Bestreben, möglichst viele und verschiedene Erscheinungsformen derselben Erkrankung im Bilde wiederzugeben, bin ich auch dieses Mal treu geblieben, u. zw. wurden besonders die Abbildungen aus dem Gebiete der Syphilis vermehrt.

Eine Anzahl Bilder, deren Klischees durch den Druck der früheren Auflagen abgenutzt waren, wurden durch Reproduktionen meist im größeren Format ersetzt, was besonders für die Erkennung feinerer Details von Vorteil sein dürfte.

Als ganz besonderen Vorzug der neuen Auflage muß ich die geradezu hervorragende Ausführung des Druckes der Tafeln durch die Firma F. Bruckmann in München hervorheben. Bei der großen Schwierigkeit, ältere, schon etwas abgenützte Klischees neben ganz neuen zu verwenden, ist es, wie ich mich bei wiederholter tagelanger Anwesenheit in der Druckerei selbst überzeugen konnte, nur den angestrengten und unermüdlichen Bemühungen der am Druck beteiligten Herren zu verdanken, wenn ein Resultat erzielt wurde, das nicht nur den früheren Auflagen gleichkommt, sondern dieselben noch übertrifft. Ich erfülle nur eine angenehme Pflicht, wenn ich den Herren, die jeder meiner Anregungen bereitwillig Folge leisteten, meinen verbindlichsten Dank ausspreche. Daß die von derselben Firma hergestellten zahlreichen neuen Klischees den höchsten Anforderungen genügen, bedarf kaum besonderer Erwähnung.

Schließlich wurde es mir durch das Entgegenkommen meines Verlegers ermöglicht, die Abbildungen auf eine größere Anzahl von Tafeln zu verteilen, wodurch einmal erreicht wurde, daß die einzelnen Bilder besser zur Geltung kommen, andererseits eine mehr sachgemäße Anordnung erzielt wurde.

Wie früher, so wurde ich auch dieses Mal durch eine Anzahl von Kollegen und Freunden, die mir ihre Moulagen in entgegenkommenster Weise zur Verfügung stellten, unterstützt, in erster Reihe wieder durch Geheimrat **Neißer**-Breslau, dann durch Dr. **de Beurmann**-Paris, der mir die Übernahme zweier Tafeln aus der Ikonographia dermatologica gestattete, ferner durch Prof. **Merk**-Innsbruck, Prof. **Touton**-Wiesbaden und Prof. **Zinßer**-Köln a. Rh. Ihnen allen herzlichen Dank!

Auch den Mouleuren, besonders den Herren **Baretta**-Paris, **Kröner**-Breslau und **Vogelbacher** von meiner Klinik, von welchem die meisten neu aufgenommenen Moulagen stammen, spreche ich meinen besten Dank aus.

Der Text wurde wieder einer genauen Durchsicht unterzogen, in einzelnen Kapiteln ganz umgearbeitet und, entsprechend den neu aufgenommenen Figuren, um eine Anzahl von Krankheitsbildern vermehrt.

So übergebe ich denn die neue Auflage, für deren schöne und gediegene Ausstattung ich meinem **Verleger** zu größtem Dank verpflichtet bin, meinen Lesern; gleichzeitig erscheinen neue Auflagen in englischer, französischer, italienischer, russischer und spanischer Sprache.

Möge das Werk in seiner jetzigen Form seine alten Freunde sich erhalten, neue dazu erwerben!

Freiburg i. Br. im Herbst 1912.

Prof. E. JACOBI.

INHALTSVERZEICHNIS.

Affectiones cutaneae.	Tafel	Fig.	Textseite
Achroma Vitiligo siehe Vitiligo.			
Acné cheloidéenne siehe Dermatitis papillaris capillitii.			
Acne e fabricatione Chlori	LXXXIII	138	114
Acne ex usu Bromi siehe Toxicodermia ex usu Bromi.			
Acne ex usu Jodi	LXXXIII	137	114
Acne ex usu Jodi siehe Toxicodermia ex usu Jodi.			
Acne necrotica (varioliformis)	LXXVI	126	105
Acne rosacea	LXXVII	127	107
Acne varioliformis Bazin siehe Mollusca contagiosa.			
Acne vulgaris (A. simplex s. iuvenilis s. punctata), Comedones (faciei)	LXXV	123	101
Acne vulgaris, Comedones (dorsi)	LXXV	124	101
Acrodermatitis atrophicans siehe Atrophia cutis idiopathica.			
Actinomycosis cutis	LXXIV	122	100
Adenoma sebaceum (Pringle)	XCIII	153	130
Alopecia areata	CXXIV	203	181
Angiomata senilia siehe Verrucae seniles.			
Anthrax (Pustula maligna)	LXXIV	121	99
Aphthae	LIX	98	73
Area Celsi siehe Alopecia areata.			
Atheroma multiplex (Cystes sebaceae)	XCIX	164	143
Atrophia cutis idiopathica (acquisita)	LXXXVII	144	121
Atrophoderma pigmentosum siehe Xeroderma pigmentosum.			
Cancroid siehe Ulcus rodens.			
Carbunculus verus siehe Anthrax.			
Carcinoma siehe Ulcus rodens.			
Carcinoma epitheliale cicatrisans	CIII	170	149
Carcinoma linguae	CIV	171	151
Carcinoma penis	CIV	172	151
Cavernomata senilia siehe Verrucae seniles.			
Cheiropompholyx siehe Dysidrosis.			
Chloasma	XC	148	128
Chloracne siehe Acne e fabricatione Chlori.			
Circinaria siehe Eczema seborrhoicum sterni.			
Circulus migrans linguae siehe Exfoliatio areata linguae.			

	Tafel	Fig.	Textseite
Comedones siehe Acne vulgaris (faciei).			
Condyloma subcutaneum siehe Mollusca contagiosa.			
Condylomata acuminata siehe Papillomata.			
Condylomatosis pemphigoides maligna siehe Pemphigus vegetans Neumann.			
Creeping disease siehe Myiasis linearis.			
Crusta lactea siehe Eczema chronicum infantum.			
Cystes epidermoidales siehe Atheroma multiplex.			
Cystes sebaceae siehe Atheroma multiplex.			
Dermatitis contusiformis siehe Erythema nodosum.			
Dermatitis herpetiformis (Duhring)	XIII	20	14
	XII	19	13
Dermatitis lichenoides pruriens siehe Lichen simplex chronicus (Vidal).			
Dermatitis papillaris capillitii	LXXVIII	129	109
Dermatomycosis favosa siehe Favus.			
Dermatomyoma multiplex	XCVI	158	137
Dyschromia gingivae saturnina	LX	100	76
Dysidrosis	VII	13	8
Ecthyma gangraenosum	CXVIII	193	171
Eczema acutum cum pigmentatione	CIX	178	159
Eczema artificiale siehe E. e professione.			
Eczema chronicum infantum (Crusta lactea)	CXV	189	161
Eczema chronicum squamosum (cum affectione unguium)	CXIII	185	159
Eczema chronicum volae manus corneum	CXIII	186	162
	CXIV	187	162
Eczema corneum plantae pedis	CXIV	188	162
Eczema crustosum axillae	CXI	182	159
Eczema crustosum mammae	CXI	181	163
Eczema e professione	CXII	184	160
Eczema figuratum (flanellare) siehe Eczema seborrhoicum sterni.			
Eczema folliculare (en plaques)	CIX	179	163
Eczema madidans (rubrum)	CX	180	169
Eczema mamillae Paget siehe Morbus Paget.			
Eczema mycoticum siehe Eczema seborrhoicum Unna.			
Eczema orbiculare oris	CXII	183	161
Eczema psoriasiforme siehe E. seborrhoicum sterni.			
Eczema rubrum siehe E. madidans.			
Eczema seborrhoicum sterni (psoriasiforme)	CXVI	191	163
Eczema seborrhoicum Unna	CXV	190	164
Elephantiasis consecutiva siehe Lupus vulgaris (sclerosus).			
Elephantiasis Graecorum siehe Lepra tuberosa.			
Elephantiasis penis et scroti	LXXXIX	146	125
Epithelioma siehe Carcinoma epitheliale cicatrisans.			
Epithelioma siehe Ulcus rodens.			
Epithelioma contagiosum siehe Molluscum contagiosum.			
Erysipelas	LXXIII	120	97
Erythema centrifugum siehe Lupus erythematosus.			
Erythema exsudativum multiforme (E. iris dorsi manus)	I	2	1
Erythema exsudativum multiforme (E. iris volae manus)	I	1	1
Erythema exsudativum multiforme (papulosum)	II	3	1
Erythema exsudativum multiforme (vesiculosum)	II	4	1

	Tafel	Fig.	Textseite
Erythema induratum scrophulosorum Bazin	XXXII	52	40
Erythema iris siehe Erythema multiforme.			
Erythema nodosum (contusiforme)	III	5	3
Erythema papulosum desquamativum siehe Pityriasis rosea.			
Erythema toxicum siehe Toxicodermia.			
Erythrasma	XLVIII	77	59
Excoriationes chronicae linguae siehe Exfoliatio areata linguae.			
Exfoliatio areata linguae	LVIII	95	69
Favus scutularis et herpeticus	XLVI	75	55
Favus scutularis	XLVI	74	55
Febris scarlatinosa siehe Scarlatina.			
Fibromata mollusca	XCVI	157	137
Folliclis siehe Tuberculid.			
Folliculitis barbae (Sycosis simplex)	LXXVI	125	103
Gangraena diabetica	XIX	28	23
Gommes scrophuleux siehe Lupus vulgaris.			
Granuloma fungoides siehe Mycosis fungoides.			
Granulosis rubra nasi	LXXVIII	130	111
Gutta rosea siehe Acne rosacea.			
Herpes circinatus siehe Erythema multiforme vesiculosum.			
Herpes febrilis siehe Herpes labialis.			
Herpes iris siehe Erythema multiforme.			
Herpes labialis	V	10	5
Herpes pemphigoides siehe Dermatitis herpetiformis Duhring.			
Herpes progenitalis	V	9	5
Herpes progenitalis sive genitalis (penis)	IV	8	5
Herpes simplex siehe Herpes labialis, H. progenitalis.			
Herpes simplex siehe Herpes progenitalis (labialis).			
Herpes tonsurans siehe Trichophytia.			
Herpes tonsurans maculosus siehe Pityriasis rosea.			
Herpes zoster	VI	11	7
Herpes zoster gangraenosus	VII	12	7
Hydroa pruriginosum siehe Dermatitis herpetiformis Duhring.			
Hydroa vacciniformis	XIV	21	15
Hydroa vesiculosum siehe Erythema multiforme vesiculosum.			
Hyperkeratosis palmaris siehe Toxicodermia ex usu Arsenii.			
Hyponomoderma siehe Myiasis linearis.			
Ichthyosis congenita	LXI	101	77
Ichthyosis hystrix	LXIII	104	80
Ichthyosis simplex et serpentina	LXII	103	80
Impetigo contagiosa	CXVII	192	169
Keloid	XCVII	160	140
Keratoma senile	C	165	145
Keratosis pilaris siehe Lichen pilaris.			
Kerion Celsi siehe Trichophytia profunda.			
Lepra anaesthetica	XXXVI	59	44
Lepra tuberosa	XXXV	58	43
Lepra tuberosa faciei	XXXV	57	43
Lepra tuberosa (Malum perforans pedis)	XXXVII	60	44
Lepra tuberosa manus	XXXIV	55	43
Lepra tuberosa psoriasiformis	XXXIV	56	43

	Tafel	Fig.	Textseite
Lepra Willani, siehe Psoriasis gyrata.			
Leukaemia cutis	CV	173	153
Leukopathia acquisita siehe Vitiligo.			
Leukoplakia linguae (Leukoplasia)	LVIII	96	71
Lichen annulatus serpiginosus Lichen circinatus Lichen circumscriptus Willan Lichen gyratus — siehe Eczema seborrhoicum sterni.			
Lichen corneus siehe L. planus verrucosus.			
Lichen pilaris	LXI	102	79
Lichen planus	LIV	88	66
Lichen planus annularis	LVI	91	65
Lichen planus atrophicus	LIV	89	66
Lichen planus mucosae oris	LVI	92	66
Lichen planus verrucosus	LV	90	65
Lichen scrophulosorum	XXXII	41	39
Lichen simplex chronicus (Vidal)	LVII	93	67
Lichen urticatus siehe Urticaria chronica infantum.			
Lingua geographica siehe Exfoliatio areata linguae.			
Lingua plicata siehe Lingua scrotalis.			
Lingua scrotalis	LIX	97	73
Liodermia essentialis cum atrophia et teleangiectasia siehe Xeroderma pigmentosum.			
Lupus chilblain siehe Lupus pernio.			
Lupus engelure siehe Lupus pernio.			
Lupus erythematosus (auriculae)	XXI	31	27
Lupus erythematosus (capitis)	XXII	33	27
Lupus erythematosus (faciei)	XXI	30	27
Lupus erythematosus (manus)	XXII	32	27
Lupus erythematosus disseminatus (faciei)	XXIII	34	27
Lupus pernio (— asphyxique)	XXIII	35	29
Lupus vulgaris exfoliativus; Cornu cutaneum	XXV	39	32
Lupus vulgaris faciei; Epithelioma	XXVI	40	33
Lupus vulgaris faciei (laesio gravissima)	XXVI	41	32
Lupus vulgaris hypertrophicus	XXIX	45	31
Lupus vulgaris incipiens (maculosus)	XXIV	36	31
Lupus vulgaris maculosus	XXV	38	31
Lupus vulgaris (manus)	XXIX	46	32
Lupus vulgaris mucosae oris	XXX	47	32
Lupus vulgaris; Mutilatio	XXVIII	44	32
Lupus vulgaris sclerosus, Elephantiasis consecutiva	XXVIII	43	32
Lupus vulgaris serpiginosus	XXVII	42	32
Lupus vulgaris verrucosus	XXIV	37	31
Lymphangoitis tuberculosa siehe Scrophuloderma.			
Maculae caeruleae (Ulcus molle elevatum, Bubo inguinalis)	CXXII	200	178
Malum perforans pedis siehe Lepra tuberosa.			
Melanodermia e pediculis vestimentorum	CXXII	199	177
Melanodermia lenticularis progressiva siehe Xeroderma pigmentosum.			
Melanodermia uterina siehe Chloasma.			
Mikrosporia siehe Trichophytia capillitii.			
Miliaria rubra (Sudamina)	VIII	14	9

	Tafel	Fig.	Textseite
Mollusca contagiosa	XCVII	159	139
Mollusca fibrosa siehe Fibromata mollusca.			
Morbilli	LXX	116	91
Morbilli (faciei)	LXX	115	91
Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans)	LXIV	105	81
Morbus Paget mamillae	CI	167	147
Morbus Raynaud	XVIII	27	21
Morphaea siehe Sclerodermia.			
Mycosis fungoides	CVII	175	155
Mycosis fungoides; Stadium eczematosum (sive praemycoticum)	CVI	174	155
Mycosis tonsurans siehe Trichophytia.			
Myiasis linearis	CXXIII	201	179
Naevus linearis s. neuropathicus s. unius lateris s. zoniformis	XCII	151	130
Naevus papillomatosus s. verrucosus	XCI	149	129
Naevus pigmentosus; Sarcoma	XCIII	152	129
Naevus teleangiectodes s. angiomatosus s. flammeus s. vascularis	XCII	150	129
Neurodermitis chronica circumscripta siehe Lichen simplex chronicus.			
Neurofibromata siehe Fibromata mollusca.			
Onychauxis siehe Onychogryphosis.			
Onychia eczematosa siehe Eczema chronicum squamosum.			
Onychia psoriatica siehe Psoriasis vulgaris unguium.			
Onychogryphosis	CXXIII	202	179
Onychomycosis trichophytina siehe Trichophytia unguium.			
Papillomata (Condylomata acuminata)	XCV	156	134
Papilloma malignum siehe Carcinoma linguae, Carcinoma penis.			
Pediculosis capitis; Eczema impetiginosum	CXXI	197	177
Pediculosis vestimentorum	CXXI	198	177
Peliosis siehe Purpura haemorrhagica.			
Pellagra	LXXXIV	139	117
	LXXXV	140	117
Pemphigus acutus siehe Impetigo contagiosa.			
Pemphigus foliaceus	XI	17	11
Pemphigus neonatorum (P. acutus contagiosus neonatorum)	XII	18	13
Pemphigus vegetans Neumann	X	16	12
Pemphigus vulgaris (chronicus)	IX	15	11
Perniones	XVIII	26	21
Pityriasis lingualis siehe Exfoliatio areata linguae.			
Pityriasis rosea (Pityriasis maculosa et circinata s. rubra acuta disseminata)	XLVIII	78	59
Pityriasis rubra pilaris Devergie	LVII	94	67
Pityriasis versicolor	XLVII	76	57
Porrigo decalvans siehe Alopecia areata.			
Porrigo favosa siehe Favus.			
Prurigo (bracchii)	LXV	106	83
Prurigo (femoris)	LXV	107	83
Psoriasis vulgaris guttata et ostracea	XLIX	79	61
Psoriasis mucosae siehe Leukoplakia linguae.			
Psoriasis vulgaris capitis	LI	82	61
Psoriasis vulgaris diffusa et nummularis	XLIX	80	62
Psoriasis gyrata et serpiginosa	L	81	61
Psoriasis vulgaris rupioides	LII	85	62

	Tafel	Fig.	Textseite
Psoriasis vulgaris unguium	LI	83	62
	LII	84	62
Psoriasis vulgaris volae manus	LIII	86	61
Psoriasis vulgaris (penis)	LIII	87	61
Purpura haemorrhagica	III	6	3
	IV	7	4
Pustula maligna siehe Anthrax.			
Rhinophyma	LXXVII	128	107
Rhinoscleroma	XXXVII	61	45
Rosacea siehe Acne rosacea.			
Roseola squamosa siehe Pityriasis rosea.			
Rubeola	LXXI	117	93
Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum seu pigmentosum	CVII	176	157
Sarcomatosis cutis	CVIII	177	157
Scabies manus	CXIX	194	173
Scabies penis	CXX	196	174
Scabies pustulosa	CXX	195	173
Scarlatina	LXXII	118	95
Scarlatina (lingua)	LXXII	119	95
Sclerodermia (en bandes)	LXXXVI	141	119
Sclerodermia (en plaques)	LXXXVI	142	119
Sclerodermia diffusa	LXXXVII	143	119
Scleroma nasi siehe Rhinoscleroma.			
Scrophuloderma	XXXIII	53	41
Seborrhoea circumscripta Duhring siehe Eczema seborrhoicum sterni.			
Seborrhoea congestiva siehe Lupus erythematosus.			
Sporotrichosis (de Beurmann)	XXXVIII	62	47
	XXXVIII	63	47
Sporotrichosis epidermica (de Beurmann)	XXXIX	65	47
Sporotrichosis verrucosa (de Beurmann)	XXXIX	64	47
Stomatitis aphthosa siehe Aphthae.			
Stomatitis fibrinosa maculosa siehe Aphthae.			
Stomatitis mercurialis	LX	99	75
Striae (distensae)	LXXXVIII	145	123
Strophulus siehe Urticaria chronica infantum.			
Sycosis parasitaria siehe Trichophytia profunda barbae.			
Sycosis simplex s. non parasitaria s. coccogenes siehe Folliculitis barbae.			
Sycosis vulgaris sive simplex sive non parasitaria siehe Folliculitis barbae.			
Tinea favosa siehe Favus.			
Tinea Pellada siehe Alopecia areata.			
Tinea trichophytina siehe Trichophytia capillitii.			
Toxicodermia ex usu Antipyrini	LXXXI	133	113
Toxicodermia ex usu Arsenii (Hyperkeratosis)	LXXXI	134	114
Toxicodermia ex usu Balsami Copaivae	LXXIX	131	114
Toxicodermia ex usu Bromi	LXXXII	135	114
Toxicodermia ex usu Jodi	LXXXII	136	114
Toxicodermia ex usu Jodi siehe Acne ex usu Jodi.			
Toxicodermia mercurialis	LXXX	132	113
Trichophytia annularis (iris)	XLI	67	51
Trichophytia capillitii (Mikrosporia)	XLV	73	51
Trichophytia profunda barbae (Sycosis parasitaria)	XLII	70	52

	Tafel	Fig.	Textseite
Trichophytia profunda capillitii (Kerion Celsi)	XLIII	71	52
Trichophytia profunda	XLI	68	52
Trichophytia profunda nuchae	XLIV	72	52
Trichophytia unguium	XLII	69	52
Tuberculid	XXXIII	54	41
Tuberculosis cutis verrucosa siehe Lupus verrucosus.			
Tuberculosis linguae	XXXI	49	37
Tuberculosis miliaris ulcerosa siehe Tuberculosis nasi (linguae).			
Tuberculosis milio-papulosa aggregata siehe Lichen scrophulosorum.			
Tuberculosis nasi	XXXI	50	37
Tuberculosis verrucosa cutis siehe Lupus vulgaris verrucosus.			
Ulcus e radiis Röntgen	XX	29	25
Ulcus endemicum tropicum (Leishmaniosis ulcerosa cutis)	XL	66	49
Ulcus rodens	CII	168	149
	CII	169	149
Ulcus rodens siehe Carcinoma epitheliale cicatrisans.			
Ulerythema centrifugum siehe Lupus erythematosus.			
Urticaria	XV	22	17
Urticaria chronica infantum (Strophulus)	XVII	25	17
Urticaria pigmentosa	XVI	24	18
Urticaria rubra	XVI	23	17
Vaccina generalisata siehe Vaccinia.			
Vaccinia (corporis)	LXVI	108	85
Vaccinia (penis)	LXVI	109	85
Vaccinolae siehe Vaccinia.			
Varicellae	LXVII	110	87
Varicellae (in adulto)	LXVIII	113	87
Varicellae (in infante)	LXIX	114	87
Variola	LXVIII	112	88
Variola discreta	LXVII	111	88
Verruca necrogenica	XXX	48	36
Verrucae gonorrhoicae siehe Papillomata.			
Verrucae seborrhoicae siehe Verrucae seniles.			
Verrucae seniles; Cavernomata senilia	XCIV	154	130
Verrucae vulgares	XCV	155	133
Vitiligo	XC	147	127
Vitiligoidea siehe Xanthoma.			
Xanthoma palpebrarum	XCIX	163	141
Xanthoma planum volae manus	XCVIII	162	141
Xanthoma tuberosum multiplex	XCVIII	161	141
Xeroderma pigmentosum	C	166	145

Affectiones venereae.

Alopecia syphilitica	CXXIV	204	187
Bubonulus siehe Ulcera mollia.			
Caries syphilitica ossium cranii	CLIII	254	189
Chancre redux siehe Syphilis gummosa glandis.			
Cicatrices palati mollis post ulcerationes syphiliticas	CLIII	253	190
Condylomata lata siehe Syphilis papulosa.			
Dentes Hutchinson siehe Syphilis hereditaria dentium.			

	Tafel	Fig.	Text-te
Exanthema maculosum siehe Syphilis maculosa.			
Exanthema maculosum orbiculare siehe Syphilis maculosa recidiva.			
Exanthema papulo-squamosum siehe Syphilis papulo-squamosa.			
Exanthema papulosum lenticulare siehe Syphilis papulosa lenticularis.			
Exanthema papulosum orbiculare siehe Syphilis papulosa orbicularis.			
Exanthema pustulosum siehe Syphilis papulo-pustulosa.			
Leucoderma syphiliticum	CXLIV	237	187
Lichen syphiliticus siehe Syphilis lichenoides			
Paronychia syphilitica	CXLIV	236	187
Pemphigus syphiliticus siehe Syphilis hereditaria.			
Pemphigus syphiliticus siehe Syphilis hereditaria bullosa volae manus.			
Plaques opalines siehe Syphilis papulosa linguae.			
Plaques opalines siehe Syphilis papulosa mucosae oris.			
Psoriasis syphilitica siehe Syphilis papulo-squamosa.			
Roseola siehe Syphilis maculosa.			
Roseola recidiva siehe Syphilis maculosa recidiva.			
Rupia syphilitica siehe Syphilis maligna.			
Scleroses in sulco coronario	CXXV	205	183
Scleroses syphiliticae	CXXVI	207	183
Sclerosis praeputii	CXXV	206	183
Sclerosis syphilitica digiti	CXXVIII	212	183
Sclerosis syphilitica et oedema indurativum in infante	CXXVII	210	183
Sclerosis syphilitica labii maioris	CXXVII	209	183
Sclerosis syphilitica labii superioris	CXXVIII	211	183
Sclerosis syphilitica linguae	CXXIX	213	183
	CXXIX	214	183
Sclerosis syphilitica phagedaenica	CXXVI	208	183
Sclerosis syphilitica tonsillae	CXXX	215	183
Syphilis annularis s. circinata siehe Syphilis papulosa orbicularis.			
Syphilis circinaria	CXLII	234	186
Syphilis corymbiformis	CXLIII	235	186
Syphilis framboesiformis	CXLV	239	190
Syphilis gummosa	CXLVI	240	188
Syphilis gummosa digiti	CLI	250	189
Syphilis gummosa glandis	CXLVI	241	184
Syphilis gummosa linguae	CXLVII	242	189
Syphilis gummosa linguae diffusa	CLI	249	189
Syphilis gummosa nasi	CXLVII	243	189
Syphilis hereditaria ossium nasi	CLVII	260	192
Syphilis hereditaria bullosa (Pemphigus syphiliticus)	CLVI	258	192
	CLVI	259	192
Syphilis hereditaria dentium (Hutchinson)	CLVII	261	192
Syphilis hereditaria papulosa (ani et scroti)	CLIV	255	192
Syphilis hereditaria papulosa (faciei)	CLV	256	192
Syphilis hereditaria papulosa (vulvae)	CLV	257	192
Syphilis hereditaria (tarda)	CLVIII	262	192
Syphilis lichenoides siehe Syphilis milio-papulosa.			
Syphilis maculosa confluens; Leucoderma	CXXXIII	218	185
Syphilis maculosa follicularis	CXXXIV	219	185
Syphilis maculosa (Roseola)	CXXXI	216	185
Syphilis maculosa recidiva (Roseola recidiva)	CXXXII	217	185

	Tafel	Fig.	Textseite
Syphilis maligna (Rupia syphilitica)	CXLV	238	190
Syphilis milio-papulosa (lichenoides)	CXLII	233	186
Syphilis ossium nasi siehe Syphilis hereditaria.			
Syphilis papulo-pustulosa	CXXXIX	228	187
	CXL	229	187
Syphilis papulosa	CXXXVII	225	186
Syphilis papulosa annularis	CXXXIV	220	186
Syphilis papulosa (Condylomata lata ani et scroti)	CXXXVIII	226	186
Syphilis papulosa (Condylomata lata vulvae)	CXXXIX	227	186
Syphilis papulosa lenticularis	CXXXV	221	185
Syphilis papulosa linguae	CXXXVI	224	188
Syphilis papulosa mucosae et anguli oris	CXXXVI	223	188
Syphilis papulosa mucosae oris (Plaques opalines)	CXXXV	222	188
Syphilis papulosa orbicularis	CXLI	231	186
Syphilis papulo-squamosa	CXL	230	185
	CXLI	232	185
Syphilis psoriasiformis siehe Syphilis papulo-squamosa.			
Syphilis tertiaria volae manus	CXLVIII	245	189
Syphilis tubero-serpiginosa	CXLVIII	244	189
	CXLIX	246	189
Syphilis ulcerosa palati duri	CLII	252	190
Syphilis ulcerosa palati mollis	CLII	251	190
Syphilis ulcero-serpiginosa	CXLIX	247	189
	CL	248	189
Ulcera mollia (Bubonulus)	CLXI	267	199
Ulcera mollia vulvae	CLX	265	199
Ulcus molle digiti	CLIX	264	199
Ulcus molle gangraenosum	CLXI	268	199
Ulcus molle orificii urethrae	CLIX	263	199
Ulcus molle phagedaenicum	CLX	266	199

Erythema exsudativum multiforme.

Tafel 1, 2.

Das Erythema multiforme stellt eine meist unter dem Bilde einer Allgemeininfektion, besonders im Frühjahr und Herbst auftretende Hauterkrankung dar, bei welcher an typischen Stellen, hauptsächlich Hand- und Fußrücken, Streckseiten der Unterarme und Unterschenkel, öfter auch im Gesicht und an anderen Körperstellen, jedoch nur selten bei stärkeren Eruptionen an Handtellern und Fußsohlen Flecken, Papeln oder Bläschen und Blasen innerhalb weniger Tage sich entwickeln — Erythema maculosum, papulatum (Fig. 3), bei zentraler Involvierung annulare oder gyratum (Fig. 1, 2), vesiculosum (Fig. 4). Die Erreger sind nicht bekannt.

Die Farbe ist an den meist infiltrierten Rändern frischrot, nach der häufig eingesunkenen Mitte zu, hauptsächlich bei längerem Bestande und an den unteren Extremitäten livid.

Das Bild ist ein vielgestaltiges, insofern als die verschiedenen Grade der Exsudation nebeneinander vorkommen können. Finden sich ringförmige Papeln oder Bläschenringe in konzentrischer Anordnung, so wird die Affektion Erythema iris — schlechter Herpes iris genannt.

Im weiteren Verlaufe flachen und blassen die Papeln ab ohne Schuppung, die Bläschen trocknen ein und falls keine Nachschübe eintreten, involviert sich der ganze Prozeß innerhalb weniger Wochen. Eine Beteiligung der Gelenke wird nicht selten beobachtet; Komplikationen von seiten innerer Organe dürften in der Regel nicht auf das Erythem zurückzuführen sein, dagegen kommen bei internen Erkrankungen, besonders bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten, Erytheme toxischer Natur vor, die indes nicht mit dem echten Erythema multiforme identifiziert werden dürfen.

Anm. 1, 2. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 3. Moulage der Breslauer Klinik (Kröner).

Anm. 4. Ebenso. Wiederholt auftretende Bläscheneruptionen bei 25jähriger Schneiderin, hohes Fieber, Gelenkerscheinungen.

Die **Diagnose** wird in typischen Fällen ohne Schwierigkeit aus dem akuten Auftreten, den Allgemeinerscheinungen, dem Fehlen subjektiver Symptome, abgesehen von leichtem Brennen und der Heilung ohne Abschuppung zu stellen sein. Ähnliche Syphilide zeigen andere Farbe, meist auch Lokalisation an den Beugeseiten, Ekzeme nässen und jucken; die gelegentlich ähnlichen Urticaria-eruptionen sind viel flüchtigerer Natur. Trichophytie, die auch konzentrisch auftreten kann, schuppt, juckt und dürfte fast nie so typisch lokalisiert sein. Die **Prognose** ist durchaus gut.

Therapie: Da es sich um eine Infektionskrankheit handeln dürfte und häufig gleichzeitig Gelenkaffektionen vorhanden sind, wird in der Regel Natr. salicyl. in Dosen von 2—4 *g* täglich oder ähnliche Präparate gegeben. Auch Injektionen von Serum gesunder Personen sowie Aderlaß mit nachfolgender Infusion physiologischer Kochsalzlösung werden mit gutem Erfolg angewendet. Lokal würden bei stärkerem Brennen Überschläge mit essigsaurer Tonerde, 1 %, bei Bläschenbildung eventuell Alkoholdunstverbände zu empfehlen sein.



No. 1. 2. Erythema multiforme.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 3. 4. Erythema multiforme.

Verlaag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Erythema nodosum.

Tafel 3, Fig. 5.

Gelegentlich mit Erythema multiforme vergesellschaftet, meist aber allein, treten hauptsächlich an der Vorderseite der Unterschenkel, seltener an anderen Körperstellen unter hohem Fieber öfter mit Gelenkschmerzen und -schwellungen Knoten von Haselnuß- bis Walnußgröße auf, die zunächst den Eindruck einer Kontusion machen (Erythema contusiforme) und innerhalb 2—3 Wochen verschwinden. Die Erkrankung ist höchstwahrscheinlich infektiöser Natur. Die Farbe ist im Beginn frischrot und macht allmählich das ganze Farbenspiel des in Resorption befindlichen Blutfarbstoffes durch. Komplikationen mit inneren Erkrankungen, besonders Endocarditis, kommen gelegentlich vor, ebenso Blutungen in die Schleimhäute.

Die **Diagnose** dürfte aus Lokalisation und Farbe ohne Schwierigkeit zu stellen sein; Kontusionen treten wohl selten in größerer Zahl und in solcher Anordnung auf und dürften zumeist auch Epithelabschürfungen aufweisen. Multiple Gummata entwickeln sich schleichend, haben andere Farbe und neigen zu Zerfall; das Erythema induratum Bazin, welches die gleiche Lokalisation zeigt, stellt ein eminent chronisches Leiden dar.

Die **Prognose** ist bei unkomplizierten Fällen günstig, bei Komplikationen mit Endocarditis mit Vorsicht zu stellen.

Die **Therapie** besteht in Bettruhe unter Darreichung von Salizylpräparaten.

Purpura haemorrhagica.

Tafel 3, Fig. 6; Tafel 4, Fig. 7.

Mit dem Namen Purpura bezeichnen wir Erkrankungen wahrscheinlich infektiöser Natur, bei welchen als hauptsächlichstes Symptom Blutungen ver-

Anm. 5. Moulage der Lesserschen Klinik in Berlin (Kolbow). 36jährige Frau, keine Gelenkerscheinungen, wurde ambulant behandelt.

Anm. 6. Moulage der Kaposischen Klinik in Wien (Dr. Henning). Zahlreiche intra- und subkutane Blutungen; Haut ikterisch verfärbt.

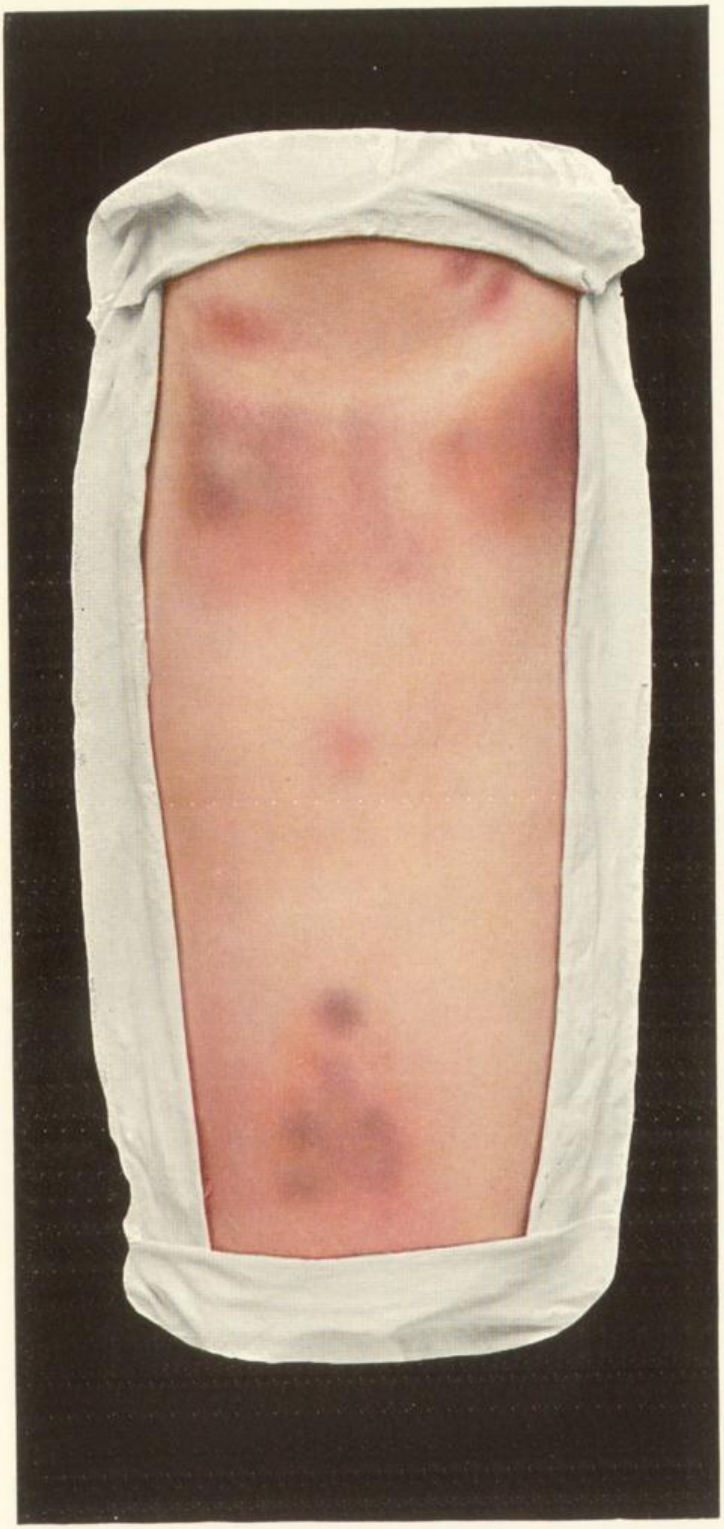
Anm. 7. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

schiedener Ausdehnung in die Haut beobachtet werden – Petechien, Ekchymosen, Vibices, erstere erbsengroße, letztere streifenförmige Hautblutungen, während Ekchymosen oder Sugillationen flächenhafte Blutungen darstellen, dadurch als solche charakterisiert, daß durch Finger- oder Glasdruck die hell- bis blaurote Farbe nicht weggedrückt werden kann. Die Epidermis über einzelnen Blutungen kann in Form von Blasen abgehoben sein (Fig. 7). Am häufigsten sind die unteren Extremitäten jugendlicher Personen der Sitz zahlreicher kleinerer und größerer Blutungen, welche meistens unter rheumatischen Beschwerden, hauptsächlich in den Kniegelenken, und Temperatursteigerungen im Frühjahr und Herbst gehäuft aufzutreten pflegen, Purpura oder Peliosis rheumatica. Durch immer erneute Nachschübe wird die Zahl der Hämorrhagien oft ganz außerordentlich vermehrt, bis nach Verlauf mehrerer Wochen der Krankheitsprozeß sistiert und das ausgetretene Blut unter dem bekannten Farbenspiel allmählich aufgesaugt wird.

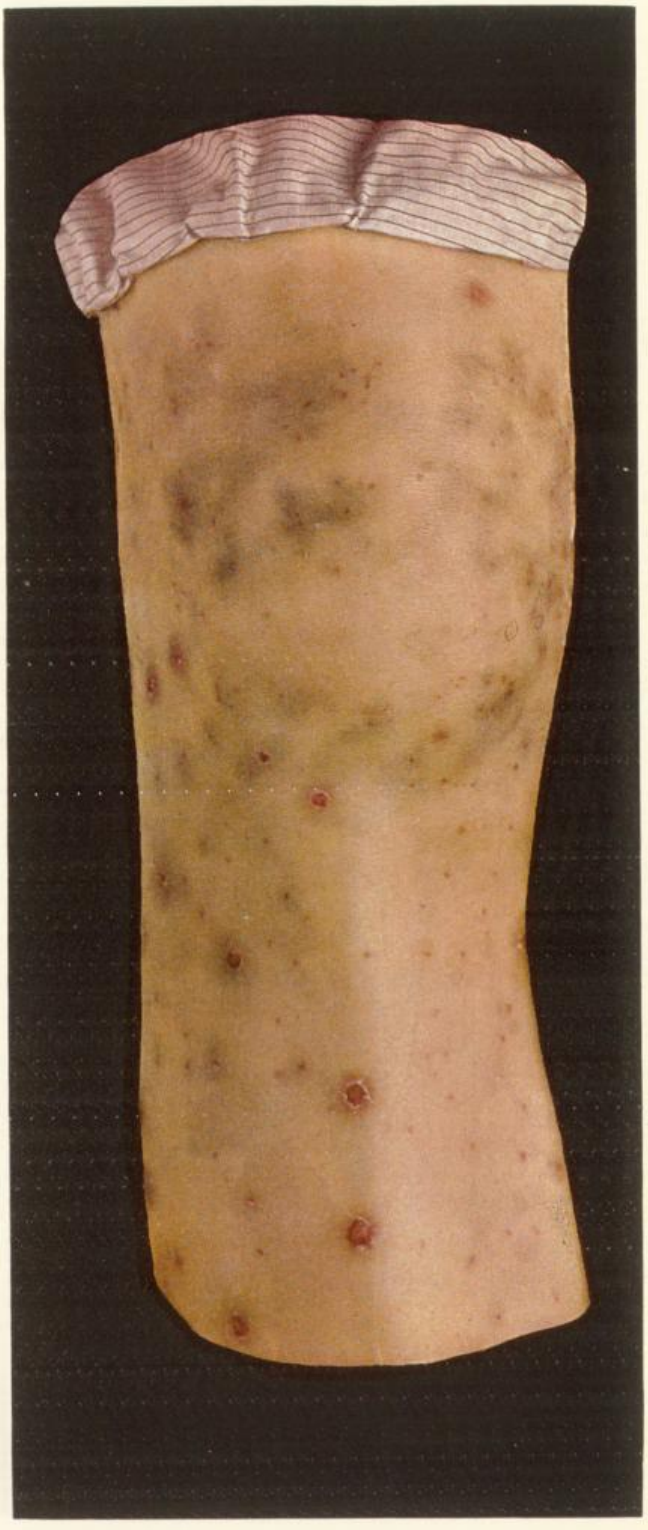
Gewisse von diesem Bild abweichende Formen der Purpura, Morbus maculosus Werlhofii und Skorbut, wobei die inneren Organe und Schleimhäute meist beträchtlich beteiligt sind, sowie Purpura-Eruptionen bei Stoffwechselanomalien, wie z. B. bei Diabetes, stellen ernste Erkrankungen dar, während die einfache Purpura rheumatica ein durchaus harmloses Leiden ist.

Die **Diagnose** ist aus dem beschriebenen Symptomenkomplex leicht zu stellen, die **Prognose** bei reiner Peliosis rheumatica günstig.

Abgesehen von Bettruhe und Hochlagerung der Extremitäten wird die **Therapie** hauptsächlich in der Darreichung hämostatischer Mittel, Ergotin, Liq. ferri, respektive mit Rücksicht auf die wahrscheinlich infektiöse Natur von Natr. salicyl. 2–4 *g* pro die bestehen.



No. 5. Erythema nodosum.



No. 6. Purpura haemorrhagica.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

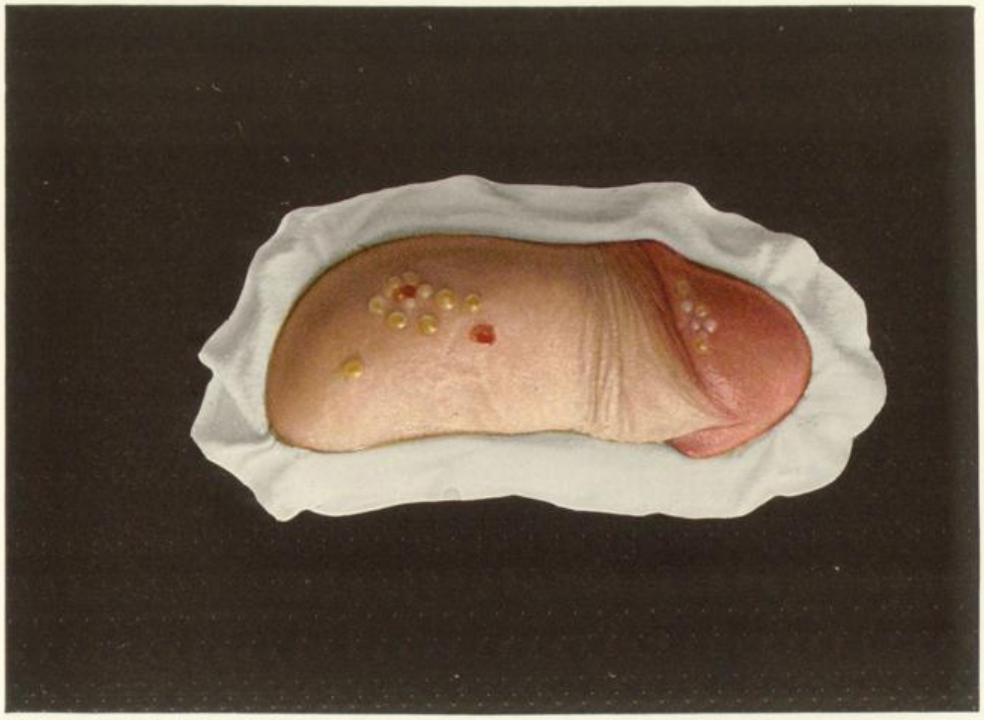
Herpes simplex (labialis, progenitalis).

Tafel 4, Fig. 8; Tafel 5.

Unter den eigentlichen Herpeserkrankungen, d. h. gutartigen Hautaffektionen, die durch das akute Auftreten gruppierter Bläschen auf normaler oder leicht entzündlicher Basis charakterisiert sind, welche keine weiteren Entwicklungsstufen, sondern nur noch regressive Metamorphosen durchmachen, ist die häufigste der sogenannte **Herpes simplex,** dessen Hauptlokalisation im Gesicht (Fig. 10) und an den Genitalien (Fig. 8, 9) ist. An ersterer Stelle, und zwar meist an den Lippen, deren Schleimhaut und Umgebung und an der Nase treten teils im Anschlusse an akut fieberhafte Erkrankungen, teils ohne solche eine oder mehrere Gruppen von Bläschen mit wasserhellem Inhalte auf, die nach kurzem Bestande eintrocknen und, ohne Narben zu hinterlassen, abheilen. Nächst dem Gesicht kommen die Eruptionen an den männlichen Genitalien, am Präputium, der Glans, bei der Frau an der Vulva und Clitoris vor. Durch sekundäre Infektion oder mechanische Läsionen können tiefere Zerstörungen entstehen, die dann längere Zeit zur Heilung in Anspruch nehmen. Bemerkenswert ist einmal, daß Rezidive außerordentlich häufig vorkommen und daß andererseits frühere Sklerosen eine Disposition für den Herpes bilden, und zwar sowohl an den Genitalien wie außerhalb derselben. In einzelnen Fällen ist eine direkte Übertragung nicht unwahrscheinlich. Subjektive Erscheinungen sind, abgesehen von leichtem Brennen oder Jucken, in der Regel nicht vorhanden. Die **Diagnose** ist im Gesicht ohne Schwierigkeit zu stellen, an den Genitalien ist besonders bei malträtiertem Herpes — hier ist zu berücksichtigen, daß öfter wiederholte energische Kauterisationen mit Lapis eine sklerosenartige Induration hervorrufen können — oder bei sekundärer Infektion die Abgrenzung gegen Ulcus molle oder einen syphilitischen Primäraffekt nicht immer von Anfang an möglich; in solchen Fällen entscheidet in der Regel der Verlauf, eventuell auch der Nachweis oder das Fehlen der Spirochaete pallida, resp. später der Ausfall der Wassermannschen Reaktion.

Anm. 8. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1923. Fournier.
Anm. 9, 10. Moulagen der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher).

Die **Therapie** hat in erster Reihe die Sekundärinfektion zu verhüten und ein möglichst ungestörtes Eintrocknen der Bläschen zu bewirken, was unter Puderbehandlung, indifferenten Salben und Pasten oder am besten durch Umschläge mit starkem, 90—95 % Alkohol, dem 1 % Karbolsäure, Resorzin, $^1/_4$ % Thymol oder Salizylsäure zugesetzt sind, geschieht.



No. 8. Herpes progenitalis.



No. 7. Purpura haemorrhagica.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 10. Herpes labialis.



No. 9. Herpes progenitalis.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Herpes zoster.

Tafel 6, Fig. 11; Tafel 7, Fig. 12.

Der unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit auftretende **Herpes zoster (Gürtelrose, Zona, ignis sacer),** dessen Erreger unbekannt sind, ist charakterisiert durch das Aufschießen in Gruppen angeordneter Bläschen auf entzündlicher Basis, die in ihrer Anordnung der Hautausbreitung eines Nerven, respektive Nervenplexus folgen (Fig. 11). Bei der fast stets halbseitigen Affektion entwickeln sich die Effloreszenzen meist unter neuralgischen Erscheinungen und Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, und zwar befinden sich die einer Gruppe angehörigen Bläschen alle in gleichem Stadium der Entwicklung, während die einzelnen Gruppen mit einem Male oder nacheinander auftreten können. Die Anzahl der Bläschengruppen sowie der einzelnen Bläschen variiert in weiten Grenzen, ebenso die Größe derselben; gelegentlich finden sich nur wenige papulöse Gruppen, während andererseits bis kirschgroße Blasen vorkommen. Im weiteren Verlaufe trocknen die Bläschen ein und heilen ohne Narben; in einer Reihe von Fällen ist die Basis der Bläschen hämorrhagisch durchwühlt oder gangränös (Fig. 12); in diesen Fällen bleiben gruppierte, sehr charakteristische, teilweise von Pigmentanhäufungen eingesäumte Narben zurück.

Die Zosteren treten im Frühjahr und im Herbst wie andere Infektionskrankheiten gehäuft auf und hinterlassen wie diese eine in der Regel das ganze Leben andauernde Immunität. Der Sitz der Affektion kann im Bereiche des Trigeminus, sämtlicher Spinalnerven oder Nervenplexus sein. In den zufällig durch interkurrente Krankheiten ad exitum gelangenden Fällen ist meistens eine Erkrankung des zugehörigen Spinalganglions nachweisbar, doch kommen auch Zosteren toxischer Natur, besonders nach Arsengebrauch oder nach Kohlenoxydvergiftungen, sowie solche durch Erkrankungen des Nerven in seinem Verlaufe vor. Auch zentrale Erkrankung im Gehirn und Rückenmark kann Zoster hervorrufen, immer aber ist

Anm. 11. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).
Anm. 12. Moulage der Lesserschen Klinik in Berlin (Kolbow).

die primäre Läsion im Nervensystem zu suchen. Überschreiten der Mittellinie sowie Übergreifen in benachbarte Nervengebiete ist durch Anastomosen leicht zu erklären.

Die **Diagnose** des Zoster ist aus der Halbseitigkeit, den typischen Bläschengruppen und der Neuralgie ohne Schwierigkeiten zu stellen; die **Prognose** ist durchaus günstig, dürfte nur bezüglich der begleitenden Neuralgie mit Vorsicht zu stellen sein.

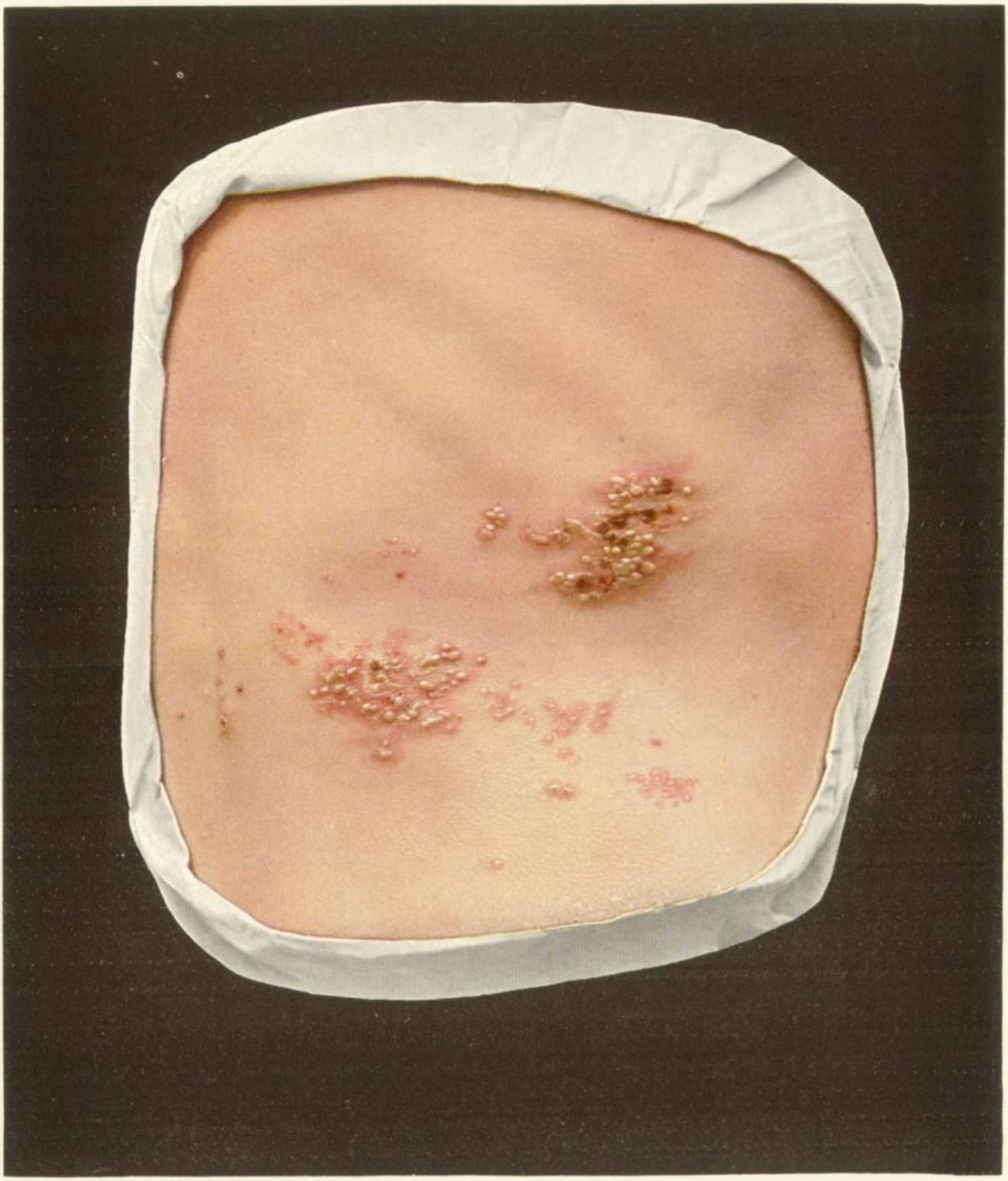
Mit Rücksicht auf die infektiöse Natur des Zoster wird die **Therapie** im Beginn in der Anwendung von Salizylpräparaten bestehen; die eventuell vorhandene Neuralgie wird mit Chinin, Phenazetin, Antipyrin und ähnlichen Mitteln oder mittels Diathermie bekämpft. Als Lokalbehandlung ist am meisten die Anwendung von Alkoholdunstverbänden zu empfehlen, unter denen in kürzester Zeit Heilung einzutreten pflegt; bei ausgedehnterer Gangrän wären feuchtwarme Verbände mit essigsaurer Tonerde oder Arg. nitr. anzuwenden.

Dysidrosis (Cheiropompholyx).

Tafel 7, Fig. 13.

Bei stark schwitzenden Personen treten im Sommer, öfter nach körperlichen Anstrengungen oder nach Aufregungen, hauptsächlich an den seitlichen Partien der Finger und Zehen, an Handtellern und Fußsohlen, seltener an Hand- und Fußrücken, kleine, zunächst tief in der Epidermis liegende klare Bläschen auf, die meist um die Schweißdrüsen-Ausführungsgänge lokalisiert sind und keine Entzündungserscheinungen oder nur einen leicht entzündlichen Hof aufweisen. Nicht selten kommt es, besonders an Handtellern und Fußsohlen (Fig. 13) zur Bildung größerer Blasen bis zu Erbsengröße und darüber, deren Inhalt im weiteren Verlaufe sich trübt. Allmählich trocknen die Bläschen ein und die Heilung der mit starkem Jucken verlaufenden Affektion erfolgt unter beträchtlicher Abschuppung. Übergänge in Ekzem kommen gelegentlich zur Beobachtung, ebenso Sekundärinfektionen, Lymphangoitis etc., doch nur im Anschluß an größere Blasen. Die **Diagnose** der Affektion ist mit Rücksicht auf die Lokalisation und das Fehlen entzündlicher Erscheinungen im Beginn leicht zu stellen. Die **Therapie** erzielt wenig günstige Resultate; zu bekämpfen wäre einmal die Hyperidrosis sowie andererseits der Juckreiz. Einpinselungen mit spirituösen Lösungen von Teer, Liq. carb. deterg. oder Resorzin leisten hier gute Dienste, jedoch treten Rezidive mit großer Regelmäßigkeit ein.

Anm. 13. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

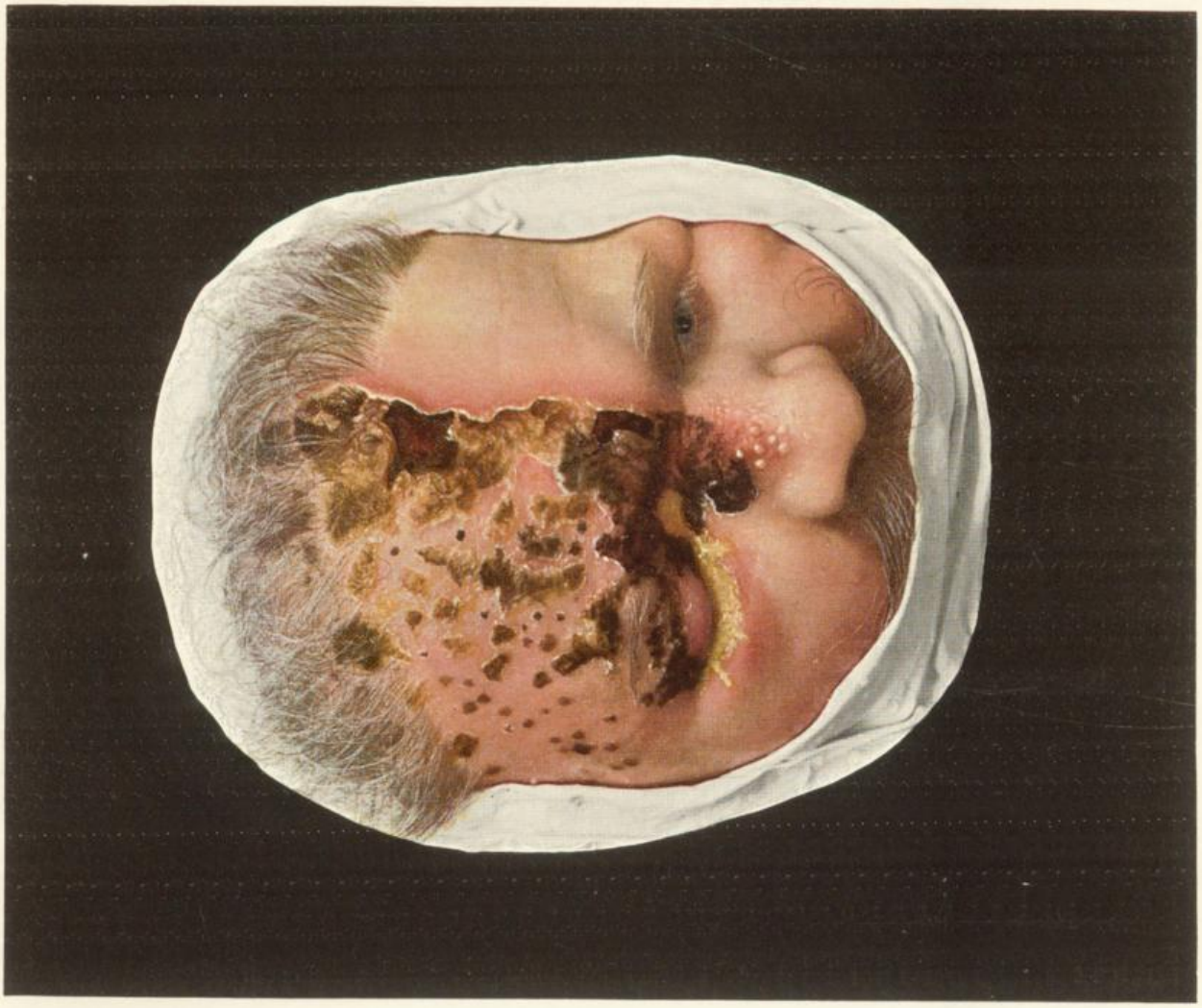


No. 11. Herpes zoster.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 13. Dysidrosis.



No. 12. Herpes zoster gangraenosus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Miliaria rubra (Sudamina).

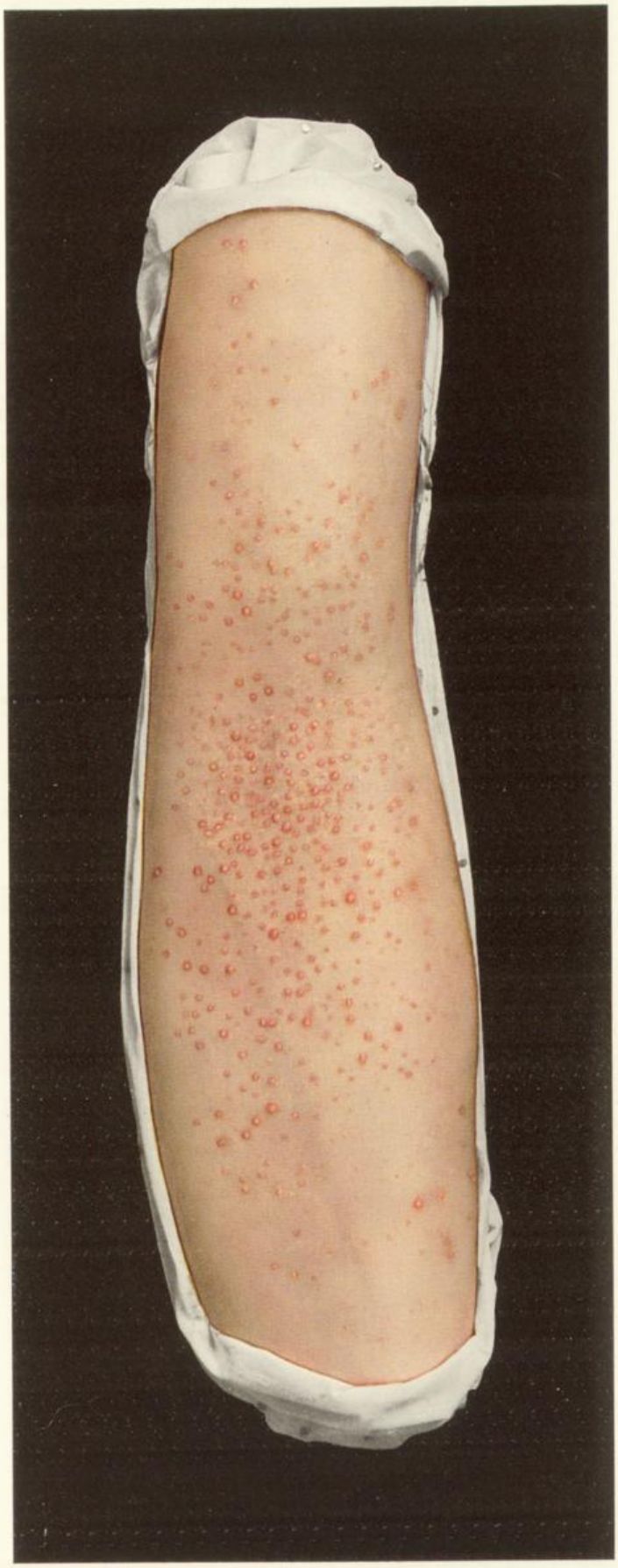
Tafel 8, Fig. 14.

Durch starke Schweißausbrüche, besonders in der warmen Jahreszeit oder bei fieberhaften Erkrankungen, wird hauptsächlich an der Beugeseite der Extremitäten oder am Rumpf eine Eruption kleiner bis hirsekorngroßer Papelchen verursacht, die an ihrer Spitze ein Bläschen mit klarem Inhalt aufweisen — Miliaria rubra oder Sudamina. Bekommt der Bläscheninhalt durch Zelleneinwanderung eine weißlich trübe Färbung, so entsteht das Bild der Miliaria alba. Die oft mit starkem Jucken einhergehende, sehr oberflächliche Erkrankung, deren Zusammenhang mit den Schweißdrüsen nicht allgemein anerkannt ist, pflegt in wenigen Tagen vollständig abzuheilen, sofern nicht durch Kratzen oder durch Fortdauer der irritierenden Einwirkung des Schweißes Umwandlung in Ekzem, von dem die ursprüngliche Erkrankung abzugrenzen ist, eintritt. Ob die in den Effloreszenzen der Miliaria rubra vorkommenden Staphylokokkenarten als Erreger der Krankheit auf der durch Schweiß macerierten Epidermis anzusehen sind, ist noch nicht sicher erwiesen.

Die **Diagnose** der Miliaria rubra ist aus dem typischen Krankheitsbild und dem raschen Ablauf unter Berücksichtigung vorangegangenen starken Schwitzens leicht zu stellen; die **Prognose** ist durchaus günstig.

Die **Therapie** hat für die Entfernung irritierender Schweißreste durch Waschungen mit indifferenten Lösungen — physiologische Kochsalzlösung, Borsäurelösung, 3%ig, 1%ige Resorzinlösung etc. — zu sorgen; noch rascher wirken Abwaschungen mit 90%igem Alkohol, dem 1% Resorcin, Ichthyol oder $^1/_4$% Thymol zugesetzt sind. Unter Puder tritt dann in wenigen Tagen Heilung ein.

Anm. 14. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



No. 14. Miliaria rubra (Sudamina).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Pemphigus,

Tafel 9, 10, 11.

Mit dem Namen Pemphigus wird ein schweres Hautleiden unbekannter Ätiologie bezeichnet, bei welchem in meistens chronischem Verlaufe unter Fieber Blaseneruptionen auftreten; den Pemphigus neonatorum rechnen wir nicht zum eigentlichen Pemphigus, ebensowenig die Dermatitis herpetiformis Duhring. Man unterscheidet in der Regel zwei Formen von **Pemphigus vulgaris (chronicus),** eine gutartige und eine maligne, die jedoch nicht streng voneinander zu trennen sind, insofern als die zweite Form aus der ersten entstehen kann. Bei beiden treten in Schüben Blasen verschiedener Größe ohne besondere Lokalisation auf (Fig. 15), die mit klarer Flüssigkeit gefüllt sind und unter Temperatursteigerung oder ohne solche meist aus der normalen Haut aufschießen; gelegentlich geht auch ein Erythem der Blaseneruption voraus. Seltener ist der Inhalt der Blasen hämorrhagisch.

Der Verlauf des Pemphigus ist in der Regel ein sehr chronischer und nach Abheilung einer Eruption können Pausen von Monaten bis zu Jahren eintreten. Abgesehen von der äußeren Haut kann auch die Schleimhaut Sitz eines gleichartigen Prozesses sein, wobei jedoch die Blasen nie zur vollen Entwicklung gelangen, sondern die abgehobene Epidermis in Form eines weißlichen zirkumskripten Belages haften bleibt; übrigens pflegt die Schleimhaut meistens nur in schweren, letal endigenden Fällen befallen zu sein.

In der Gruppe der Pemphiguserkrankungen nehmen eine besondere Stellung ein der **Pemphigus foliaceus** und der **P. vegetans;** andere Varietäten, P. circinatus mit kreisförmiger Anordnung der Blasen, P. gyratus sowie P. pruriginosus mit starkem Jucken, gehören zum P. vulgaris. **P. foliaceus** und **vegetans** enden fast stets letal; bei ersterem (Fig. 17) sind die Blasen außerordentlich schlapp und flach, der Inhalt derselben ist getrübt. Vielfach kommt es gar nicht zur Blasenbildung, sondern die Epidermis löst sich in großer Ausdehnung ab und blättert in dünnen Lamellen auf. Dabei findet keine normale Regeneration der Epidermis statt, so

---

Anm. 15. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher); maligner Pemphig. vulg., innerhalb weniger Wochen zum Tode führend.

Anm. 17. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

daß nach Abhebung der Fetzen das nässende Rete Malpighi bloßliegt oder aber, wenn eine scheinbare Überhäutung erfolgt ist, die geringste mechanische Läsion genügt, um die tieferen Schichten der Haut bloßzulegen. Die Krankheit geht mit starkem Juckreiz und schwerem Darniederliegen der Allgemeinernährung einher, bis nach längerer Zeit der Exitus eintritt. Der **P. vegetans** zeigt in der Regel zuerst Blasen, nach deren Platzen kondylomartige Wucherungen hauptsächlich an Kontaktflächen, den Genitalien und ihrer Umgebung (Fig. 16), Achselhöhlen und unterhalb der Mammae auftreten, wobei keine normale Verhornung eintritt, sondern ein schmieriger, außerordentlich übelriechender Belag sich aufhäuft. Auch der P. vegetans, bei dem häufig die Schleimhäute mit erkranken, führt stets zum Tode, nachdem manchmal der Verlauf durch längere Ruhepausen unterbrochen wurde.

Die **Diagnose** des Pemphigus vulgaris ist in typischen Fällen nicht schwierig, wenn Blaseneruptionen allein auftreten; sind prodromale Erytheme vorhanden, so ist das Erythema multiforme durch Lokalisation und Verlauf auszuschließen. Bei der Dermatitis herpetiformis finden sich neben den Blasen stets Papeln, Quaddeln oder Erytheme; außerdem sind der gutartige Verlauf und die nervösen Symptome zu berücksichtigen. Der P. vegetans kann im Beginn der Erkrankung sehr leicht mit Syphilis verwechselt werden; hier wird das Fehlen anderweitiger syphilitischer Erscheinungen, der Verlauf, die Untersuchung auf Spirochäten, die Wassermannsche Reaktion sowie die Erfolglosigkeit oder direkte Schädlichkeit einer antisyphilitischen Behandlung den Ausschlag geben. Die Diagnose des P. foliaceus wird im Anfang häufig Schwierigkeiten machen, besonders gegenüber der Pityriasis rubra; dabei wird in erster Reihe die nässende feuchte Basis bei P. foliaceus sowie die Bildung schlapper Blasen zu beachten sein, welche bei Pityriasis rubra fehlen.

Die **Prognose** ist auch beim Pemphigus vulgaris mit Vorsicht zu stellen, da im Beginn die gutartige von der malignen Form schwer zu trennen sein dürfte, so daß bei jedem sicheren Pemphigus die Prognose mindestens als sehr dubiös bezeichnet werden muß.

Eine nur einigermaßen zuverlässige **Therapie** des Pemphigus gibt es noch nicht; man muß sich darauf beschränken, den Patienten ihre manchmal furchtbaren Leiden, das Jucken, sowie die entsetzlichen Schmerzen, welche beim Ablösen der auf dem bloßliegenden Rete anklebenden Wäsche und Verbandstoffe zu stande kommen, zu erleichtern, was durch Salbenverbände, Einpudern oder Bäderbehandlung, bei weiter Ausdehnung am besten im permanenten Bade zu geschehen hat. Intern wurde Arsen, Chinin, Strychnin und Antipyrin empfohlen, jedoch ist der Wert dieser Mittel mehr als zweifelhaft.

Anm. 16. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



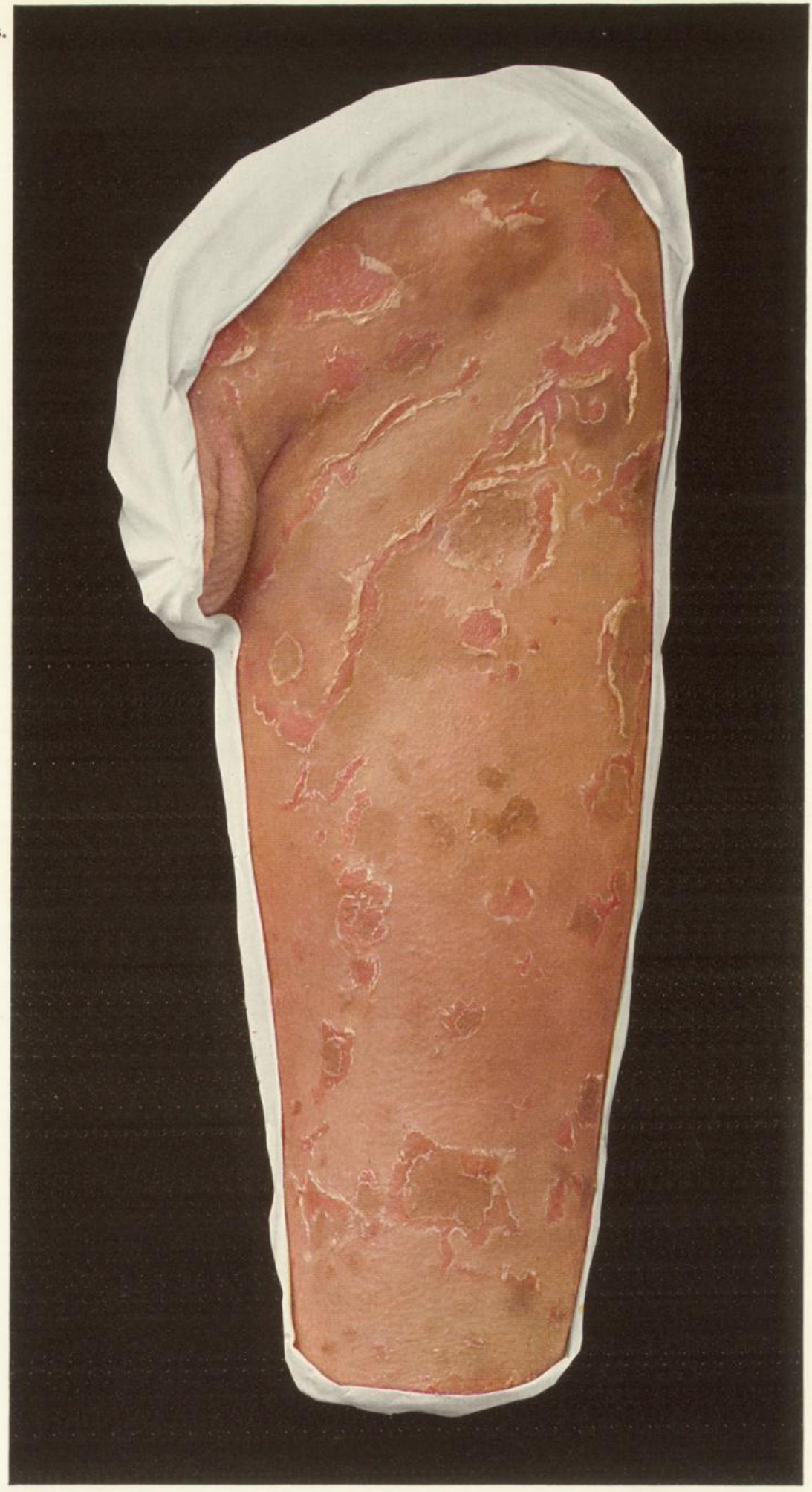
No. 15. Pemphigus vulgaris.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 16. Pemphigus vegetans.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 17. Pemphigus foliaceus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Pemphigus neonatorum.

Tafel 12, Fig. 18.

Der Pemphigus neonatorum ist eine fast stets epidemisch auftretende Infektionskrankheit hauptsächlich der Neugeborenen, seltener älterer Kinder, bei der teils auf normaler Haut, teils auf geröteter Basis mit oder ohne Fieber Blasen und Bläschen auftreten, deren Decke meist bald platzt, so daß das Rete Malpighi bloßgelegt wird (Fig. 18). Im weiteren Verlaufe können Nachschübe auftreten, oder aber die Affektion kann nach einer Eruption in kurzer Zeit abheilen. Komplikationen können durch Sekundärinfektion zu stande kommen. Die **Ätiologie** ist nicht sicher bekannt, der Sitz der Blasen kein irgendwie typischer. **Differentielldiagnostisch** wäre besonders der Pemphigus syphiliticus neonatorum durch Sitz an Handtellern und Fußsohlen und Fehlen anderweitiger Erscheinungen der Lues (Wassermann) auszuschließen.

Die **Prognose** ist im allgemeinen günstig, jedoch kommen auch schwerere Epidemien vor.

Die **Therapie** wird hauptsächlich in Einpudern zum Schutze der Blasen und in Verbänden zur Verhütung einer Sekundärinfektion, sowie Bädern unter Zusatz antiseptischer Substanzen zu bestehen haben.

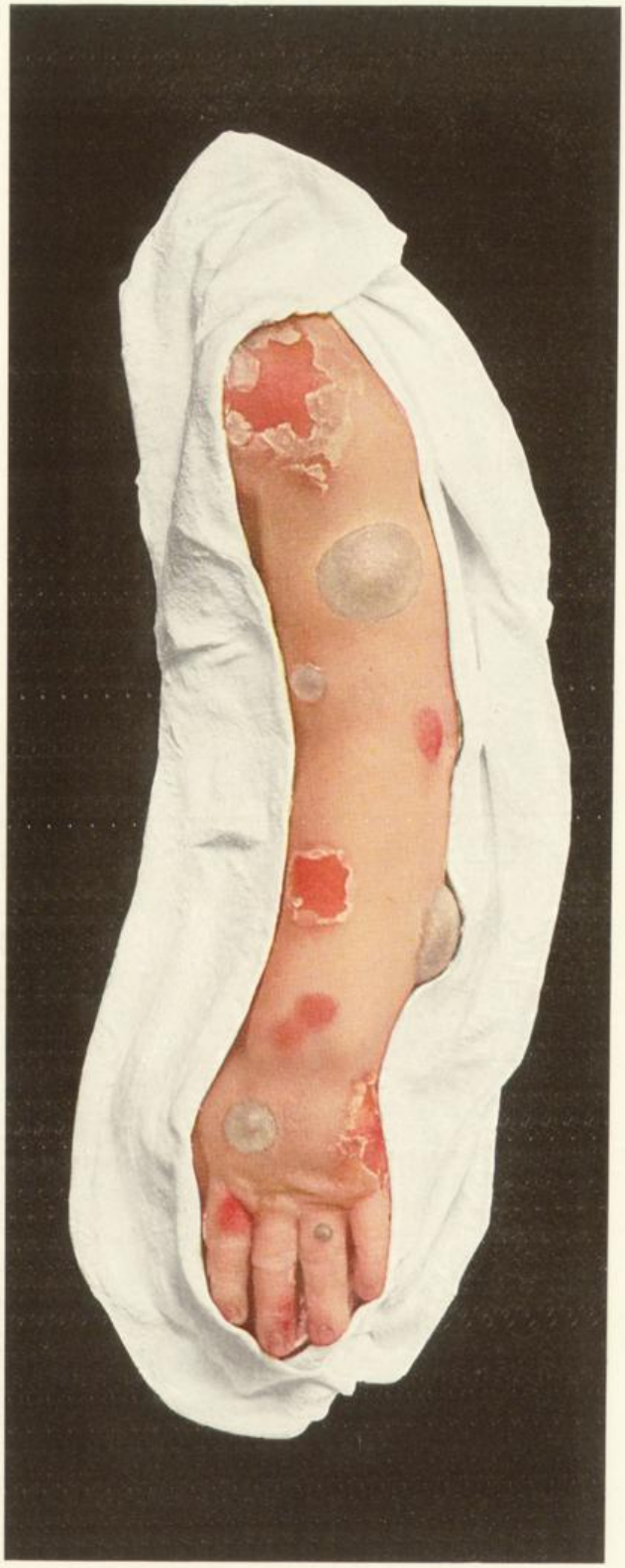
Dermatitis herpetiformis (Duhring).

Tafel 12, Fig. 19; Tafel 13.

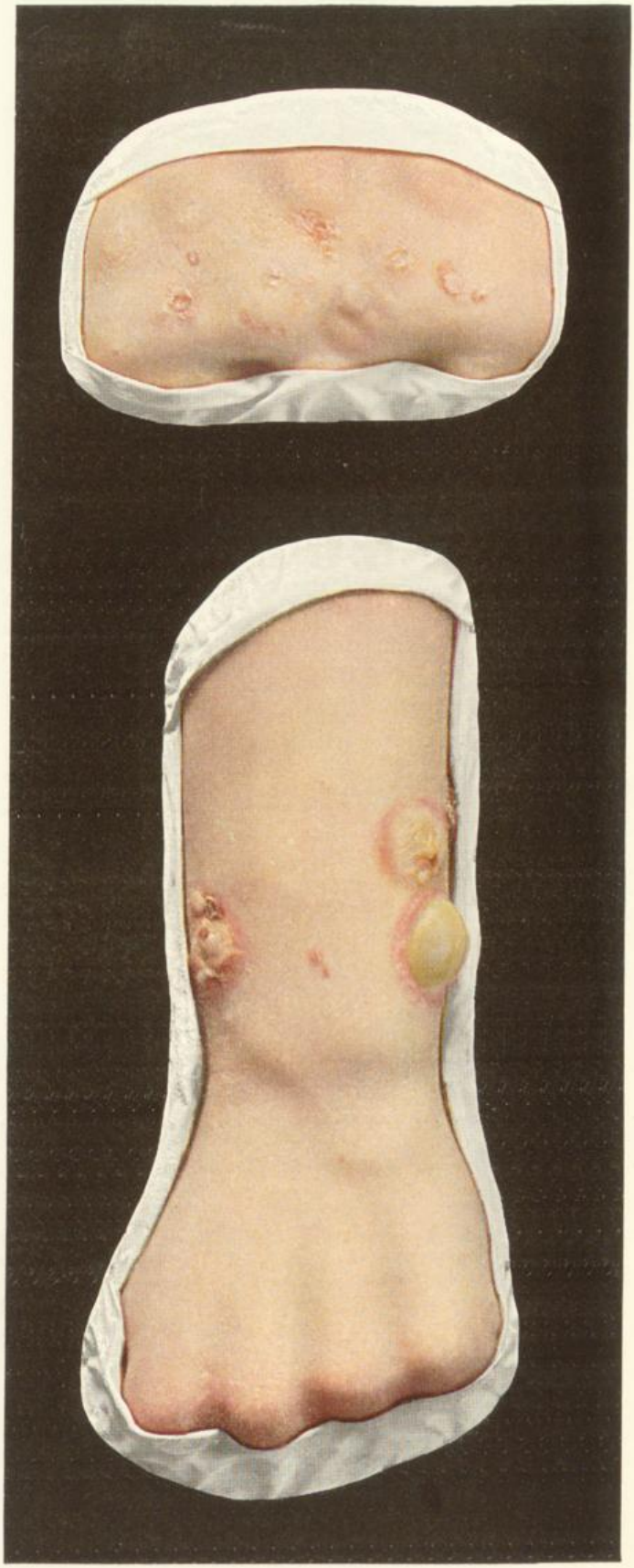
Die von Duhring genauer beschriebene und charakterisierte Dermatitis herpetiformis zeichnet sich in erster Reihe durch die Vielgestaltigkeit der vorhandenen Effloreszencen aus: neben Urticariaquaddeln, Erythemen und Papeln (Fig. 20) treten hauptsächlich Blasen verschiedener Größe (Fig. 19) unter nervösen Erscheinungen und

Anm. 18. Moulage der Lesserschen Klinik in Berlin (Kolbow).
Anm. 19. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta), No. 1352. Tenneson.
Anm. 20. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher).

außerordentlich heftigem Jucken auf. Der Prozeß kann in jedem Stadium der Entwicklung stehen bleiben, ebenso können Blasen unmittelbar aufschießen. Durch Jucken, Reiben und Sekundärinfektion (Fig. 20) wird die Vielgestaltigkeit des Bildes noch vermehrt. In der Regel erfolgen häufige Nachschübe und der Prozeß erstreckt sich auf eine außerordentlich lange Zeit, ist jedoch, obwohl die Patienten durch die subjektiven Symptome und die häufigen Nachschübe sehr herunterkommen, im Gegensatz zum Pemphigus als durchaus gutartig anzusehen. Die **Ätiologie** ist unbekannt, doch nimmt man vielfach eine Neurose als Ursache an. Die **Diagnose** ist in der Regel nur bei längerer Beobachtung aus der Polymorphie, dem intensiven Jucken, den Nachschüben und dem gutartigen Verlauf zu stellen. Die **Therapie** ist eine rein symptomatische und hat einmal die nervösen Erscheinungen durch Antineuralgica zu bekämpfen, andererseits durch Bäderbehandlung und eventuell Verbände mit jucklindernden Mitteln die lokalen Beschwerden der Patienten zu mildern. Alkoholwaschungen, Schwefelbäder und Teerpräparate wirken vielfach günstig, zuweilen auch innere Darreichung von Arsen oder Strychnin. Als neue, oft erfolgreiche Therapie erwähnen wir Infusionen mit physiologischer Kochsalzlösung nach vorangegangenem Aderlaß oder Injektion kleinerer Mengen defibrinierten Blutserums von gesunden Menschen.



No. 18. Pemphigus neonatorum.



No. 19. Dermatitis herpetiformis (Duhring).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 20. Dermatitis herpetiformis (Duhring).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Hydroa vacciniformis.

Tafel 14.

Infolge einer manchmal familiären Überempfindlichkeit gegenüber den chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenlichtes entstehen hauptsächlich im Frühjahr bei jugendlichen Personen an den unbedeckten Hautpartien, besonders Handrücken und Vorderarmen, sowie im Gesicht und an den Ohren (Fig. 21) Knoten von weißlicher oder auch livider Farbe mit erythematösem Hof, die sich meist in Blasen umwandeln und dann rasch zu braun- bis blauroten Borken eintrocknen; die Abheilung, die mit oder ohne Eiterung erfolgen kann, führt stets zur Bildung einer scharfrandigen, tiefen Narbe, die stark an Blatternarben erinnert. Da die Affektion jeweils im Frühjahr und Sommer, zumeist bei im Freien arbeitenden Individuen rezidiviert, so bekommt die Haut schließlich ein sehr eigenartiges Aussehen: von der dunklen Pigmentierung im Gesicht und an den Unterarmen heben sich zahlreiche weiße Narben ab, zwischen denen die oben beschriebenen frischen Effloreszenzen und Borken sich finden. Allgemeinerscheinungen und subjektive Beschwerden fehlen meist ganz; in seltenen Fällen wurde Hämatoporphyrinurie, einmal auch Frühjahrskatarrh der Augen beobachtet.

Die Ursache der, übrigens auch gegenüber künstlich erzeugten kurzwelligen Lichtstrahlen bestehenden, meist mit dem 30sten Lebensjahre spontan erlöschenden Überempfindlichkeit der Haut ist noch nicht bekannt.

Die **Diagnose** der Hydroa vacciniformis ist aus dem ungemein charakteristischen Bild, das die Haut darbietet, meist ohne Schwierigkeit zu stellen; durch die Angabe der Patienten, daß mit dem Beginn der Arbeit im Freien alljährlich neue Schübe auftreten, wird die Diagnose gesichert. In zweifelhaften Fällen kann man eine Hautstelle dem Licht einer an kurzwelligen Strahlen reichen Lampe — Finsen- oder Hg-Lampe — aussetzen.

Die **Prognose** ist günstig.

Anm. 21. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher).

Therapie. Die Hauptsache ist das Fernhalten der chemisch wirksamen Lichtstrahlen, was man früher durch das Tragen gelber, grüner oder roter Schleier oder durch Einpinseln einer 10%igen Chininlösung zu erreichen suchte. Am sichersten und bequemsten scheint dieser Indikation die Zeozon- oder Ultrazeozonsalbe zu genügen, welche die wirksame Substanz des Aesculins enthält und nach den bisherigen Erfahrungen die kurzwelligen Lichtstrahlen zuverlässig von der Haut abhält.



No. 21. Hydroa vacciniformis.

Verlaag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Urticaria.

Tafel 15, 16, 17.

Die Urticaria ist charakterisiert durch das Auftreten von Quaddeln, d. h. von stark juckenden flachen Papeln von weißer, hellroter (Fig. 22), seltener dunkelroter (Fig. 23) bis livider Farbe und sehr wechselnder Größe, die isoliert, gruppenweise oder konfluierend angeordnet sind. Ebenso rasch wie sie auftreten, können die Quaddeln wieder verschwinden, ohne normalerweise Pigmentierungen zu hinterlassen; durch Konfluieren benachbarter Effloreszenzen können serpiginöse Figuren entstehen. Die Ausdehnung der befallenen Hautpartie schwankt außerordentlich; nicht selten ist ein großer Teil der Körperoberfläche gleichzeitig oder durch einander folgende Nachschübe in den Krankheitsprozeß einbezogen. Bei manchen Personen findet sich teils angeboren, teils als Folge einer vorangegangenen Hauterkrankung eine hochgradige Neigung, mit Quaddelbildung auf jeden die Hautoberfläche treffenden Reiz zu reagieren; jeder Kratzstrich wandelt sich in eine quaddelartige Leiste um (Urticaria factitia, Dermographismus).

Im Kindesalter finden sich in häufig wiederkehrenden Schüben auftretende kleine quaddelartige Papeln, untermischt mit echten Quaddeln, die an der Oberfläche öfter ein Bläschen oder Blutbörkchen zeigen (**Lichen urticatus oder Strophulus,** Fig. 25), eine Affektion, die deshalb besondere Beachtung verdient, weil sie in einer Anzahl von Fällen den Vorläufer einer schweren, meist unheilbaren Hauterkrankung, der Prurigo, darstellt.

Ebenfalls zur Urticaria gehören die akut zirkumskripten Ödeme, auch Riesen-Urticaria genannt, welche nicht nur die Haut, sondern auch tiefere Gewebsschichten befallen, plötzlich auftreten und rasch verschwinden, eine seltene, meist hereditäre Erkrankung.

Anm. 22. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). 30jähriger Mann, leidet seit einem Jahre an chronischer Urticaria.

Anm. 23 und 25. Moulagen der gleichen Klinik.

Anm. 24. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). 2jähriger Knabe, leidet gleichzeitig an Tetanie; Affektion ist über den ganzen Körper ausgebreitet, Hautreflexe übernormal; Urticaria factitia an der ganzen Haut.

Auch die im Kindesalter auftretende, sehr seltene **Urticaria pigmentosa** (Fig. 24) ist hier zu erwähnen. Bei dieser hinterlassen die sehr lange persistierenden Quaddeln intensive Pigmentierungen, welche ihrerseits die Erscheinungen der Urticaria factitia zeigen und in der Regel das ganze Leben hindurch bestehen bleiben.

Hervorgerufen wird die Urticaria einmal durch äußere Reize, welche die Haut treffen (Insektenstiche, Brennesseln, Raupenhärchen), wobei die Quaddeleruption durchaus nicht immer auf die betroffene Stelle beschränkt bleibt, andererseits aber, und zwar am häufigsten, vom Magen-Darmkanal aus bei einzelnen Personen durch gewisse Speisen (Fische, Krebse, Früchte, bes. Erdbeeren) oder Medikamente. In der Regel gehen damit einher Störungen der Verdauungstätigkeit, Erbrechen und Durchfälle; Urticaria ab ingestis. Auch innere Erkrankungen, besonders solche, welche Veränderungen der Blutbeschaffenheit bedingen (Leukämie, Diabetes), sind oft von Urticaria begleitet; ebenso können Genitalleiden bei Frauen und Störungen im Verdauungstraktus Urticaria hervorrufen und bei Männern tritt solche gelegentlich im Anschluß an Bougierungen u. ä. auf. Schwangere zeigen öfter während der Gravidität Urticaria factitia, die nach der Entbindung wieder schwindet. Abgesehen von den genannten Formen gibt es eine Anzahl Fälle von chronischer Urticaria, für welche eine Ursache nicht gefunden werden kann und welche ganz besonders hartnäckig zu sein pflegen.

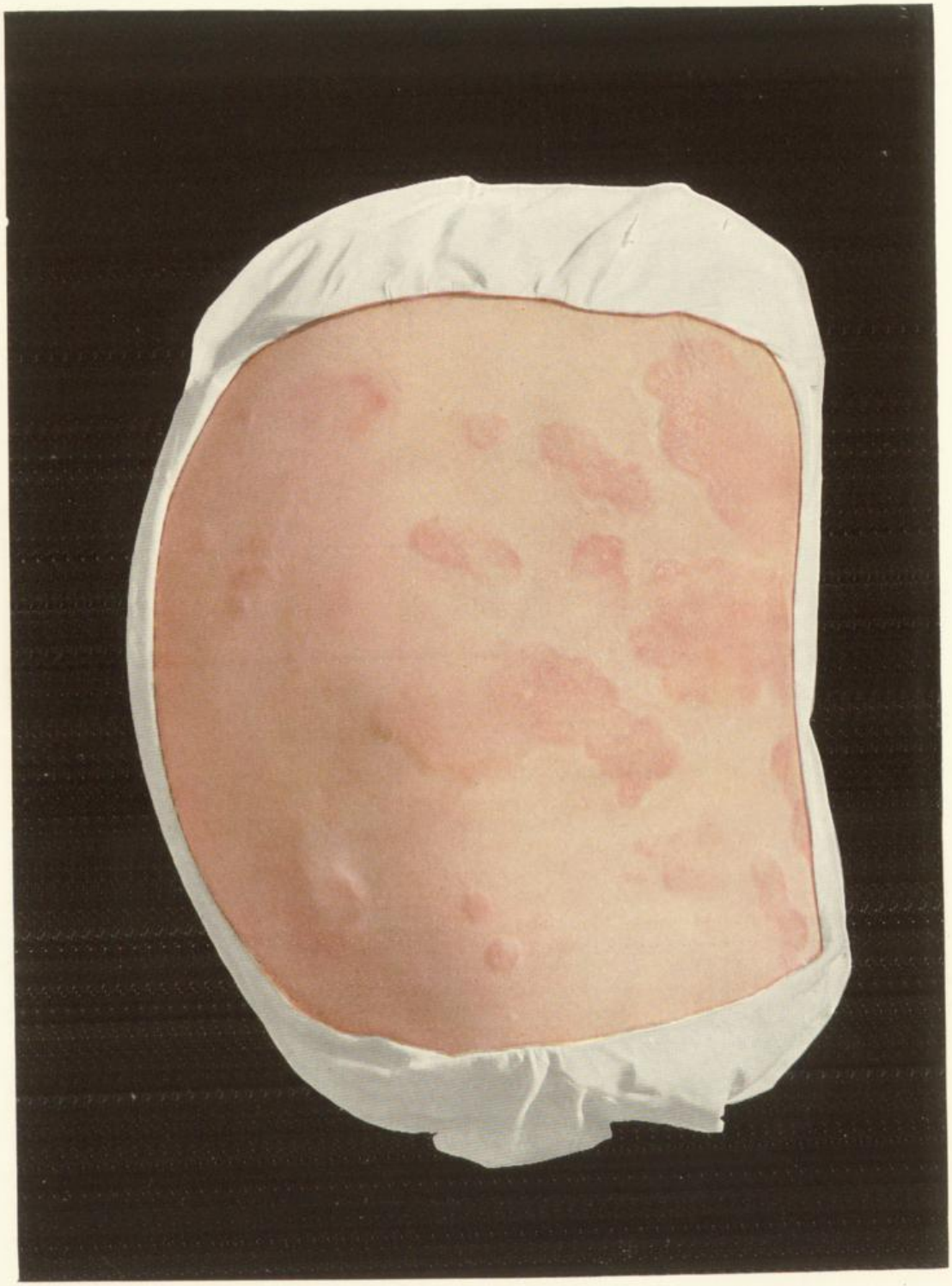
Die **Diagnose** der Urticaria ergibt sich aus dem typischen Bilde der flüchtigen Quaddeln, sowie aus dem Jucken. Gewisse Arzneiexantheme lassen sich kaum von der Urticaria abtrennen.

Die **Prognose** ist bei der Urticaria chronica infantum (Prurigo!) mit Vorsicht zu stellen, sonst im allgemeinen günstig, abgesehen von den oben erwähnten Formen chronischer Nesselsucht, bei welchen durch Jucken und Schlaflosigkeit das Allgemeinbefinden in ungünstiger Weise beeinflußt werden kann.

Die **Therapie** ist nur in solchen Fällen von Erfolg begleitet, wo es gelingt, die Ursache der Urticaria zu ergründen, respektive zu beseitigen; ganz besonders ist auf Verdauungsstörungen und Allgemeinerkrankungen zu achten. Auch Beseitigung eines Leidens der weiblichen Genitalien wird nicht selten eine langdauernde Urticaria zur Heilung bringen. Ist keine Ursache nachzuweisen, so wären Kuren mit Atropin, Arsen, Pilocarpin, Ergotin und eventuell mit Calcium chloratum oder Menthol zu versuchen. Hauptaufgabe der Therapie in solchen Fällen wird die Linderung des oft enormen Juckreizes sein. Opiate sind nur mit großer Vorsicht zu verwenden, eher Hypnotica; auch Antipyrin coupiert gelegentlich die Juckanfälle. In neuerer Zeit werden bei Urticaria Blutwaschungen — Infusion von physiologischer Kochsalzlösung nach vorangegangenem Aderlaß — oder Injektionen von Blutserum

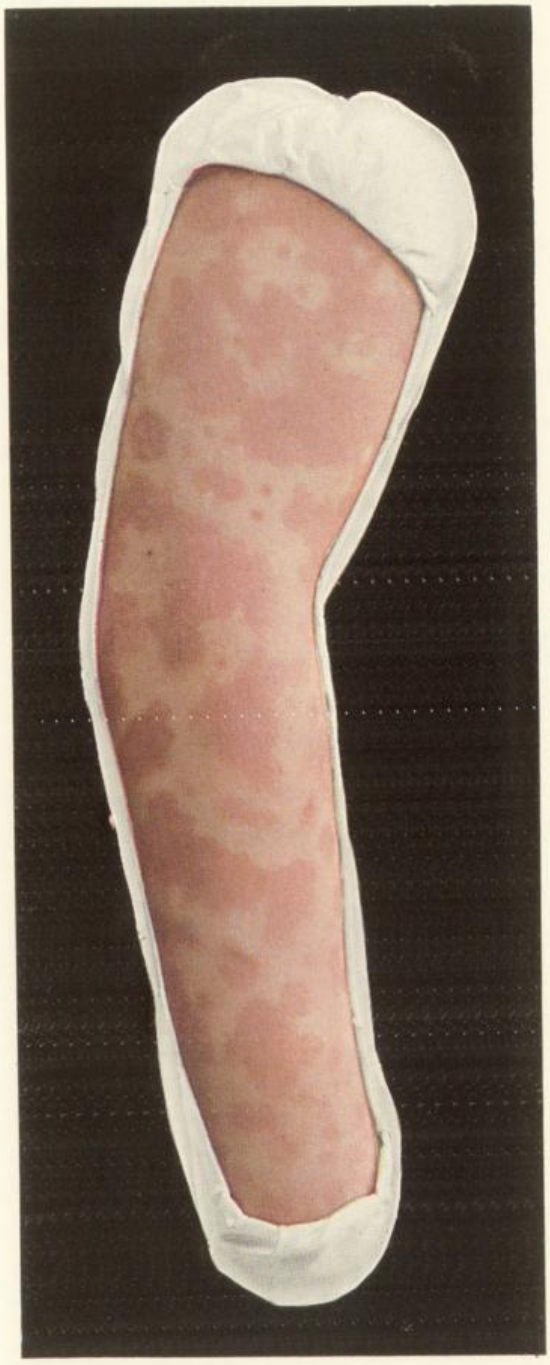
gesunder Menschen mit gutem, oft überraschendem Erfolg angewendet, doch haben wir häufig Rezidive beobachtet.

Die äußere Behandlung hat damit zu rechnen, daß die einzelnen Kranken sehr verschieden auf Wärme, respektive Kälte reagieren; erstere wirkt manchmal günstig in Form warmer Bäder oder Duschen, während vielfach Kaltwasserapplikationen von besserem Erfolg begleitet sind. Abgesehen davon sind Waschungen mit reinem Alkohol oder Mentholspiritus, Liquor carbonis detergens-Spiritus oder Teertinktur zu versuchen, auch Tumenol, Ichthyol, Karbolsäure und Bromocoll oder Euguform werden in Salben oder Lösungen mit Erfolg gegen das Jucken angewendet. Jede mechanische Reizung der Haut durch Reiben oder durch das Tragen rauher Leibwäsche ist zu vermeiden.

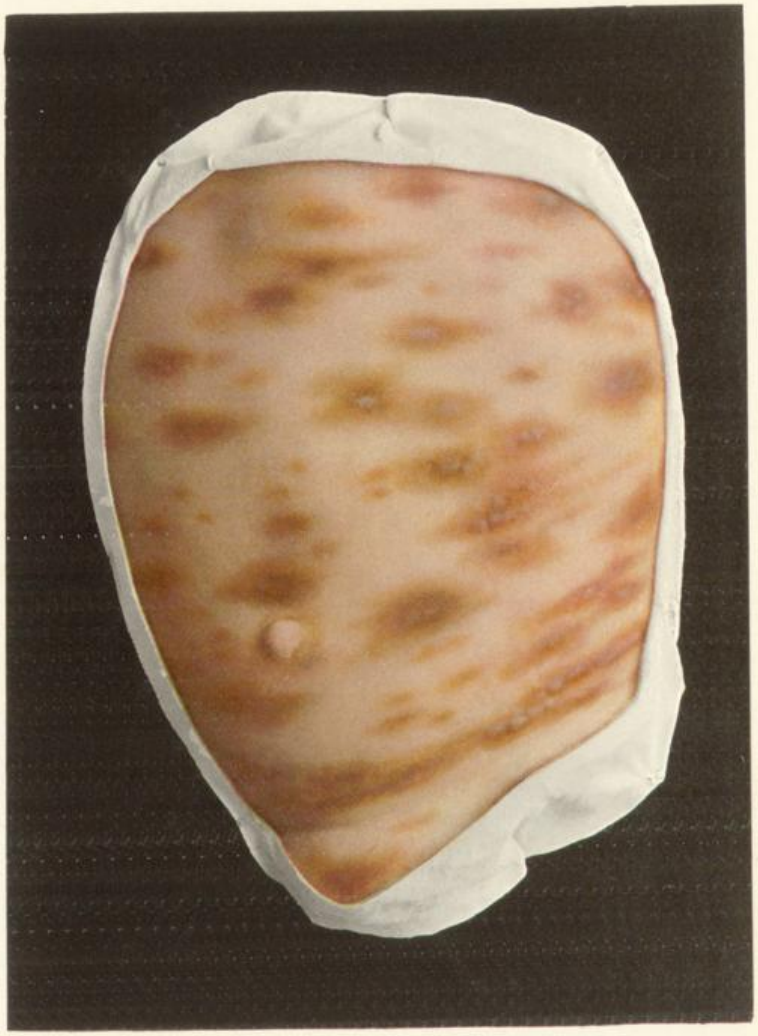


No. 22. Urticaria.

Verlag voon Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

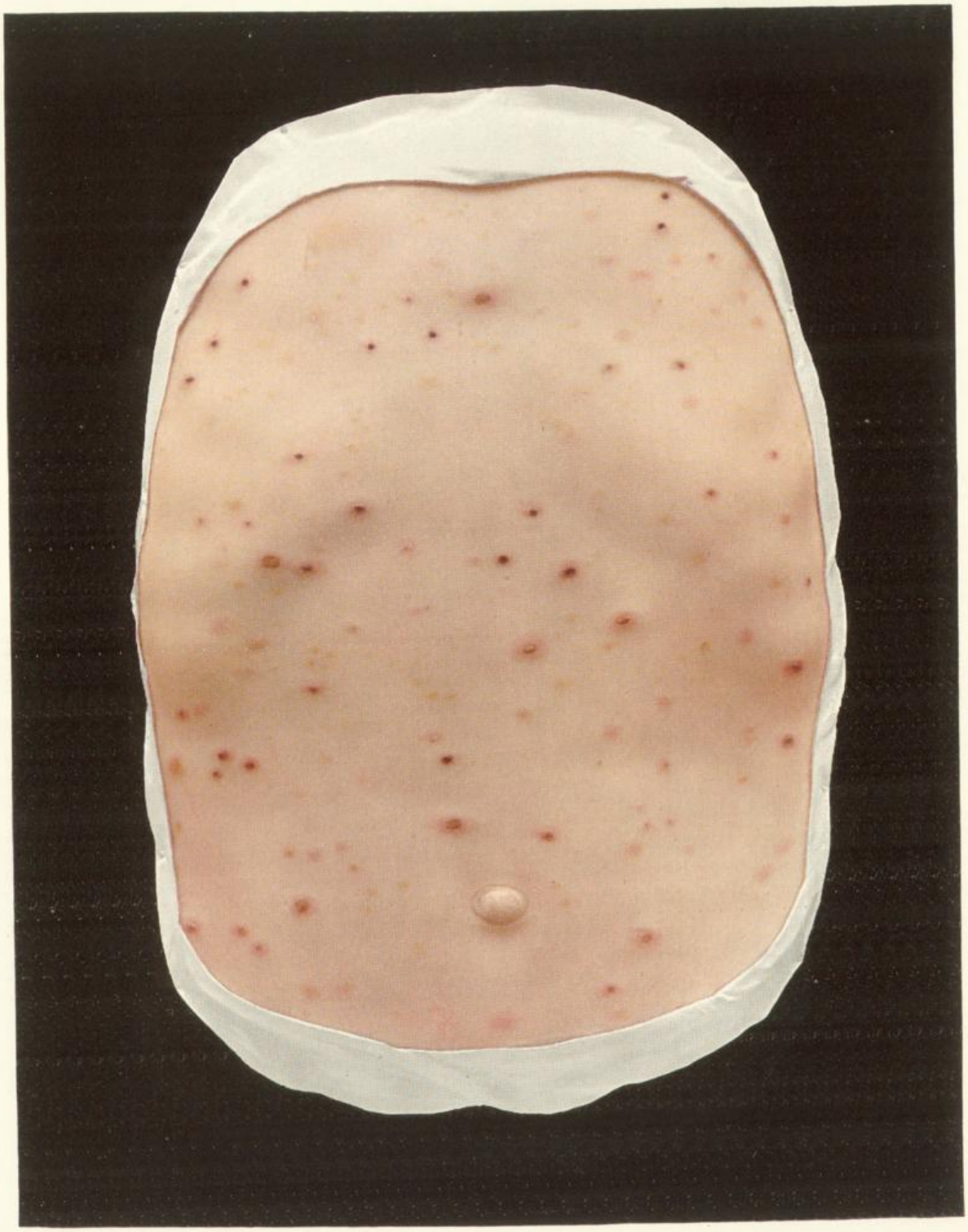


No. 23. Urticaria rubra.



No. 24. Urticaria pigmentosa.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 25. Urticaria chronica infantum (Strophulus).

Verlagg von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Perniones.

Tafel 18, Fig. 26.

Mit Eintritt der kalten Jahreszeit entstehen meist bei anämischen jugendlichen Individuen infolge der Einwirkung oft recht geringer Kältegrade an Händen und Füßen (Fig. 26), seltener im Gesicht und an den Ohren lividrote Knoten oder Anschwellungen von teigiger Konsistenz, welche hauptsächlich beim Warmwerden intensiv jucken. Geringe mechanische Läsionen führen an diesen Stellen zur Abhebung der Epidermis in Form einer mit blutig-serösem Inhalt gefüllten Blase, aus welcher sich leicht atonische, schwer heilende Geschwüre entwickeln. In den meisten Fällen ist eine hereditäre Disposition nachweisbar. Bei Eintritt der warmen Jahreszeit tritt Spontanheilung ein, doch sind fast stets Rezidive zu erwarten.

Die **Diagnose** der Pernionen ist aus dem Sitz und dem Auftreten mit Einsetzen kalter Witterung leicht zu stellen, die **Prognose** hat die Häufigkeit der Rezidive zu berücksichtigen.

Die **Therapie** wird in erster Reihe die fast stets vorhandene Anämie zu bekämpfen und die Haut nach Möglichkeit abzuhärten suchen. Bei entwickelten Pernionen sind zunächst die Ulcera durch feuchte Verbände mit schwachen Arg. nitr.-Lösungen oder 1% Arg. nitr.-Perubalsam-Salbe zur Überhäutung zu bringen; darnach werden die Zirkulationsstörungen und Gefäßveränderungen durch Blaulicht, Massage, heiße Bäder und nachfolgende Alkoholwaschung, Bepinselung mit Jodtinktur, Collodium oder Traumaticin, durch Alkoholdunstverbände oder durch intensives Einreiben mit einer 10% Chlorkalksalbe behandelt.

Morbus Raynaud.

Tafel 18, Fig. 27.

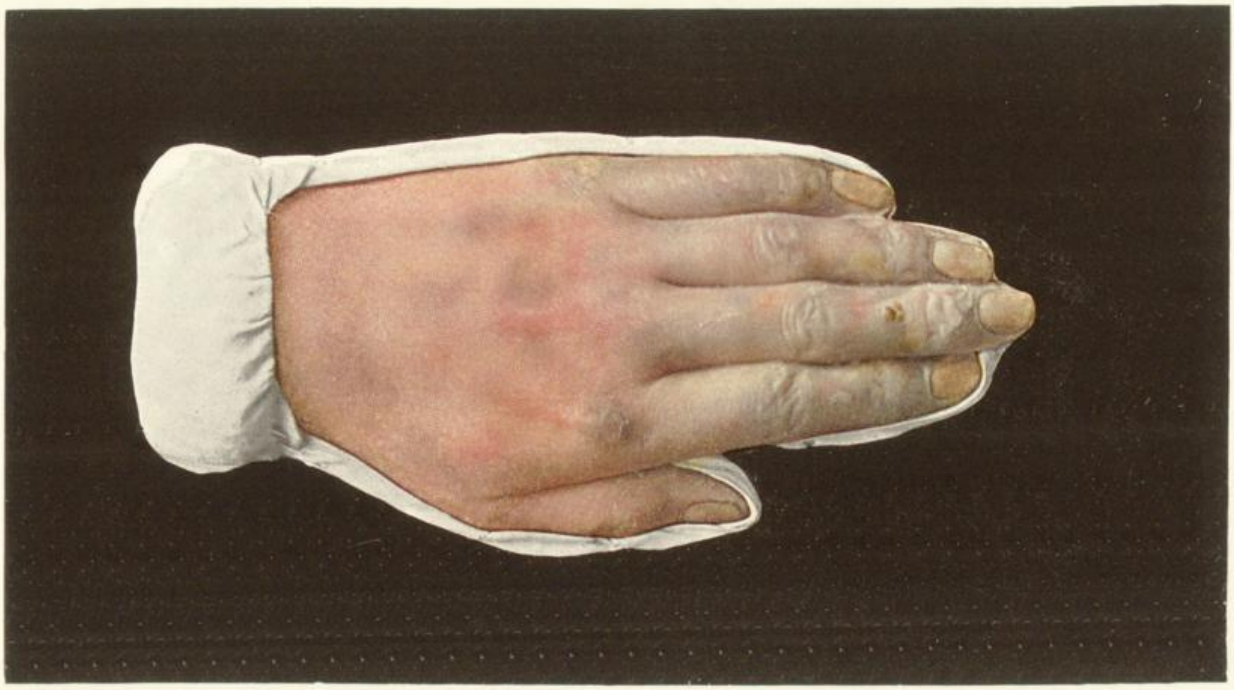
Bei der Raynaudschen Krankheit, einer jedenfalls auf Innervationsstörung der Hautgefäße beruhenden Erkrankung zentralen Ursprunges, treten anfallsweise an

Anm. 26. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

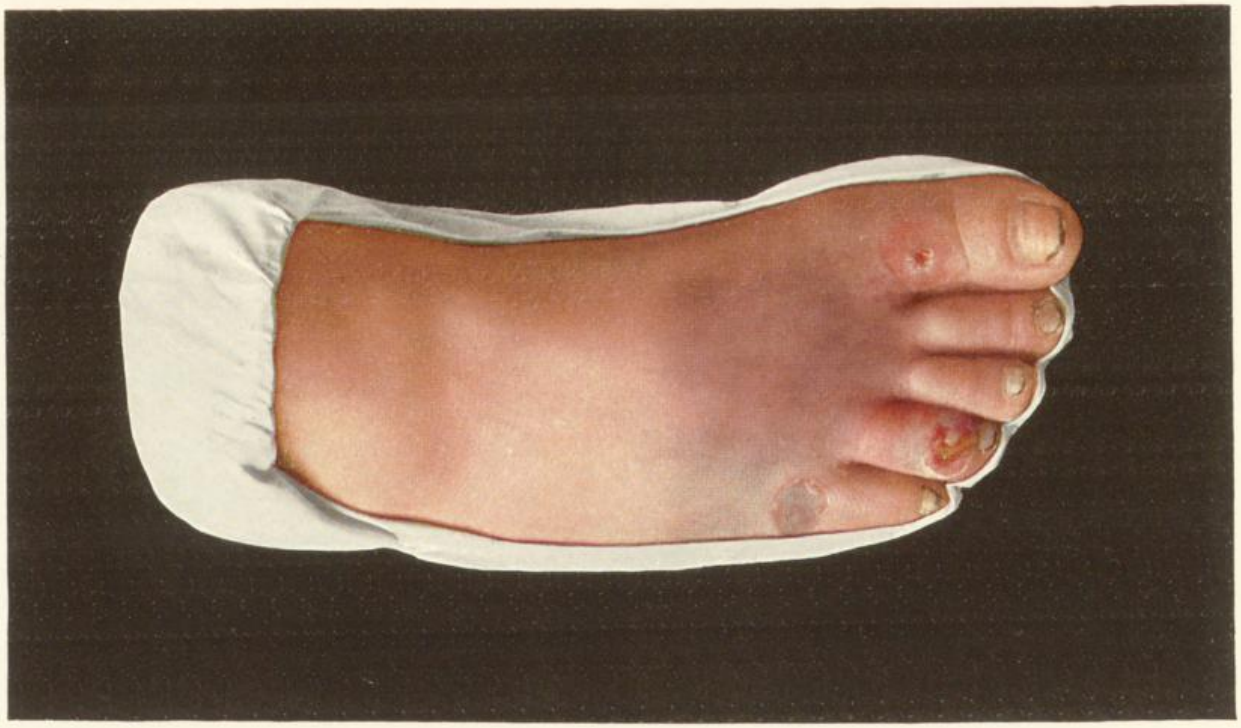
beiden Extremitäten lokale Asphyxie, Kälte und Taubheitsgefühl bei sehr blasser und vielfach cyanotischer Färbung der Haut auf (Fig. 27). Der Prozeß kann sich jahrelang auf diesen Symptomenkomplex beschränken, kann aber auch zur Nekrose, die dann meist an den Finger- oder Zehenspitzen beginnt, führen (symmetrische Gangrän).

Die **Therapie** wird versuchen, durch heiße Bäder, Massage etc. eine Besserung in den Zirkulationsverhältnissen herbeizuführen, doch sind die Resultate wenig ermutigend.

Anm. 27. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner); siehe Verhandlungen des Breslauer Dermatologenkongresses 1901.



No. 27. Morbus Raynaud.



No. 26. Perniones.

Verlagg von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Gangraena diabetica.

Tafel 19, Fig. 28.

Von den bei Diabetes vorkommenden Hauterkrankungen, die teils auf Störungen des Stoffwechsels zurückzuführen sind, wie Ekzeme, Urticaria, Purpura, teils auf Reizungen durch den zuckerhaltigen Urin, vielfach im Zusammenhang mit sekundären Infektionen beruhen, — Pruritus vulvae, Impetigo, Furunkulose —, ist die wichtigste die Gangraena diabetica, bei deren Entstehung wohl hauptsächlich die durch die gestörte Ernährung verminderte Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegenüber Infektionen in Betracht kommt.

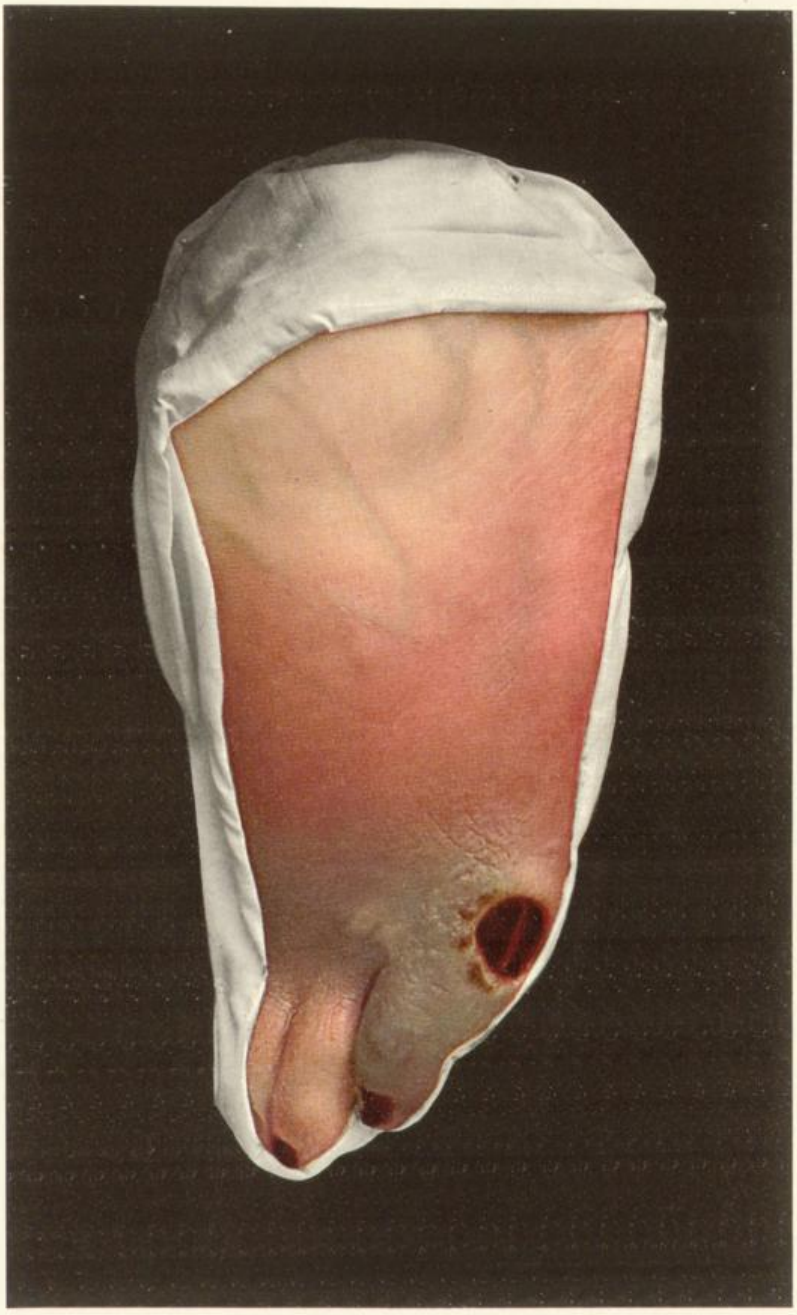
Oft im Anschluß an Kratzeffekte und sonstige unbedeutende Verletzungen kommt es meistens an den unteren Extremitäten, besonders an den Zehen unter livider Verfärbung und Blasenbildung zu vereinzelten oder multiplen, tiefgehenden gangränösen Geschwüren, die große Tendenz zu rapidem Fortschreiten nach oben zeigen, wobei nicht selten der Exitus unter den Erscheinungen allgemeiner Sepsis eintritt; gelegentlich breitet sich die Gangrän unter der Bildung serpiginös aufschießender Blasen aus, während in anderen Fällen der Prozeß ähnlich dem Malum perforans lokalisiert bleibt.

Die **Diagnose** wird, abgesehen von der zu grunde liegenden Allgemeinerkrankung, hauptsächlich aus dem Beginn der Erkrankung an jeder beliebigen Stelle des Fußes oder der Zehen zu stellen sein, während die ähnliche senile Gangrän stets am Ende der Zehen auftritt.

Die **Prognose** hängt zum Teil von der Schwere des Diabetes ab; hoher Zuckergehalt und Acetonurie geben eine wenig günstige Prognose. Bei oberflächlicher und umschriebener Gangrän kann Heilung eintreten; rascheres Fortschreiten, besonders auf den Unterschenkel führt meist zum Exitus.

Therapie. In erster Reihe ist der Prophylaxe große Aufmerksamkeit zu schenken. Bei Diabetikern müssen Hauterkrankungen, wie Ekzeme stets sorgfältig behandelt und Verletzungen der Epidermis nach Möglichkeit vermieden werden. Selbstverständlich muß das Grundübel durch Diät etc. bekämpft werden. Beim Beginn einer Gangrän sind antiseptische Lösungen, besonders Carbolsäure nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Die besten Erfolge gibt ein möglichst frühzeitiges chirurgisches Eingreifen.

Anm. 28. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



No. 28. Gangraena diabetica.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Ulcus e radiis Röntgen.

Tafel 20, Fig. 29.

An der äußeren Haut entstehen durch Röntgenstrahlen in zu hoher Dosis, mögen dieselben auf einmal oder im Verlauf von Tagen oder Wochen angewandt werden (kumulierende Wirkung!), nach längerer Latenzzeit Veränderungen verschiedener Intensität: je nach der verabreichten Dosis und der individuellen Empfindlichkeit kommt es zum Haarausfall, wobei die Haare meistens wiederkommen, zur Dermatitis, nach deren Ablauf Pigmentierungen, auch Atrophien zurückbleiben, zur Blasenbildung, die oft länger dauernde Eiterungen im Gefolge hat, oder schließlich zur Excoriation, Ulceration und Nekrose (Fig. 29). Die dabei entstehenden, sehr schmerzhaften Geschwüre sind zunächst von einem fest anhaftenden, lackartigen, gelblichroten, diphtheroiden Belag bedeckt, nach dessen Abstoßung (bei Anwendung sehr hoher Dosen) tiefe gangränöse Substanzverluste sichtbar werden, die sich sogar auf Muskeln und Knochen erstrecken können; durch das gleichzeitig vorhandene Fieber und die intensiven Schmerzen wird das Allgemeinbefinden sehr ungünstig beeinflußt. Die Tendenz zur Heilung ist zunächst eine minimale; erst nach Monaten, bei ausgedehnteren Zerstörungen nach Jahren tritt Vernarbung ein, wobei die gebildete Narbe ohne besondere Veranlassung wieder zerfallen kann. Nach Blasenbildung, besonders aber nach Röntgenulcerationen bleiben auffällige, teils dunkel pigmentierte, teils pigmentlose, atrophische Narben zurück, die vielfach von Teleangiektasien durchsetzt sind.

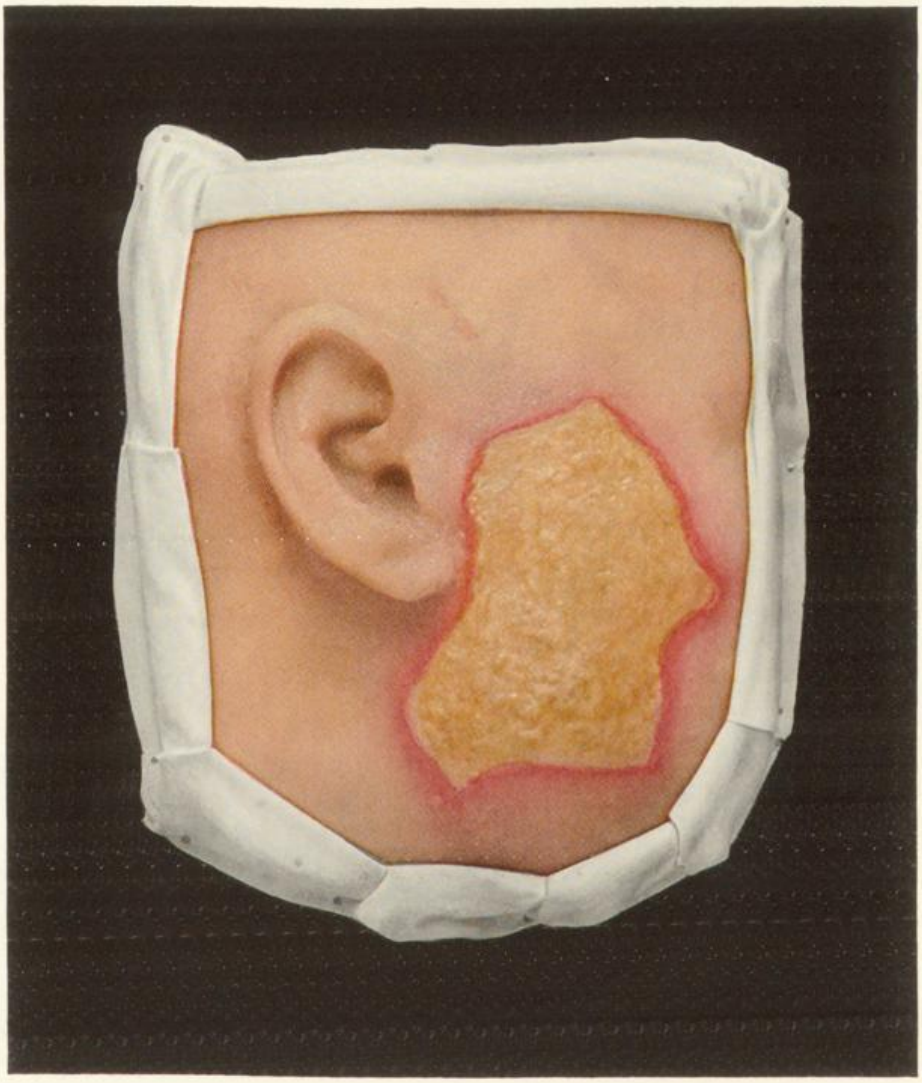
Bei Röntgenologen und Arbeitern in Röntgenbetrieben entstehen im Laufe der Zeit ganz allmählich besonders an den Händen atrophische, narbenartige Veränderungen, die Nägel fallen aus, ja, es können sich Epitheliome an den Fingern bilden, die recht bösartiger Natur sind.

Anatomisch findet man hauptsächlich eine vacuolisierende Degeneration der Gewebe, speziell der Gefäßwände, in großer Ausdehnung, wodurch die geringe Heiltendenz einigermaßen erklärlich wird; um eine Röntgenverbrennung handelt es sich also nicht!

Anm. 29. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher).

Die **Diagnose** ergibt sich ohne Schwierigkeit aus dem charakteristischen Bild und dem sehr chronischen Verlauf; die **Prognose** ist günstig, wenn die Schädigung rechtzeitig erkannt und weitere Einwirkung der Röntgenstrahlen verhütet wird; durch die Schmerzen und die ungemein lange Heilungsdauer können allerdings die Patienten ernstlich in ihrem Allgemeinbefinden geschädigt werden. Bei Röntgenepitheliomen, die immer nur nach sehr oft wiederholter Einwirkung kleiner Dosen entstehen, ist die Prognose mindestens dubiös.

Therapie. Besonders bewährt hat sich uns die Anwendung des Quecksilberlichtes in Form der Uviol-, respektive Quarzlampe; außerdem werden abwechselnd feuchte und trockene antiseptische sowie Salbenverbände empfohlen. Mit Rücksicht auf die Schmerzen verwendet man Anästhesin, Orthoform oder Cykloform, doch darf man damit nicht zu lange fortfahren, weil die Granulationen leicht nekrotisch werden und schmierige Beläge sich bilden. Am besten wendet man neben der Blaulichtbehandlung Überschläge mit physiologischer Kochsalzlösung an und transplantiert, sobald gesunde Granulationen sich gebildet haben, auf diese oder excidiert das ganze Ulcus und transplantiert dann. Epitheliome sollen so frühzeitig als möglich weit im Gesunden operativ entfernt werden; bei Sitz an einem Finger wird am besten sofort exarticuliert. — Die Hauptsache ist die Prophylaxe: durch genaue und vorsichtige Dosierung, die mit Hilfe der modernen Meßinstrumente recht gut möglich ist, Abfiltrieren der oberflächlich wirkenden Strahlen bei Tiefenbestrahlungen, sowie durch Schutz der gesunden Haut vermittels Bleiblech lassen sich Röntgenulcera ziemlich sicher vermeiden.



No. 29. Ulcus e radiis Roentgen.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lupus erythematosus.

Tafel 21, 22 und 23, Fig. 34.

Im der Regel an der Haut des Gesichtes (Fig. 30), der Ohren (Fig. 31) und des behaarten Kopfes (Fig. 33), seltener an den Extremitäten (Fig. 32) findet sich bei Lupus erythematosus eine Veränderung, welche, hervorgehend aus wenig typischen roten Papeln, sich durch peripheres Fortschreiten zu Scheiben entwickelt, deren Rand frischrote Farbe zeigt und mit festhaftenden, bei längerer Dauer graugrünlich gefärbten Schuppen bedeckt ist, die beim Ablösen an ihrer Unterseite borstenartige Fortsätze entsprechend den erweiterten Follikelöffnungen aufweisen. Daneben finden sich in der Randpartie häufig comedonenartige Pfröpfe, die indes trockener und nicht so fett erscheinen wie echte Comedonen. Neben diesen tiefergehenden „follikulären" Fällen von Lupus erythematosus sieht man nicht selten mehr oberflächliche „vaskuläre" Formen. Der Prozeß schreitet außerordentlich langsam peripher fort, während im Zentrum, ohne daß es zur Ulceration käme, sich narbig atrophische Stellen entwickeln, welche häufig von Gefäßerweiterungen durchzogen sind. Bei der häufigsten Lokalisation im Gesicht, auf Nase und Wangen, entsteht eine schmetterlingsartige Figur. Auf dem behaarten Kopf führt die narbige Atrophie zu dauernder Alopecie. Auch auf der Schleimhaut, besonders der Lippen kommt der scheibenförmige Lupus erythematosus nicht so selten vor.

Die Rötung läßt sich vollkommen wegdrücken; nie erscheinen, wie beim Lupus vulgaris, von dem die Affektion durchaus zu trennen ist, bei Glasdruck die bekannten Lupusknötchen. An den Fingern entwickeln sich gelegentlich pernionenartige Knoten, die infolge von Rhagaden und Fissuren nicht unbeträchtliche Schmerzen verursachen können; abgesehen davon macht der Prozeß wenig oder keine subjektiven Symptome. Außer dieser, als Lupus erythematosus discoides bezeichneten Form des Leidens, kommt noch eine akute Form, Lupus erythematosus disseminatus (Fig. 34) vor, bei der, zuweilen unter heftigen Allgemeinerscheinungen und Fieber zahlreiche Effloreszenzen im Gesicht und auf der Haut des Körpers auftreten, die nach kürzerem Bestande sich involvieren und nie wie

Anm. 30, 31, 33. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 32. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta) No. 1437. Vidal. 2 Jahre bestehender symmetrischer Lupus erythematosus der Hände, gleichzeitig ist das Gesicht befallen.

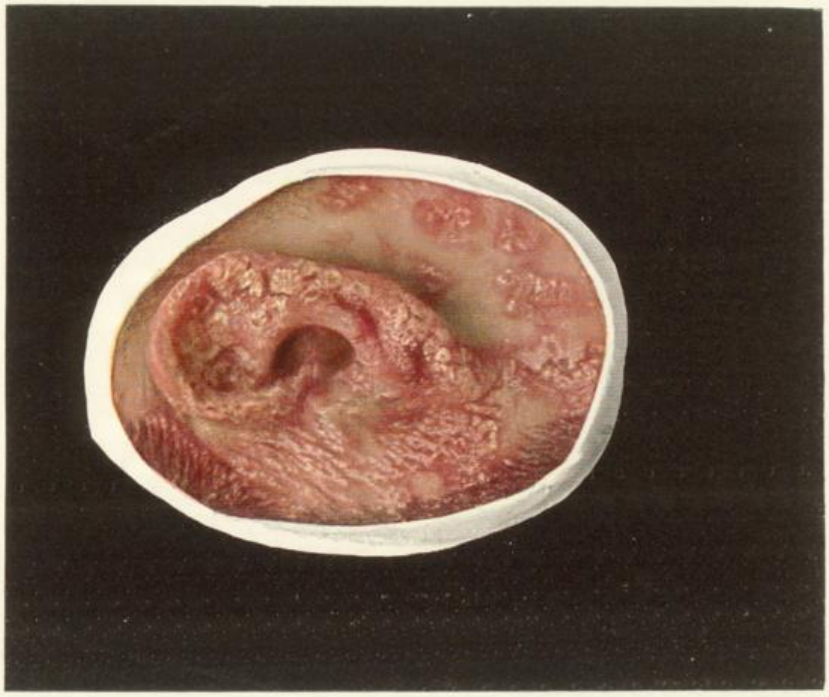
Anm. 34. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen). Die flächenhafte Erkrankung der Wangenhaut läßt besonders in den Randpartien die Entstehung aus zahlreichen kleinen, runden Effloreszenzen erkennen. Unter Behandlung mit Chinin intern und gleichzeitiger Jodpinselung ist die Affektion in kurzer Zeit bis auf minimale Reste abgeheilt.

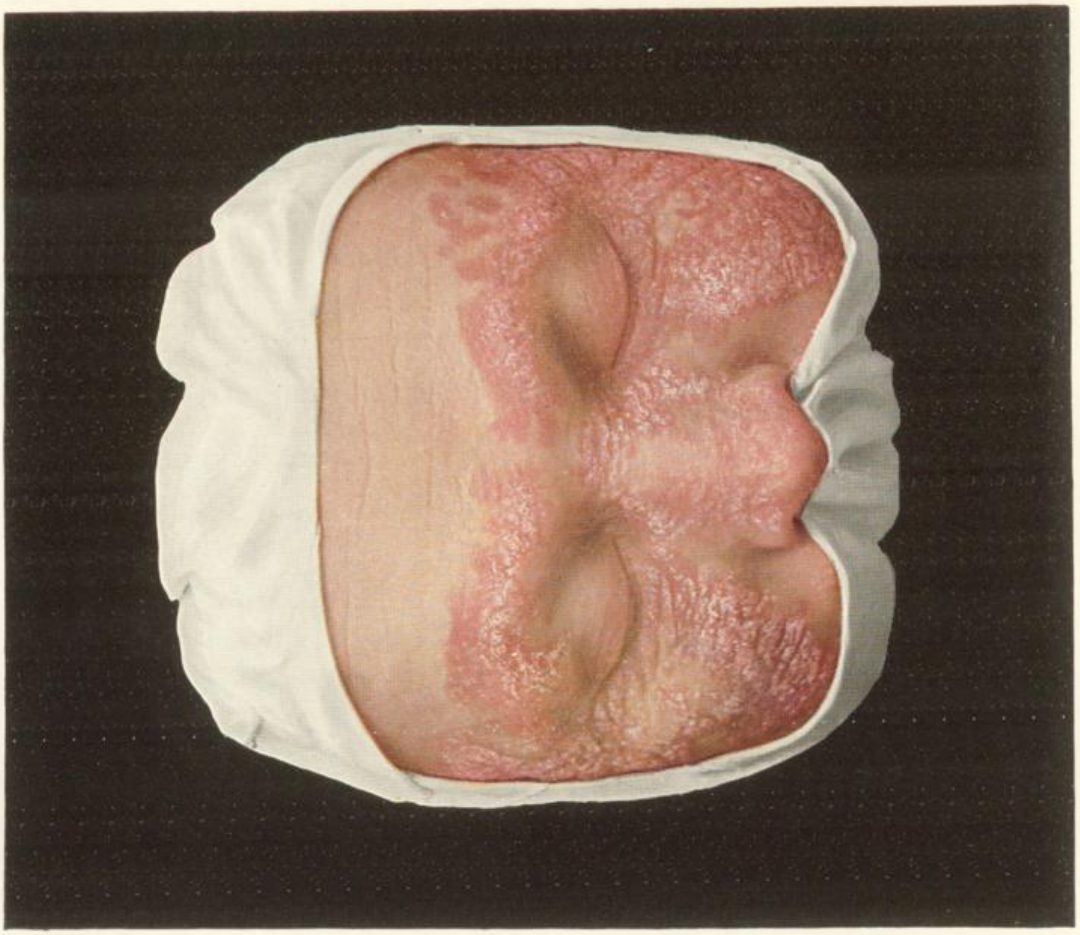
bei der Scheibenform sich weiter peripher ausdehnen, sondern unter Narbenbildung abheilen. Letztere Form kann sich aus dem scheibenförmigen Lupus erythematosus entwickeln, aber auch selbständig auftreten und stellt immer ein schweres, nicht unbedenkliches Leiden dar. Die Erreger des Lupus erythematosus sind nicht bekannt, doch versucht man die Affektion in Zusammenhang mit der Tuberkulose zu bringen, und zwar derart, daß man ihre Entstehung den Toxinen der an irgend einer Stelle des Körpers, jedenfalls nicht in loco befindlichen Tuberkelbazillen zur Last legt („Tuberculid"); ein Beweis für diese Ansicht ist bisher nicht erbracht, doch ist das häufige Zusammenfallen von Tuberkulose und Lupus erythematosus immerhin bemerkenswert.

Die **Diagnose** des Lupus erythematosus wird aus dem Sitz, aus der Scheibenform, der charakteristischen Schuppenbildung und Follikelerweiterung, sowie aus der zentralen narbigen Atrophie zu stellen sein. Differentielldiagnostisch wären in erster Reihe Syphilis und Lupus vulgaris in Betracht zu ziehen. Erstere ist durch die starke Infiltration, die Kupfer- oder Burgunderfarbe charakterisiert, auch dürften anderweitige Erscheinungen der Syphilis selten fehlen. Gegenüber dem Lupus vulgaris wäre hauptsächlich auf das Fehlen von Lupusknötchen und Geschwüren zu achten. Psoriasis und mykotische Erkrankungen dürften durch das Fehlen narbiger Atrophie ohne weiteres auszuschließen sein.

Die **Prognose** ist mit Vorsicht zu stellen, da bei der Scheibenform die Therapie durchaus nicht immer zum Ziele führt; die disseminierte Form stellt, wie schon bemerkt, eine schwere Allgemeinerkrankung dar.

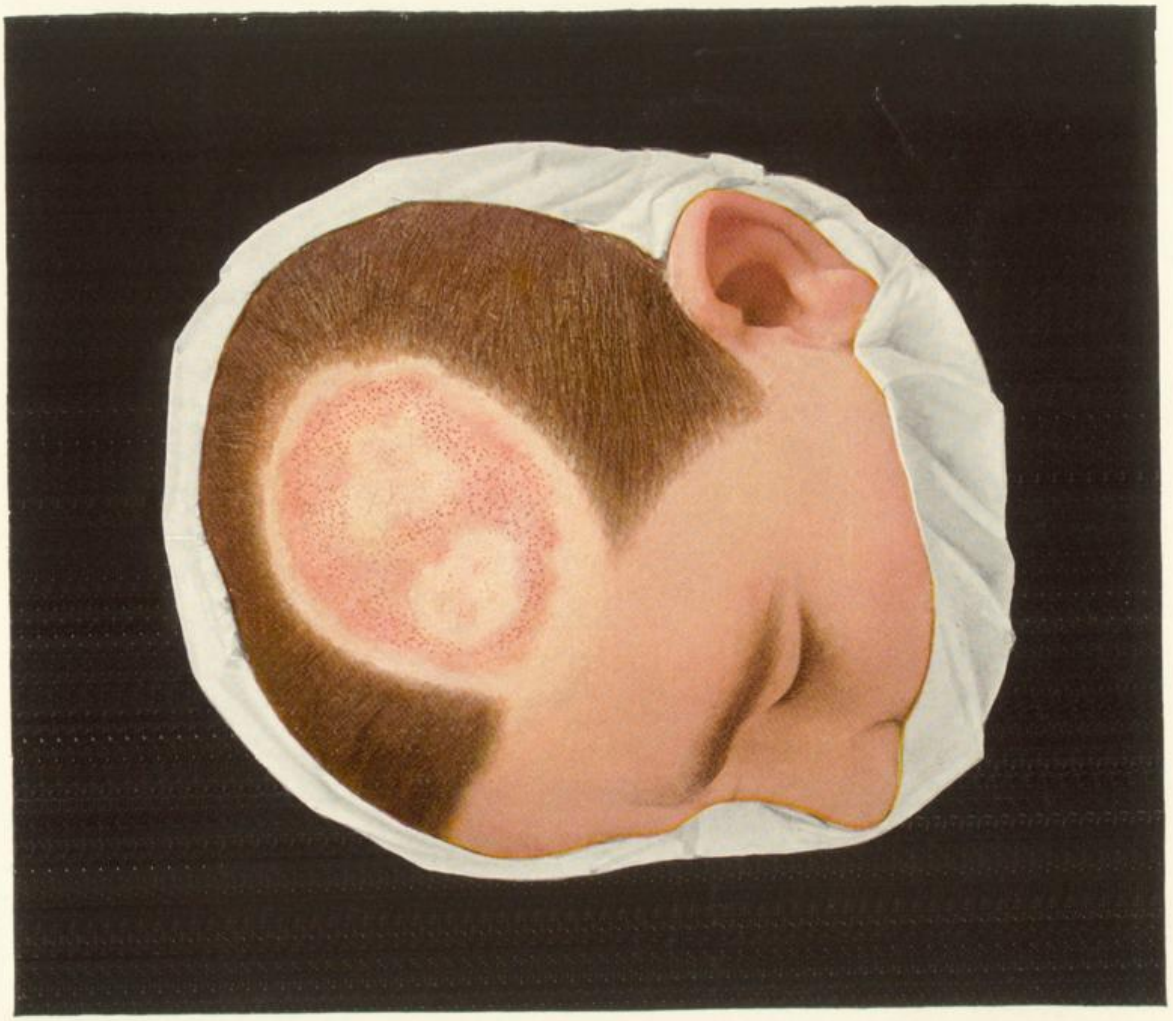
Therapie: Da der Lupus erythematosus meistens, allerdings in unberechenbarer Zeit, ohne tiefere Zerstörungen zu heilen pflegt, so hat die Therapie jeden energischeren Eingriff zu vermeiden. Von äußeren Mitteln beschleunigen solche häufig die Spontanheilung, welche eine kräftige Durchblutung und seröse Durchtränkung zur Folge haben. Intensive Seifenwaschungen, ganz oberflächliche Bestreichung mit dem Paquelin, Einpinselungen mit Jodtinktur, Einreiben von Schwefel- oder Resorzinsalben sind oft erfolgreich, doch hat auf jede Anwendung eines irritierenden Mittels eine Ruhepause und Applikation indifferenter Salben oder Pflaster bis zum Ablauf der Reaktion zu folgen. Von gutem Erfolge ist manchmal Bedecken mit Hydrargyrum-Pflaster. Eine länger dauernde Darreichung von Chinin mit gleichzeitiger äußerlicher Applikation von Jodtinktur erzielt öfter auch in hartnäckigen Fällen gute Resultate; bei der vaskulären Form leistet zuweilen dauerndes Einpflastern mit Empl. salicyl.-saponat. 10 % ausgezeichnete Dienste, auch wird hierbei die Anwendung hochfrequenter Ströme gerühmt, während bei der follikulären Form Röntgen- oder Quarzlampenbestrahlungen sehr zu empfehlen sind, ebenso wie die Behandlung mit Kohlensäureschnee.

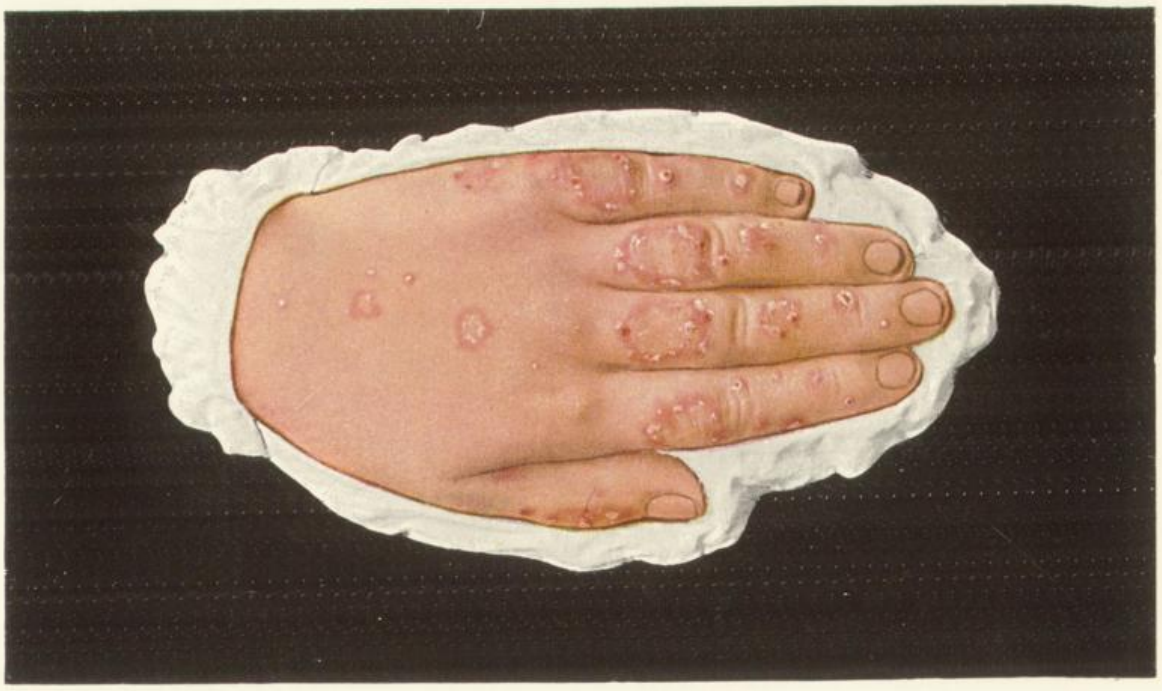




No. 30. 31. Lupus erythematosus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.





No. 32. 33. Lupus erythematosus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lupus pernio.

Tafel 23, Fig. 35.

Der Lupus pernio, eine seltene Erkrankung, deren Beziehungen zum L. vulg. und L. erythemat. noch nicht klargestellt sind, ist charakterisiert durch das Auftreten größerer cyanotischer, unscharf begrenzter Infiltrate und Schwellungen, hauptsächlich an der unbedeckten Haut im Gesicht, an den Ohren und Händen. An einzelnen Stellen können sich kleine Exkoriationen und Geschwüre bilden, welche unter Schorfen mit Narbenbildung sehr langsam abheilen. Das besonders bei anämischen Individuen auftretende Leiden kann nach jahrelanger Dauer spontan ausheilen.

Differentielldiagnostisch kommen hauptsächlich Frostbeulen in Betracht, die aber meist kleinere Knoten bilden und mit Eintritt der warmen Jahreszeit verschwinden.

Eine sichere **Therapie** des Lupus pernio ist nicht bekannt; empfohlen wird die Bekämpfung der Anämie mittels Eisen und Arsen, sowie die Anwendung feuchter Verbände bei ulcerierten Formen, heißer Bäder, Massage und milder Pflaster bei intakter Epidermis. In mehreren Fällen sahen wir weitgehende Besserung nach Bestrahlungen mit der Quarzlampe.

Anm. 35. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1694. Tenneson.



No. 35. Lupus pernio.



No. 34. Lupus erythematosus disseminatus.

Verlag vonn Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lupus vulgaris.

Tafel 24 – 30, Fig. 47.

Unter den durch Ansiedelung des Tuberkelbazillus in der Haut hervorgerufenen Erkrankungen ist die wichtigste, sowohl wegen ihrer relativen Häufigkeit als auch wegen der Schwere der hervorgerufenen Veränderungen und Zerstörungen, der Lupus vulgaris (tuberculosus), welcher in den meisten Fällen, wenn nicht stets, durch Einimpfung von außen her zu stande kommen dürfte.

Die primäre Effloreszenz des Lupus, das Lupusknötchen, erscheint auf der äußeren Haut zunächst als ein bräunlicher bis bräunlichroter, bei Anwendung des Glasdrucks blaßgelber, völlig im Niveau der Haut liegender, etwas durchscheinender, wachsartig glänzender Fleck, der von unverletzter Epidermis überzogen ist und zumeist gruppenweise auftritt. Die Konsistenz ist weicher als die der normalen Haut; ein kräftig aufgesetzter feiner Sondenknopf dringt schon bei mäßigem Druck 1 – 2 *mm* tief ein (Lup. vulg. maculosus, Fig. 36, 38).

Durch Konfluieren benachbarter Knötchen und weiteres Wachstum nach außen entsteht eine wenig erhabene Vorwölbung (Lupus tumidus). Die Lupusknötchen können nun entweder durch Verfettung der Elemente und Resorption unter Exfoliation zur Ausheilung gelangen oder aber sich in Geschwüre umwandeln, die von flachen, weichen, meist scharfgeschnittenen, seltener unterminierten Rändern umgeben, einen mehr oder minder kräftig granulierenden, leicht blutenden, nur selten belegten Grund aufweisen (Lupus ulcerans, Fig. 42). Durch Wucherung des Granulationsgewebes wird eine Hypertrophie vorgetäuscht: Lupus hypertrophicus (Fig. 45). Überziehen die Granulationen sich mit hornartigen Massen, was hauptsächlich an Fingern und Zehen der Fall ist, so kommt ein warziges Aussehen derselben zu stande – Lupus vulg. verrucosus (Fig. 37). (Die von Riehl und Paltauf beschriebene Erkrankung – Tuberculosis verrucosa cutis – ist nur eine Form des Lupus verrucosus.) Durch zentrale Ausheilung und Fort-

Anm. 36, 37, 45. Moulagen der Freiburger Klinik (Johnsen).
Anm. 38, 42. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

schreiten der Lupusknötchen oder Geschwüre am Rande, zumeist in Bogenlinien, entsteht das Bild des Lupus serpiginosus (Fig. 42).

Auf der Schleimhaut bildet der Lupus weißglänzende Knötchen mit verdickter Epitheldecke, welch letztere bald zu grunde geht, so daß lupöse Geschwüre, die solchen der äußeren Haut ähneln, oder mit wuchernden Granulationen bedeckte Flächen zu stande kommen (Fig. 47).

Der Sitz der lupösen Erkrankung ist -- anatomisch betrachtet — lediglich die Haut und das subkutane Gewebe, nie ergreift der Lupus Fascien, Muskeln oder Knochen; diese Gewebe können nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen werden.

Am häufigsten findet sich der Lupus vulgaris im Gesicht lokalisiert, besonders an der Nase, wo er durch Resorption und Schrumpfung das Bild der „abgegriffenen Nase“ hervorruft (Fig. 38 und 39). Besonders charakteristisch ist dabei, daß der knöcherne Teil der Nase intakt bleibt. Ausgangspunkt kann sowohl die Schleimhaut wie die äußere Haut sein; durch langen Bestand können entsetzliche Verstümmelungen hervorgebracht werden (Fig. 41: Zerstörung der Augen, Mikrostomie).

Nicht selten ist jedoch der Lupus auch an den Extremitäten (Fig. 46) lokalisiert, wobei er an Händen und Füßen durch Obliteration der ernährenden Gefäße zur Absetzung einzelner Finger- und Zehenglieder, ja sogar ganzer Finger und Zehen führen kann (Lupus mutilans, Fig. 44). — Es können jedoch die Phalangenknochen auch erhalten bleiben und sich luxiert innerhalb des Narbengewebes (bei Röntgenuntersuchung) vorfinden.

Der Verlauf des Lupus vulgaris ist ein ungemein chronischer; die Erkrankung beginnt meist in frühester Jugend, selten in höherem Alter und greift sehr langsam um sich oder gibt auch zur Entstehung neuer Herde Veranlassung. Dabei wird das Allgemeinbefinden vielfach wenig oder gar nicht alteriert, wenn auch Lupöse in höherem Grade der Gefahr allgemeiner tuberkulöser Erkrankung ausgesetzt sind, wie andere Individuen. Im Verlaufe des Lupus kann es zu tuberkulöser Infektion der Lymphgefäße kommen, wobei letztere an einzelnen Stellen kalte Abscesse bilden, welche nach außen durchbrechen: dadurch entsteht das Bild des auch ohne Lupus vorkommenden Scrophuloderma (gommes scrophuleux). Die Verlegung der abführenden Lymphgefäße im Verein mit dem nicht selten bei Lupus vorkommenden Erysipel führt an Genitalien und Extremitäten zur Bildung elephantiastischer Verdickungen (Fig. 43), deren lupöse Ursache gelegentlich nach

Anm. 47. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen).
Anm. 39. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1059, Guibout.
Anm. 41. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). Patientin ist noch am Leben.
Anm. 43, 44, 46. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Ausheilen des Lupus nur schwer festgestellt werden kann. Auf der Basis eines jahrelang bestehenden Lupus entwickelt sich in vereinzelten Fällen eine bösartige Form des Epithelioms (Fig. 40), noch seltener eine gutartige Neubildung epithelialen Ursprungs, das Cornu cutaneum (Fig. 39).

Sekundär finden wir den Lupus zuweilen im Anschluß an tuberkulöse Erkrankungen anderer Gewebe, so hauptsächlich bei längerem Bestande von Knochen- oder Drüsenfisteln, wobei die Lupusknötchen meist im Innern oder in der Umgebung der Narben sich vorfinden.

Die **Diagnose** des Lupus vulgaris ist bei Vorhandensein typischer Knötchen, besonders bei Untersuchung mit Glasdruck, wobei die Knötchen durch Hinwegdrücken der dieselben verbergenden Hyperämie deutlicher hervortreten, nicht schwierig; das positive Ergebnis des Sondendruckversuches sichert die Diagnose. Da jedoch Knötchen nicht in allen Stadien nachweisbar sind, ist des weiteren zu berücksichtigen der ungemein chronische Verlauf und die Beschränkung auf Haut und Subcutis — Syphilis ruft in weit kürzerer Zeit viel ausgedehntere und tiefergehende Zerstörungen hervor —, der Beginn der Erkrankung meist in der Jugend, die Schmerzlosigkeit, sowie schließlich die lokale Reaktion bei Anwendung des alten Kochschen Tuberkulins, ein absolut sicheres Kriterium. Differentielldiagnostisch käme außer Lupus erythematosus (Fehlen der Knötchen und Lupusgeschwüre), Acne rosacea (zeigt knollige Wucherungen, keine Lupusknötchen) und Trichophytia profunda (Nachweis der Pilze, keine geschwürigen Zerstörungen) hauptsächlich die ulceröse Syphilis, wie oben erwähnt, in Betracht, deren Ausschließung nicht immer leicht ist, jedoch durch den Ausfall der Wassermannschen Reaktion, den Nichterfolg der spezifischen Therapie, Berücksichtigung der Vorliebe der Syphilis für Knochen sowie durch die typische Reaktion auf Tuberkulinimpfung gelingen dürfte.

Die **Prognose** quoad vitam ist abgesehen von Fällen tuberkulöser Allgemeininfektion günstig, jedoch war sie quoad sanationem bei ausgedehnten Fällen, besonders im Gesicht, früher absolut ungünstig. Nur bei frischen, nicht zu großen, für die Exzision im Gesunden günstig gelegenen Herden erzielte man dauernde Resultate. Wir besitzen jedoch in dem seit wenigen Jahren angewandten Finsenschen Verfahren ein Mittel zur dauernden Heilung auch schwerer Lupuskranker, die bis dahin wegen der oft entsetzlichen Entstellung zu den unglücklichsten Wesen gezählt werden mußten.

Der Erfolg der **Therapie** des Lupus wird in erster Reihe abhängen von der frühzeitigen Stellung der Diagnose: Ist der lupöse Herd noch so zirkumskript,

---

Anm. 40. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta), Besnier. 51jähriger Mann, der Lupus besteht 22 Jahre, ist wenig, besonders nie mit Thermokauter behandelt worden.

daß er in toto ohne zu großen Substanzverlust entfernt werden kann, dann empfiehlt sich am meisten die radikale Exstirpation, ganz als ob es sich um einen malignen Tumor handeln würde; der Defekt ist durch Naht oder durch Transplantation zu decken. Bei weiter ausgedehntem Lupus und hochgradiger Beteiligung des subkutanen Gewebes und Lymphgefäßsystemes gibt ein derartiges Verfahren weniger sichere Resultate, doch wird eine fein ausgebildete chirurgische Technik auch bei größerer Ausdehnung der lupösen Erkrankung noch öfter radikale Ausheilung erzielen.

Ist die chirurgische Entfernung alles erkrankten Gewebes nicht mehr möglich, so sind andere blutige Methoden, besonders Auskratzungen, Skarifikationen sowie blutige Stichelungen strengstens zu vermeiden, da sie, abgesehen von ihrem stets nur vorübergehenden Nutzen, die Gefahr lokaler oder allgemeiner Ausbreitung der tuberkulösen Infektion in sich schließen. Auch die Kombination der Auskratzung mit Paquelinisierung, statischer Elektrizität (Suchier) und Ätzmitteln ist nach unserer Erfahrung zu verwerfen, weil der Verschluß der Blut- und Lymphbahnen nicht rasch genug erfolgt, um Metastasenbildung zu verhüten. Die Erfolge sind übrigens darnach stets nur vorübergehende und die Kranken verlieren nach wiederholter Anwendung derartiger unzureichender Behandlungsmethoden alles Vertrauen zur Lupustherapie und lassen die Krankheit ihren zerstörenden Verlauf nehmen. Die Gefahr weiterer Ausbreitung ist geringer bei Anwendung des Paquelin oder der Holländerschen Heißluftbehandlung, doch gelingt es fast nie mit dem Thermokauter alles kranke Gewebe zu zerstören und die Heißluftbehandlung, die ebenfalls keine radikale Ausheilung bewirkt, gibt leicht keloidartige Narben, die die weitere Therapie, speziell die Lichtbehandlung, sehr erschweren. Gute Erfolge erzielt man mit der Diathermie (bis zur Coagulation), indessen erfordert dieses Verfahren, das durchaus nicht elektiv wirkt, große Übung; da aber jede Übertragung auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen absolut ausgeschlossen ist, möchten wir die Methode, besonders für solche Stellen, wo es nicht so sehr auf ein schönes kosmetisches Resultat ankommt, warm empfehlen. Sehr brauchbar sind öfter wiederholte galvanokaustische Stichelungen, die insofern eine elektive Wirkung haben, als die rotglühende Nadel weit leichter in das kranke Gewebe eindringt als in das gesunde; bei dem Lupus der Schleimhaut sind die galvanokaustischen Stichelungen wohl die wirksamste Methode.

Von Ätzmitteln empfiehlt sich am meisten das Arsen in Form der Cosmischen Paste, ist aber auf größeren Flächen wegen der Schmerzhaftigkeit und Giftigkeit nicht gut anzuwenden, sowie die Pyrogallussäure in Salben von steigender (2–10%) Konzentration. Beide Mittel wirken elektiv, schonen das gesunde und zerstören nur das kranke Gewebe, sichern aber nicht vor Rezidiven. Argentum nitricum in Substanz, besonders mit Zusatz von Kal. nitr., um dem Stift eine größere Härte

zu geben, dient zum Ausbohren mit Epithel überzogener Knötchen; in stark prozentuierten Lösungen wird es bei Geschwüren angewendet, wirkt aber im allgemeinen zu oberflächlich. Chlorzink und besonders Kal. caustic. sind tiefgreifende und energische Mittel, zerstören aber auch das gesunde Gewebe. Unter Sublimatüberschlägen 1‰ sowie unter solchen mit Kal. permang. 2% überhäuten sich wohl lupöse Geschwüre, jedoch ist das Resultat kein nachhaltiges.

Lupus der Schleimhaut wird vorteilhaft mit Milchsäureätzungen, respektive mit Heißluft, Paquelin und Galvanokauter zerstört; besonders die bis zur definitiven Ausheilung regelmäßig wiederholte galvanokaustische Stichelung ist wohl als die beste Behandlungsmethode des Schleimhautlupus zu bezeichnen. Die Injektionen von Tuberkulin — T. alt sowohl wie T. R. — sind nicht im stande, eine Heilung des Lupus zu bewirken, werden aber mit Vorteil zur Abgrenzung der lupösen Herde bei Anwendung anderer Heilverfahren, z. B. chirurgischer Eingriffe benützt. Tuberkulin Rosenbach scheint in Verbindung mit anderen Methoden günstig zu wirken — für sich allein angewandt, genügt es nicht, um die Heilung herbeizuführen

Die meisten der vorgenannten Methoden führen nur in einer kleinen Reihe von Fällen und nur bei sehr lange fortgesetzter Anwendung zu einer definitiven Ausheilung; als vorbereitende und unterstützende Heilverfahren haben sie für eine Reihe von Fällen einen gewissen Wert. Etwas bessere Resultate scheinen bisweilen durch Behandlung mit Röntgenstrahlen erreicht zu werden, doch werden Dauerheilungen bei Anwendung schwächerer Dosen, höchstens bis zum Erythem, sehr selten erzielt eher weitgehende Besserungen, so daß das Verfahren am besten bei verrukösen und hypertrophischen Formen zur Vorbereitung für eine spätere Finsenbehandlung sowie zur Beseitigung diffuser Infiltrate dient. Die Anwendung höherer Dosen bis zur Verschorfung ist wegen der langen Heilungsdauer und Schmerzhaftigkeit der entstehenden Geschwüre sowie wegen der schlechten kosmetischen Resultate — sklerodermartige Hautveränderungen, Teleangiektasien und Pigmentflecken — zu vermeiden. Für kleinere Herde, auch an der Schleimhaut, empfiehlt sich die Radiumbehandlung.

Zweifellos die besten Resultate, sowohl in kosmetischer Beziehung als auch was die Dauer der Heilung selbst bei ausgedehnten Lupusfällen anlangt, werden durch die von Finsen zuerst angewandte Behandlung mit konzentriertem starkem elektrischem Bogenlicht unter Ausschaltung der Wärmewirkung erzielt. Nach den von Finsen selbst und anderwärts, so auch an der Freiburger Klinik erreichten Erfolgen zu urteilen, gelingt es mit Hilfe dieses Verfahrens, selbst bei vielen Fällen von schwerem Gesichtslupus, die früher als unheilbar angesehen werden mußten, wenn auch nach sehr langer Dauer der Behandlung eine wirklich vollkommene Heilung zu bewirken, und zwar mit den denkbar besten kosmetischen Resultaten, so daß die Möglichkeit, den Lupus vollständig auszurotten, immerhin

nicht von der Hand zu weisen ist. Leider hat die sehr teure Installation, die hohen Kosten der Behandlung sowie die lange Dauer derselben bisher die allgemeine Anwendung des Finsenschen Verfahrens sehr erschwert: Keiner der billigeren Apparate, welche den Finsenschen Originalapparat zu ersetzen bestimmt waren (Lortet & Genoud, Bang, Dermolampe, Hg-Lampen, Foveau & Trouvet), ist trotz der großen daran geknüpften Erwartungen im stande gewesen, den Lupus sicher zur Heilung zu bringen, so daß zurzeit die Errichtung staatlicher Institute, welche mit den Finsenschen Originalapparaten ausgerüstet sind, als wichtigste Waffe gegen diese schwere Krankheit betrachtet und gefordert werden muß. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß die besten Resultate nur mit dem großen, von Finsen selbst konstruierten Apparat, nicht mit der kleineren Finsen-Reyn-Lampe, obwohl dieselbe theoretisch der großen Finsen-Lampe gleichwertig sein soll, erzielt werden und daß ein stets unter ärztlicher Aufsicht stehendes, gut geschultes Personal zur Durchführung der Behandlung notwendig ist. Als vorbereitende Behandlung empfiehlt sich bei ulceriertem Lupus eine Pyrogalluskur, bei dicken kallösen Narben eine intravenöse Fibrolysinbehandlung. Die Wirkung der Kromeyerschen Quarzlampe ist nur bei ganz oberflächlichem Lupus ausreichend; es bleiben nach Anwendung dieser Lampe zumeist tiefere Herde zurück, die erst auf Finsenbehandlung ausheilen.

Eine allgemeine roborierende Behandlung wird beim Lupus ebenso wie bei der Tuberkulose innerer Organe einzuleiten sein, eventuell wäre auch Tuberkulin zur Unterstützung der sonstigen Behandlung zu injizieren.

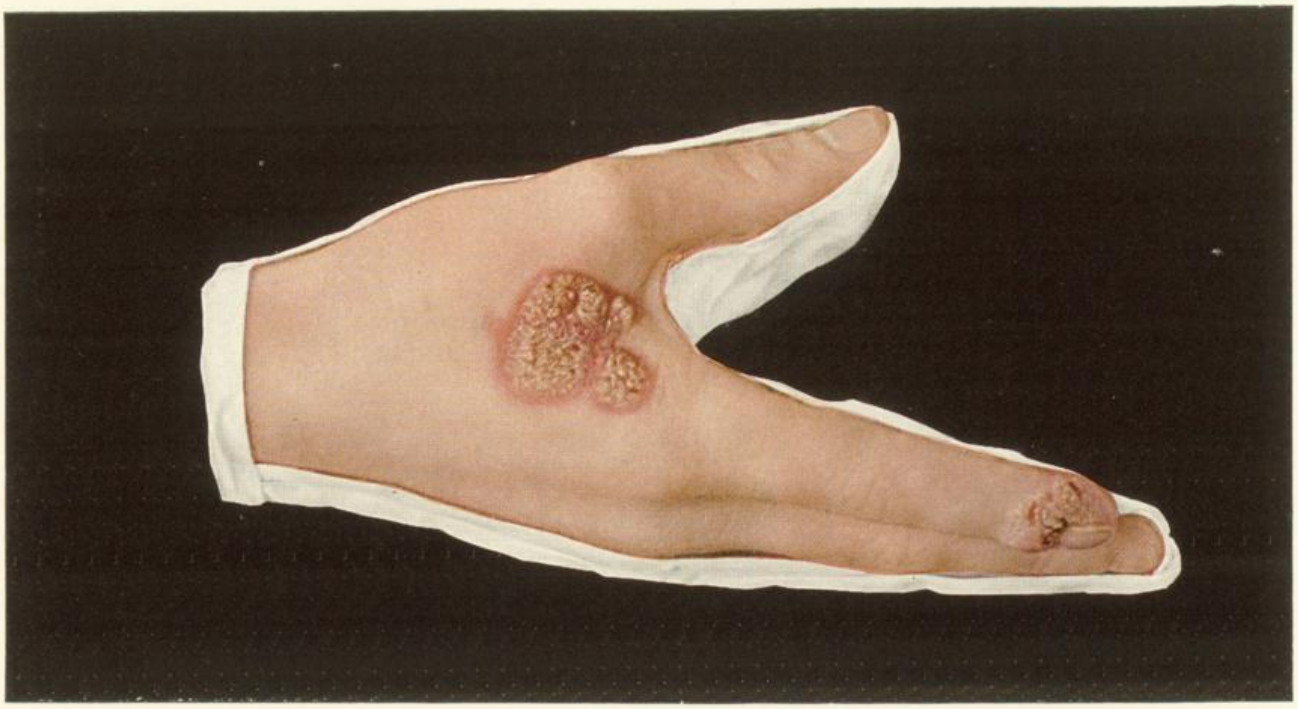
Verruca necrogenica.

Tafel 30, Fig. 48.

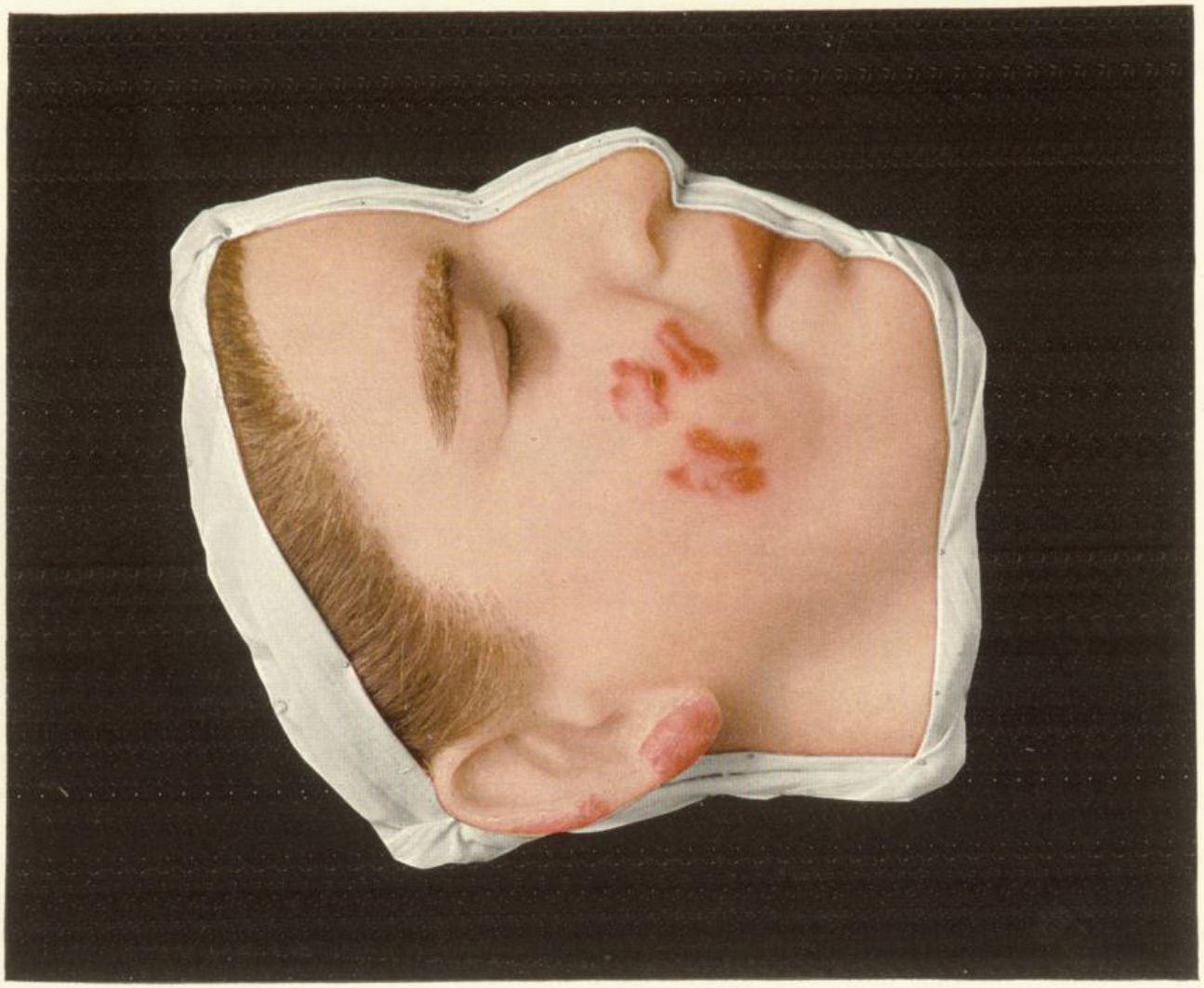
An den Händen von Anatomen, pathologischen Anatomen, Tierärzten und Leichendienern finden sich nicht selten eigenartige braune oder grauschwarze, harte warzenartige Bildungen mit leicht entzündlich geröteter Umgebung. Die Affektion, welche durch Inokulation von Tuberkelbazillen entsteht, ist im allgemeinen durchaus gutartig und oberflächlich, nur selten kann man die Umwandlung in Lupus oder Übergreifen auf tiefere Gewebe (Lymphgefäße, Sehnenscheiden) beobachten; Spontanheilungen treten häufig ein. **Differentialdiagnostisch** kämen gewöhnliche harte Warzen in Betracht, doch fehlt bei diesen die Entzündung der Umgebung; auch ist die Oberfläche im allgemeinen gleichmäßiger als bei den Leichenwarzen. Die **Prognose** ist meist günstig.

Die **Therapie** wird hauptsächlich eine chirurgische sein müssen — Exstirpation; eventuell käme bei sehr ausgedehnten Warzen die Lichtbehandlung in Frage.

Anm. 43. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Verfasser).



No. 37. Lupus vulgaris verrucosus.

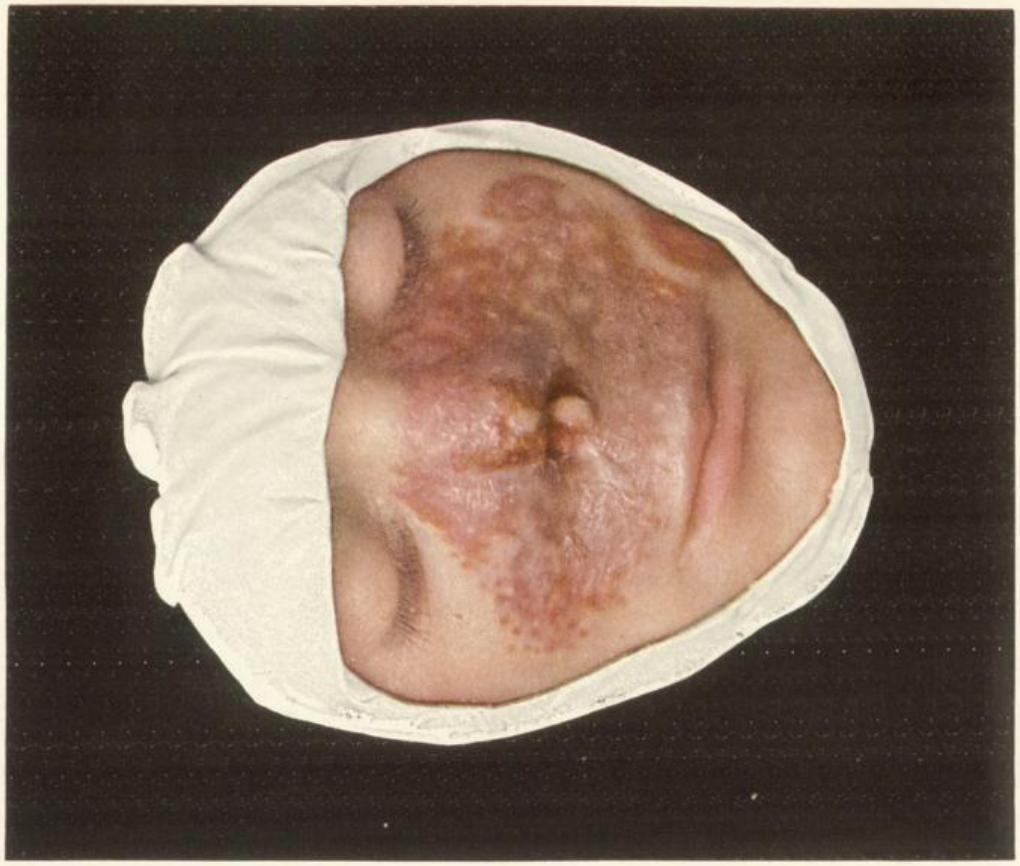


No. 36. Lupus vulgaris incipiens (maculosus).

Verlagg von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

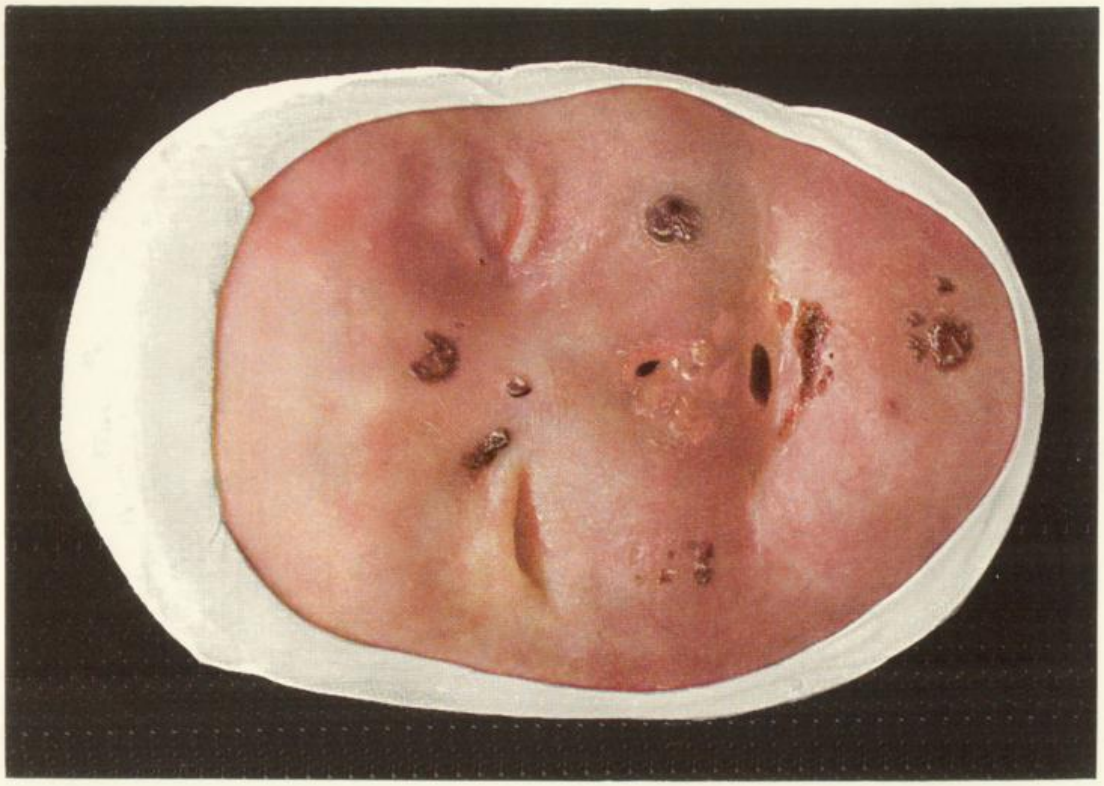


No. 39. Lupus vulgaris; Cornu cutaneum.

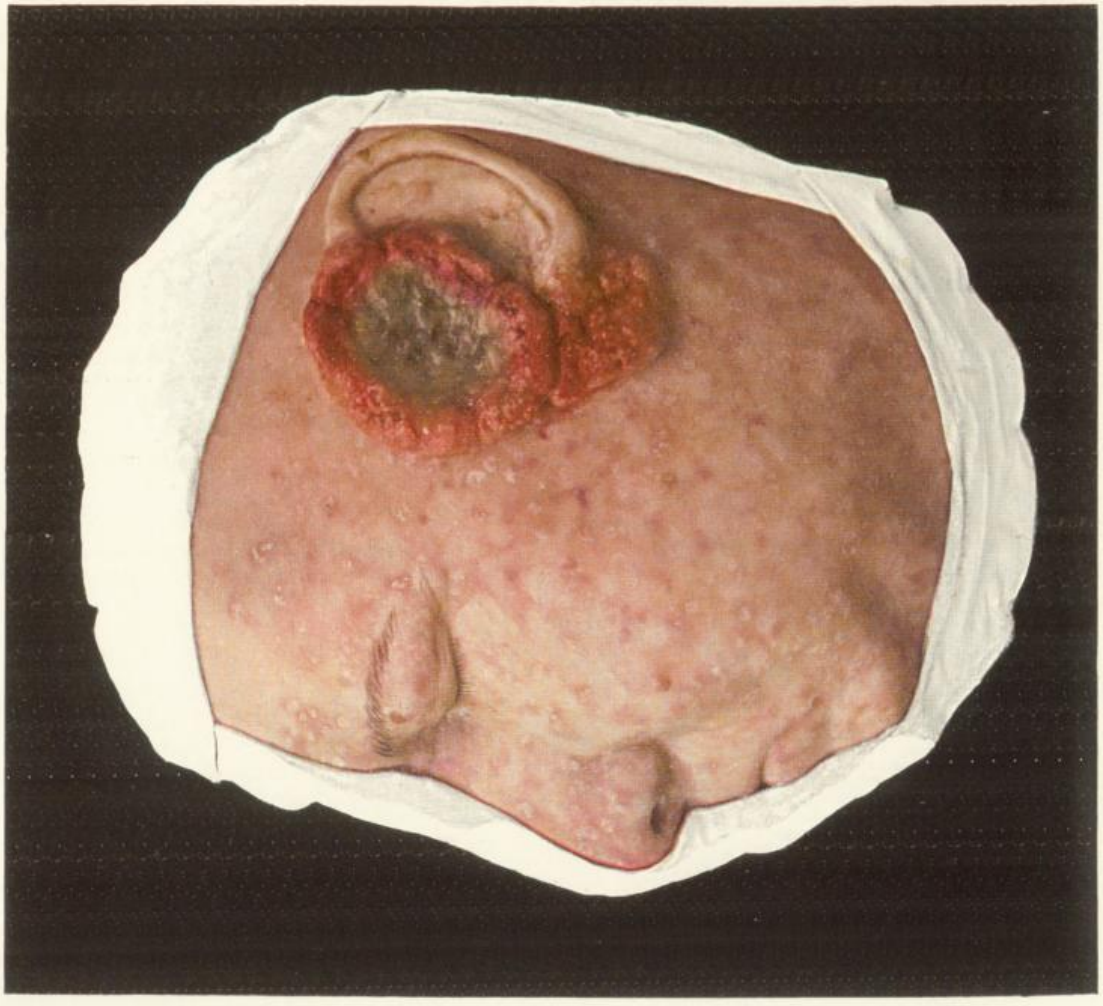


No. 38. Lupus vulgaris.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

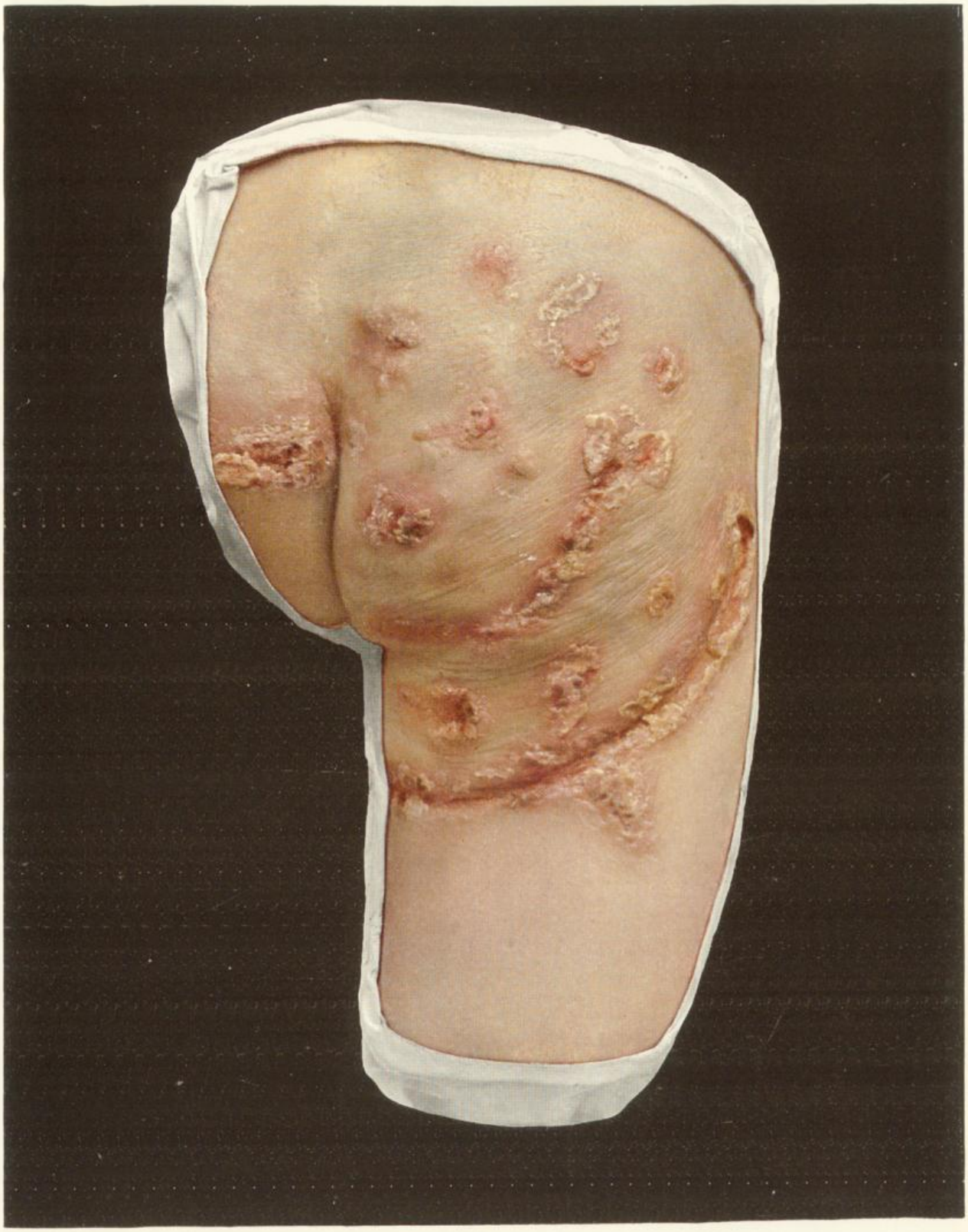


No. 41. Lupus vulgaris.



No. 40. Lupus vulgaris; Epithelioma.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

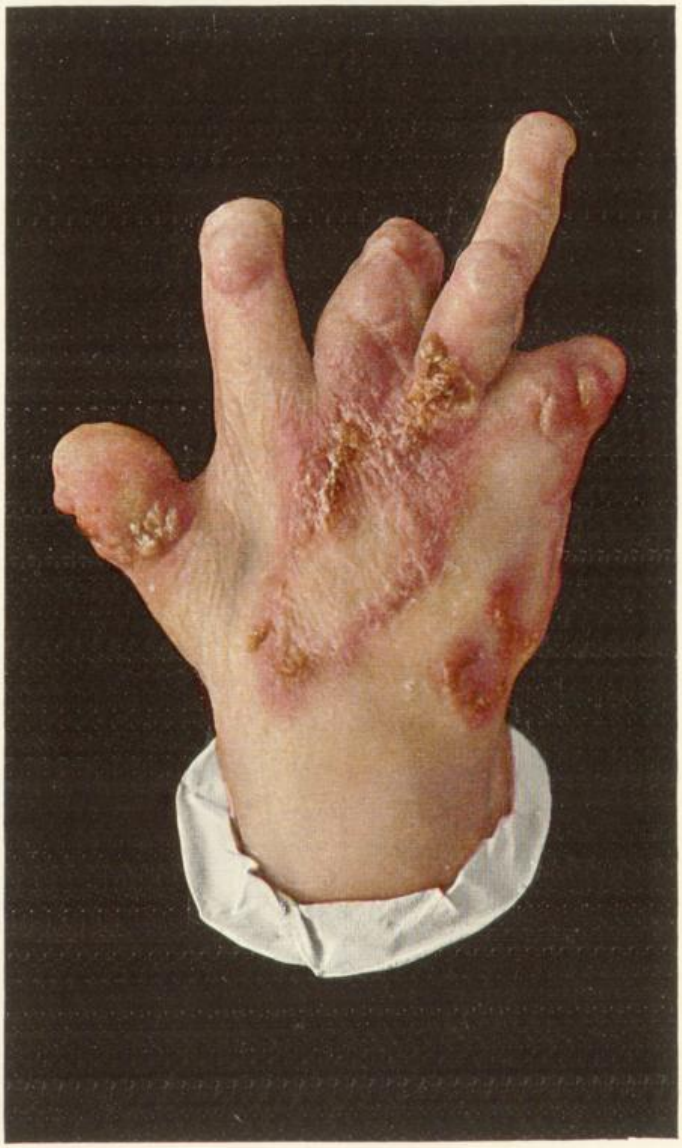


No. 42. Lupus vulgaris serpiginosus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 43. Lupus vulgaris; Elephantiasis consecutiva.

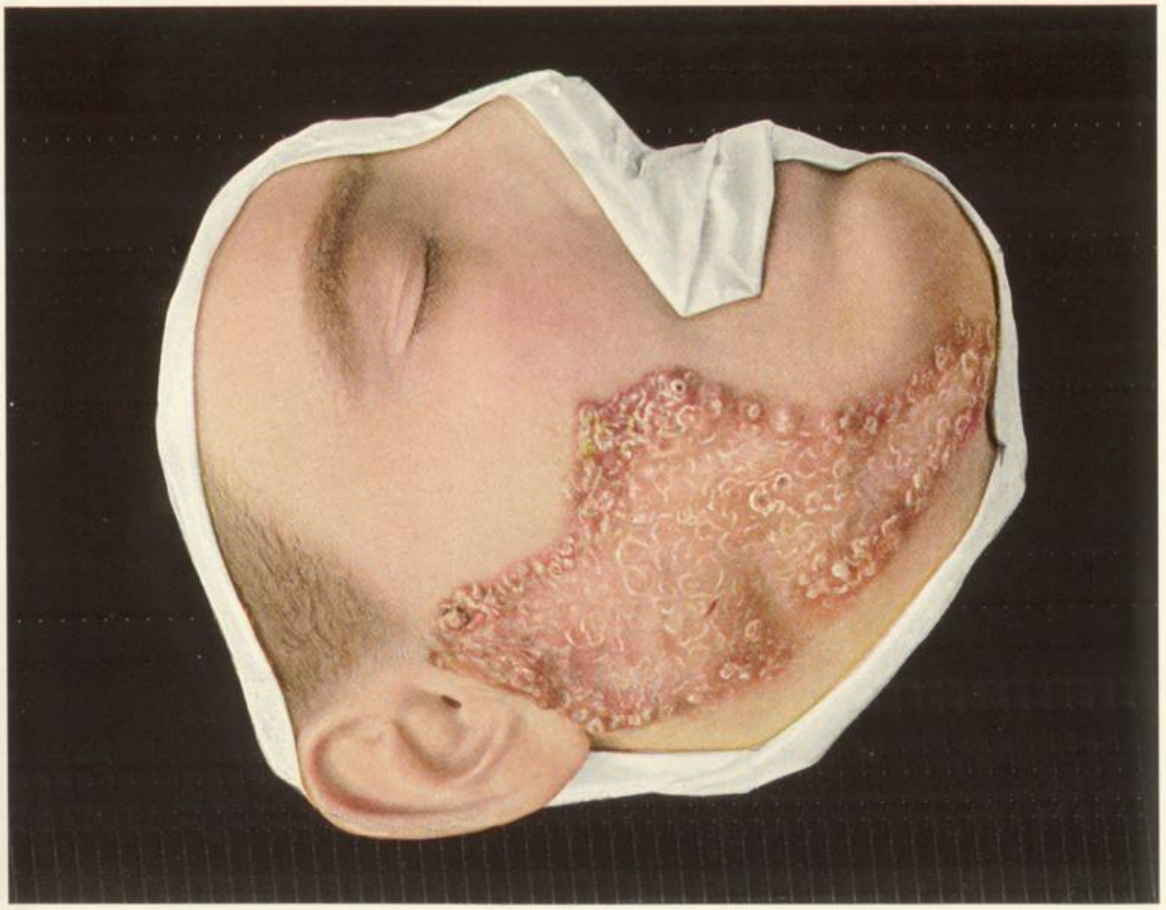


No. 44. Lupus vulgaris; Mutilatio.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

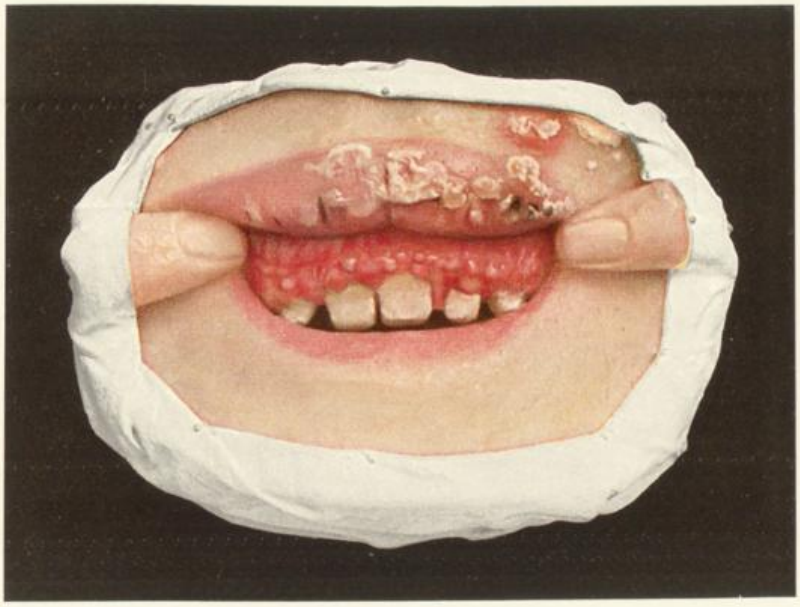


No. 46. Lupus vulgaris.

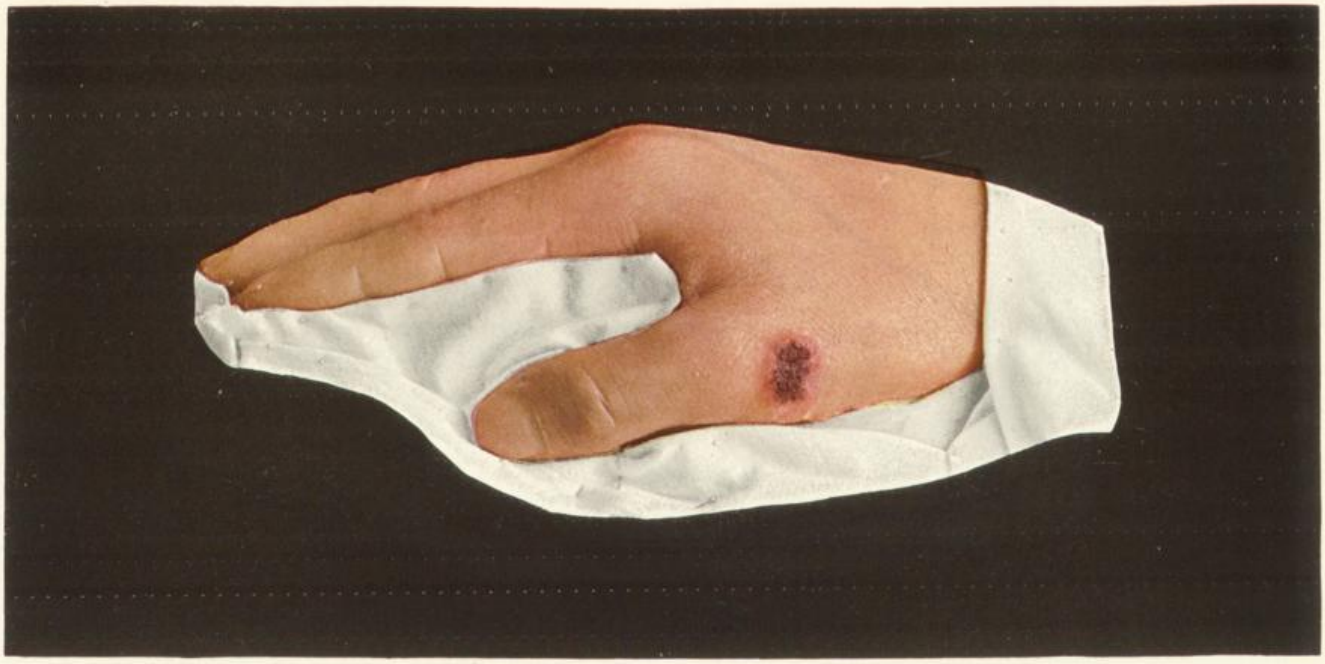


No. 45. Lupus vulgaris hypertrophicus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 47. Lupus vulgaris mucosae oris.



No. 48. Verruca necrogenica.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Tuberculosis linguae. Tuberculosis nasi.

Tafel 31, Fig. 49, Fig. 50.

Bei Individuen, welche an Tuberkulose innerer Organe leiden, kommt die echte Tuberkulose der Haut und Schleimhaut besonders an den Übergangsstellen der Haut in die Schleimhaut, indessen weit seltener als der Lupus, zur Beobachtung. Es entstehen dabei, zumeist durch direkte Infektion vermittels ausgeschiedener Bazillen, runde oder unregelmäßige, rasch weiterschreitende schmerzhafte Geschwüre, mit höckerigem, leicht blutendem, teilweise schmierig belegtem Grund, an deren Rand nicht selten miliare Knötchen — Tuberkel — erkennbar sind (Fig. 50). An der Schleimhaut sind die Ränder in der Regel unterminiert (Fig. 49). Die Geschwüre, in denen sich, im Gegensatze zum Lupus, zahlreiche Bazillen finden, haben äußerst wenig Tendenz zur Heilung, schreiten vielmehr ziemlich rasch vorwärts, doch erreichen sie selten größere Ausdehnung, da die Patienten meist vorher zu grunde gehen.

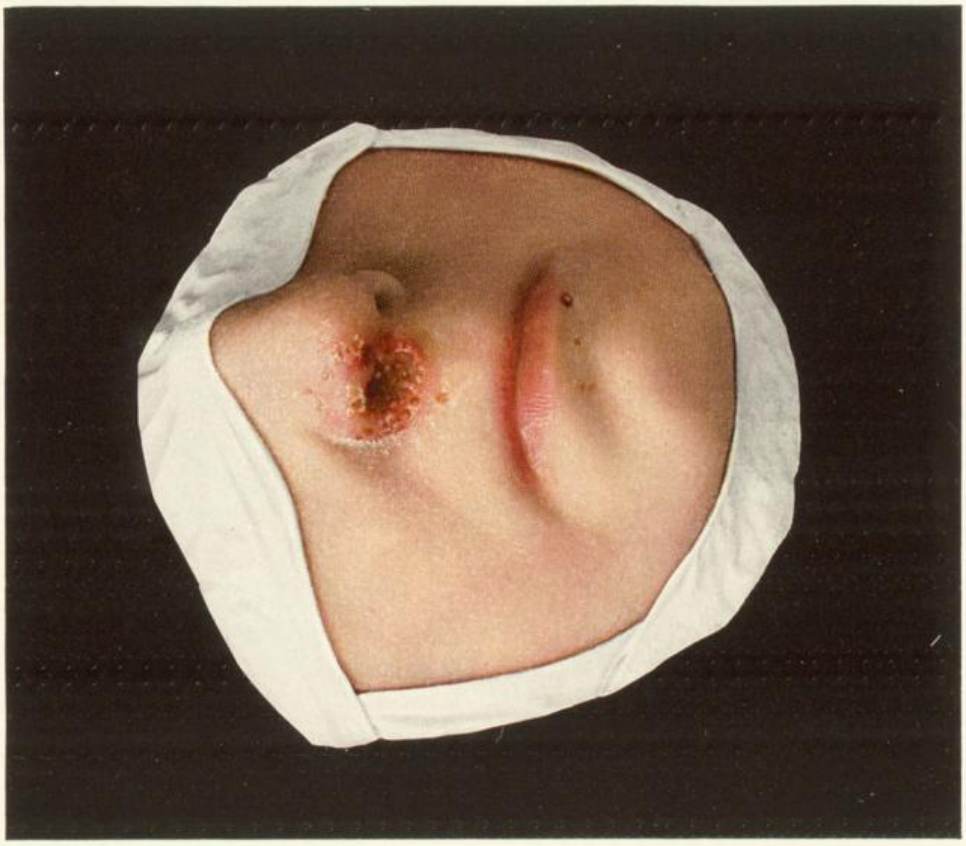
Die **Diagnose** ist aus dem Sitz, dem charakteristischen Aussehen, der tuberkulösen Allgemeinerkrankung und der Schmerzhaftigkeit ohne Schwierigkeit zu stellen; gesichert wird sie durch den Bazillennachweis, respektive Reaktion auf Tuberkulin. Bei Verdacht auf Lues entscheidet das Verhalten gegenüber der spezifischen Therapie, sowie der Ausfall der Blutuntersuchung.

Die **Prognose** ist ungünstig.

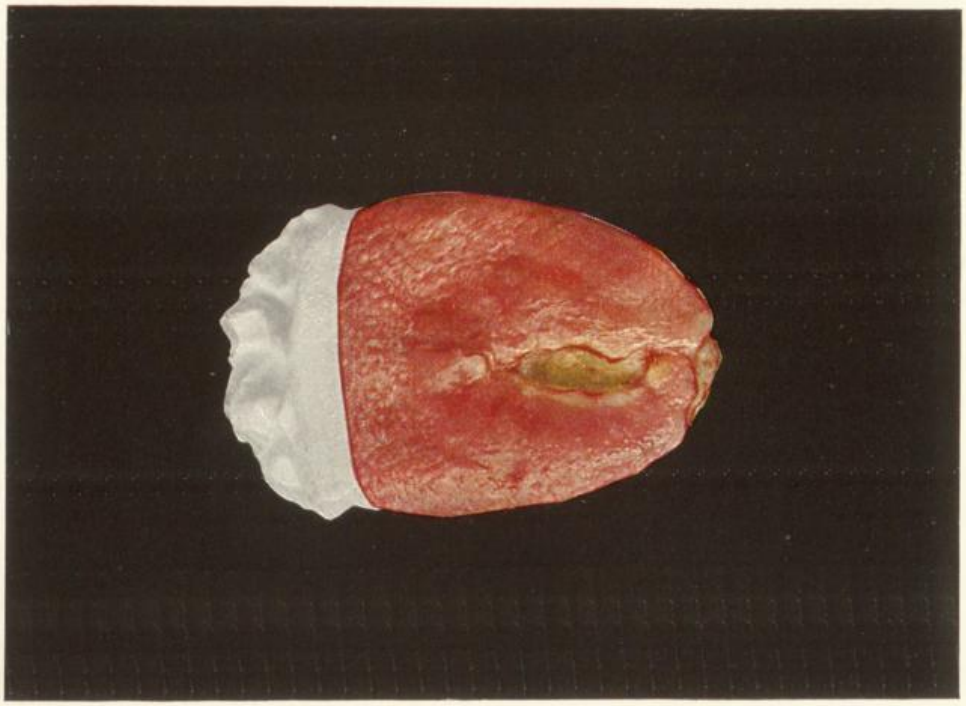
Da das Allgemeinbefinden der Patienten meist ein energisches Eingreifen verbietet, wird die **Therapie** hauptsächlich die Aufgabe haben, die Schmerzen durch Aufpulvern von Orthoform, Anästhesin und ähnlichen Mitteln zu lindern; ist eine energischere Behandlung möglich, so wird man versuchen, durch Ätzmittel, Lichttherapie oder einen chirurgischen Eingriff die Heilung herbeizuführen.

Anm. 49. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1768. Tenneson.
Anm. 50. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 2236. Hallopeau.

38M.



No. 50. Tuberculosis nasi.



No. 49. Tuberculosis linguae.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lichen scrophulosorum (Tuberculosis milio-papulosa aggregata).

Tafel 32, Fig. 51.

Am Rumpfe, seltener an den Extremitäten von Personen, welche an einer Tuberkulose der Haut, Knochen oder Drüsen leiden, entwickeln sich, meist von den Betreffenden unbemerkt, zahlreiche, teils in Gruppen angeordnete, teils zerstreute gelbliche bis gelblichrote, spitze, kleine Papelchen, die bei längerem Bestande an ihrer Oberfläche ein kleines Schüppchen tragen und, wenn in größerer Anzahl vorhanden, zu schuppenden, rauhen, gelblichbraunen, seltener geröteten Flächen konfluieren (Fig. 51). Subjektive Erscheinungen macht dieses, meist bei jugendlichen Individuen auftretende Exanthem nicht; Umwandlung in Pusteln oder akneartige Knötchen ist selten. Das Leiden ist zweifellos tuberkulöser Natur (Reaktion auf Tuberkulin, anatomischer Bau des miliaren Tuberkels, Bazillennachweis, Übertragung auf Tiere wiederholt gelungen), doch jedenfalls durch schwach virulente Bazillen verursacht. Die Intensität des Ausschlages wechselt je nach dem Stande der zu grunde liegenden tuberkulösen Erkrankung.

Die **Diagnose** ist ohne Schwierigkeit aus den typischen Knötchen und dem Vorhandensein des tuberkulösen Grundleidens zu stellen; differentielldiagnostisch kämen hauptsächlich in Frage kleinpapulöse Syphilide, die eventuell durch Wassermann, Nichterfolg der Therapie, respektive durch Reaktion auf Alt-Tuberkulin auszuschließen wären. Die **Prognose** ist günstig.

Die **Therapie** hat in erster Reihe das tuberkulöse Grundleiden zu bekämpfen und wird unterstützt durch Einreibungen von Lebertran oder besser schwachen Chrysarobinsalben, welch letztere in kürzester Zeit zur Heilung führen, ohne daß irgend welche Residuen zurückbleiben.

Anm. 51. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen).

Erythema induratum scrophulosorum Bazin.

Tafel 32, Fig. 52.

Bei jugendlichen scrophulo-tuberkulösen Individuen, häufiger bei weiblichen als männlichen, finden sich bisweilen an den Unterschenkeln harte, rote bis blaurote, derb infiltrierte Knoten, welche unmerklich sich entwickeln, weder schmerzen noch jucken, gelegentlich aufbrechen und einen auffallend gelbgefärbten Inhalt entleeren. Sowohl nach dem Durchbruch als ohne solchen gelangen die sehr lange persistierenden Knoten allmählich unter Hinterlassung einer tiefdunklen Pigmentierung zur Resorption, während andererseits neue Stellen auftreten können. Der Sitz ist die Cutis und das subkutane Gewebe, die Grenzen sind ziemlich scharf; durch Weiterausbreitung und Konfluieren können bis flachhandgroße Infiltrate entstehen. Ein Zusammenhang mit Tuberkulose ist bei dieser Erkrankung, welche entschieden öfter vorkommt als allgemein bekannt, unzweifelhaft vorhanden, doch ist der Nachweis der Bazillen bisher nicht sicher geglückt. Tiefere Zerstörungen treten nicht ein.

Die **Therapie** hat in erster Reihe die tuberkulöse Grundursache in Angriff zu nehmen, eine Lokalbehandlung ist meist überflüssig und erfolglos.

Anm. 47. Moulage der Freiburger Klinik (Vogelbacher).



No. 52. Erythema induratum scrophulosorum (Bazin).



No. 51. Lichen scrophulosorum.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Scrophuloderma.

Tafel 33, Fig. 53.

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

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

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

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

Tuberculid.

Tafel 33, Fig. 54.

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

Anm. 53. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).
Anm. 54. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

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

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

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



No. 53. Scrophuloderma.



No. 54. Tuberculid.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lepra (Elephantiasis Graecorum).

Tafel 34 – 36, 37, Fig. 60.

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

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

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

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

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

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

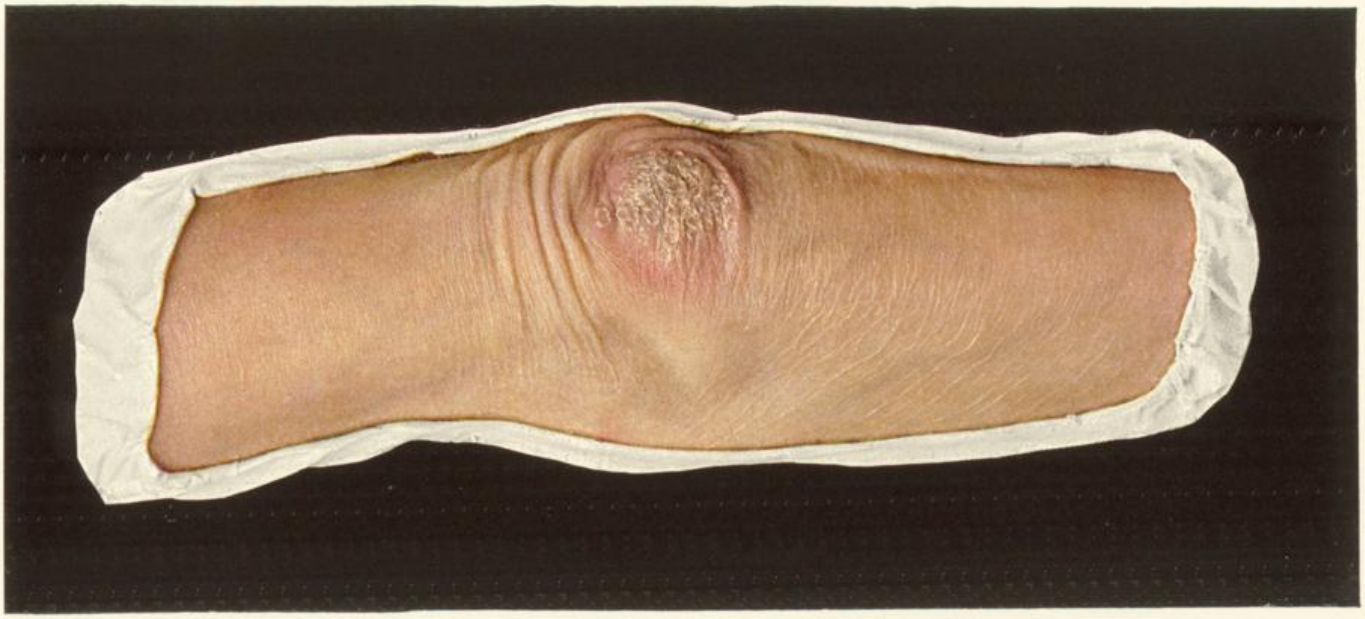
Bei der **Nervenlepra** sind die krankhaften Veränderungen auf primäre Erkrankung der peripheren Nervenstämme zurückzuführen: Hyperästhesien, Anästhesien und Parästhesien sind im Beginn der Erkrankung regelmäßig zu konstatieren; die der Haut nahe liegenden Nervenstämme erscheinen strangartig verdickt.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

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

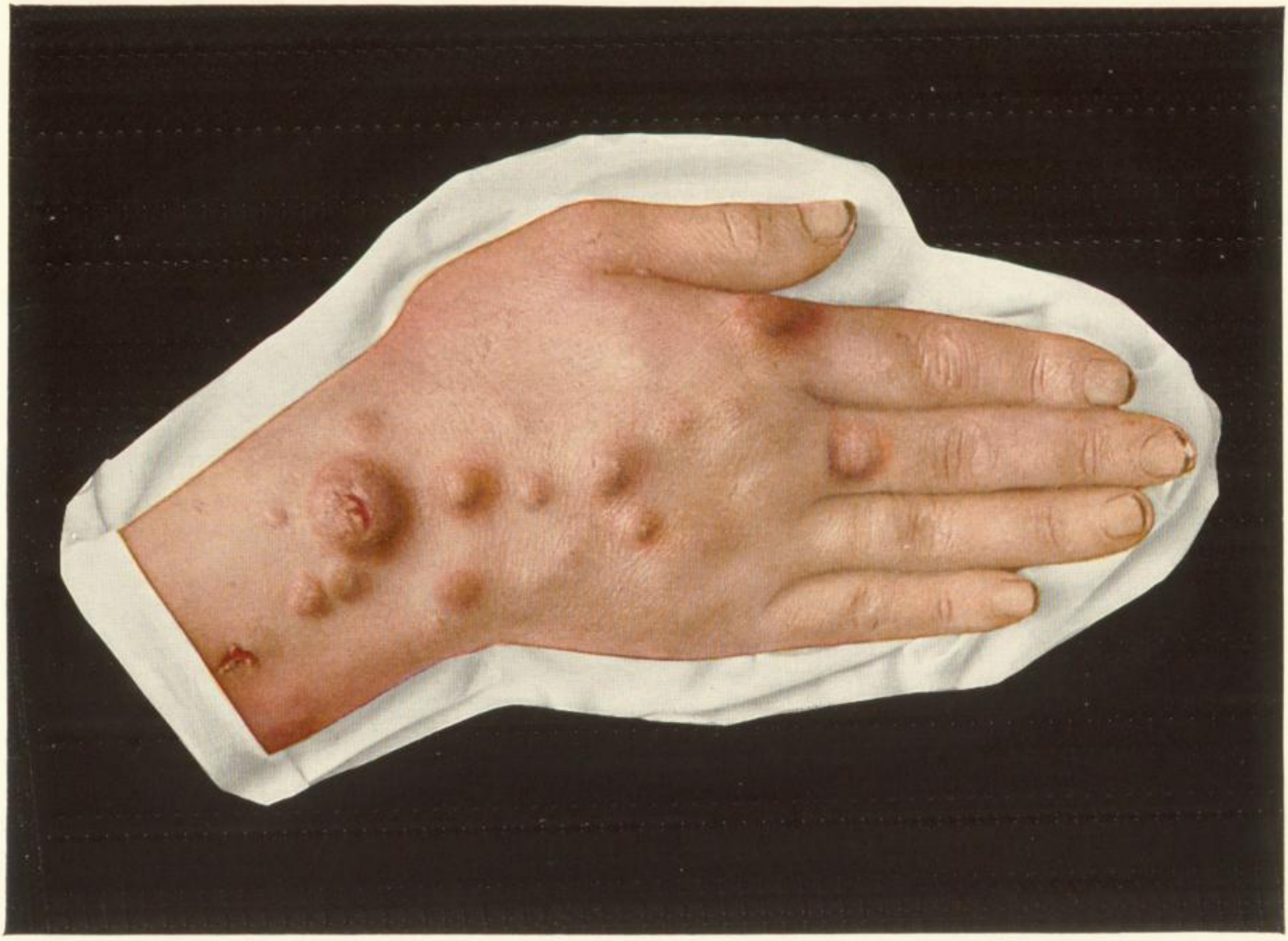
Bei voll entwickelter Knotenlepra ist die **Diagnose** nicht schwierig und wird durch den Bazillennachweis gesichert; anamnestisch wäre der Aufenthalt in den Tropen oder einer Lepragegend zu berücksichtigen. Dagegen ist die Diagnose der Nervenlepra nicht leicht, besonders gegenüber gewissen spinalen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

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

Anm. 59, 60. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). 17jährige Fischerstochter aus dem Kreise Memel; Sensibilitätsstörungen namentlich an den Armen und Beinen seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt, am Körper Pigmentierungen und pigmentlose Stellen. An den Händen Daumen und Kleinfingerballen, sowie Musculi interossei atrophisch.



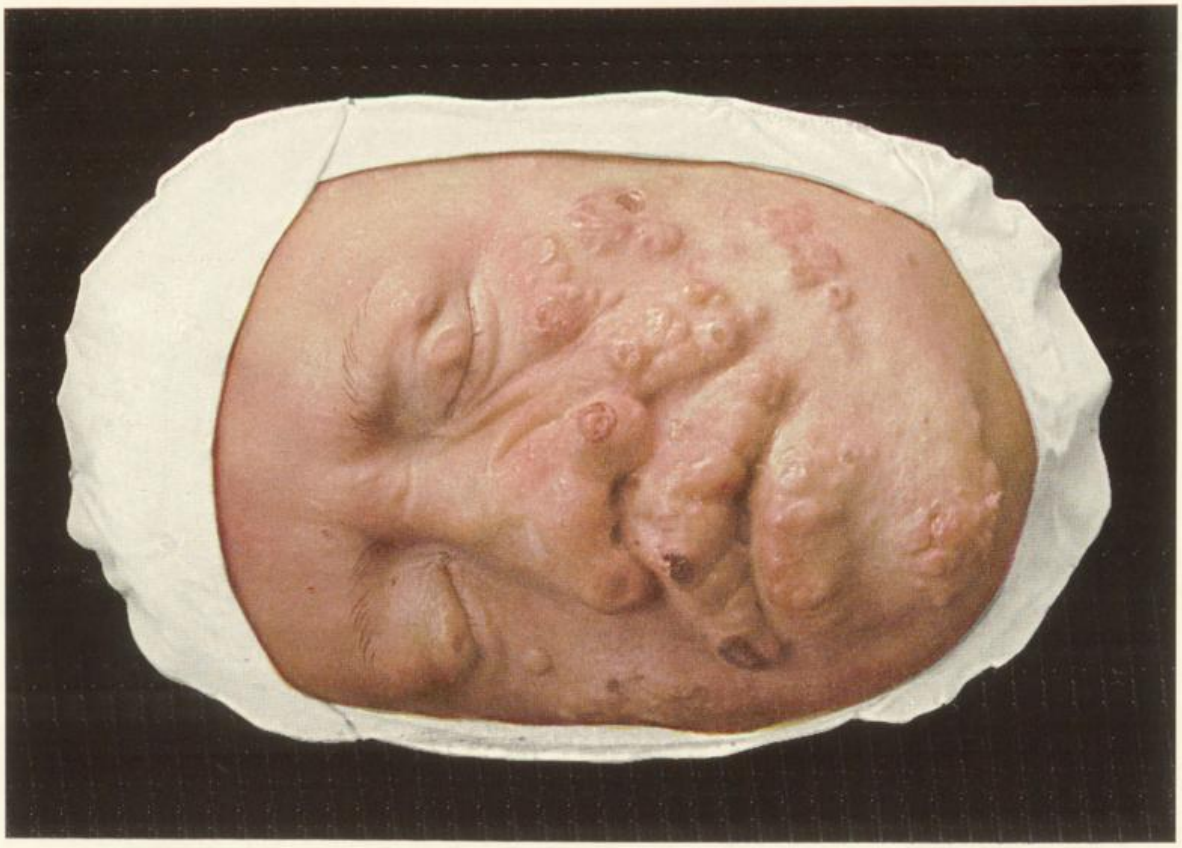
No. 56. Lepra tuberosa (psoriasiformis).



No. 55. Lepra tuberosa.

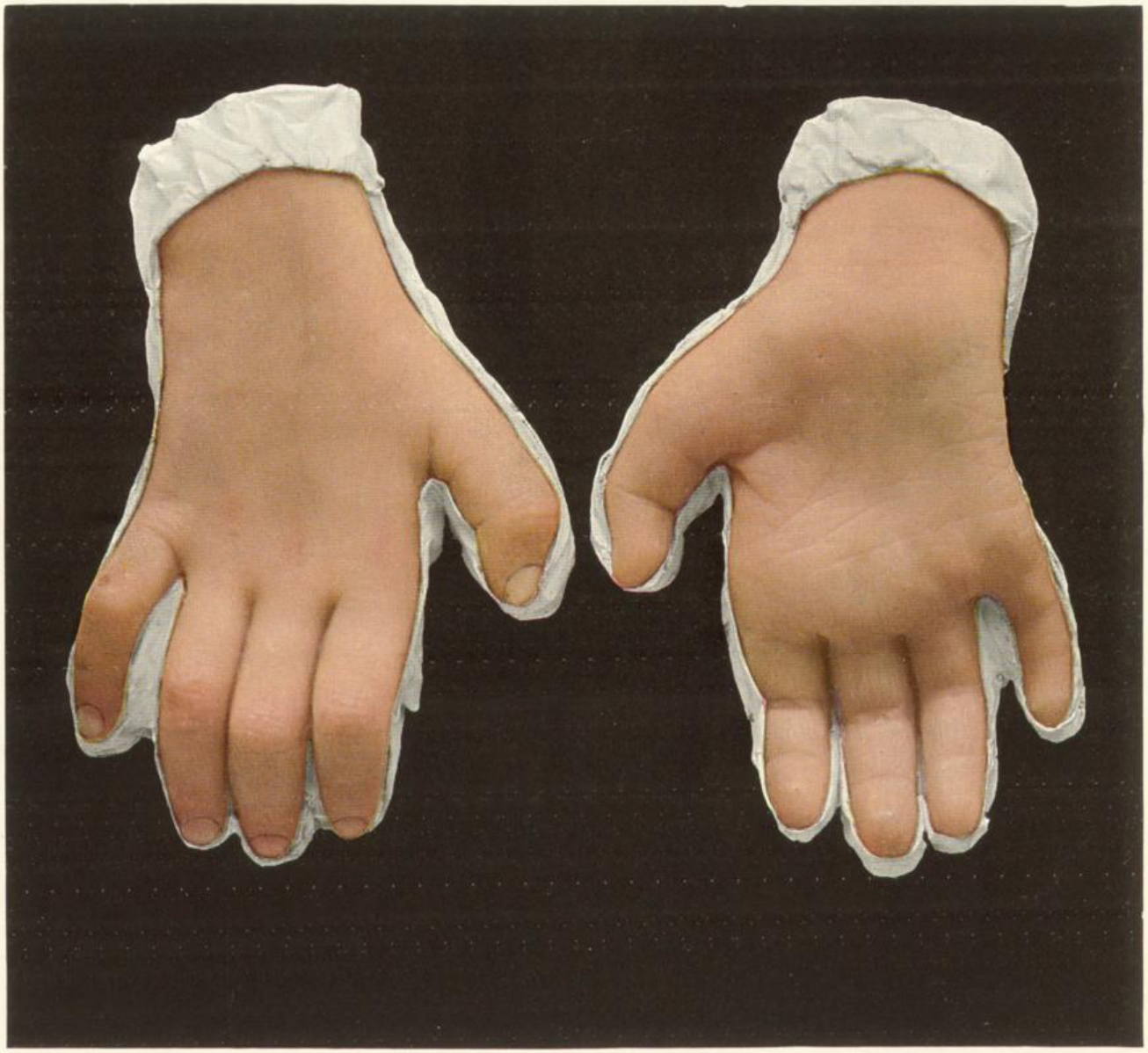
Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.





No. 57. 58. Lepra tuberosa.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 59. Lepra anaesthetica.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Rhinoscleroma.

Tafel 37, Fig. 61.

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

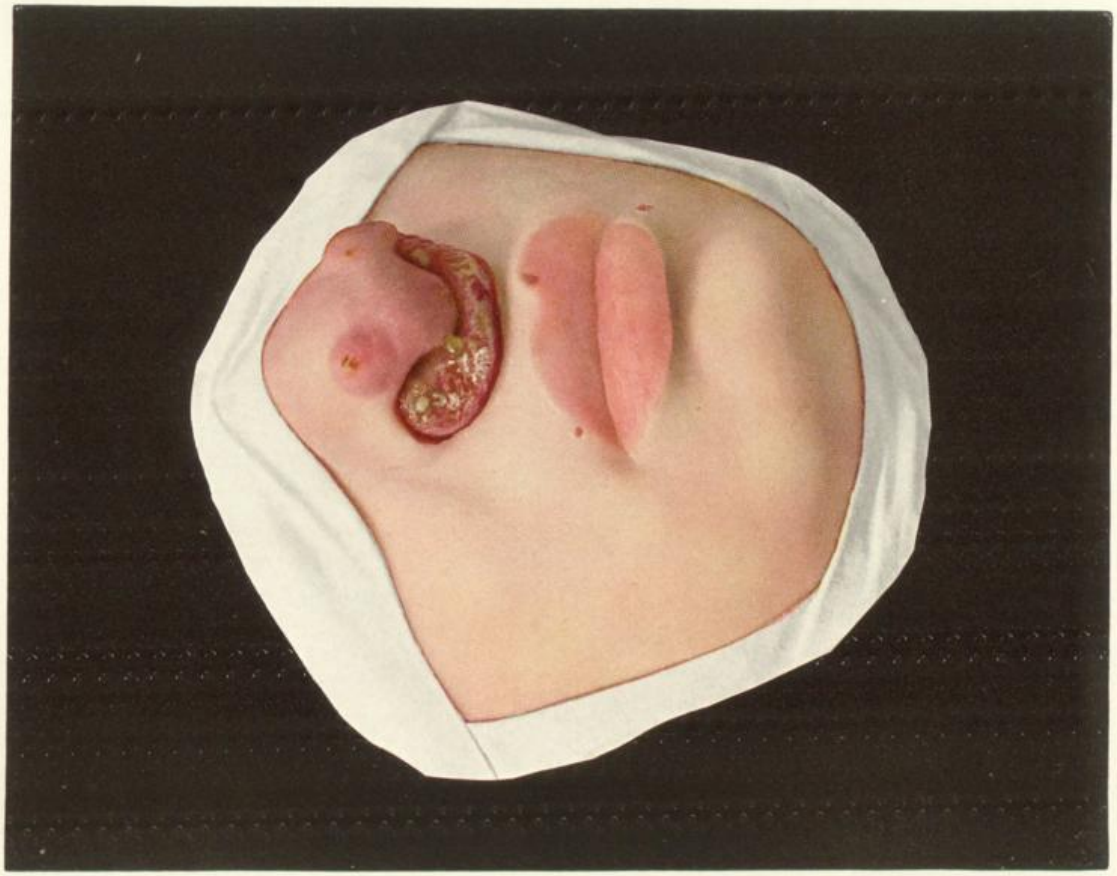
In einzelnen Gegenden wird das Rhinosklerom endemisch beobachtet; isolierte Fälle sind seltener.

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

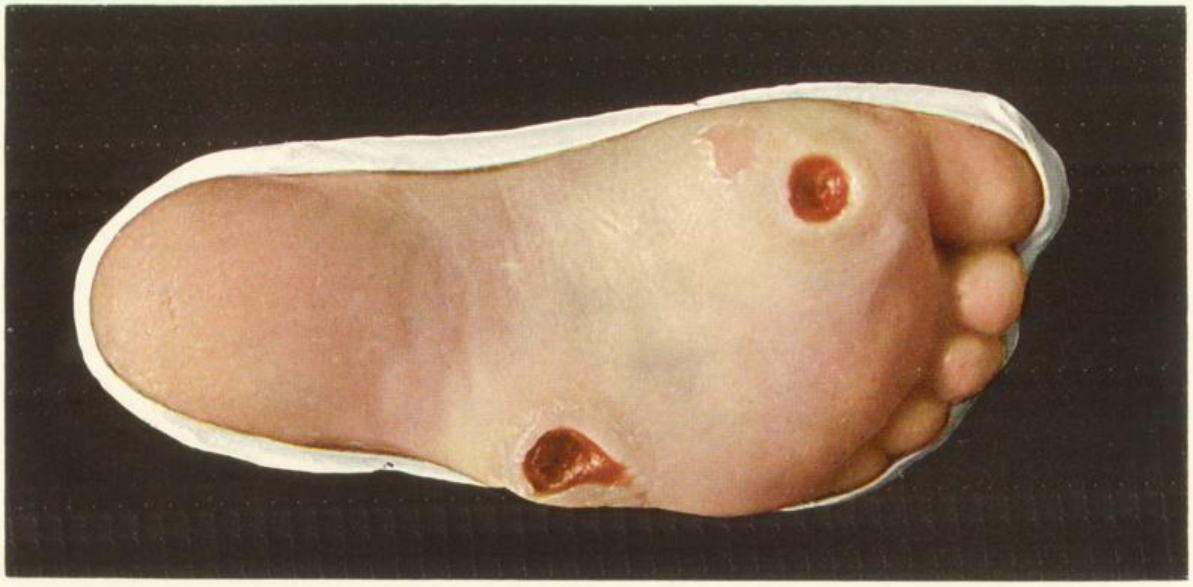
Die **Prognose** quoad vitam ist nur bei Befallensein des Kehlkopfes wegen der Erstickungsgefahr nicht günstig, doch kommt es nie zu einer vollständigen Heilung.

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

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



No. 61. Rhinoscleroma.



No. 60. Lepra; Malum perforans pedis.

Verlagg von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Sporotrichosis Beurmanni.

Tafel 38, 39.

Die durch Ansiedlung gewisser, mit dem Namen Sporotrichum belegter Fadenpilze in der Haut entstehenden Veränderungen sind hauptsächlich von de Beurmann und seinen Mitarbeitern beschrieben und genauer bestimmt worden.

Die **Sporotrichosis**, die ein ungemein variables Krankheitsbild darbieten kann, scheint am häufigsten in 2 Typen aufzutreten, bei deren einer, der Sp. gummosa disseminata tuberculoïdes (Fig. 62), sich langsam und schmerzlos multiple tiefe subkutane Knoten entwickeln, die später die Haut einbeziehen und hervorwölben, zentral erweichen und aus einer engen Fistel auf Druck erst dicken Eiter, dann seröse, auch blutig tingierte Flüssigkeit entleeren. Die zentrale vertiefte Öffnung ist von einem derben Infiltrationsring umgeben, die Farbe ist blaurot. Tendenz zur Spontanheilung besteht nicht. Das ganze Bild ähnelt sehr den Gommes scrofuleux, doch fehlen Drüsenschwellung und sonstige Erscheinungen der Tuberkulose.

Bei der zweiten, selteneren Form (Fig. 63) entsteht ziemlich rasch ohne Temperaturerhöhung ein schmerzhaftes Ulcus, das im Zentrum Neigung zur Vernarbung zeigt, während die unregelmäßig gestalteten, scharf geschnittenen Randpartien von zottig papillomatösen Wucherungen eingenommen sind. Von diesem Ulcus primitivum geht aus ein Lymphstrang mit einer Anzahl gummaartiger Knoten, die, teils beweglich, teils der Haut adhärent, diese schließlich durchbrechen und sich in verruköse Plaques umwandeln, die eine gewisse Ähnlichkeit mit der primären Läsion aufweisen; indessen können auch durch direkte Inokulation verruköse Plaques entstehen, die äußerlich vollkommen das Bild des Lupus verrucosus zeigen und nur durch den Kulturversuch als zur Sporotrichosis gehörig erkannt werden können (Fig. 64). — Sp. dermica verrucosa. Andere, wohl ebenfalls durch direkte Übertragung der Erreger entstandene, frischere Herde ähneln einem Acneknoten, wieder andere einem Plaque von Ecz. seborrhoicum oder von Pityriasis (Fig. 65). Letztere Form bezeichnet de Beurmann als Sp. epidermica (pityriasiformis).

Anm. In Frankreich ist das Krankheitsbild der Sporotrichosis Beurmanni allgemein anerkannt und vielfach beobachtet; in Deutschland ist sie noch nicht sicher konstatiert, dürfte aber jedenfalls auch vorkommen. Vielleicht trägt die Aufnahme der Erkrankung in den Atlas dazu bei, eventuell auftauchende Fälle von Sporotrichosis als solche zu bestimmen. – Die Abbildungen wurden mit gütiger Erlaubnis von Herrn Dr. de Beurmann aus dem III. u. VI. Heft der Ikonographia dermatologica übernommen.

Anm. 62 u. 63. Moulagen des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 2531 u. 2557. Dr. de Beurmann.

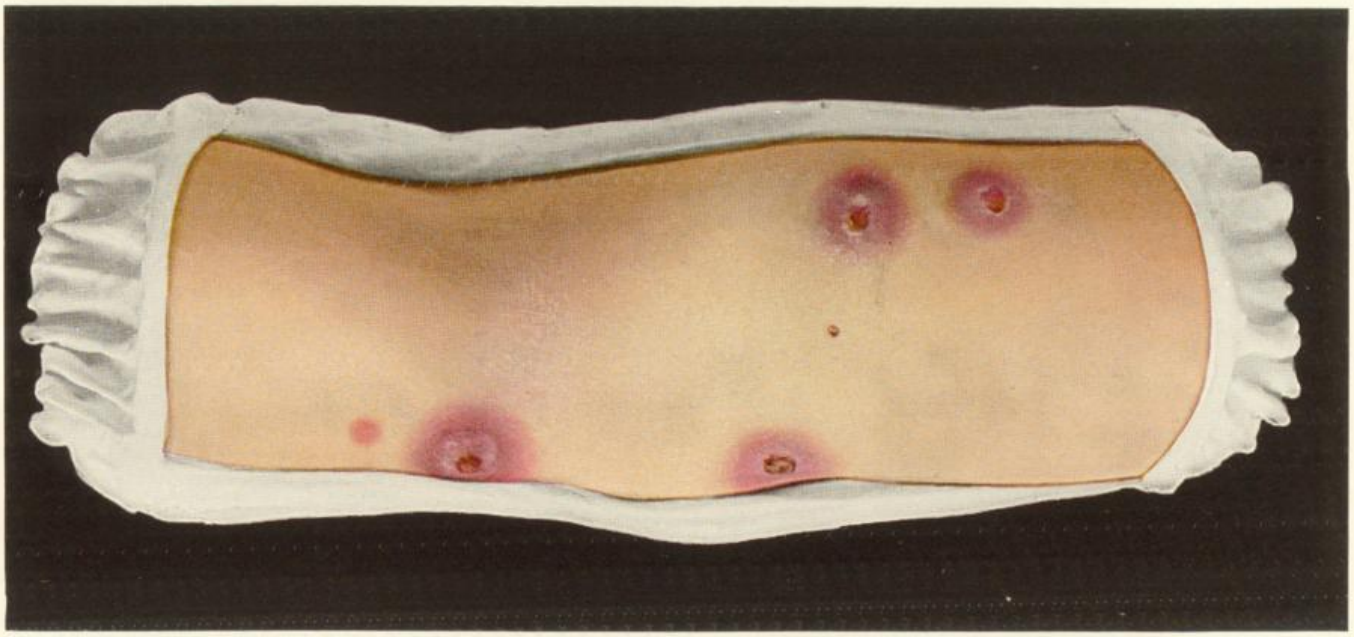
Anm. 64 u. 65. Moulagen des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 2589. de Beurmann und Gougerot.

Andere Typen der Sporotrichosis, die von Schenk-Hektoen beschriebene lymphangitisch-gummöse systematisierte Form, wie die Dor'sche Form mit multiplen großen Abscessen, scheinen weit seltener vorzukommen.

Die Sporotrichosis Beurmanni zeigt in den beiden erstgenannten Typen eine große Ähnlichkeit mit gewissen Formen der Tuberkulose, speziell mit dem Scrophuloderma, sowie mit der gummösen Syphilis. Bei der Sp. gummosa disseminata tuberculoïdes fällt die Art der Erweichung — Bildung einer engen zentralen Fistel, umgeben von einer breiten indurierten Zone — sowie das Fehlen anderweitiger tuberkulöser Erscheinungen auf. Die zweite Form macht rascher als Tuberkulose und als Syphilis weitgehende Veränderungen.

Die **Diagnose** der Sporotrichosis kann mit Sicherheit nur nach dem Resultat des Kulturversuches gestellt werden. Auf den meisten Nährböden, am sichersten auf dem Sabouraudschen Milieu de choix, entstehen nach Aussaat von Gewebsstückchen, Eiter, Sekret oder Schuppen bei mittlerer bis Körpertemperatur innerhalb 5—10 Tagen kleine weiße, manchmal bräunliche Kulturen, von einem flachen zarten Strahlenkranze umgeben, die sich bei weiterem Wachstum braun bis schwarz färben. Mikroskopisch bestehen dieselben aus langen, etwa 2 μ breiten, geraden oder leicht gekrümmten, manchmal verzweigten Fäden, an und neben denen zahlreiche eiförmige Sporen von verschiedener Größe sich finden. Im Eiter, Sekret, sowie im Gewebe sind die Pilze mit dem Mikroskop nur sehr schwer nachweisbar. Bei Tierimpfungen mit Kulturen entstehen der Sporotrichosis analoge Veränderungen; Impfungen mit Eiter oder Gewebsstückchen ergeben kein Resultat.

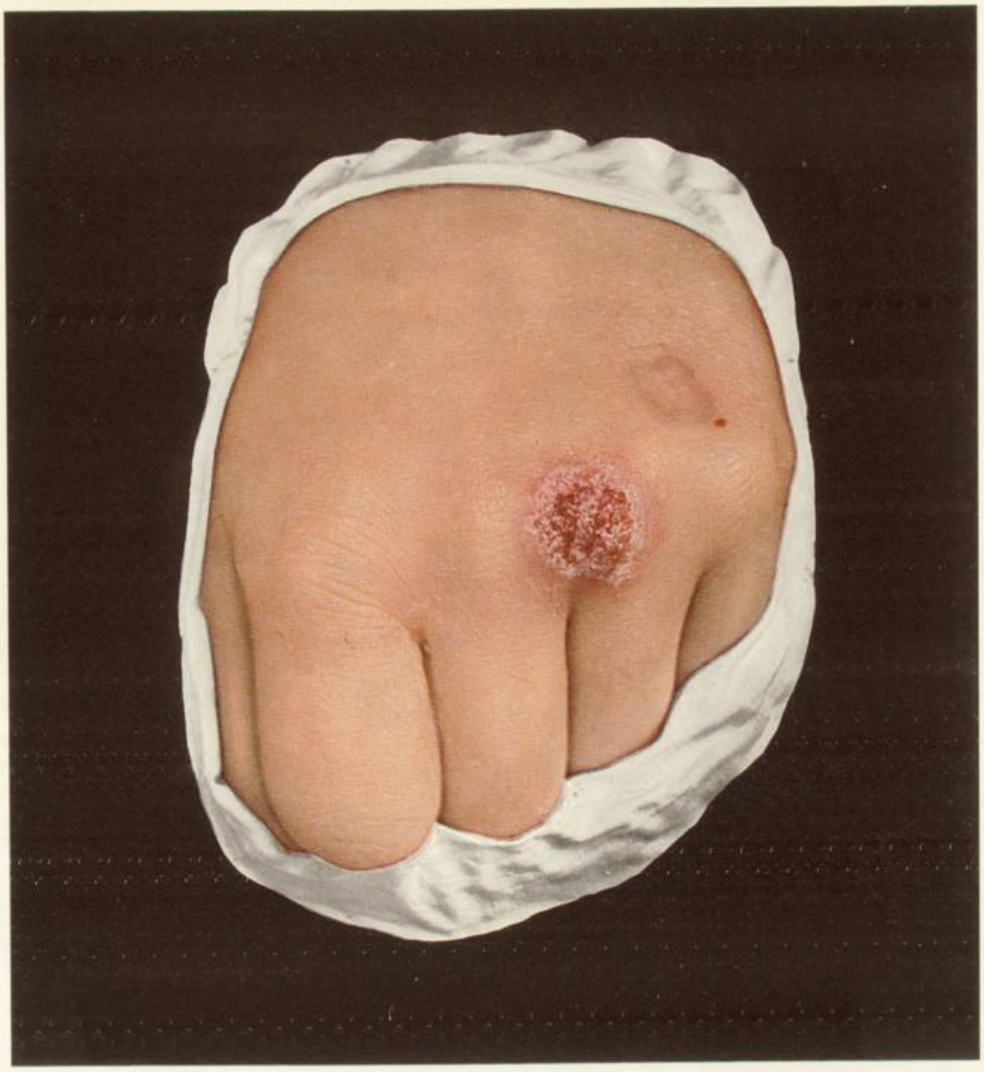
Die **Prognose** der Sporotrichosis ist, besonders wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, durchaus günstig, denn die richtige **Therapie,** innere und äußere Anwendung von Jodpräparaten führt in allen Fällen, wenn auch langsam, zu vollständiger Heilung; am besten bewähren sich intern die Jodalkalien, extern feuchte Verbände mit Jod-Jodkalium- oder ähnlichen Lösungen. Die verrukösen Formen und die Schleimhautherde heilen meist nur nach energischer Kauterisation oder nach Excision.





No. 62. 63. Sporotrichosis (de Beurmann).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 64. Sporotrichosis verrucosa.



No. 65. Sporotrichosis epidermica.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Ulcus endemicum tropicum (Leishmaniosis ulcerosa cutis; Aleppo- oder Biskrabeule; Orientbeule etc.).

Tafel 40.

In gewissen Gegenden des Orients, in einer etwa von Marokko bis zum Ganges reichenden Zone, kommt ziemlich häufig eine endemische, durch ein Trypanosoma — Helcosoma tropicum oder Leishmania tropica — verursachte chronische Ulceration, hauptsächlich an den unbedeckt getragenen Körperstellen, vereinzelt oder auch multipel vor. Die Übertragung erfolgt wahrscheinlich in der Regel durch Insekten, doch wird auch Autoinoculation von einem Herd aus beobachtet. Nach einer Inkubationszeit von mehreren Tagen bis zu einigen Monaten entwickelt sich zunächst eine stark juckende indurierte Papel, die sich bald mit einer Borke bedeckt und in ein scharfrandiges, ziemlich tiefes Geschwür mit unebenem Grund von gelbroter bis rotbrauner Farbe umwandelt; in der Umgebung treten Pusteln auf, die zerfallen und so das Geschwür vergrößern, das einen Durchmesser von $^1/_2$ *cm* bis 10 *cm* aufweist. Nach monatelangem, auch jahrelangem Bestande pflegt das indolente Geschwür zu vernarben, ohne daß Komplikationen auftreten.

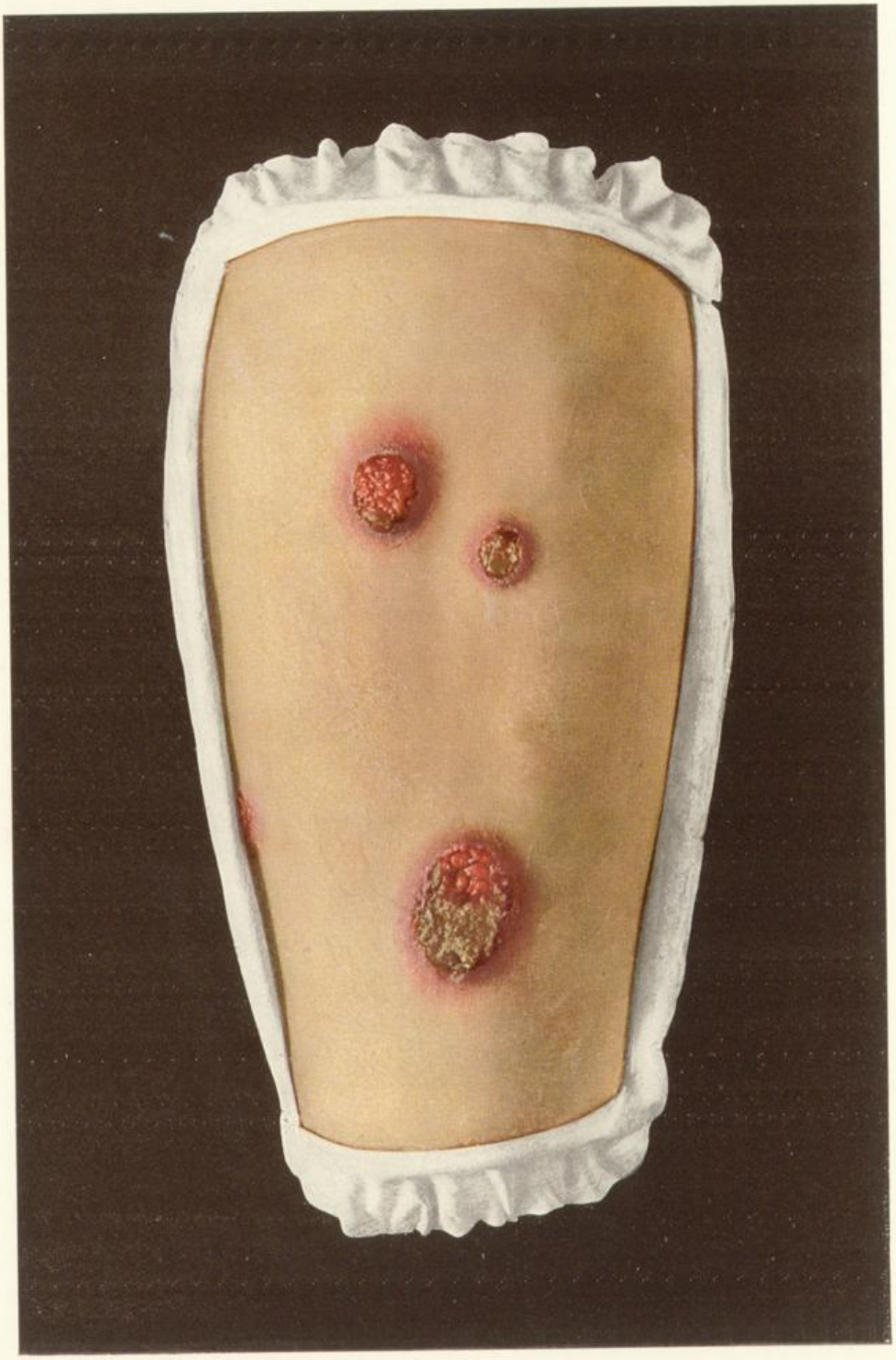
Die Leishmaniosis cutis wird nicht selten von Orientreisenden nach Europa eingeschleppt, aber meist nicht erkannt; weitere Infektionen scheinen bei uns nicht vorzukommen.

Die **Diagnose** des Ulcus tropicum wird aus dem ungemein chronischen Verlauf unter Berücksichtigung des Ortes, wo die Infektion stattgefunden hat, ohne besondere Schwierigkeiten zu stellen sein; durch den leichten Nachweis der $3 \times 4\,\mu$ großen intracellulär gelagerten Parasiten im ausgedrückten Eiter (Giemsa-Färbung) wird die Diagnose gesichert.

Anm. 66. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). Mit Erlaubnis von Dr. de Beurmann übernommen aus der Ikonographia dermatologica, Lieferung IV.

Die **Prognose** ist durchaus günstig.

Therapeutisch käme an erster Stelle die Excision oder Kauterisation in Frage; auch durch Röntgenbehandlung und durch Atoxylinjektionen scheint die Heilung möglich. Aufstreuen von fein pulverisiertem Kaliumpermanganat sowie feuchte Verbände mit antiseptischen Lösungen oder mit Methylenblau bewirken ebenfalls raschere Heilung.



No. 66. Ulcus endemicum tropicum (Leishmaniosis ulcerosa cutis).

Verrlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Trichophytie.

Tafel 41—45.

Unter dem Namen Trichophytie wird eine Anzahl Erkrankungen zusammengefaßt, die durch die Ansiedlung von Hyphomyceten in den hornigen Gebilden der Haut (Haare, Nägel und Hornschicht), bisweilen auch in den tieferen Schichten hervorgerufen werden. Die früher allgemein angenommene Einheit dieser Pilze läßt sich heute wohl nicht mehr aufrecht erhalten, zum mindesten ist ein Pilz, der Erreger der Grubyschen Krankheit **(Mikrosporie)**, die auch klinisch gut charakterisiert ist, nach den Untersuchungen Sabourauds von den anderen Trichophytieerregern streng zu trennen. In Deutschland kommt diese Erkrankung erst seit wenigen Jahren an verschiedenen Orten epidemisch vor und scheint in weiterer Ausbreitung begriffen, bildet dagegen in England und Frankreich den größten Prozentsatz aller Trichophytieen. Die davon befallenen Individuen sind ausschließlich Kinder unter 15 Jahren; der Sitz ist fast allein die Kopfhaut, auf welcher sich mehr oder minder zahlreiche, rundliche bis ovale Herde vorfinden, an denen die Haare wie abgebrochen erscheinen, während die Kopfhaut selbst mit weißen bis grauen, fest anhaftenden Schuppen bedeckt ist, die stellenweise noch von einzelnen Haaren durchbohrt werden (Fig. 73). Dabei sind die entzündlichen Erscheinungen ganz minimal und können sogar scheinbar ganz fehlen; dagegen zeigen die selten auf der Haut des Körpers, besonders am Halse vorkommenden kleineren Plaques regelmäßig einen entzündlichen Rand. Das sehr hartnäckige Leiden pflegt nach Erreichung des 15. Lebensjahres spontan abzuheilen.

Bei den Trichophytieen im engeren Sinne ist der Hauptsitz die äußere Haut; hier entstehen unter ziemlich starken Entzündungserscheinungen und meist heftigem Jucken runde Herde, die am Rande entweder einen Bläschenkranz (was die Anwendung des Namens Herpes hervorgerufen haben dürfte) oder aber zentrifugal aufblätternde Schuppen zeigen (Trichophytia annularis, Fig. 67). Während der Prozeß im Zentrum zurückgeht, schreitet er peripher weiter fort und bildet durch Konfluieren benachbarter Kreise serpiginöse Figuren. Im Verlaufe der Erkrankung können im

Anm. 73. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher). — Seit 3—4 Jahren kommt Mikrosporie in Freiburg sehr häufig vor.

Anm. 67. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Zentrum Nachschübe auftreten, so daß ein zierliches Bild konzentrischer Ringe zu stande kommt (Trichophytia iris, Fig. 67). Am häufigsten sind Gesicht, Hals und Hände befallen, doch kann die Affektion sich gelegentlich an jeder Stelle des Körpers lokalisieren. Auf dem behaarten Kopfe und im Barte sind die Erscheinungen die gleichen, nur entstehen hier durch Abbrechen der Haare nahe der Wurzel tonsurähnliche kahle Flecken. Durch ekzematöse Reizung entwickelt sich das als **Ekzema marginatum** beschriebene Krankheitsbild.

Während die genannten Erscheinungen durch oberflächliche Ansiedelung der Pilze zu stande kommen, werden bei Einwanderung derselben in die Kopf-, beziehungsweise Barthaarfollikel weit hochgradigere Veränderungen die Folge sein. Bei diesen als **Trichophytia profunda** (Fig. 68), **Sycosis parasitaria** (Fig. 70) oder **Kerion Celsi** (Fig. 71) beschriebenen Erkrankungen, die fast ausschließlich an den stark behaarten Körperstellen vorkommen, bilden sich harte, derbe unregelmäßige Höcker und Knoten, oder auch scheibenförmige Infiltrate (Fig. 72), die von den erweiterten Haarfollikeln und kleinen Abscessen durchbohrt sind und ein eigentümliches wabenartiges Aussehen aufweisen und beträchtliche Ausdehnung gewinnen können. Schließlich gehen die Haare durch Verödung der Follikel dauernd zu grunde und die Affektion heilt sehr langsam, meist unter Narbenbildung.

Die Erkrankung der Nägel bei Trichophytie kann unter verschiedenen Bildern auftreten; die Substanz des Nagels ist dabei getrübt, bröckelig, bräunlich verfärbt und in ihrer Form verändert; wir finden Grübchen, Furchen etc. Am Rande blättern die Nägel leicht auf (Fig. 69).

Die **Diagnose** der Trichophytieen wird in Fällen, wo der Pilznachweis durch Färbung oder durch Mazeration in Kalilauge gelingt, keine größeren Schwierigkeiten machen; die Pilzfäden erscheinen unter dem Mikroskop als doppelt konturierte, glänzende, segmentierte und verzweigte Gebilde. Auch der Kulturversuch kann zur Sicherung der Diagnose benutzt werden. Da jedoch nicht in allen Stadien der Nachweis der Pilze gelingt, wird das Jucken, die Lokalisation, die Kreisform, der oberflächliche Sitz, sowie das zentrifugale Aufblättern am Rande zu beachten sein. Am behaarten Kopfe und im Barte sind die tonsurartigen Flecke, an denen die Haare wie abgebrochen erscheinen, das matte, oft wie bestäubte Aussehen der erkrankten Haare, besonders bei Behandlung mit Chloroform, diagnostisch zu verwerten.

Differentialdiagnostisch käme an erster Stelle Psoriasis in Betracht; bei dieser sind die Schuppen größer, glänzen stärker, nach ihrem Abkratzen tritt in der

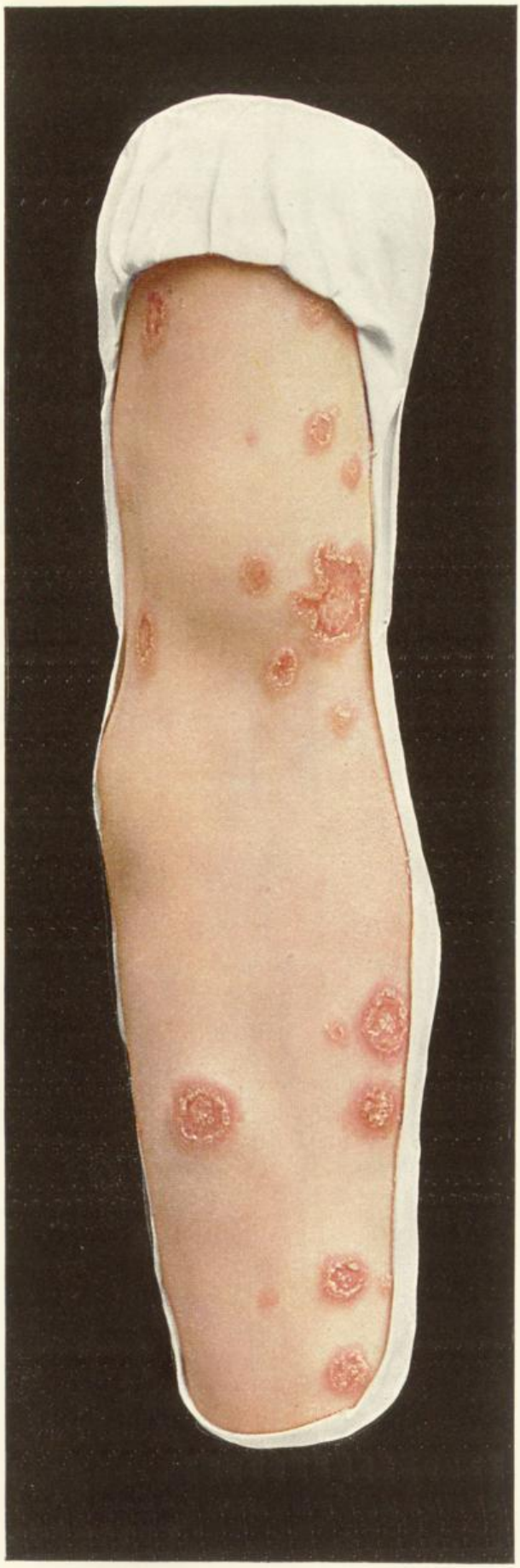
Anm. 68, 70, 71. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).
Anm. 72. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris. No. 1051. Vidal.
Anm. 69. Moulage der Lassarschen Klinik in Berlin (Kasten).

Regel punktförmige Blutung ein, auch juckt Psoriasis meist weniger als Trichophytie. Gewisse Formen des Ekzems können ähnliche Abgrenzung zeigen, doch wird dieselbe wohl nie so scharf sein; abgesehen davon dürfte das Nässen des Ekzems die Unterscheidung ermöglichen. Syphilide zeigen eine dunklere Farbe und stärkeres Infiltrat; Lupus erythematosus discoides unterscheidet sich von Trichophytie durch die Beteiligung der Follikel sowie durch die narbige Atrophie im Zentrum. Die parasitäre Sycosis des Bartes ist von der nicht parasitären Form hauptsächlich durch die Mächtigkeit der Infiltrate und den tiefen Sitz zu trennen. Favus im Eruptionsstadium macht gelegentlich die gleichen Erscheinungen wie Trichophytie, doch werden bei längerem Bestande sich stets Scutula entwickeln; auf dem behaarten Kopfe können manchmal die beiden Affektionen sehr schwer zu trennen sein, besonders wenn der Favus vorher behandelt wurde, doch ist dies von keiner allzu großen praktischen Bedeutung; zu beachten ist immerhin, daß bei Favus die Pilze gewöhnlich in bedeutend größeren Mengen vorkommen.

Die **Prognose** der Trichophytieen ist günstig; besonders hartnäckig ist die Erkrankung des Bartes sowie diejenige des behaarten Kopfes.

Therapie: Auf der äußeren Haut gelingt es ohne Schwierigkeiten durch antibakterielle Mittel oder solche, die eine energische Abstoßung der Epidermis herbeiführen, Heilung zu bewirken: Blaulichtbestrahlungen, Jodtinktur, Einreibungen mit Schmierseife oder mit der Kaposischen Naphthol-Krätzsalbe führen bei den vesikulösen und squamösen Formen sicher zum Ziel. Von antimykotischen Mitteln werden am meisten gebraucht Chrysarobin, Pyrogallussäure, sowie Sublimat, letzteres 1% in Benzoëtinktur gelöst. Auch der Teer, rein oder in Form des Unguentum Wilkinsonii wirkt sehr nützlich. Schwieriger ist die Therapie der tieferen Trichophytieen: Hier empfehlen sich am meisten zunächst Kataplasmen mit darunter angebrachtem Verband einer 1% Lösung von essigsaurer Tonerde oder Resorzin; später leisten Chrysarobin, Brookesche Paste oder Kataphorese mit Sublimat gute Dienste.

Stets ist dabei die Epilation vorzunehmen, die bei Trichophytie des behaarten Kopfes die Behandlung einzuleiten hat; danach werden Einreiben mit Chrysarobinsalben, Einpinseln mit Teer oder Teertinktur, Sublimatlösungen oder -salben, Jodtinktur, Schwefelpräparate, Krotonölsalben sowie schließlich Radiotherapie, wenn auch oft erst nach längerer Zeit, die Heilung bewirken; bei der Mikrosporie ist die Röntgenbehandlung die sicherste und rascheste Methode.



No. 67. Trichophytia annularis (iris).



No. 68. Trichophytia profunda.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

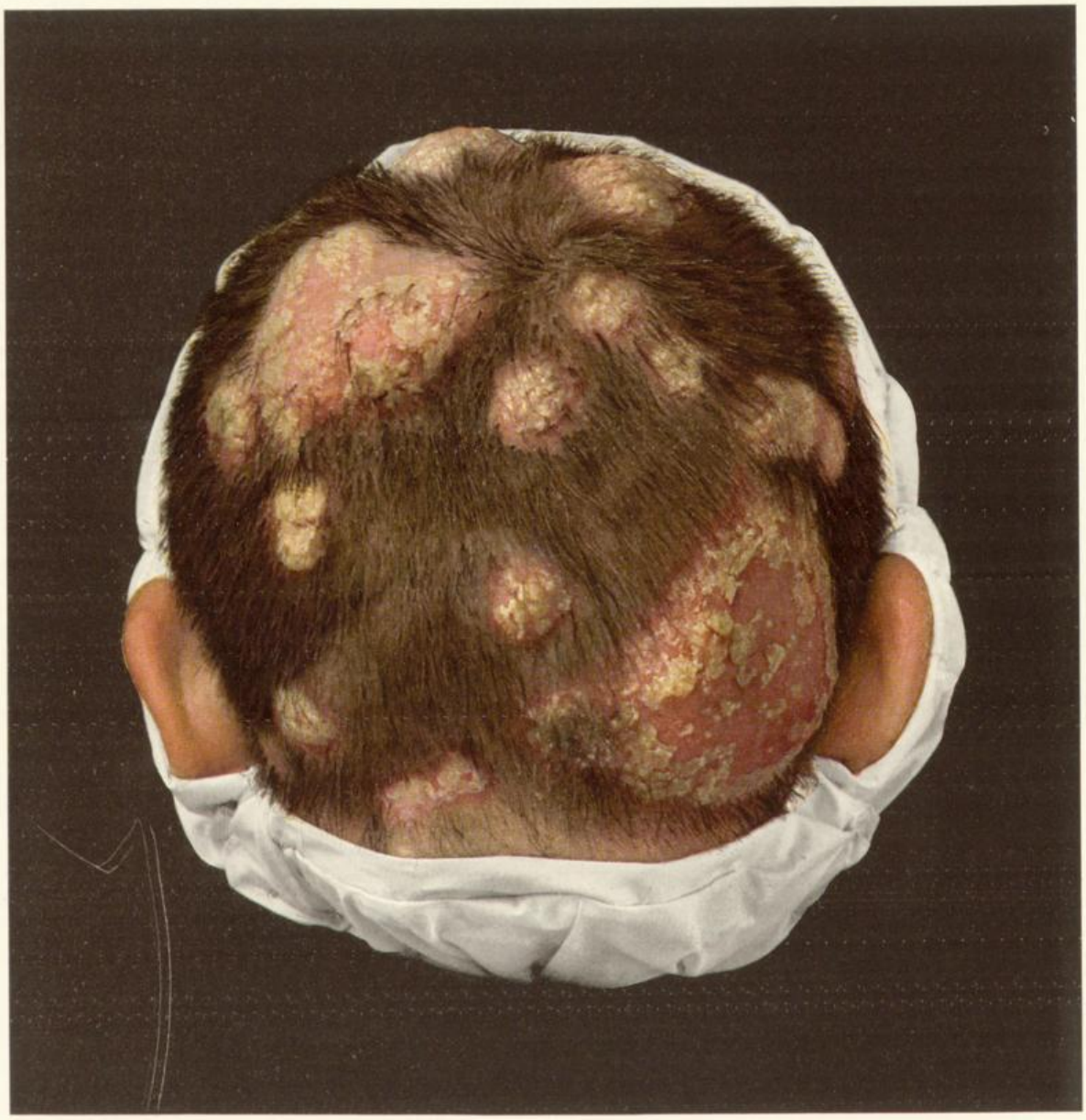


No. 69. Trichophytia unguium.



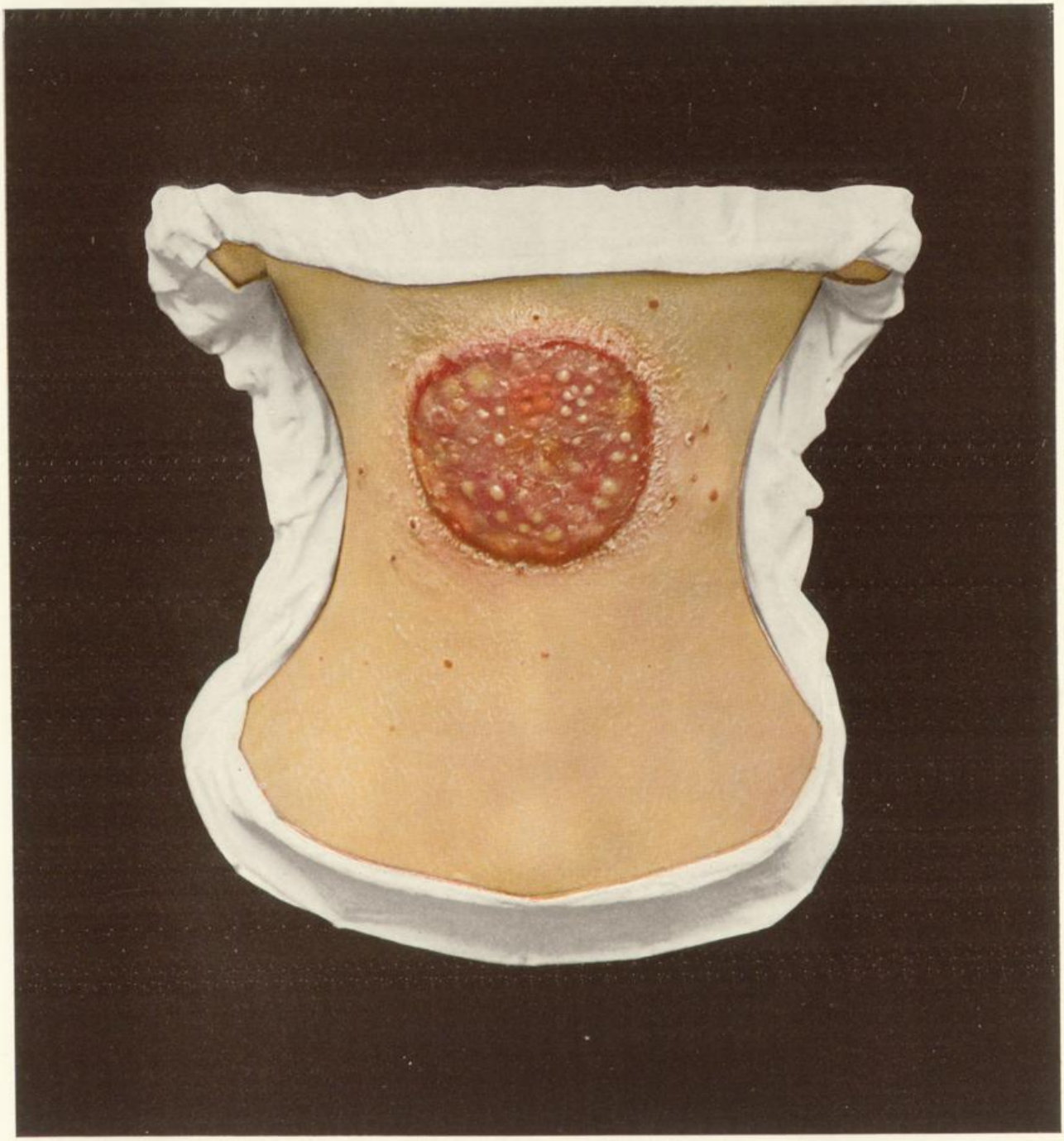
No. 70. Trichophytia profunda barbae (Sysosis parasitaria).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



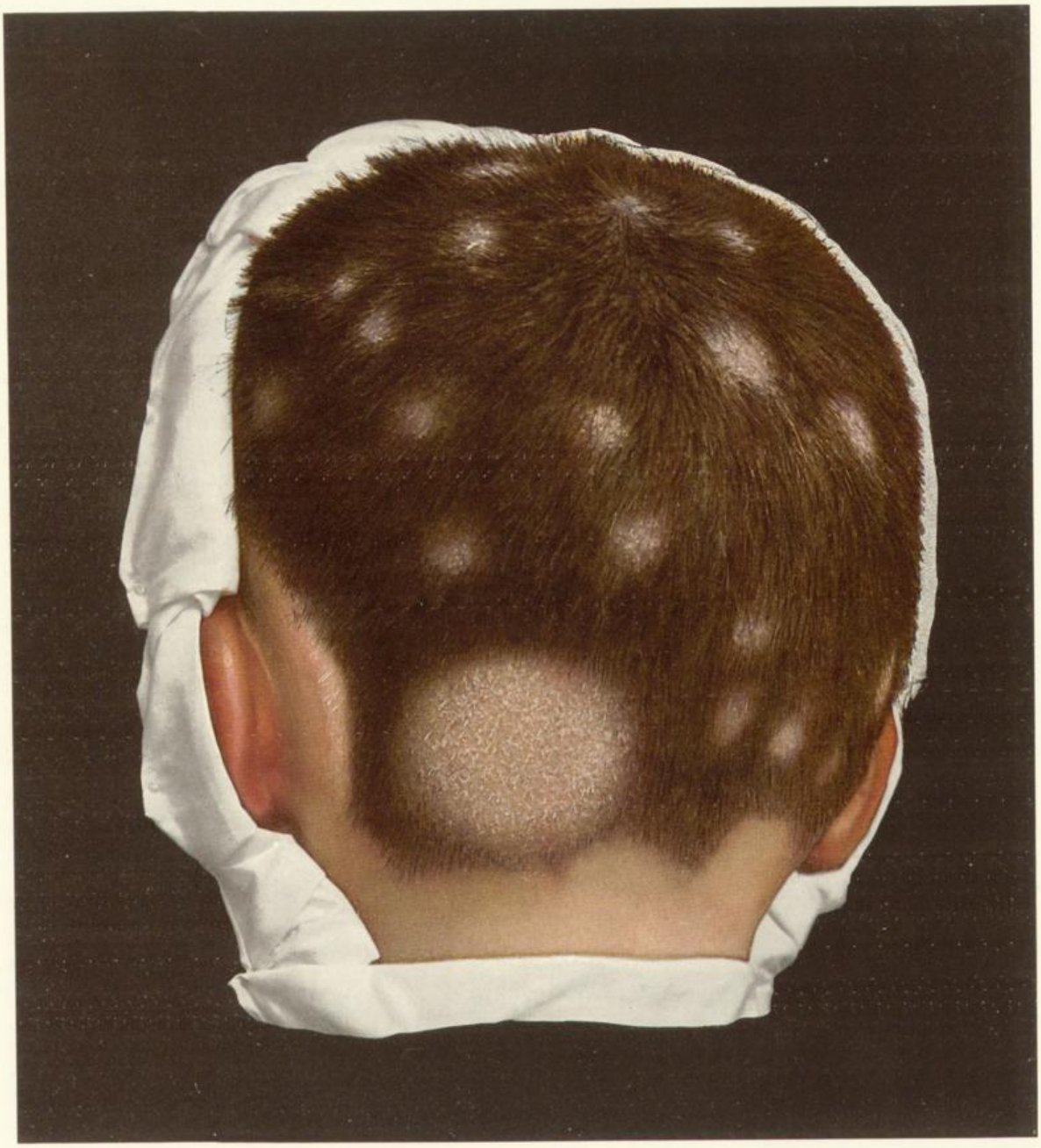
No. 71. Trichophytia profunda capillitii (Kerion Celsi).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 72. Trichophytia profunda nuchae.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 73. Trichophytia capillitii (Mikrosporia).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Favus.

Tafel 46.

Der Favus, Erbgrind, findet sich am häufigsten bei Kindern auf dem behaarten Kopfe und ist charakterisiert durch die Bildung der sogenannten Favusschildchen (Scutula), schüsselartiger, gelblicher bis schwefelgelber gedellter Scheiben, die aus dichtverflochtenen Massen des Erregers, Achorion Schönleinii, untermengt mit Detritus und verhornten Epithelien bestehen, von einer dünnen Hornschicht überzogen und im Zentrum von einem Haar durchbohrt sind (Fig. 74); nach Abheben des Favusschildchens tritt eine leichte Delle zu tage, die infolge des Bloßliegens des Rete feuchtglänzend erscheint. Bei längerer Dauer konfluieren die Favusschildchen zu weißlich mörtelartigen Massen, Favus confertus, die unter Umständen einen großen Teil der Kopfhaut einnehmen können und nur noch am Rande die Zusammensetzung aus einzelnen Schildchen erkennen lassen. An den erkrankten Stellen erscheinen die Haare glanzlos, wie mit Puder bestäubt und verbreiten ebenso wie die Scutula einen Schimmel- oder Mäusegeruch. Der Verlauf der Erkrankung auf dem behaarten Kopfe ist ungemein chronisch und endet in den meisten Fällen mit narbiger Atrophie der Haut infolge des Druckes der Favusschildchen und mit bleibender Alopecie an den befallenen Stellen.

Seltener als auf dem Kopfe kommt die Affektion auf dem Körper vor, wo zunächst schuppende oder am Rande mit Bläschen besetzte Kreise entstehen, die vollständig den durch Trichophytie hervorgerufenen gleichen; erst bei längerem Bestande entwickeln sich im Zentrum ein oder mehrere Scutula (Fig. 75). An der Haut des Körpers ist die Affektion sehr wenig hartnäckig und heilt, ohne bleibende Veränderungen zu hinterlassen.

In seltenen Fällen kann der Favuspilz in die Tiefe eindringen und eine dem Kerion Celsi (Trichophytia profunda) analoge Erkrankung hervorrufen.

Anm. 74. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 548. Besnier.
Anm. 75. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

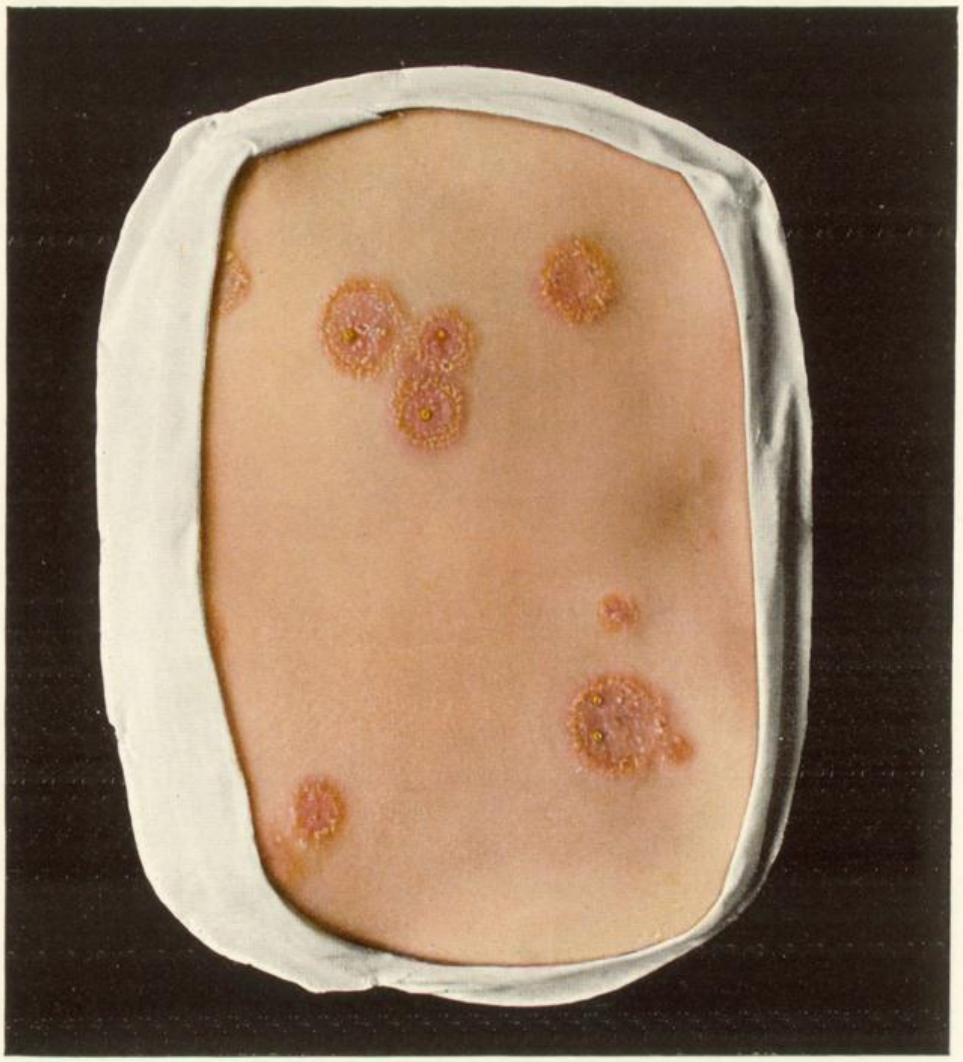
Auch die Nägel erkranken bei Favus, und zwar meist in derselben Weise wie bei Trichophytie; bisweilen findet man scutulaartige Gebilde in die Nagelsubstanz eingebettet.

Die neueren Untersuchungen haben ergeben, daß der Favus im Gegensatz zur Ansicht von Quincke, Unna u. a. mit größter Wahrscheinlichkeit durch einen einzigen Pilz hervorgerufen wird, der nur auf verschiedenen Nährböden variierende Entwicklungsformen annehmen kann. Den Ausgangspunkt bilden häufig Tiere, die für Favus empfänglich sind, z. B. Katzen und Mäuse.

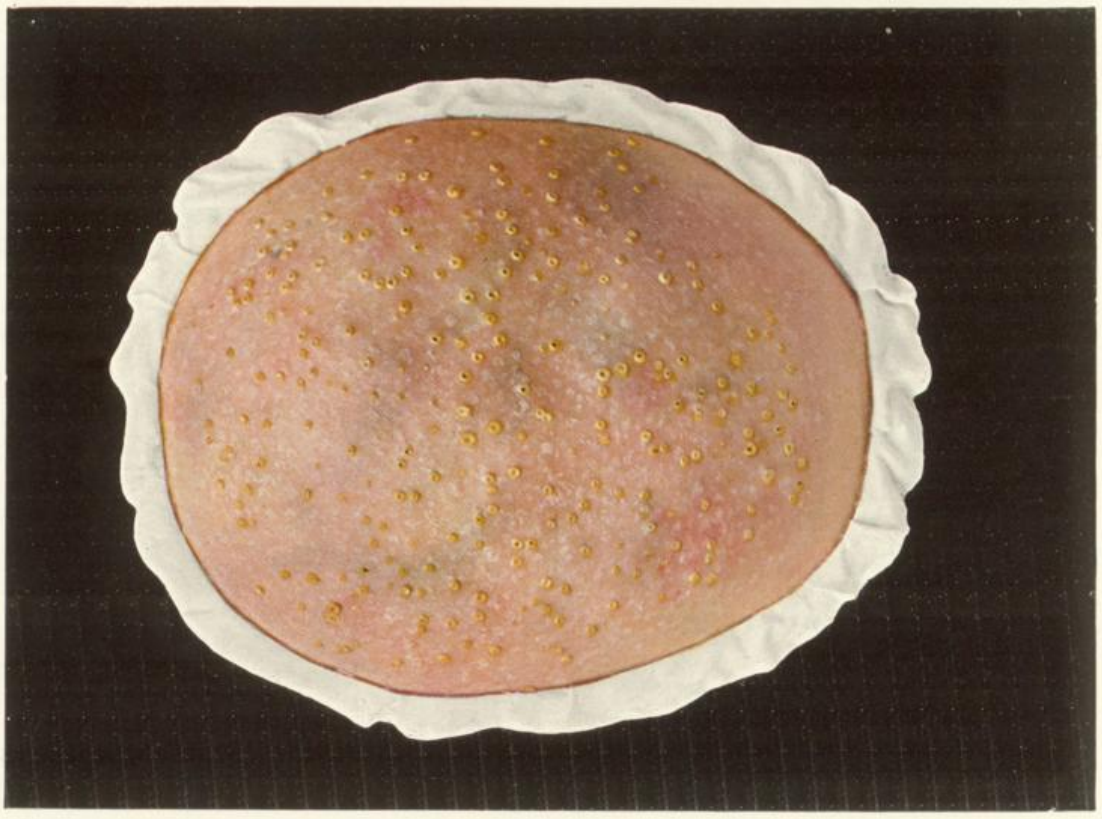
Die **Diagnose** ist im allgemeinen leicht zu stellen beim Vorhandensein von Favusschildchen, die beim Betupfen mit Alkohol eine intensiv gelbe Farbe annehmen, sowie durch den Nachweis der Pilze. Zu berücksichtigen ist ferner das bestäubte Aussehen der Haare und der eigentümliche Schimmelgeruch. Auch nach abgelaufenem Favus gestattet die narbige Atrophie der Kopfhaut in den meisten Fällen die Diagnose.

Die **Prognose** ist am Körper günstig, am behaarten Kopfe mit Vorsicht zu stellen, da nach längerem Bestande meist eine dauernde Alopecie das Endresultat der Erkrankung bildet.

Die **Therapie** hat zunächst für Entfernung der Scutula zu sorgen (Ölkappe), worauf eine energische Epilation vorzunehmen ist, die bei sehr ausgedehntem Favus durch Anwendung der Pechkappe (in Narkose) erfolgen kann; nächstdem sind regelmäßige Seifenwaschungen mit nachfolgender Anwendung von Chrysarobin, Jodtinktur, Sublimatspiritus oder -salben, oder Naphthol vorzunehmen; auch Teer, Ichthyol, Tumenol werden erfolgreich verwendet. Besonders günstige Resultate ergibt die Radiotherapie, die indes mit Vorsicht anzuwenden ist, da auf der schon atrophischen Haut besonders leicht Röntgenulcera auftreten.



No. 75. Favus scutularis et herpeticus.



No. 74. Favus scutularis.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

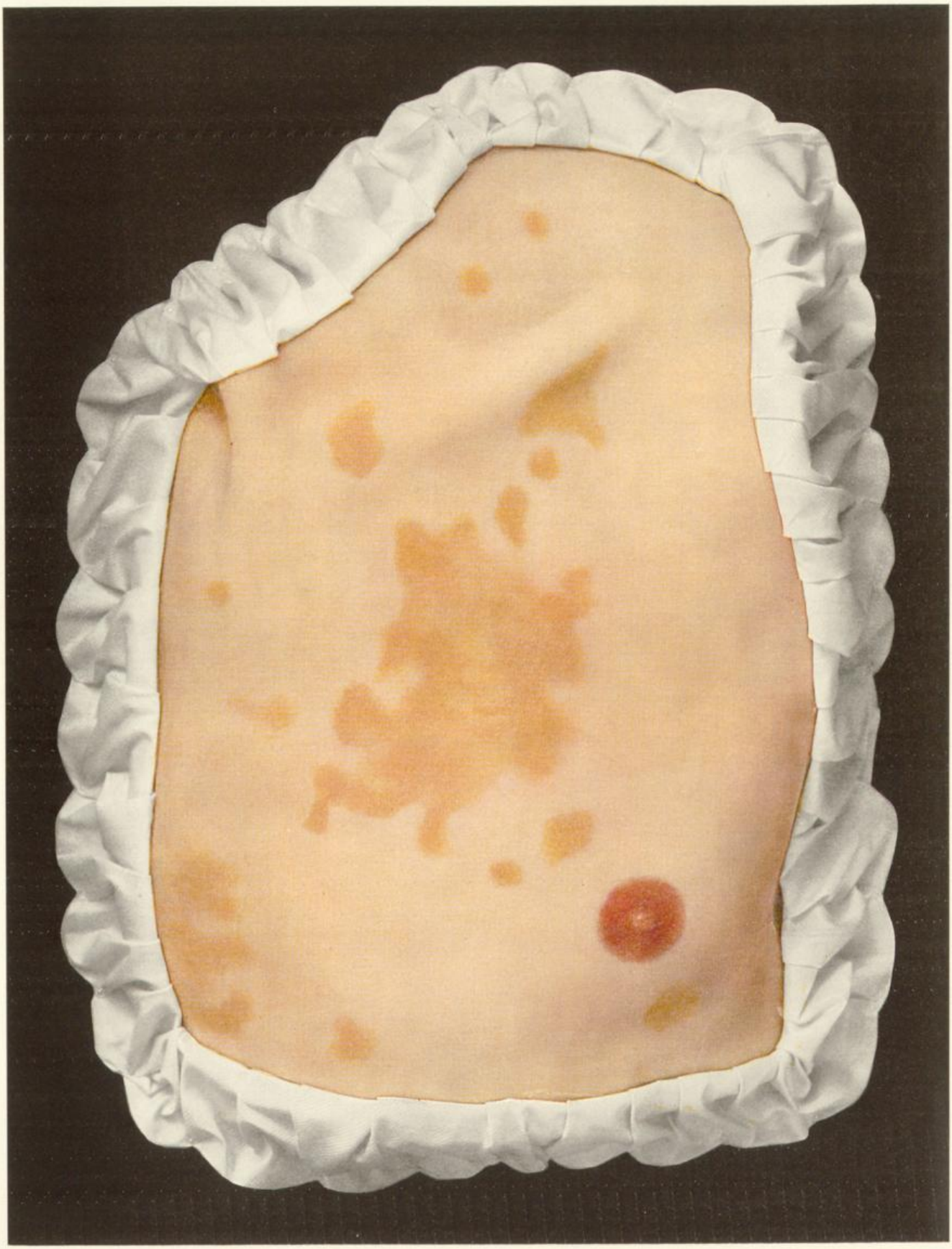
Pityriasis versicolor.

Tafel 47.

In erster Linie bei solchen Personen, welche stark transpirieren, infolgedessen besonders häufig bei Phthisikern, finden wir teils in Gestalt kleiner gelber bis braungelber Flecken, teils in größeren konfluierenden Flächen angeordnet, die durch Einwanderung des Mikrosporon furfur in die Oberhaut bedingte Erkrankung: **Pityriasis versicolor** (Fig. 76). Die einzelnen Flecken von der Farbe des Milchkaffees sitzen sehr oberflächlich, zeigen nur geringe Erhabenheit und selten leichte Rötung am Rande; die kleienförmige Schuppung tritt ganz besonders beim Darüberstreichen hervor, größere Schuppen fehlen. Beim Abkratzen kann man die gesamte erkrankte Hornschicht in Form eines dünnen Häutchens herunterziehen, worauf die fast normale Haut sichtbar wird. Hauptsächlich ist die Affektion am Rumpfe lokalisiert, sie geht gelegentlich auf die Extremitäten sowie auf den Hals über, dagegen sind Gesicht, Handteller und Fußsohlen stets frei. Subjektive Beschwerden fehlen in der Regel gänzlich, so daß die Erkrankung häufig unbemerkt bleibt.

Die **Diagnose** ist ohne Schwierigkeit aus der gelben Farbe, aus der Lokalisation, sowie aus der Möglichkeit, die Flecke abzukratzen, zu stellen und wird durch den mikroskopischen Befund des Mycelnetzes mit zahlreichen gehäuften, hellglänzenden Sporen gesichert. Die **Prognose** ist günstig. Die **Therapie** führt leicht zu einem vorübergehenden Erfolge, jedoch ist dauernde Heilung schwer zu erreichen. Alle antimykotischen Mittel werden mit Erfolg angewendet, ferner Einreibungen mit Schmierseife, Einpinselungen mit Seifenspiritus, eventuell mit 1% Naphtholzusatz, Seifenbäder mit nachfolgenden Sublimatwaschungen, Naphtholsalben etc. Die besten Erfolge haben wir mit der von Besnier empfohlenen zyklischen Einreibung einer Salbe, die 1—3% Resorzin und Salizylsäure, 5—15% Sulfur enthält, erzielt.

Anm. 76. Moulage der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses in Köln a. Rh. (Prof. Zinsser).



No. 76. Pityriasis versicolor.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Erythrasma.

Tafel 48, Fig. 77.

Hauptsächlich an der den Genitalien zugekehrten Schenkelfläche sowie am Scrotum (Fig. 77) und den großen Schamlippen bis in die Analfurche hinein und an den angrenzenden Partieen des Abdomens, seltener in den Achselhöhlen, von da auf die Brust übergehend, gelegentlich auch auf dem Rumpfe finden wir beim Erythrasma scharf bogenförmig abgegrenzte, braune bis braunrote, leicht schuppende Flächen, deren Randpartie wenig gerötet erscheint. Der Erreger ist ein Mycelpilz, Mikrosporon minutissimum, und sitzt stets außerordentlich oberflächlich. Die Affektion ist hartnäckig, aber durchaus unschuldig. Die **Diagnose** ist aus Lokalisation, Farbe und kleienförmiger Schuppung leicht zu stellen. Die **Therapie** ist dieselbe wie bei den oberflächlichen Trichophytieen oder bei Pityriasis versicolor (Besniersche Salbe).

Pityriasis rosea.

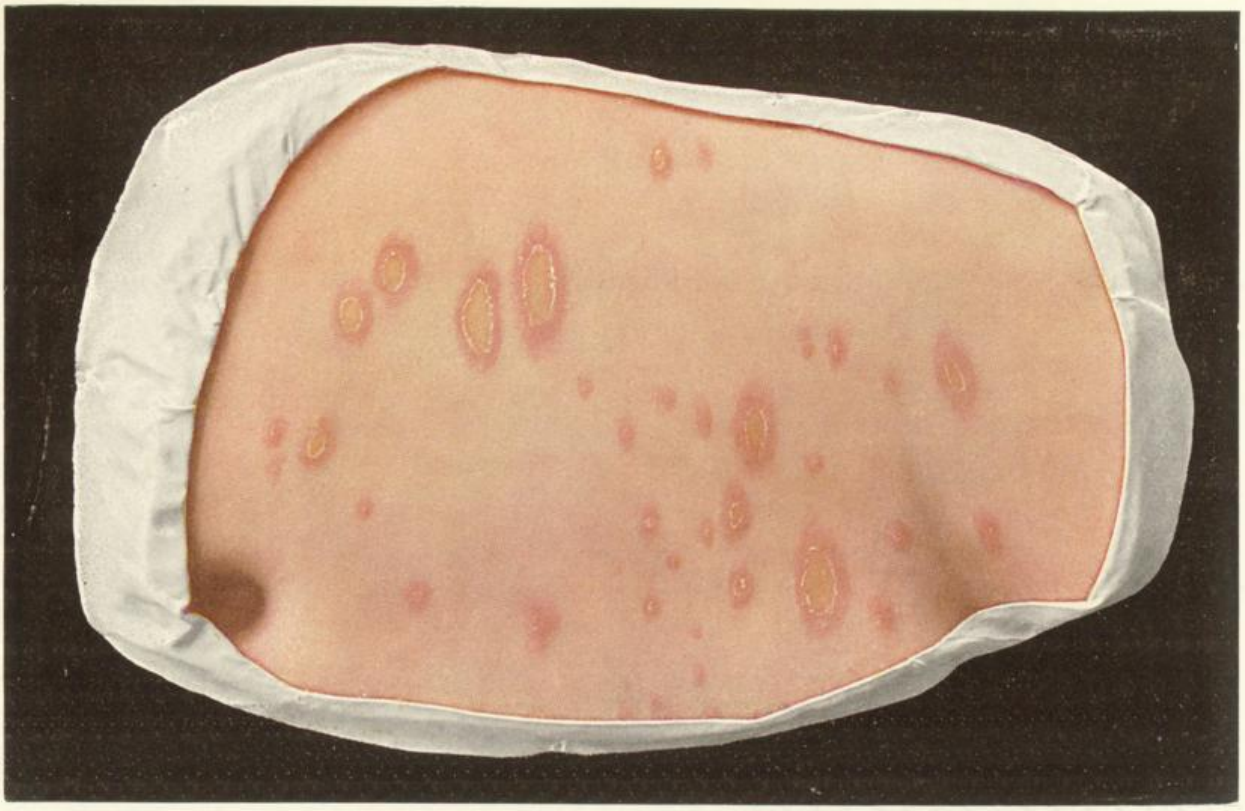
Tafel 48, Fig. 78.

Zur Trichophytie gerechnet und mit der akuten Form, dem Herpes tonsurans maculosus identifiziert wird von der Wiener Schule auch die **Pityriasis rosea Gibert;** die meisten Autoren betrachten dagegen diese Affektion, bei der der Pilznachweis fast nie gelingt (in einem Falle der Freiburger Klinik wurden mittels der Boekschen Färbemethode Pilze gefunden), als eigene Krankheit, die entweder von einer längere Zeit bestehenden scheibenförmigen Effloreszenz (Médaillon primaire) ausgeht, oder ohne solche sich entwickelt. Aus zahlreichen blaßroten, schubweise auftretenden flachen Papelchen entstehen rundliche oder meist ovale kleine bis markstückgroße vielfach konfluierende Scheiben, die im Innern gelblich verfärbt, am Rande zentrifugale Schuppung zeigen; in manchen Fällen bleiben die Papelchen als solche bestehen und machen nur vereinzelt die Umwandlung in größere Scheiben durch. Der Prozeß ist ein exquisit oberflächlicher, und nach Verlauf mehrerer Wochen tritt in der Regel Spontanheilung ein. Lieblingssitz ist die Gegend des

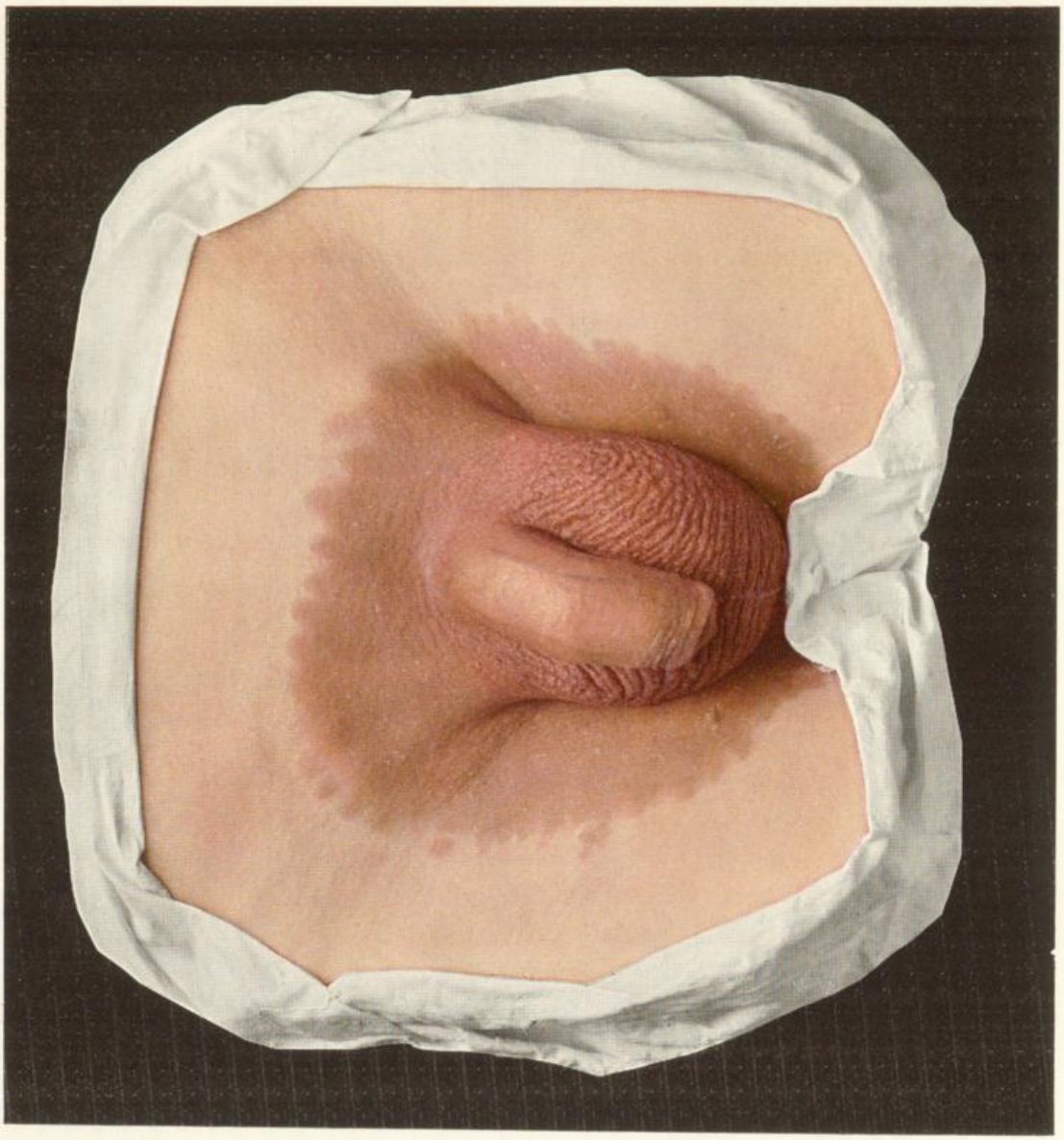
Halses, Brust, Rücken, seltener Abdomen und Extremitäten (Fig. 78). Hände, Füße und Gesicht bleiben fast immer verschont. Direkte Kontagiosität besteht nicht, dagegen wird das Auftreten der Erkrankung vielfach auf das Tragen neuer Wollwäsche zurückgeführt.

Die **Diagnose** ist aus dem typischen Verlauf und der Lokalisation, sowie aus der Bildung der charakteristischen Scheiben mit gelblichem Zentrum und hellrotem, leicht schuppendem Rand meist ohne Schwierigkeit zu stellen. Verwechselungen mit akuten Eruptionen der Psoriasis lassen sich durch Beachtung der dunkleren Rötung und der Bildung größerer lamellöser Schuppen bei letzterer Erkrankung vermeiden. Gegenüber der Roseola syphilit. ist zu berücksichtigen, daß diese nie schuppt und daß meistens noch andere Erscheinungen der Syphilis bestehen.

Therapie. Die Pityriasis rosea heilt leicht unter Anwendung schwacher Chrysarobin-, Naphthol-, Resorzin- oder Schwefelsalben, doch kommt man auch mit Einpinselungen mit Tinct. Rusci und Einfettungen mit Zinkpaste zum Ziel. Bäder mit Zusatz von Sol. Vlemingkx beschleunigen die Abheilung.



No. 78. Pityriasis rosea.



No. 77. Erythrasma.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Psoriasis vulgaris.

Tafel 49 – 53.

Unter Psoriasis verstehen wir eine vielfach hereditäre unheilbare chronische Hauterkrankung, deren Erreger unbekannt sind, aber höchstwahrscheinlich Mycelpilze sein dürften, und bei welcher meist schubweise auftretende Eruptionen mit mehr oder minder freien Intervallen abwechseln. Das relativ häufige Vorkommen von Psoriasis bei Arthritis scheint uns nicht genügend, um einen kausalen Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen anzunehmen. Charakteristisch für die Psoriasis sind zunächst die primären Effloreszenzen, kleine stecknadelkopfgroße rote Stippchen, welche sich bald mit einer fest anhaftenden Schuppe bedecken und bei weiterer Entwicklung und Ausbreitung alle die verschiedenen Formen der Psoriasis guttata (Fig. 79), nummularis, bei zentraler Ausheilung annularis und beim Konfluieren benachbarter kreisförmiger Herde Psoriasis gyrata oder figurata (Fig. 81) entstehen lassen; ferner ist typisch für Psoriasis die Lokalisation meist an den Streckseiten der Extremitäten und auf dem behaarten Kopfe (Fig. 82); sodann das sogenannte Kratzphänomen, das Auftreten kleiner punktförmiger Blutungen in dem durch Abkratzen der Schuppen freigelegten feuchtglänzenden roten Rete Malpighi, sowie schließlich der Mangel eines festeren Infiltrates, im Gegensatz zu anderen ähnlichen Erkrankungen, besonders dem schuppenden Syphilid. Abweichungen kommen in bezug auf Lokalisation nicht selten vor und es gibt überhaupt keine Stelle der äußeren Haut, die nicht gelegentlich den Sitz psoriatischer Effloreszenzen bilden könnte (Fig. 86). Selbst an der Vola manus und Planta pedis finden wir nicht nur bei allgemeiner, sondern auch bei zirkumskripter Erkrankung der Haut Psoriasis (Fig. 87), so daß es sich empfehlen dürfte, die früher allgemein angewandte Bezeichnung des papulosquamösen Syphilids der Vola manus und Planta pedis als Psoriasis palmaris, respektive plantaris specifica ganz auszumerzen. Die Schleimhäute erkranken fast nie an Psoriasis; die sogenannte Psoriasis mucosae oris hat nichts mit unserem Leiden zu tun und wird besser als Leukoplakie bezeichnet.

In dem ungemein chronischen Verlauf der Psoriasis können wir auch ohne Therapie sehr intensive Schwankungen beobachten, ein Umstand, der die Be-

Anm. 79, 82. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 81. Moulage der Lesserschen Klinik in Berlin (Kolbow).

Anm. 86. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher).

Anm. 87. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). 34jähriger Mann, der im Anschluß an eine ziemlich ausgebreitete Eruption die Affektion auch an Handflächen und Fußsohlen aufweist.

urteilung des Wertes therapeutischer Maßnahmen außerordentlich erschwert. Einzelne Fälle neigen sehr zu akuten Exacerbationen, während andere lange Zeit stationär bleiben oder nur hin und wieder einige frische Effloreszenzen aufweisen. Läsionen der Epidermis, die bis zu den Kutispapillen reichen, wie Kratzeffekte, Tättowierungen u. dgl. geben oft Veranlassung zur Entwicklung neuer psoriatischer Herde. Gelegentlich finden wir Komplikation mit Ekzem.

Nicht nur in bezug auf Form und Größe, sondern auch in anderer Beziehung sind an den psoriatischen Herden oft beträchtliche Unterschiede zu konstatieren; so wechselt die Beschaffenheit und Dichte der Schuppen in weiten Grenzen, neben verhältnismäßig dünnen Schuppen finden wir dicke mörtel- oder austernschalenartige Auflagerungen, die alle Farbenunterschiede vom reinen perlmutterglänzenden Weiß bis zum dunkleren Graugelb oder Grau aufweisen können (Fig. 79, 80, 85). Ebenso wechselt die Intensität und Breite der die Schuppen umrahmenden entzündlichen Rötung der Haut; gelegentlich zeigt sich an Stelle der Rötung eine mehr gelbliche Färbung, während an abhängigen Körperstellen eine mehr livide Verfärbung vorherrscht.

Lokalisiert ist, wie erwähnt, der Prozeß mit Vorliebe an den Ellenbogen Knieen und am behaarten Kopf, in anderen Fällen dagegen finden wir eine ausgedehntere und einen größeren Teil der Körperoberfläche einnehmende Erkrankung. Bei ganz akuten Eruptionen kommt es vor, daß kaum eine Stelle des Körpers frei bleibt; dabei können auch schwere Allgemeinerscheinungen auftreten, während sonst bei zirkumskripter Erkrankung das Allgemeinbefinden gar nicht alteriert wird; bekannt ist, daß die Psoriatiker, unter denen das männliche Geschlecht überwiegt, meist kräftige, wohlgenährte Individuen sind. Von subjektiven Erscheinungen ist bei chronischen Formen meist nur unbedeutendes Jucken vorhanden, während bei sehr akuten und ausgedehnten Ausbrüchen vielfach über ein quälendes Durstgefühl geklagt wird. Erwähnenswert ist die Erkrankung der Nägel (Fig. 83, 84), bei der wir Verdickung der Nagelsubstanz, Trübung derselben, Aufblättern, Rissigkeit sowie Ablösung vom Nagelbett beobachten. Bei schweren Eruptionen können die Nägel vollständig abgestoßen werden.

Die **Prognose** der Psoriasis ist insofern günstig, als nur in Ausnahmefällen das Allgemeinbefinden alteriert wird und es in der Regel gelingt, die einzelnen Eruptionen zur Abheilung zu bringen. Eine definitive Heilung der Psoriasis ist unmöglich.

Differentialdiagnostisch kämen in erster Reihe in Betracht Syphilis, Eczema seborrhoicum, Lupus erythematosus, Ekzem und Trichophytie. Letztere ist auszuschließen durch das sehr unbedeutende Jucken, das Fehlen der Pilze und den

Anm. 80, 83, 84, 85. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

chronischen Verlauf der Erkrankung. Gegenüber dem Lupus erythematosus ist zu bemerken, daß die Psoriasis nie Narben bildet, auch fehlt bei letzterer Affektion die Beteiligung der Follikel. Das Eczema seborrhoicum sterni (Lichen circumscriptus Villan) zeigt meist fettigere und kleinere Schuppen, eine hellere gelbrote Färbung und die typische Lokalisation auf Brust und Rücken. Schwieriger ist die Abgrenzung gegenüber dem Ekzem, besonders deshalb, weil Kombinationen beider Krankheiten vorkommen. Hier dürfte meist entscheiden die Lokalisation, der Umstand, daß reine Psoriasis niemals näßt, sowie der Nachweis der Primäreffloreszenzen der einen oder anderen Erkrankung. Gegenüber der Syphilis ist zu erwähnen, daß letztere sich mit Vorliebe an den Beugeseiten lokalisiert und im papulösen Stadium, das hier allein in Betracht kommt, ein derbes Infiltrat aufweist. Das Kratzphänomen fehlt bei Syphilis. In zweifelhaften Fällen entscheidet der Erfolg, respektive Nichterfolg einer antiluetischen Allgemeinbehandlung.

Die **Therapie** ist entweder eine innere (beziehungsweise subkutane) oder besteht in einer äußerlichen Behandlung der erkrankten Stellen. Von inneren Mitteln ist das zuverlässigste das Arsen, welches bei richtiger Anwendung (Pillul. asiaticae oder Injektionen von Sol. Natr. arsenicos.) fast stets zur Abheilung unter dunkler Verfärbung der psoriatischen Stellen führt. Im allgemeinen empfiehlt es sich, die Arsentherapie für schwerere Fälle der Psoriasis zu reservieren. Weniger sicher, aber doch in einer Reihe von Fällen wirksam ist das Jod, das hauptsächlich in Form von Jodalkalien in großen Dosen Erfolg verspricht. Alle anderen Mittel (Schilddrüsenpräparate etc.) haben sich als höchst unsicher oder ganz unwirksam erwiesen.

Bei der äußerlichen Behandlung der Psoriasis ist streng zu individualisieren: akute Eruptionen, die auf irritierende Mittel leicht mit einer Steigerung der entzündlichen Erscheinungen reagieren, werden am besten mit Bädern und indifferenten Salben oder Pasten, denen man 2—5% Hydrarg. präc. alb. oder milde Teerpräparate wie Liq. carbon. deterg. zusetzt, behandelt. Auch „ruhende Fälle" erfordern einige Vorsicht, da eine zu energische Therapie zuweilen eine Ausbreitung der auf wenige Herde beschränkten Erkrankung hervorruft.

Die allgemein übliche Anwendung irritierender Mittel, wie Chrysarobin, Pyrogallussäure u. a. ist hauptsächlich in denjenigen Fällen indiziert, die bei mäßiger Entzündung Neigung zu weiterer Ausbreitung zeigen. Dabei hat die Behandlung zunächst in Entfernung der Schuppenmassen durch mazerierende Mittel zu bestehen; Bäder, Seifeneinreibungen und -waschungen, Salizylsäuresalben und überfettete Seifen, Alkoholdunstverbände sowie einfache Einfettungen nebst häufigen Waschungen führen hier bald zum Ziel. Nach Ablösung der Schuppen werden reduzierende und die Haut leicht irritierende Mittel anzuwenden sein. An erster Stelle steht das Chrysarobin, welches in schwach prozentuierten, $^1/_2$—5%igen Salben täglich ein-

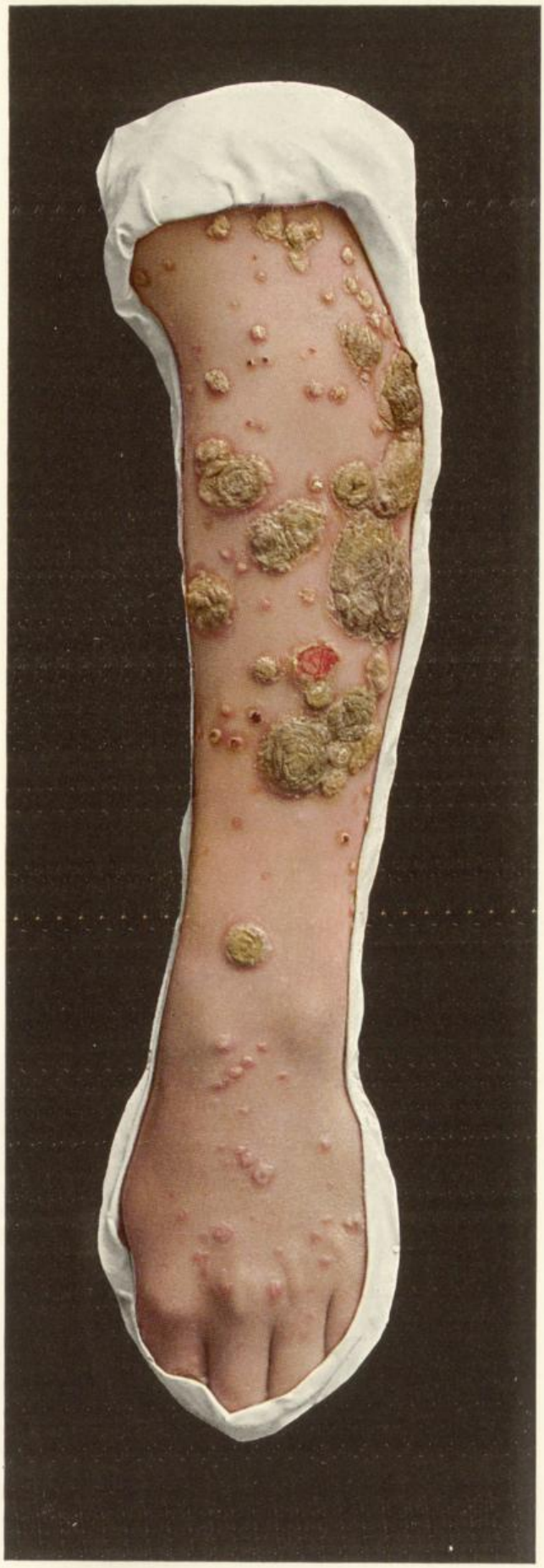
bis zweimal einzureiben ist, bis leichte Irritation der Haut eintritt.[1]) Im Gesichte sowie auf dem behaarten Kopfe ist dieses Mittel wegen der häßlichen Verfärbung der Haut und der Haare und wegen der irritierenden Wirkung auf die Konjunktiva zu vermeiden. Tritt Chrysarobindermatitis ein oder droht dieselbe, so ist das Mittel sofort auszusetzen und unter indifferenten Salben, Pasten oder Teeranwendung das Ablaufen der Reizung abzuwarten. Dabei nimmt die normale Haut eine dunkel blaurote bis rotbraune Verfärbung an; die kranken Partien erscheinen zunächst rein weiß und nehmen erst bei vollendeter Heilung die Chrysarobinfärbung an. An zirkumskripten Stellen wendet man das Chrysarobin in Chloroform gelöst, 10%, an und pinselt Traumaticin darüber.

Ähnlich, aber nicht ganz so gut wirkt die Pyrogallussäure, die in Form einer 5% Salbe angewendet wird (Giftwirkung! nicht mehr als höchstens $^1/_5$ der ganzen Körperoberfläche auf einmal zu behandeln; Urin auf Eiweiß untersuchen).

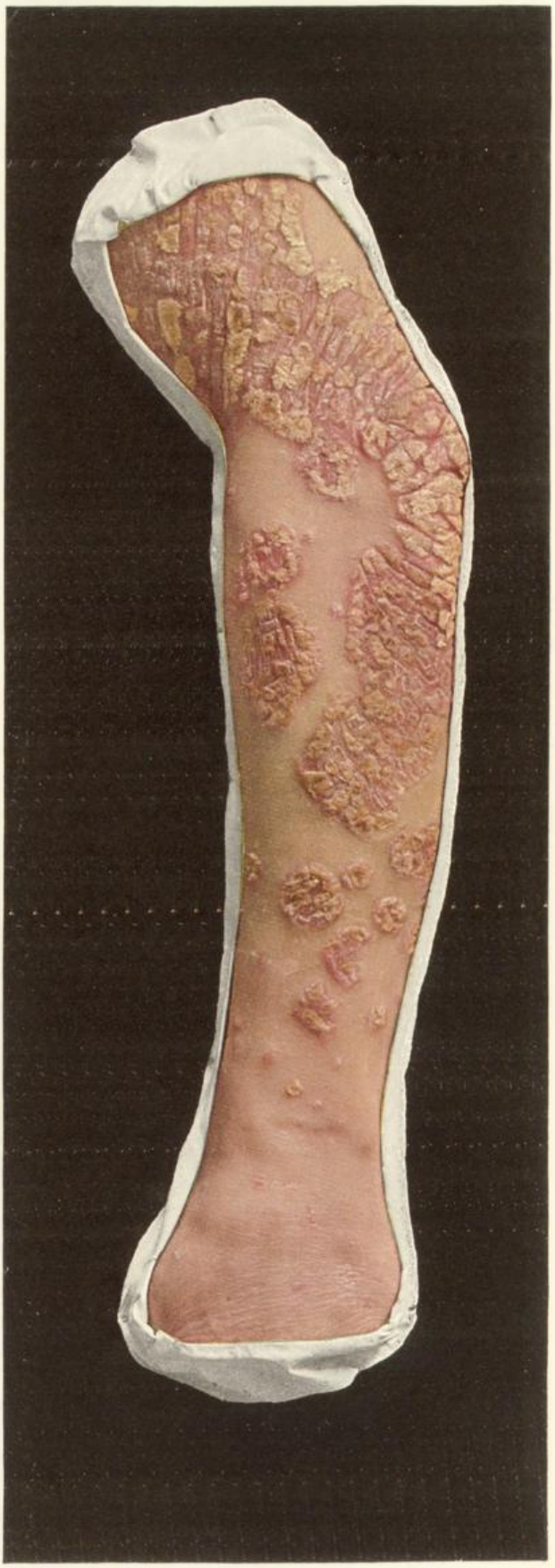
Der Teer ist hauptsächlich in Form von Teerbädern, Teeröl oder Teertinktur in Gebrauch, besonders beliebt bei Psoriasis des Kopfes. Milder wirkt Liq. carbon. deterg., der wegen seines schwachen Geruches und der fast vollkommenen Farblosigkeit auch an unbedeckten Stellen anwendbar ist. Als mildestes Mittel wird das Hydrarg. praecip. alb. in 5—10% Salbe, eventuell mit 10—20% Liq. carbon. kombiniert, hauptsächlich für Behandlung des Gesichtes und der Hände verwendet; auch Hydracetinsalbe 10% kann im Gesicht mit Vorteil angewendet werden (Vorsicht! Sehr giftig!).

Besonders hartnäckige psoriatische Stellen schwinden häufig unter Eugallol, einem Pyrogallusderivat, welches mit 2 Teilen Azeton gemischt aufgetragen und mit Zinkpaste oder Zinkpuder bedeckt wird. Das Mittel ist jedoch nur an einzelnen, nicht zu großen Stellen zu verwenden. Auch die Röntgenbestrahlung, die aber unterhalb der Erythemdosis bleiben soll, bringt alte hartnäckige psoriatische Plaques rasch zur Heilung; ähnlich wirkt Radium. Oberflächliche ausgebreitete Eruptionen werden vorteilhaft mit Quecksilberlicht (Uviol) behandelt. Regelmäßig angewandte Thermal- (Schwefel-) Bäder, einfache Warmwasser- oder Dampfbäder unterstützen die Behandlung; Seebäder wirken häufig ungünstig. Bei gleichzeitig vorhandenem Ekzem ist erst dieses zu beseitigen und dann die Psoriasistherapie vorsichtig einzuleiten. Die von mancher Seite warm empfohlene (vegetarische) Diät hat nach unserer Erfahrung keine sicheren Erfolge ergeben.

[1]) Anm. Die Wirkung des Chrysarobins hängt ausschließlich ab von der sehr wechselnden Beschaffenheit der Droge: nur solche Präparate, die bei längerer Anwendung eine Dermatitis erzeugen, die nach unserer Ansicht von größter Wichtigkeit bei der Heilung der Psoriasis ist, sind für die Behandlung brauchbar.

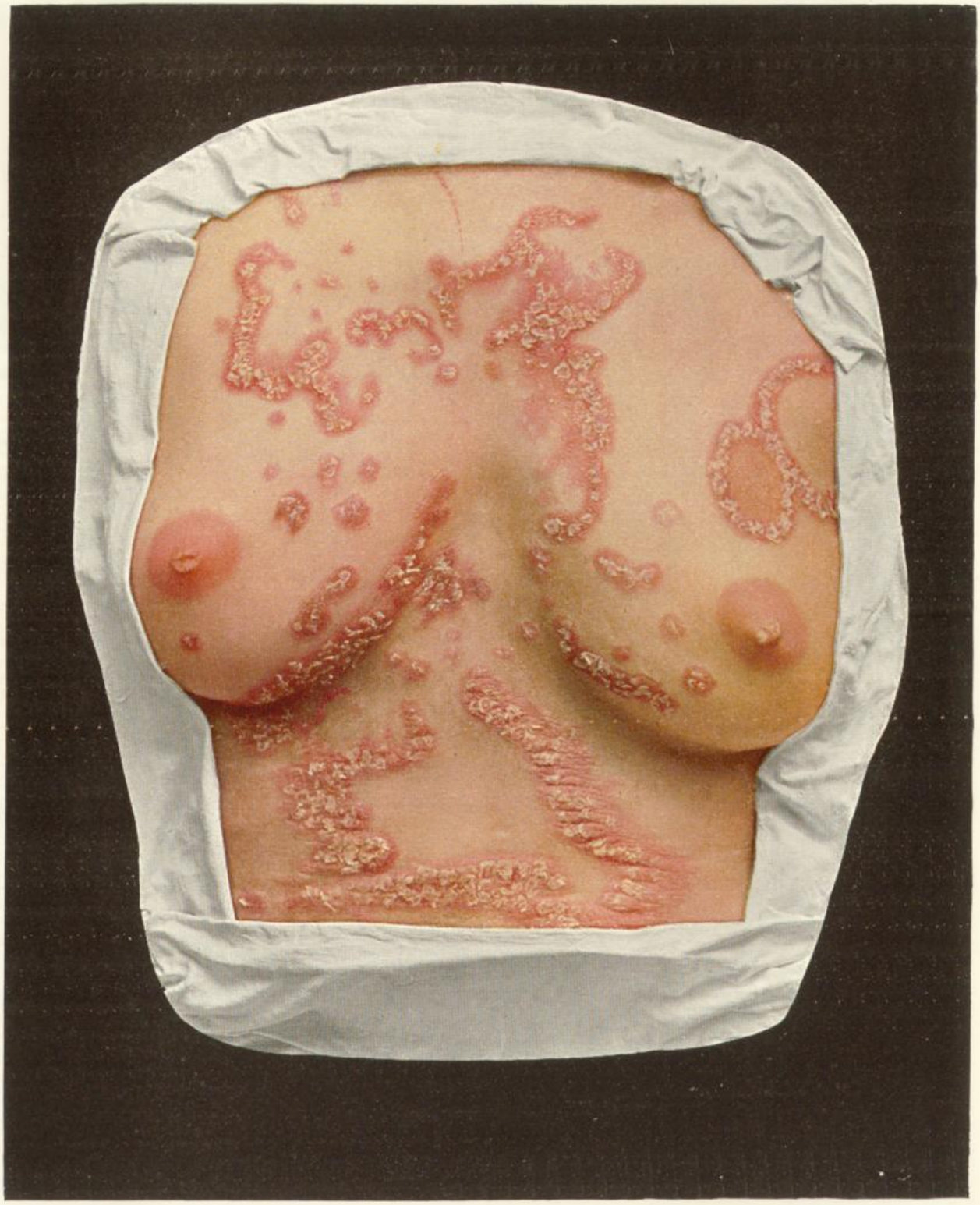


No. 79. Psoriasis vulgaris guttata et ostracea.



No. 80. Psoriasis vulgaris.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

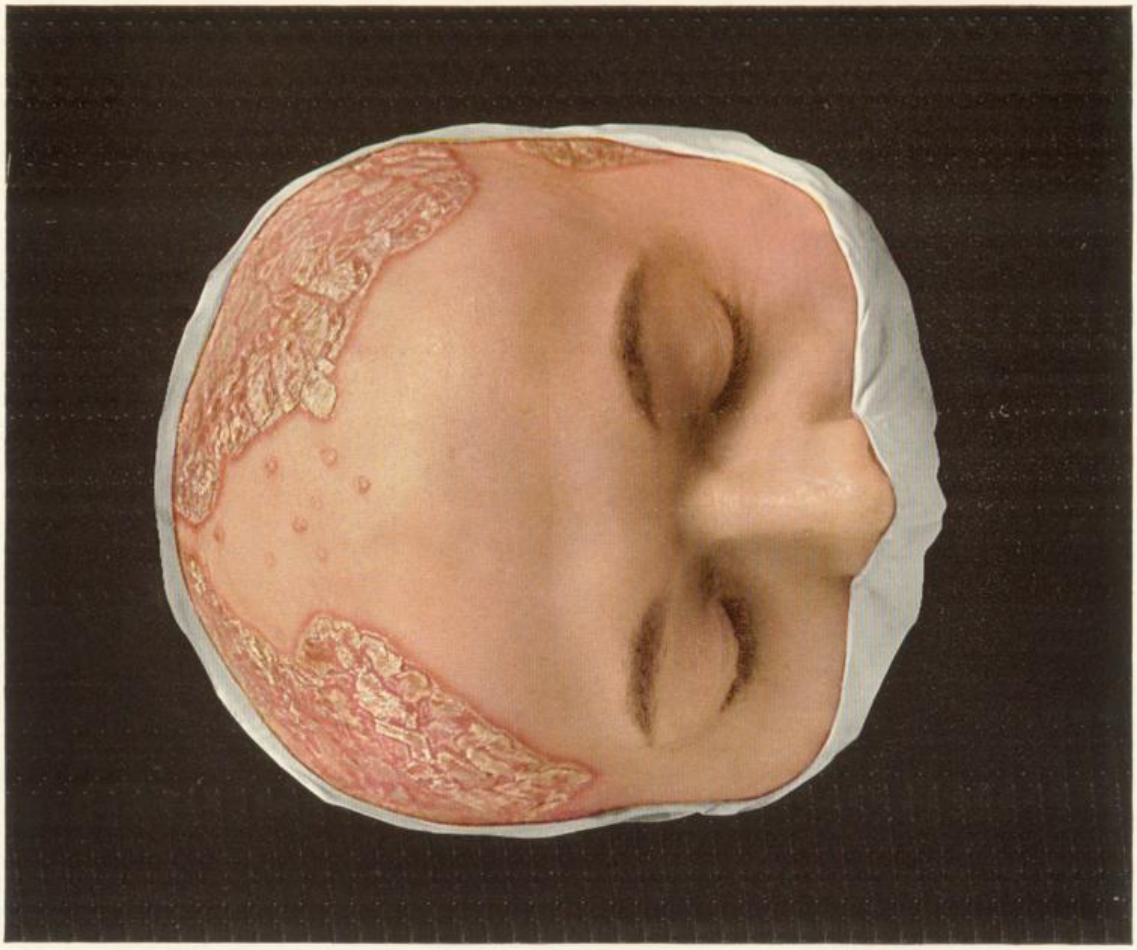


No. 81. Psoriasis gyrata et serpiginosa.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

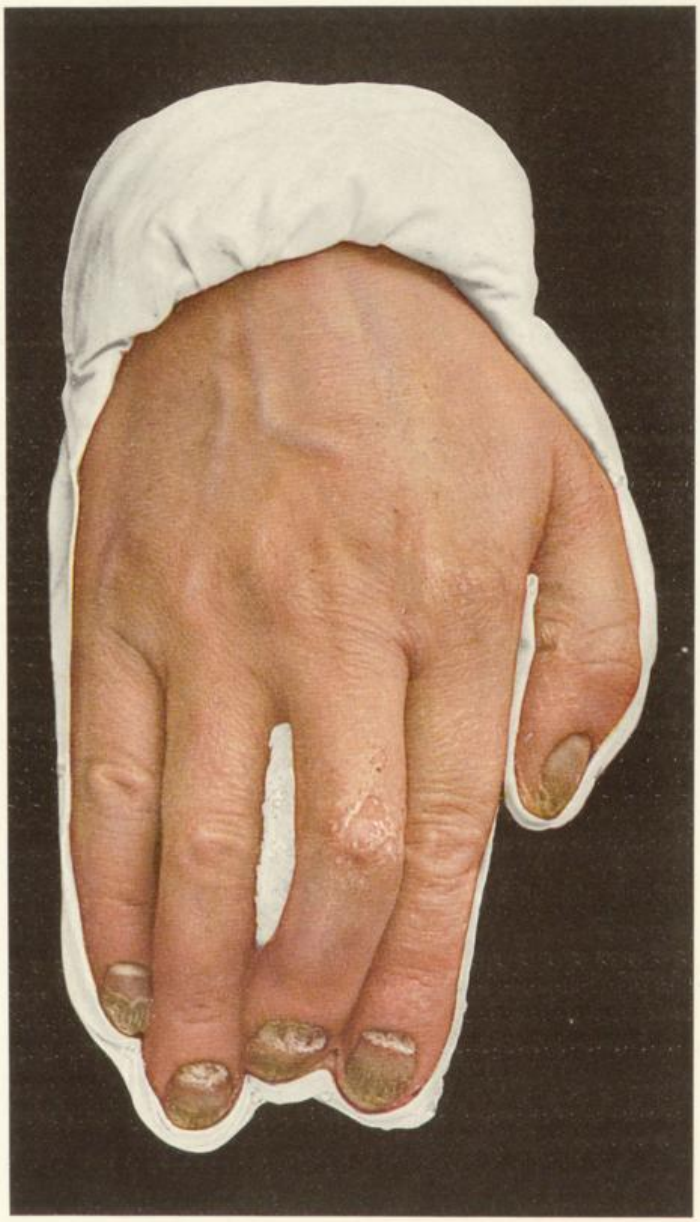


No. 83. Psoriasis vulgaris unguium.

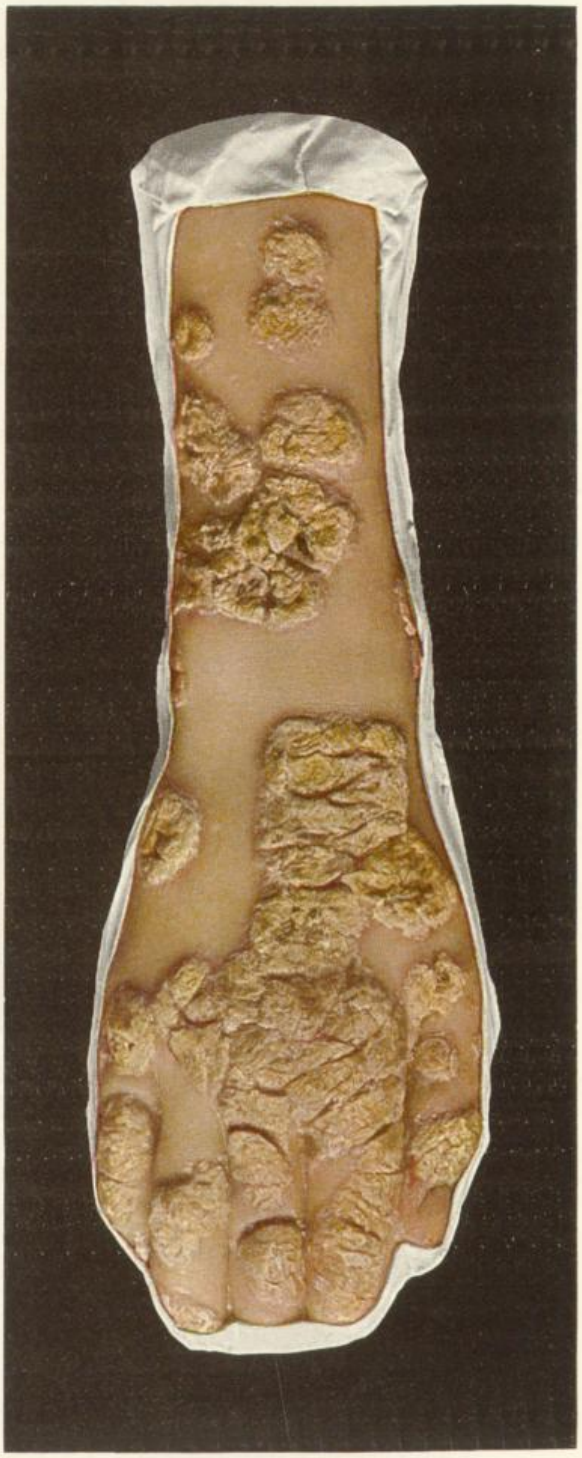


No. 82. Psoriasis vulgaris capitis.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

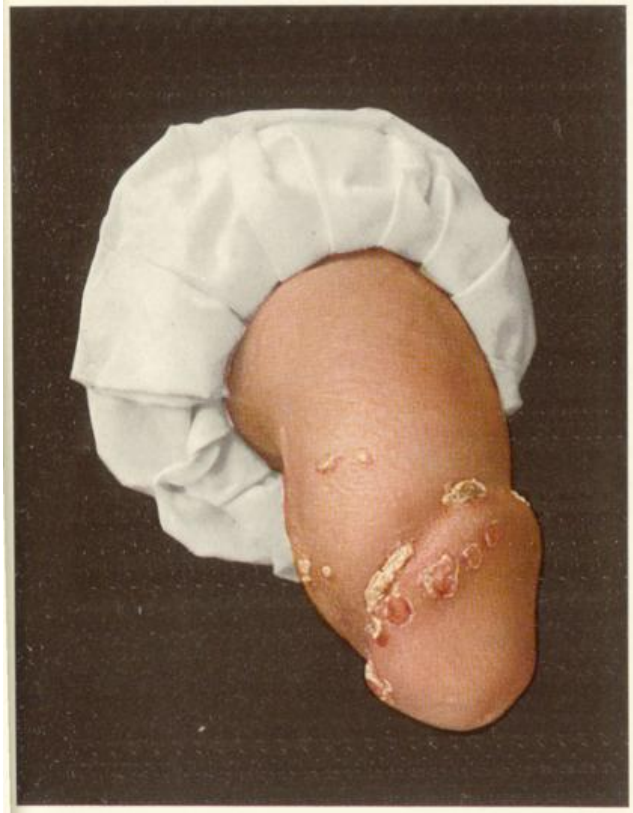


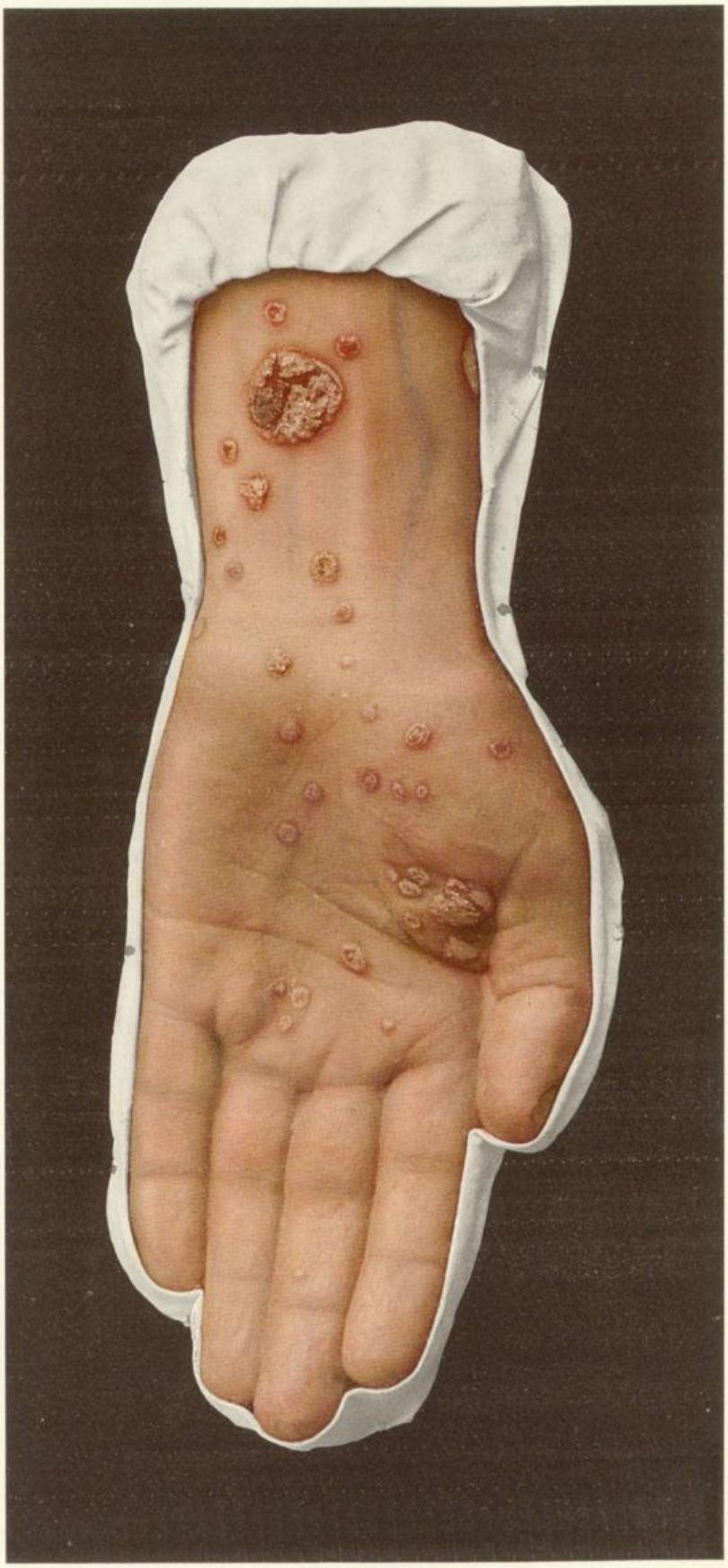
No. 84. Psoriasis vulgaris unguium.



No. 85. Psoriasis vulgaris rupioides.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.





No. 86. 87. Psoriasis vulgaris.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lichen planus.

Tafel 54—56.

Unter dem Namen Lichen werden solche Erkrankungen zusammengefaßt, bei welchen die primäre Effloreszenz ein kleines Knötchen bildet, das keinerlei weitere Entwicklung durchmacht; es kommt deshalb dieser Name mit Recht nur dem **Lichen ruber planus** und **acuminatus** zu, letzterer eine sehr seltene Erkrankung, zuerst von Hebra beobachtet, bei der zahlreiche, rote, spitze mit einem Hornkegelchen versehene Papelchen auftreten, die durch Konfluieren eine rauhe reibeisenartige Fläche bilden können. Bei großer Ausdehnung tritt Beteiligung der Nägel auf, die Haare fallen aus und die ersten Fälle verliefen unter dem Bilde einer schweren Allgemeinerkrankung letal. Ob diese Form zurzeit nicht mehr vorkommt oder ob infolge der von Hebra eingeführten Arsenbehandlung der schwere Verlauf verhütet wird, kann dahingestellt bleiben.

Die meisten heute beobachteten Lichen ruber-Fälle gehören dem Lichen planus an, dessen primäre Effloreszenzen winzige bis hanfkorngroße, selten größere Knötchen von wachsartigem Glanz und hellroter Farbe sind, die meist an der Oberfläche glatt abgeschnitten oder polygonal erscheinen (Fig. 88) und bisweilen mit einem fest anhaftenden Schüppchen bedeckt sind. Beim Konfluieren zahlreicher Knötchen zeigt die Haut eine eigentümliche Felderung. Die Rückbildung tritt unter starker Pigmentierung ein, beginnt häufig zentral, während die Affektion am Rande fortschreitet, wobei die Haut ein Aussehen wie chagriniertes Leder annimmt. Von subjektiven Symptomen ist besonders ein intensives Jucken hervorzuheben, welches seinerseits durch Kratzen zur Entstehung von schmalen Leisten führt, die aus Lichenknötchen zusammengesetzt erscheinen. Auch sonst finden die Lichenknötchen sich sehr verschieden angeordnet, teilweise scheibenförmig, teilweise netzförmig oder in Kreisen lokalisiert (Lichen annularis, Fig. 91). An den Unterschenkeln entsteht besonders bei längerem Bestande ein eigenartig warziges Aussehen (Lichen verrucosus, Fig. 90). Das chronische Leiden tritt in der Regel schubweise auf und

---

* Anm. 88, 91. Moulagen des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1398, 1554. Hallopeau
Anm. 90. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher).

bildet sich sehr langsam zurück, zuweilen unter Atrophie der von Knötchen besetzten Hautstellen (Lichen atrophicus, Fig. 89). Der Sitz der Erkrankung ist häufig an den Beugeseiten der Extremitäten (Fig. 88), jedoch kann jede Körperstelle befallen werden, auch die Schleimhaut (Fig. 92), wo die Knötchen weißlich silberglänzend mit verdicktem Epithel auftreten und häufig Ringform oder netzartige Anordnung zeigen. Bemerkenswert ist das Vorkommen am Penis, sowohl isoliert als auch im Zusammenhang mit einer allgemeinen Eruption. Sehr selten wandeln sich die Lichenknötchen in Blasen um.

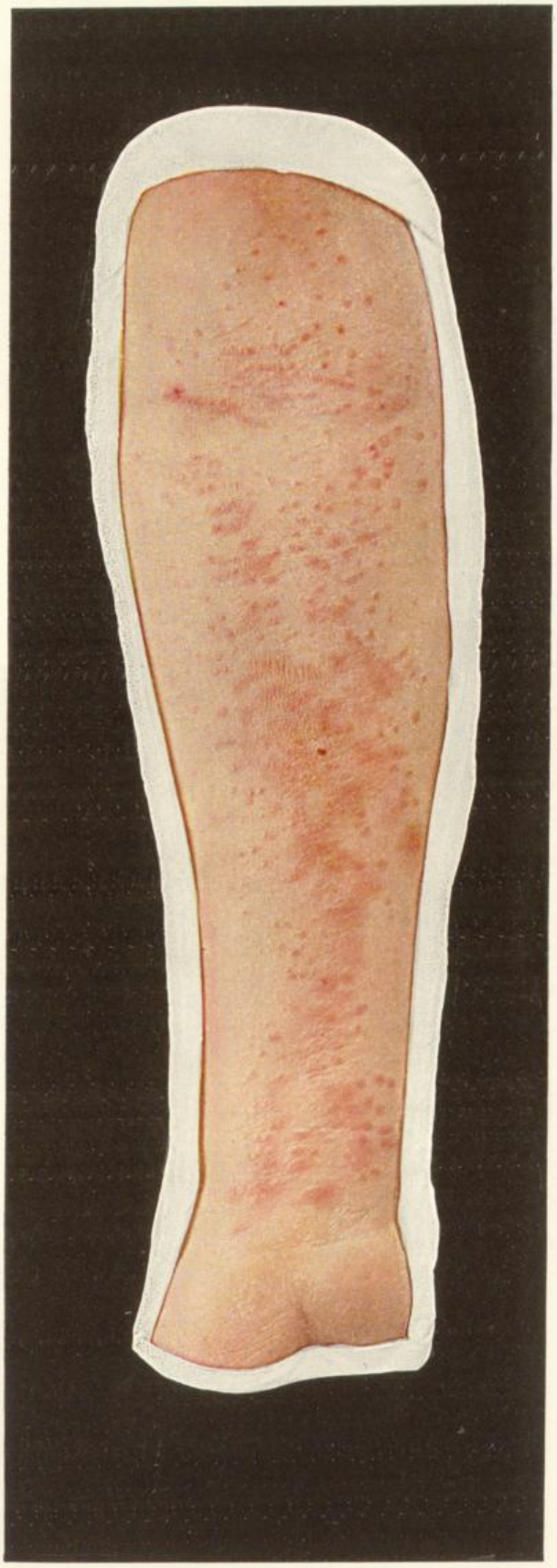
Die **Ätiologie** des Lichens ist noch nicht sichergestellt, doch nimmt man vielfach Erreger pflanzlicher Natur an. Die **Diagnose** ist ohne Schwierigkeit beim Vorhandensein typischer Lichenknötchen zu stellen. Differentielldiagnostisch wäre in erster Reihe das kleinpapulöse Syphilid, auch schlecht Lichen syphiliticus genannt, zu berücksichtigen, das jedoch durch die eigenartige Kupferfarbe syphilitischer Effloreszenzen, durch das Fehlen des Juckens und durch das Vorhandensein weiterer Erscheinungen von Syphilis auszuschließen wäre; eventuell ist die Serumreaktion nach Wassermann vorzunehmen. Bei Erkrankung größerer Flächen durch Lichen könnte auch Psoriasis in Frage kommen, doch wird das Fehlen typischer Lichenknötchen am Rande einerseits, sowie andererseits die Abschuppung in großen perlmutterglänzenden Lamellen und schließlich das Kratzphänomen die Diagnose sicherstellen. An der Planta pedis und Vola manus, wo der Lichen eigentümliche Schwielenbildung hervorruft, kann die Diagnose Schwierigkeiten machen; hier wird man nach primären Effloreszenzen zu suchen, sowie andererseits das Jucken gegenüber Ichthyosis und Psoriasis palmaris in Betracht zu ziehen haben.

Die **Prognose** ist eine günstige, jedoch sind Rezidive und Nachschübe während der Behandlung nicht selten; besonders hartnäckig ist der Lichen der Schleimhaut. Die malignen Lichen acuminatus-Fälle Hebras werden nicht mehr beobachtet.

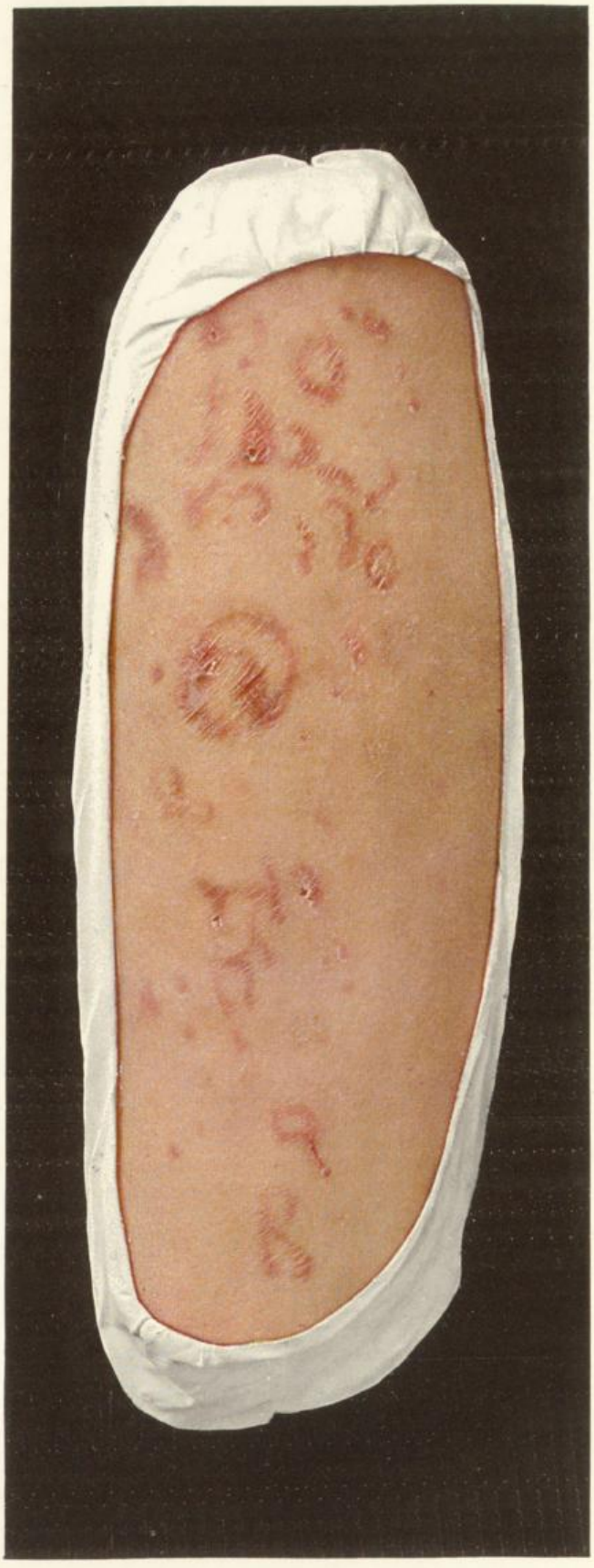
Die **Therapie** wird in erster Reihe in interner oder subkutaner Arsenbehandlung — Pill. asiaticae oder Injektionen von Sol. Natr. arsenicos. — zu bestehen haben, doch tritt die Heilung erst nach Anwendung verhältnismäßig großer Dosen ein. Die externe Behandlung hat zunächst den Juckreiz zu bekämpfen durch Anwendung von Teerpräparaten; auch Zinkleim-Dauerverbände beseitigen das Jucken und befördern die Resorption der Knötchen. Günstig wirken ferner Chrysarobin, Pyrogallussäure, Quecksilberpflaster oder die Unnasche Sublimat-Karbolsalbe mit gleichzeitiger Anwendung von warmen Bädern kombiniert. Röntgen- und Lichtbehandlung sind in hartnäckigen Fällen oft von großem Nutzen.

Anm. 89. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 92. Moulage der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses zu Köln a. Rh. (Prof. Zinsser).

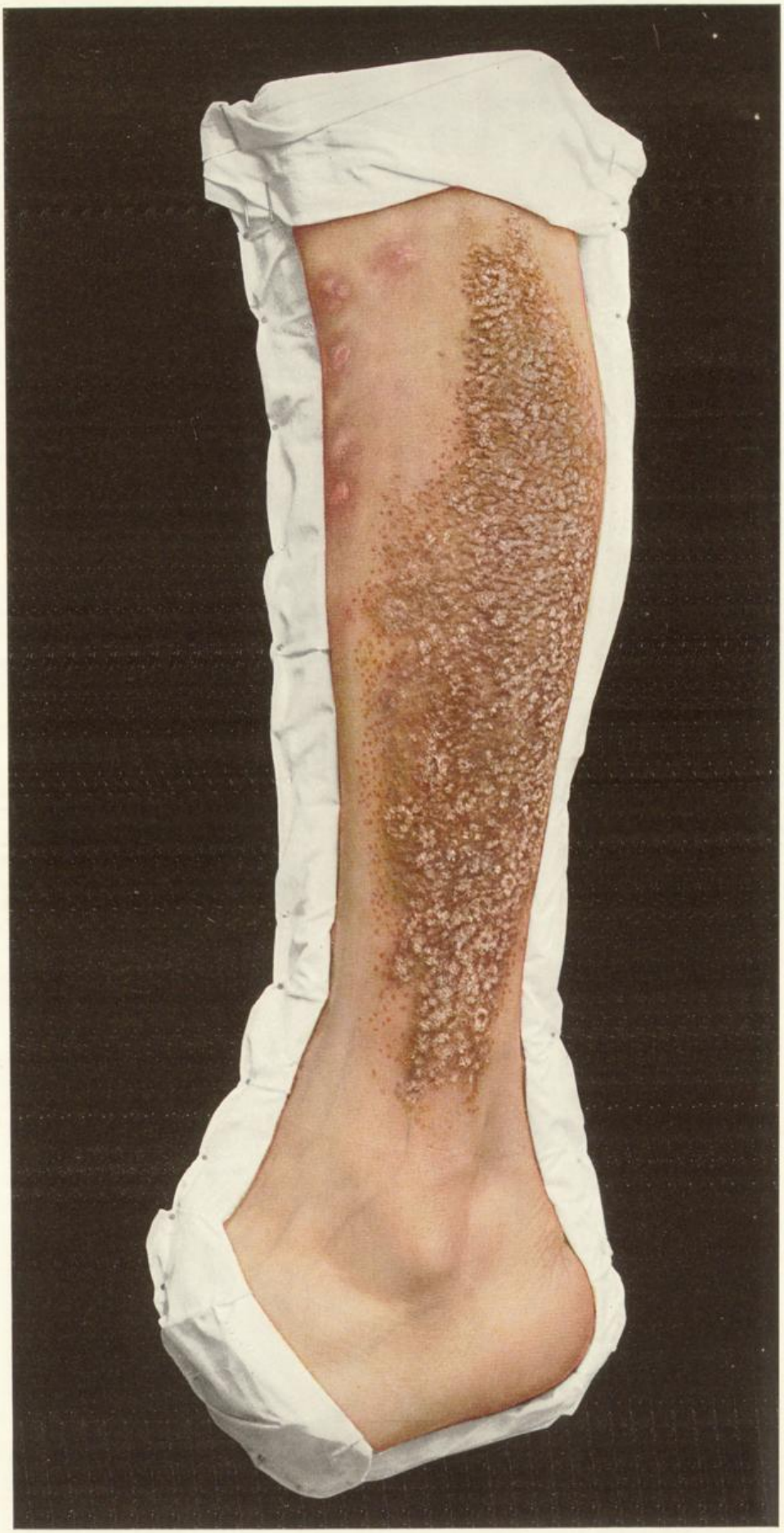


No. 88. Lichen planus.



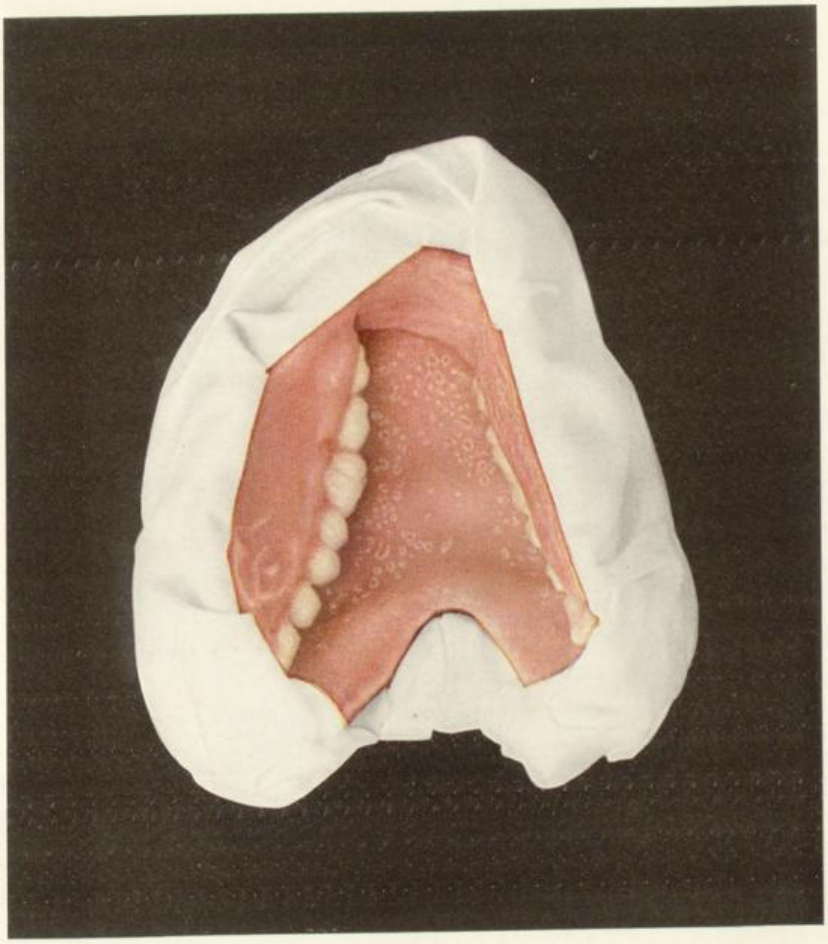
No. 89. Lichen planus atrophicus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 90. Lichen planus verrucosus.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 92. Lichen planus mucosae oris.



No. 91. Lichen planus annularis.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lichen simplex chronicus Vidal.

Tafel 57, Fig. 93.

Am Nacken, den inneren Oberschenkelflächen, Knie- und Ellenbeugen sowie in der Crena ani, seltener an den seitlichen Flächen des Abdomens lokalisiert sich die als **Lichen simplex chronicus Vidal** (Neurodermitis Brocq, Dermatitis lichenoides pruriens) bezeichnete chronische Hautaffektion, die von den eigentlichen Lichenformen zu trennen ist. An Stellen, die zunächst wenig oder gar keine Veränderung zeigen, tritt heftiges Jucken auf, so daß die Patienten zum Kratzen genötigt sind und dadurch schließlich ein Krankheitsbild hervorrufen, welches auf dem Höhepunkt einen zentralen lichenifizierten grauen bis graubraunen inneren Teil mit einer umgebenden helleren Zone aufweist, in der sich mehr oder minder zahlreiche kleine, wenig schuppende, meist zerkratzte lichenartige Knötchen vorfinden. Das Leiden ist ungemein chronisch und findet sich häufiger bei Frauen als bei Männern. Die **Diagnose** vollentwickelter Fälle ist meist ohne Schwierigkeit aus der Lokalisation, dem chronischen Verlauf und dem Fehlen hochgradiger entzündlicher Erscheinungen und typischer Lichenknötchen zu stellen. In zweifelhaften Fällen entscheidet der Erfolg, resp. die Erfolglosigkeit der Arsenbehandlung. Die **Therapie** des quälenden Leidens wird am besten in der Anwendung von Teer- oder Chrysarobinsalben bestehen. Der Juckreiz wird durch Auflegen eines gut klebenden Salizylseifenpflasters oder durch Zinkleimverband beseitigt; auch Skarifikationen sind, besonders bei stark infiltrierten Plaques, von Erfolg begleitet. Die Allgemeinbehandlung mit Arsen ist dabei wirkungslos, dagegen nützt Röntgenbehandlung in vielen Fällen.

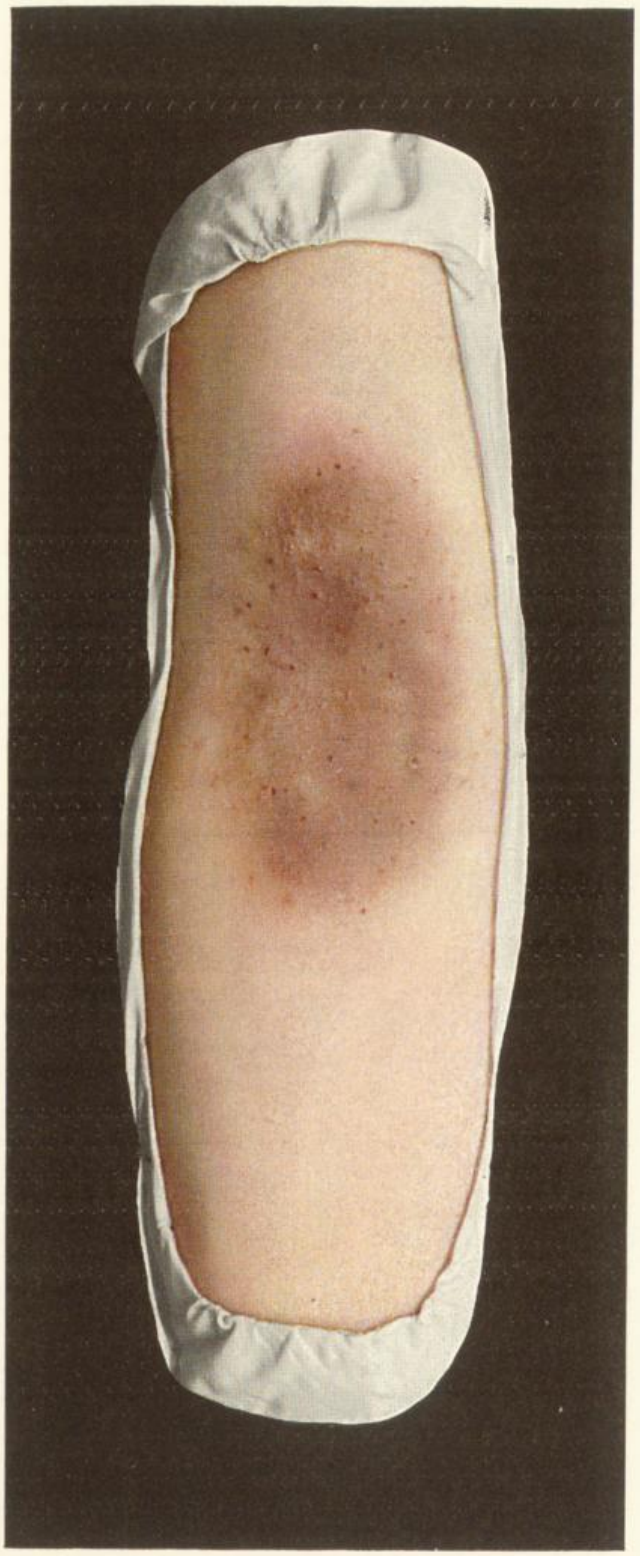
Pityriasis rubra pilaris.

Tafel 57, Fig. 94.

Eine außerordentlich chronische, aber gutartige Erkrankung, im Gegensatz zum Lichen ruber acuminatus, mit dem sie vielfach identifiziert wird, stellt die

Anm. 93. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).
Anm. 94. Moulage des Dr. Bayet in Brüssel.

Pityriasis rubra pilaris dar, bei welcher unter mäßigen Entzündungserscheinungen sich an den Follikeln kleine abgeschnittene, vielfach zentral gedellte und von einem Haar durchbohrte weiße bis graue Hornkegelchen bilden, und zwar am stärksten am Handrücken, an Armen und Beinen und am Rumpfe; vielfach konfluieren die Knötchen und verleihen der Haut eine reibeisenartige Beschaffenheit. Stellenweise kann die Zusammensetzung aus Follikeln gar nicht mehr erkennbar sein, so daß ein psoriasisähnliches Aussehen zu stande kommt. Handteller und Fußsohlen zeigen Verdickung der Epidermis und Hautfalten; Beteiligung der Nägel ist in hochgradigen Fällen vorhanden. Die Intensität der Entzündung schwankt in beträchtlichen Grenzen. In typischen Fällen wird die **Diagnose** der ungemein seltenen Erkrankung aus den weißen Hornkegelchen und aus ihrer Lokalisation unschwer zu stellen sein. Die **Prognose** ist günstig. Die **Therapie** wird in Bäderbehandlung, Chrysarobin-, Teer- oder Pyrogallusanwendung zu bestehen haben; Arsenbehandlung ist, im Gegensatz zum Lichen, erfolglos.



No. 93. Lichen simplex chronicus (Vidal).



No. 94. Pityriasis rubra pilaris.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Exfoliatio areata linguae.

Tafel 58, Fig. 95.

Bei dieser Affektion treten ohne nachweisbare Ursache an der Spitze und den seitlichen Rändern der Zunge grauweiße, zuweilen gelbliche runde Flecken auf, die rasch weiterschreiten und $^1/_2-3$ *mm* breite Bogenlinien bilden, die eine frischrote, intensiver als die übrige Zunge gefärbte, glatte, etwas eingesunkene Schleimhautstelle einschließen. Die von dicken Epithelmassen gebildeten Ränder breiten sich in Form von Kreissegmenten weiter aus, überschreiten jedoch nicht die Mittellinie, gelangen auch nur ausnahmsweise auf die untere Seite der Zunge. Durch Konfluieren mit benachbarten Kreisabschnitten, sowie durch Auftreten frischer Ringe im Zentrum entstehen zierliche, guirlanden- oder landkartenähnliche Bilder. Allmählich werden die zentralen Partieen blasser, kehren zur Norm zurück, die weißlichen Ränder verschwinden und die kranken Stellen heilen ohne Narben ab, doch wird durch frische Nachschübe der Prozeß sich meist auf Monate, ja auf viele Jahre erstrecken.

Die subjektiven Beschwerden sind in der Regel gering und bestehen in einer gewissen Überempfindlichkeit, doch werden zuweilen auch stärkere Schmerzen beobachtet.

Am häufigsten kommt die Erkrankung bei Kindern vor, bei denen im Alter von 5—6 Jahren meist Heilung eintritt; bei Erwachsenen ist sie von unbegrenzter Dauer. Die Ätiologie ist durchaus unbekannt; in einigen Fällen wurde Heredität festgestellt.

Die **Diagnose** ist aus den charakteristischen, rasch fortschreitenden Ringen und den von ihnen eingeschlossenen, intensiv roten Schleimhautpartieen leicht zu stellen; syphilitische Schleimhautplaques sind weniger rot gefärbt, ihr Epithel im allgemeinen nicht nur am Rande weißlich getrübt, sie sind schmerzhaft, öfter erodiert und verändern ihre Konfiguration nicht so rasch; schließlich schwinden sie auf spezifische Behandlung. Die Leukoplakie der Zunge zeigt ein konstantes Bild ohne frisch entzündliche Erscheinungen.

Anm. 95. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 2235. Meureman und Ramond.

Die **Prognose** ist insofern günstig, als schwerere Erkrankungen aus der Exfoliatio areata nicht entstehen; quoad sanationem ist sie bei Erwachsenen sehr dubiös.

Eine wirksame **Therapie** ist nicht bekannt; Spülungen mit Kamillen- oder Heidelbeerdekokt, mit Borsäure, Kochsalz, Kali chloricum etc. haben ebenso wie Ätzungen mit Acid. lactic., Chromsäure, Lapis und anderen Mitteln nur vorübergehenden Erfolg.

Leukoplakia.

Tafel 58, Fig. 96.

An der Zunge, hauptsächlich an deren Rändern, der den Zähnen anliegenden Wangenschleimhaut, den Mundwinkeln und Lippen finden sich rundliche, öfter konfluierende Plaques, an denen das Epithel verdickt und getrübt erscheint, die, besonders bei starken Rauchern und Trinkern vorkommend, einen ungemein chronischen Verlauf zeigen, wenig oder gar nicht erhaben sind und nur unbedeutende oder keine Entzündung an den Rändern aufweisen. In den meisten Fällen bestand vorher Lues, jedoch ist die Affektion nicht sicher als spezifisch zu betrachten, da sie auch bei Nichtluetischen vorkommt und durch eine antisyphilitische Therapie nur wenig beeinflußt wird. Durch fortgesetzte Irritation kann an solchen Stellen sich ein Cancroid entwickeln. Beschwerden sind meist nur in geringem Grade vorhanden, doch können schmerzhafte Rhagaden auftreten.

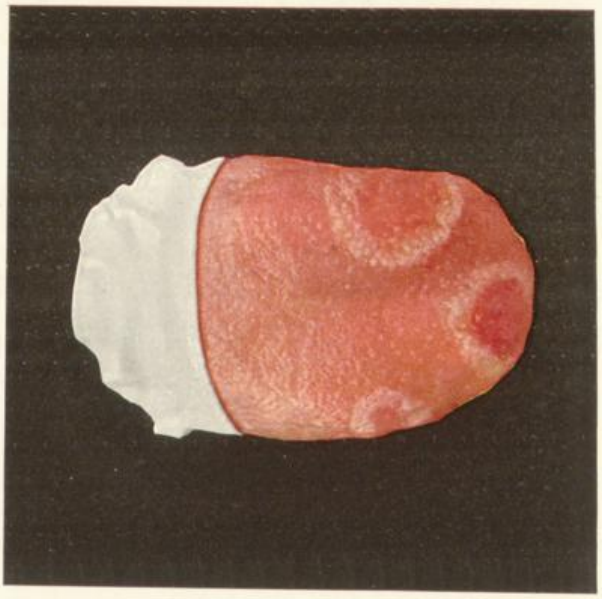
Die **Diagnose** ist in typischen Fällen nicht schwierig, da der lange Bestand, die Lokalisation und das Fehlen entzündlicher Erscheinungen das Leiden von syphilitischen Plaques unterscheiden läßt. Der Lichen planus mucosae oris tritt kaum isoliert an der Mundschleimhaut auf, die Lingua geographica ist angeboren und zeigt ein sehr rasch wechselndes Bild.

Die **Prognose** ist an und für sich günstig, abgesehen von den nicht ganz seltenen Fällen, wo auf dem Boden der Leukoplakie ein Carcinom entsteht. Die **Therapie** erzielt bei dem sehr hartnäckigen Leiden wenig günstige Resultate und wird nur in frühen Stadien Heilung bewirken. Abgesehen von einer lokalen Behandlung mit Chromsäure, Milchsäure, Papayotin oder Salizylspiritus werden Spülungen mit Heidelbeerdekokt empfohlen; intensive Hg-Kuren bewirken zuweilen Besserung der Leukoplakie. In einem seit mehreren Jahren bestehenden leichteren Falle, in dem Hg versagt hatte, sahen wir auf Salvarsaninjektionen eine vollkommene Dauerheilung. Selbstverständlich muß Rauchen und Alkoholgenuß vermieden werden, ebenso wie scharf gewürzte Speisen.

Anm. 96. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1573. Fournier.



No. 96. Leukoplakia linguae.



No. 95. Exfoliatio areata linguae.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Lingua scrotalis.

Tafel 59, Fig. 97.

Die Faltenzunge, wegen ihrer Ähnlichkeit mit dem in der Kälte kontrahierten Hodensack auch Scrotalzunge genannt, ist eine angeborene, meist familiäre Affektion, bei welcher der für den Körper der Zunge gewissermaßen zu weite Schleimhautüberzug in zahlreiche sich verästelnde Längs- und Querfalten gelegt erscheint. Öfter sind die Falten gleich den Rippen eines Blattes angeordnet (Fig. 171). Durch lokale Reize, wie Zersetzung von Speiseresten in der Tiefe der Falten, kann es zu oberflächlichen Entzündungen kommen; abgesehen davon ist die Affektion ohne Belang.

Aphthae.

Tafel 59, Fig. 98.

Mit dem Namen Aphthen (Stomatitis aphthosa) werden scharf umschriebene, subakut oder akut, im letzteren Fall unter den Erscheinungen einer Allgemeininfektion, im Munde, besonders an den Lippen, der Zunge, dem Zahnfleisch, aber auch am harten, seltener am weichen Gaumen auftretende rundliche bis ovale kleine Plaques von weißlicher bis gelblicher Farbe mit schmalem, rotem Rande bezeichnet. Dieselben können durch Konfluieren unregelmäßige Konfiguration annehmen und größere Ausdehnung erreichen, verursachen manchmal, hauptsächlich beim Essen, nicht unbedeutende Beschwerden und heilen in 2—3 Wochen ab, wenn nicht durch Nachschübe die Heilung verzögert wird. An den weiblichen Genitalien treten zuweilen analoge Eruptionen auf. In schwereren fieberhaften Fällen sind zumeist Erscheinungen von allgemeiner Stomatitis vorhanden. Am häufigsten kommt die Erkrankung bei zahnenden Kindern vor, doch werden auch bei Erwachsenen nicht selten beständig rezidivierende Aphthen beobachtet.

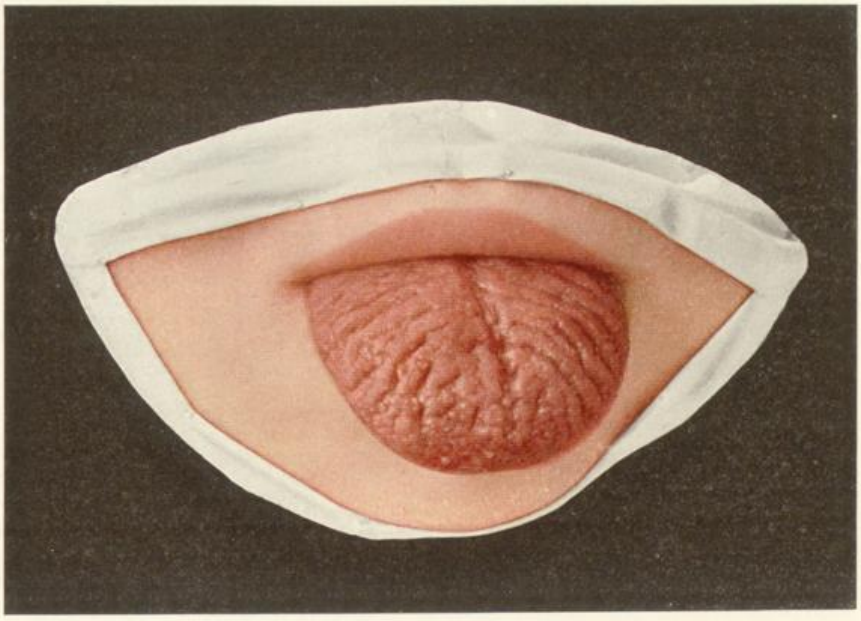
Hervorgerufen werden die Aphthen sehr wahrscheinlich durch verschiedene Erreger bakterieller Natur, wobei Verdauungsstörungen oder schlechte Zähne als begünstigendes Moment mitwirken.

Anm. 97. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen).
Anm. 98. Moulage aus der Poliklinik von Prof. M. Joseph in Berlin (Kolbow).

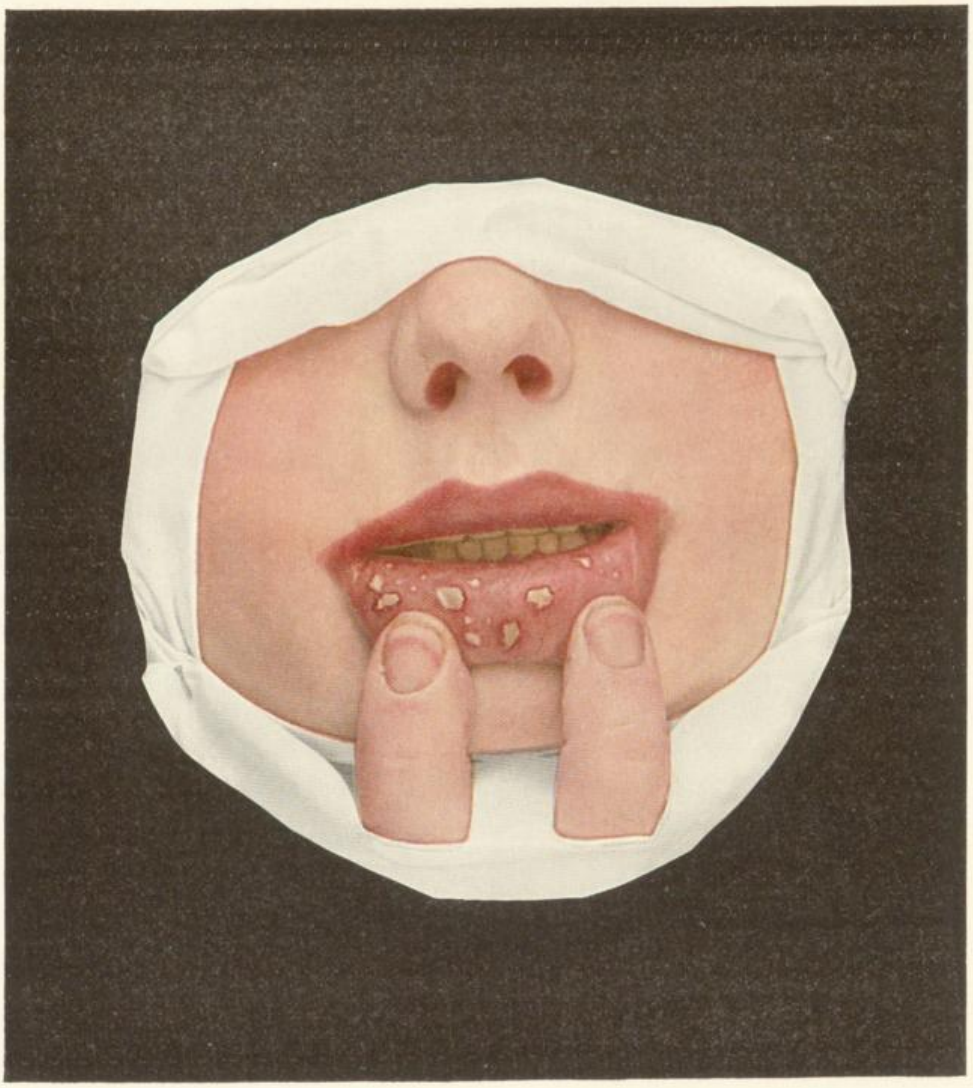
Die **Diagnose** ist aus dem akuten Auftreten, der Lokalisation und dem typischen Verlauf meist ohne Schwierigkeit zu stellen; Patienten, die früher luetisch infiziert waren, sind sehr geneigt, rezidivierende Aphthen für spezifisch anzusehen und werden oft sehr dadurch beunruhigt.

Die **Prognose** ist im allgemeinen günstig, doch gibt es kein Mittel, um Rezidive zu verhüten.

Die **Therapie** hat zunächst eine möglichst reizlose Diät zu verordnen und in Fällen, wo infolge der Schmerzen beim Essen die Ernährung erschwert wird, durch Pinselungen mit Kokain, Bestreuen mit Orthoform, Anästhesin und ähnlichen Mitteln die Empfindlichkeit zu bekämpfen. Außerdem werden Spülungen mit Kamillentee, Borsäure, Wasserstoffsuperoxyd, Liq. Alum. acet. oder Kaliumpermanganat in sehr verdünnten Lösungen angewendet. Pinselungen mit konzentrierten Argentumlösungen oder Bestreichen mit Lapis beschleunigen die Heilung.



No. 97. Lingua scrotalis.



No. 98. Aphthae.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Stomatitis mercurialis.

Tafel 60, Fig. 99.

Bei länger dauernder oder intensiver Einwirkung von Quecksilber, mag es nun zu Heilzwecken einverleibt oder in gewerblichen Betrieben von den Arbeitern resorbiert werden, entsteht unter Speichelfluß zunächst eine Lockerung des Zahnfleisches an den Alveolen; wird die Quecksilberzufuhr nicht alsbald unterbrochen, so kommt es zur Bildung von schmierig belegten, sehr schmerzhaften Geschwüren am Zahnfleisch, der den Zähnen anliegenden Wangen- und Lippenschleimhaut, sowie an den Zungenrändern, dabei besteht ein widerlicher Foetor ex ore; in ganz schweren Fällen können die Zähne ausfallen und an jeder Stelle des Mundes solche, oft sehr tiefgehende nekrotisch belegte Geschwüre auftreten. Dabei leidet das Allgemeinbefinden, sofern es nicht durch sonstige Intoxikationserscheinungen, wie Durchfälle, alteriert wird, durch die Schmerzen und die Unmöglichkeit einer ausreichenden Ernährung in hohem Grade. Begünstigt wird der Eintritt einer Stomatitis mercurialis durch Rauchen, mangelhafte Mundpflege und das Vorhandensein kariöser Zähne.

Die **Diagnose** ist aus den charakteristischen Geschwüren, besonders aus deren Lokalisation, mit Berücksichtigung des ätiologischen Momentes ohne Schwierigkeit zu stellen.

Die **Prognose** ist nur in den ganz schweren Fällen dubiös — sonst ist sie günstig.

Therapie: Das Wichtigste ist die Prophylaxe: vor Beginn einer Merkurialkur Entfernung aller schlechten Zähne; während der Hg-Behandlung, ebenso bei Arbeitern, die viel mit Quecksilber in Berührung kommen, sorgfältigste Reinigung der Mundhöhle, sowie häufige Spülungen mit schwachen antiseptischen und adstringierenden Lösungen, wie Liq. Alum. acet., Sol. Kal. chloric., Wasserstoffsuperoxyd u. s. f.

Ist eine ulzeröse Stomatitis eingetreten, so werden die Geschwüre nach vorausgeschickter Anästhesierung mittels Kokain mit Lapis in Substanz, mit

Anm. 99. Moulage der Fingerschen Klinik in Wien (Dr. Henning).

starken Argentum nitricum-Lösungen, mit Acid. hydrobrom. oder 10% Chromsäure geätzt. Günstig wirken auch Pinselungen mit Perubalsam oder Perhydrol. Die Mundspülungen sind so oft als irgend möglich mit ganz schwachen Sublimatlösungen (!), Lösungen von Kal. hypermang., Kal. chloric., Wasserstoffsuperoxyd, Tct. Myrrh. oder Tct. Ratanh. in starker Verdünnung vorzunehmen. Dabei werden, um die Ernährung der oft längere Zeit auf flüssige Nahrung angewiesenen Patienten zu ermöglichen, die lokalen Anästhetica wie Kokain, Anästhesin, Cykloform, Orthoform und ähnliche Mittel angewendet und bei hochgradigen Schmerzen sind Narkotica und Hypnotica nicht zu umgehen.

Dyschromia gingivae saturnina.

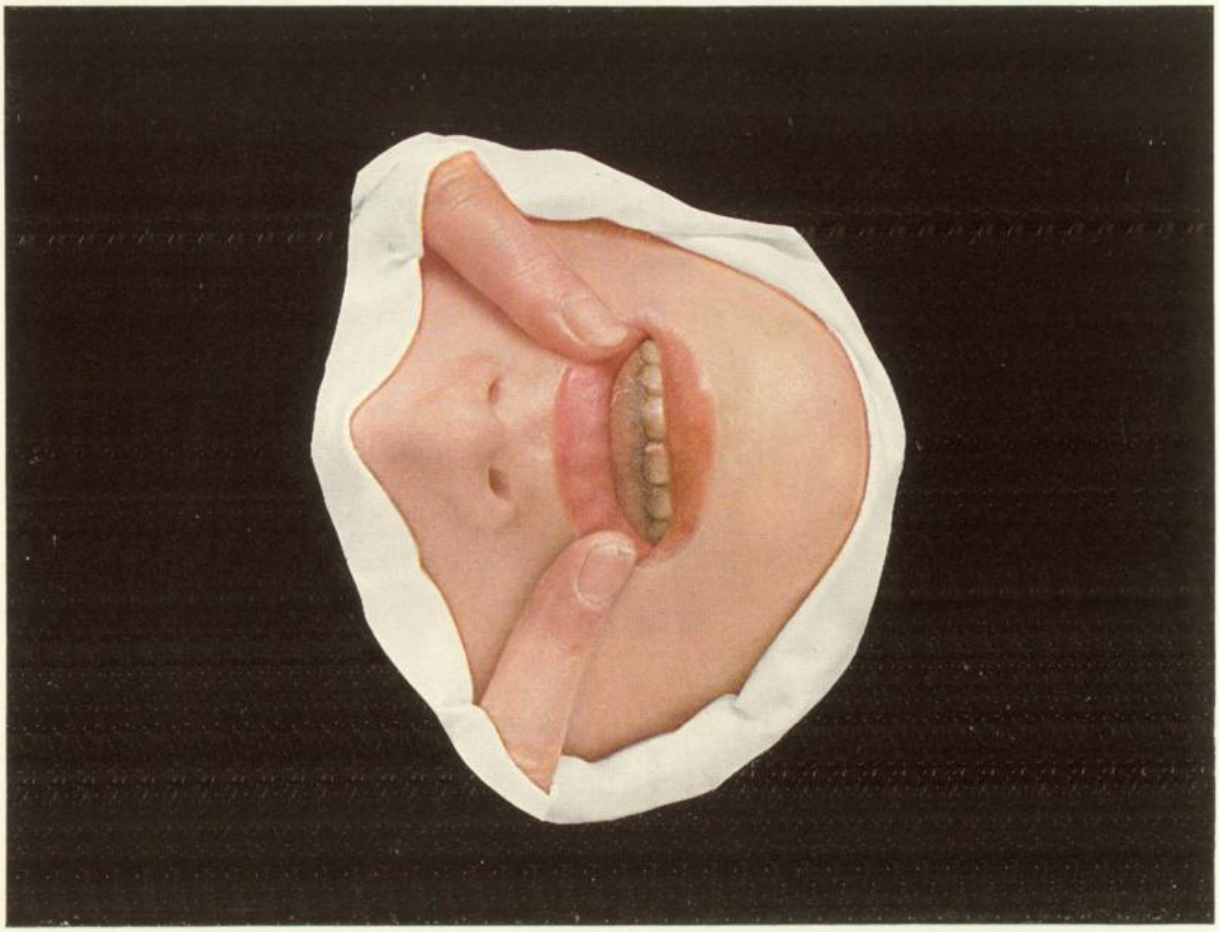
Tafel 60, Fig. 100.

Als ungemein charakteristisches, schon frühzeitig erkennbares Symptom der Bleivergiftung tritt besonders bei Schriftsetzern und Anstreichern, aber auch bei anderen, mit Blei in Berührung kommenden Arbeitern der Bleisaum auf, eine blauschwarze Verfärbung des Zahnfleisches, hauptsächlich an dem den Zähnen anliegenden Rande und zwischen den Zähnen, bestehend aus Schwefelblei, das in den Geweben abgelagert ist. In schwereren Fällen besteht dabei eine Stomatitis mit Foetor ex ore und Belag auf der geschwollenen Zunge.

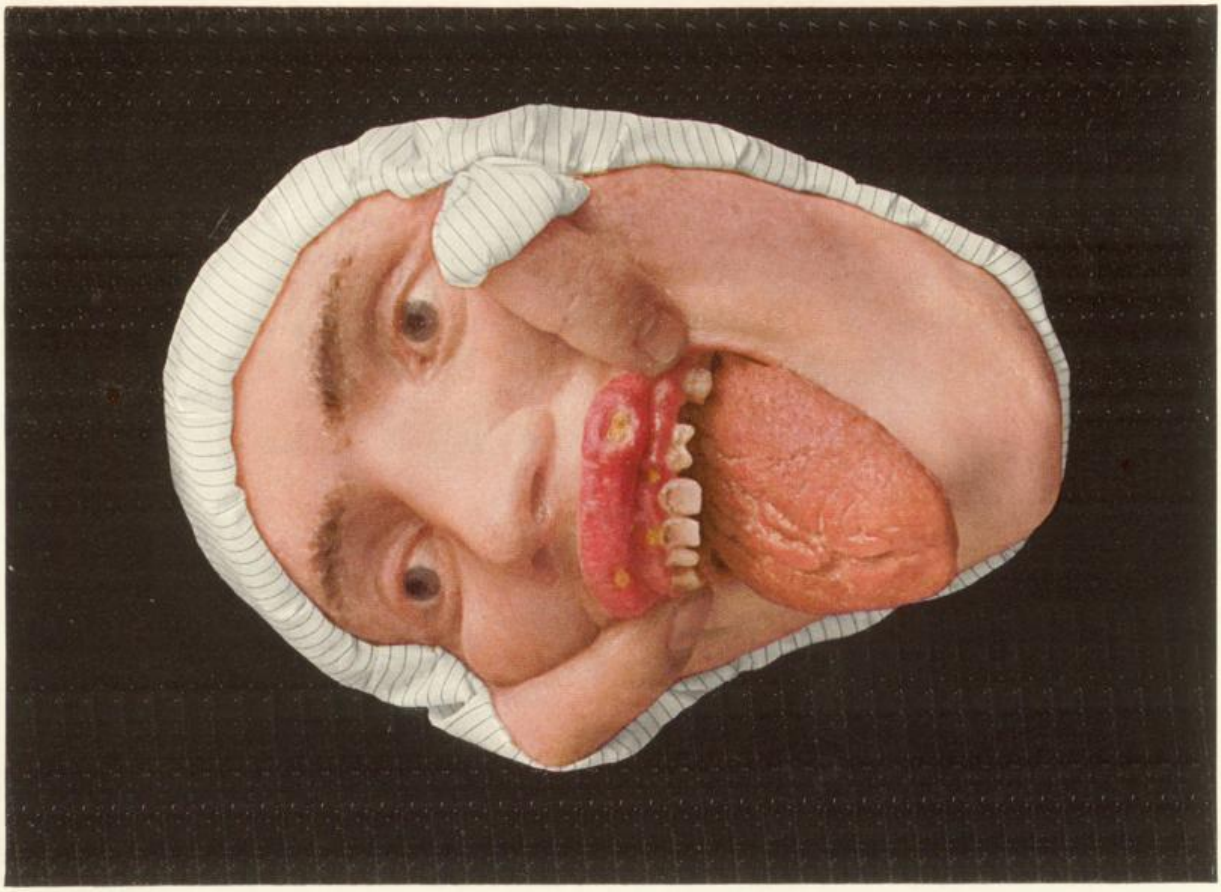
Die **Diagnose** der sehr charakteristischen Erscheinung ist leicht zu stellen; Verwechslungen mit schwarzen, durch das Zahnfleisch durchscheinenden Auflagerungen der Zähne bei Rauchern sind durch Einschieben eines Streifens weißen Papieres unter den Rand des Zahnfleisches auszuschalten.

Eine spezielle **Therapie** des Bleisaumes gibt es nicht; die Hauptsache ist die **Prophylaxe,** die die Aufnahme bleihaltiger Substanzen durch die Atmung oder den Verdauungstraktus nach Möglichkeit zu verhüten hat.

Anm. 100. Moulage der v. Bergmannschen Klinik in Berlin (Kolbow).



No. 100. Dyschromia gingivae saturnina.



No. 99. Stomatitis mercurialis.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Ichthyosis congenita.

Tafel 61, Fig. 101.

Als Ichthyosis congenita wird eine angeborene Veränderung der Haut bezeichnet, bei der die meist frühgeborenen Kinder, die auch sonst Entwicklungsstörungen zeigen, am ganzen Körper in einen Panzer seborrhagischer Schilder und Lamellen eingehüllt erscheinen. Zwischen diesen, bis zu mehreren Millimetern dicken Auflagerungen, die von tiefen Fissuren durchzogen sind, sieht man die rote und gespannte Haut (Fig. 101). Da Atmung und Ernährung unmöglich sind, gehen die Kinder in der Regel bald zu grunde.

Neben dieser schweren, stets letal endigenden Form, gibt es leichtere Fälle, in denen die beschriebenen Veränderungen weniger ausgeprägt erscheinen, manchmal sich auch erst nach der Geburt allmählich entwickeln; bei leichteren Graden können die Kinder am Leben bleiben. Von der echten Ichthyosis ist diese Erkrankung scharf zu trennen.

Die **Diagnose** ist in voll entwickelten Fällen unschwer zu stellen; leichtere Formen unterscheiden sich von der echten Ichthyosis durch den Verlauf, der bei Ichthyosis congenita meist ungünstig ist.

Eine **Therapie** gibt es nicht, höchstens kann man versuchen, durch mazerierende Salben und Bäder die Auflagerungen zu beseitigen und die Kinder durch sorgfältige Pflege am Leben zu erhalten.

Anm. 101. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Lichen pilaris.

Tafel 61, Fig. 102.

Hauptsächlich an den Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel finden sich bei jugendlichen, im Alter der Pubertät stehenden Individuen follikuläre Keratosen, die man als Lichen pilaris bezeichnet und häufig der Ichthyosis als deren leichteste Form zuzählt. An den erwähnten Stellen finden sich die Follikelöffnungen durch einen kleinen Hornpfropf verschlossen, bei dessen Abkratzen in der Regel ein zusammengerolltes Lanugohaar zutage tritt. Gelegentlich kommt es zu hyperämischen und entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung der Follikel; nach Abstoßen der Schüppchen können kleinste narbenähnliche Dellen zurückbleiben. Die **Therapie** der durchaus unschuldigen Affektion besteht in der Anwendung mazerierender Salben oder einfacher Fette, Waschungen mit Marmorseife und häufigen Bädern, wobei allerdings keine radikale Heilung eintritt, aber bei fortgesetztem Gebrauch der genannten Mittel die Erscheinungen, die nur in kosmetischer Beziehung störend wirken, zum Schwinden gebracht werden können.

Ichthyosis.

Tafel 62, 63.

Mit den Namen Ichthyosis bezeichnet man eine hereditäre, in den ersten Lebensjahren auftretende Veränderung der Haut, bei welcher neben mangelhafter Funktion der Talg- und Schweißdrüsen eine übermäßige Hornbildung das Charakteristische bildet. Je nach dem Grade der Hautveränderung unterscheidet man **Ichthyosis simplex,** bei der meist an den Streckseiten der Extremitäten und am Rumpfe, weniger im Gesicht, sehr selten an Handtellern, Fußsohlen und Gelenkbeugen die Hornschicht eine mäßige Verdickung in Gestalt von fest

Anm. 102. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

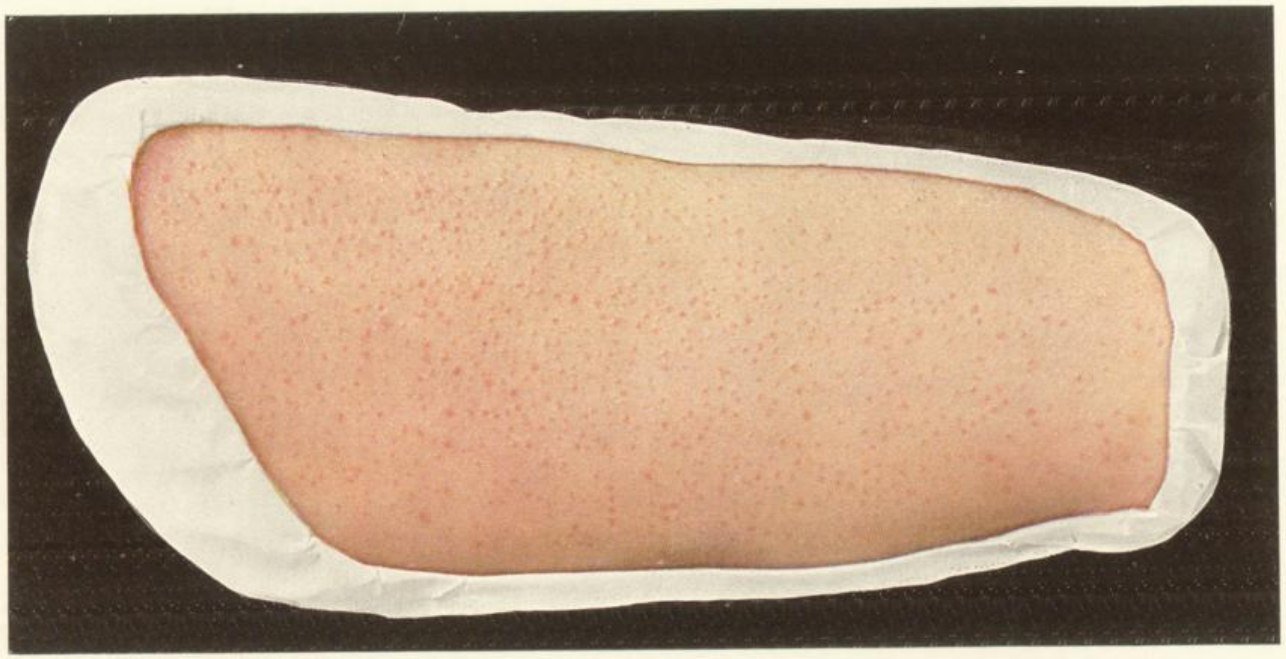
anhaftenden trockenen Schuppen, die am Rande sich aufrollen, zeigt. Höhere Grade der Affektion stellt dar die **Ichthyosis serpentina** (Fig. 103), bei der die dicken graugrünen Schuppen ein schlangenhautähnliches Aussehen bewirken, die **Ichthyosis nitida** mit perlmutterglänzenden Schuppen, sowie die **Ichthyosis hystrix**, bei welcher warzenartige Wucherungen unregelmäßig oder symmetrisch über größere Bezirke der Haut ausgebreitet sind; gelegentlich können verschiedene Grade des Leidens nebeneinander bei demselben Individuum vorkommen (Fig. 104). Bei reiner Ichthyosis fehlen Entzündungserscheinungen vollkommen, doch kann Ekzem die Affektion komplizieren. Zu gewissen Zeiten findet eine Abstoßung der Hornmassen, „Mauserung", statt. Das unheilbare Leiden pflegt keine subjektiven Symptome hervorzurufen, kann jedoch in höheren Graden sehr entstellend wirken.

In ätiologischer Beziehung ist lediglich die Heredität in Betracht zu ziehen, wobei zu beachten ist, daß in einer Familie meistens nur Individuen desselben Geschlechtes von Ichthyosis befallen sind und Fälle von Überspringen einzelner Generationen vorkommen.

Die **Therapie** kann wohl vorübergehend die Erscheinungen verschwinden machen, jedoch nie Heilung erzielen. Die Anwendung von Bädern nach vorangegangener Einfettung mit Salizylsalben oder Salizylseifen, Einreiben mit Schmierseife oder Einpinseln mit Spirit. saponat. kalin., in leichten Fällen einfache Einfettungen genügen, um die im Übermaß produzierten Hornmassen zu entfernen.

Anm. 103. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen). Die Abbildung zeigt sehr schön die Übergänge von dem leichtesten Grad der Ichthyosis simplex bis zur vollentwickelten Ichthyosis serpentina.

Anm. 104. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Vogelbacher). Sehr ausgeprägter Fall von Ichthyosis hystrix mit starker Beteiligung der Handteller und Fußsohlen.

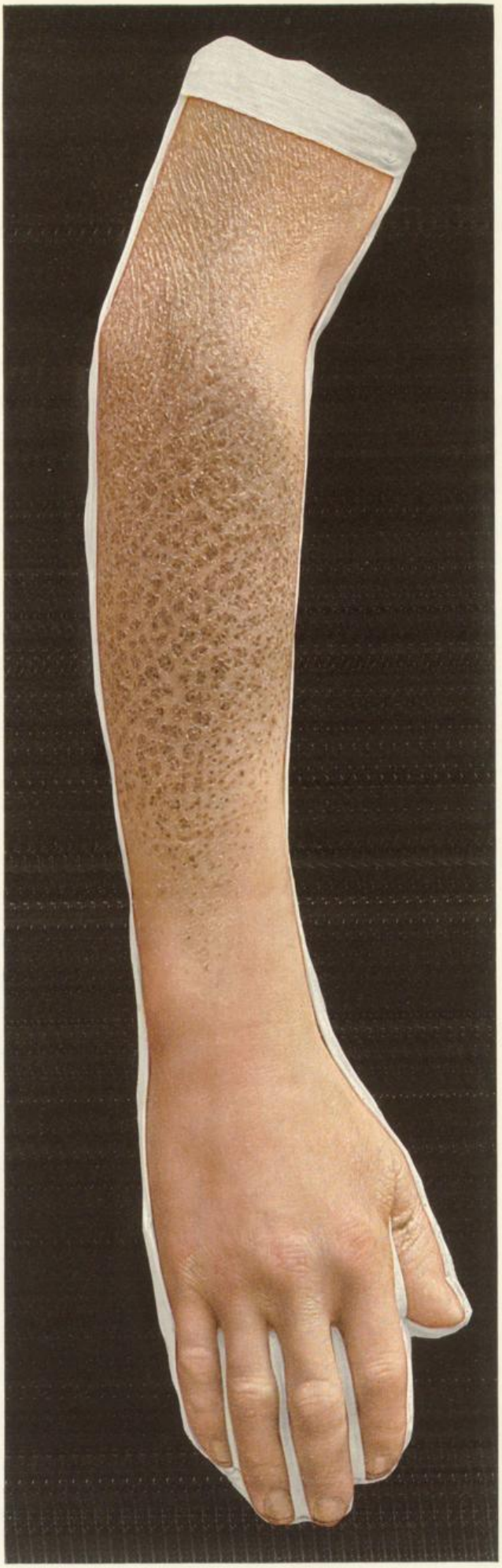


No. 102. Lichen pilaris.



No. 101. Ichthyosis congenita.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 103. Ichthyosis simplex et serpentina.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 104. Ichthyosis hystrix.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans).

Tafel 64, Fig. 105.

Bei der Darierschen Dermatose, die von ihrem Entdecker ursprünglich als Psorospermose folliculaire végétante bezeichnet wurde, indessen weder auf Psorospermien zurückzuführen, noch an die Follikel gebunden, noch schließlich in allen Fällen von Vegetationen begleitet ist, finden sich hauptsächlich dicht gedrängt im Gesicht, auf dem behaarten Kopf, in den Gelenkbeugen sowie schließlich am Thorax, an letzterer Stelle aber mehr vereinzelt oder gruppiert (siehe Fig. 105), kleine spitze Knötchen von normaler Hautfarbe, die bei weiterer Entwicklung eine graubraune bis braunrote Verfärbung annehmen und auf ihrer Höhe von einem kegelförmigen Hornpfropf bedeckt sind, welcher sich herauskratzen läßt und an seiner Unterseite einen nagelartigen Fortsatz aufweist. Am Handrücken stehen die Effloreszenzen sehr dicht und gleichen jungen Verrucae; in der Vola manus fällt die allgemeine Hyperkeratose sowie die starke Erweiterung der Schweißdrüsen-Ausführungsgänge auf; auch die Nägel zeigen krankhafte Veränderungen, besonders Längsstreifung. Häufig wird das Krankheitsbild durch ein Eczema seborrhoicum kompliziert; seltener kommt es zu eigenartigen papillomatösen Wucherungen in den Gelenkbeugen, der Inguinalgegend und hinter den Ohren.

Bezüglich der Ätiologie der meist in der Pubertät auftretenden unheilbaren Affektion ist in einer Anzahl von Fällen Heredität mit Sicherheit nachgewiesen; eine Übertragung konnte nicht festgestellt werden. Sehr auffällig ist das histologische Bild der Veränderungen im Epithel, wo sich eigenartige, runde, glänzende Körperchen in großer Anzahl vorfinden (die „Corps ronds“ Dariers), neben kleineren Körnchen (grains); durch diesen Befund wird die Darierschе Dermatose als besondere spezifische Erkrankung charakterisiert und streng von anderen ähnlichen Krankheiten, z. B. gewissen Ichthyosisformen, zu denen keinerlei Beziehungen bestehen, geschieden.

Anm. 105. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen).

Die **Diagnose** ist aus dem klinischen Bild unschwer zu stellen und wird durch die Biopsie gesichert.

Die **Prognose** ist quoad sanationem ungünstig; das Allgemeinbefinden wird nicht alteriert.

Die **Therapie** wird zunächst ein eventuell vorhandenes Eczema seborrhoicum beseitigen und die Vegetationen durch Trockenhalten, Touchieren mit Lapis und anderen Ätzmitteln zum Schwunde bringen; die primären Effloreszenzen können durch Bestreichen mit dem Paquelin, wie es scheint, wenigstens für einige Zeit beseitigt werden. Dauerheilungen werden durch Röntgentherapie erzielt.



No. 105. Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Prurigo.

Tafel 65.

Die Juckblattern, Prurigo Hebrae, stellen eine in früher Jugend beginnende Hauterkrankung dar, deren typische Primäreffloreszenzen hauptsächlich an den Streckseiten der Extremitäten (Fig. 106, 107) lokalisiert sind, während im allgemeinen die Beugeseiten oder bei hochgradigen Fällen doch zum mindesten Knie- und Ellenbeugen frei bleiben. Der Rumpf ist meistens in leichterem Grade befallen, das Gesicht in der Regel frei. Charakteristisch ist einmal die Entwicklung aus der chronischen Urticaria des Kindesalters, die typischen Prurigoknötchen, stark juckende, im Beginn meist von normaler Haut überzogene, kegelförmige Papelchen, die fast immer bald nach ihrem schubweisen Auftreten zerkratzt werden, die starre Infiltration der mit der Unterlage verlöteten Haut an den Streckseiten nebst dunkler Pigmentierung, die rauhe reibeisenähnliche Oberfläche der Haut, Atrophie der drüsigen Hautanhänge und Haare, sowie die starke indolente Anschwellung der Lymphdrüsen in der Leistengegend und den Achselhöhlen (Prurigo-Bubonen, Fig. 106).

Das Leiden ist bei entsprechender Behandlung einer Besserung fähig, jedoch fast nie völlig heilbar; die davon befallenen Kinder bleiben in Wachstum und Entwicklung zurück.

Die stärksten Eruptionen des meist bei ärmeren Patienten vorkommenden Leidens pflegen im Herbst und Winter aufzutreten; infolge des enormen Juckreizes, der auch anfallsweise auftritt, können Ekzeme und tiefe Exkoriationen als Komplikationen beobachtet werden. Die Intensität des Leidens schwankt in weiten Grenzen (Prurigo mitis — Prurigo agria s. ferox).

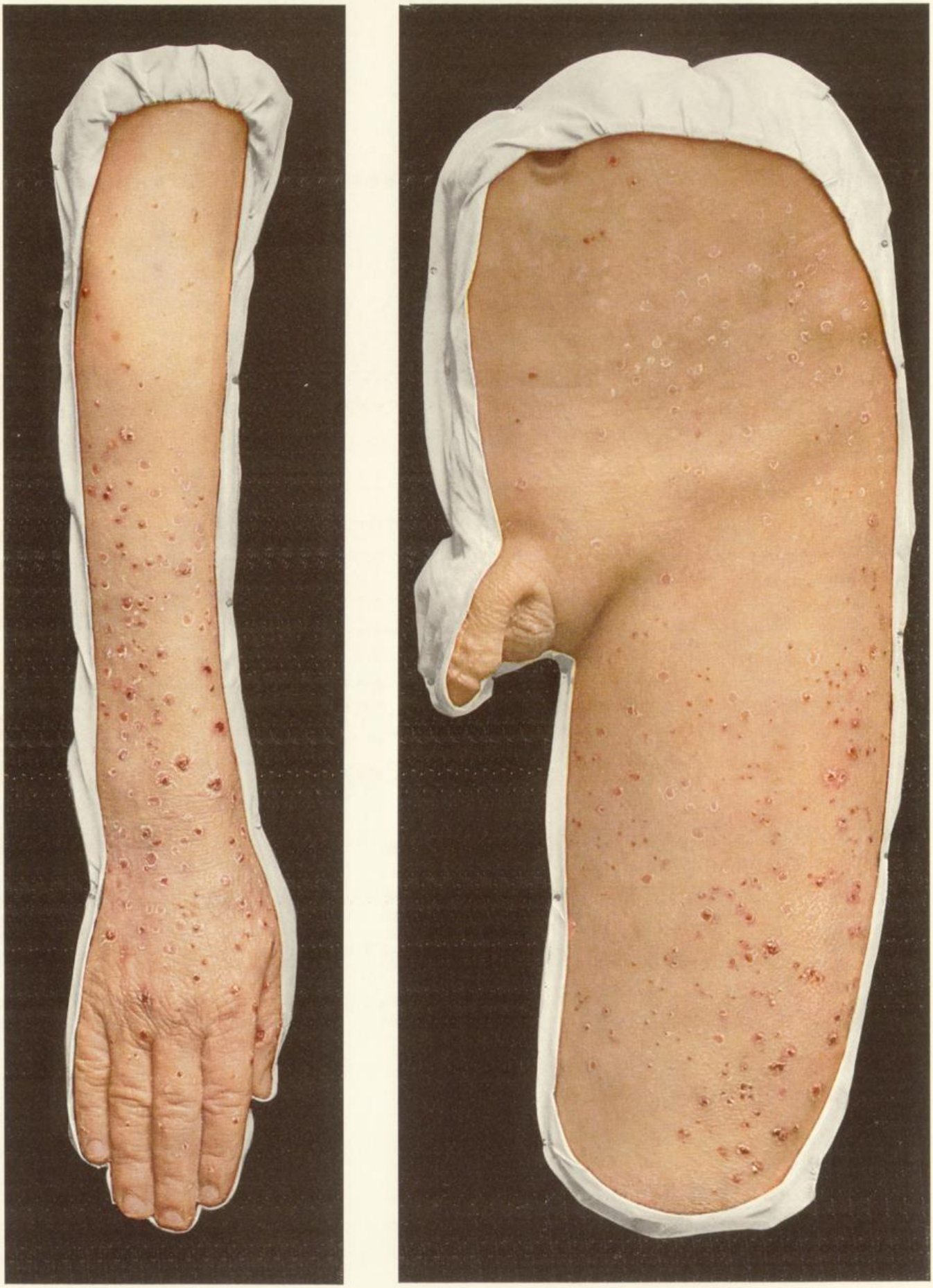
Die **Prognose** ist nur im Beginn und in sehr milden Fällen als günstig zu bezeichnen, in schwereren Fällen ist das Leiden nur besserungsfähig.

Die **Diagnose** stützt sich auf das Vorhandensein der typischen Knötchen, auf deren Lokalisation an den Streckseiten, auf die starre Infiltration der Haut,

Anm. 106, 107. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

die dunkle Pigmentierung, die Prurigo-Bubonen und schließlich die Entwicklung aus einer chronischen Urticaria in früher Jugend. **Differentielldiagnostisch** käme nur das Ekzem in Betracht, welches durch seine atypische Lokalisation, das Fehlen der Knötchen sowie durch gelegentliches Nässen leicht auszuschließen sein wird.

Die **Therapie** hat möglichst früh zu beginnen und muß sehr lange fortgesetzt werden. Eine erfolgreiche innere Medikation gibt es nicht, doch wird durch gute Ernährung und Verbringen der Patienten in günstigere Lebensbedingungen die örtliche Behandlung unterstützt. Letztere hat, da ein großer Teil der Veränderungen auf das Kratzen zurückzuführen ist, zunächst das Jucken zu bekämpfen, sodann die Funktionen der Hautdrüsen zu heben. Zu diesem Zwecke dienen Bäder (Teer-, respektive Schwefelbäder) von längerer Dauer, Teer in Salbenform oder rein, Naphthol- oder Epicarinsalben 2—5%, reichlich eingerieben, und schließlich Schwitzbäder oder Pilocarpinpräparate.



No. 106. 107. Prurigo.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Vaccinia.

Tafel 66.

Bei geimpften Kindern kann durch Kratzen eine Übertragung des Virus von den Impfpusteln auf deren Umgebung oder andere Körperstellen, besonders Gesicht und Genitalien (Fig. 108, 109), stattfinden, wo sich dann sekundäre Vaccinepusteln entwickeln. Besteht dabei eine juckende Hauterkrankung, Ekzem, Scabies oder Prurigo, so kann es zu einer unter heftigen Allgemeinerscheinungen verlaufenden Aussaat der Vaccineeffloreszenzen über den ganzen Körper kommen, die in der Regel erst 2—3 Wochen nach der Impfung schubweise erfolgt und vielfach als Allgemeininfektion mit Vaccine aufgefaßt wird. Die Erkrankung verläuft fast immer günstig, hinterläßt jedoch störende Narben und kann bei Lokalisation auf der Cornea zu Trübungen, ja zum Verlust des Augenlichtes führen. Die Übertragung des Vaccinevirus kann auch auf nicht geimpfte, an juckenden Hautkrankheiten leidende Kinder von einem anderen frisch vaccinierten Individuum aus erfolgen.

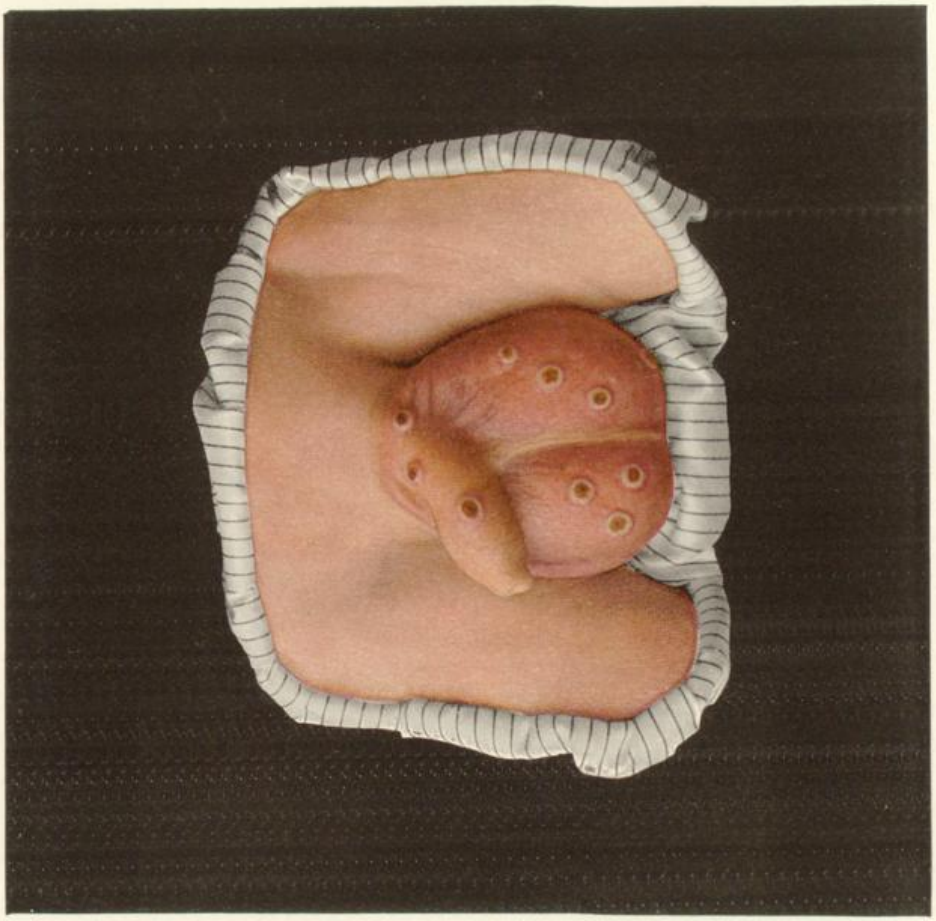
Die **Diagnose** ist aus den typischen Effloreszenzen und dem Nachweis der vorangegangenen Impfung (eventuell eines der Angehörigen) ohne Schwierigkeit zu stellen.

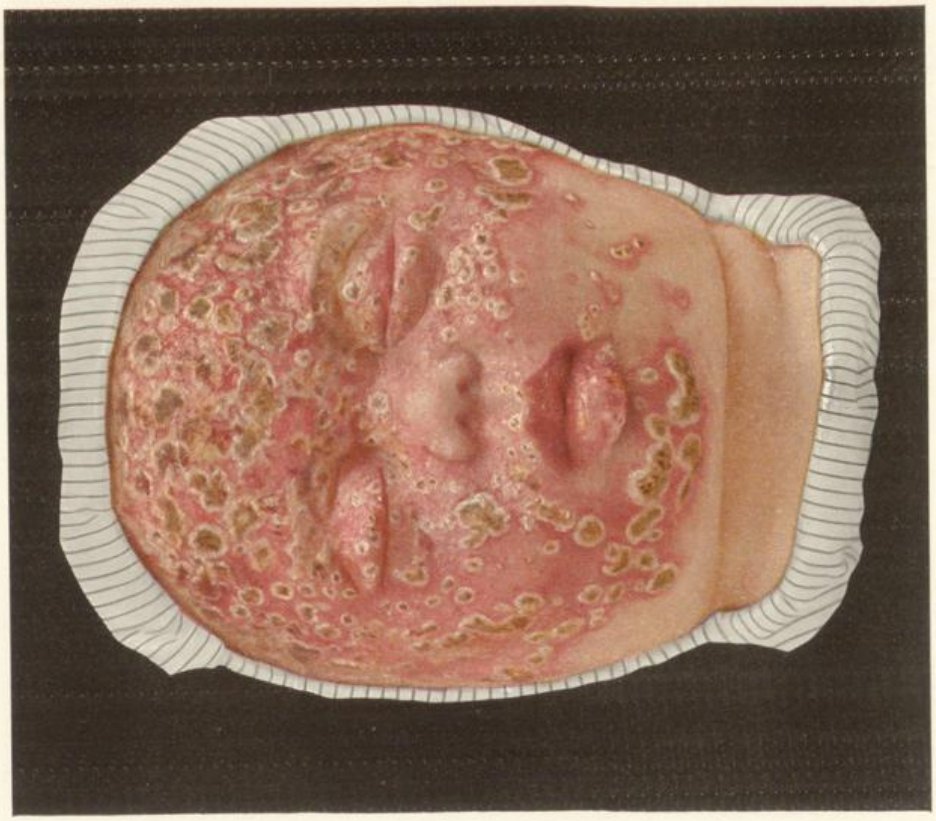
Die **Prognose** ist im allgemeinen günstig.

Sehr wichtig ist die **Prophylaxe:** Kinder, welche an juckenden Hauterkrankungen leiden, dürfen vor Heilung des Hautleidens nicht geimpft werden. Alle Impfpusteln müssen mit einem Schutzverband versehen werden.

Therapie: Bei frischer Vaccinia sollte ein Versuch mit der Anwendung des Finsenschen Verfahrens, Ausschluß der chemisch wirksamen Lichtstrahlen, gemacht werden. Sind die Pusteln bereits voll entwickelt, so empfehlen sich feuchte Verbände mit Liq. Alumin. acet., Borsäure oder Resorzin 1%, Einpinseln mit reinem Ichthyol sowie Anwendung von Ichthyolsalben.

Anm. 108. Moulage aus der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien (Dr. Henning).
Anm. 109. Moulage der Klinik Finger in Wien (Dr. Henning).





No. 108. 109. Vaccinia generalisata.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Varicellae.

Tafel 67, Fig. 110; 68, Fig. 113; 69, Fig. 114.

Die Varicellen, Windpocken, sind eine typische, isoliert oder epidemisch auftretende Infektionskrankheit hauptsächlich des Kindesalters, die von der Variola durchaus zu trennen ist. Unter mäßigem Fieber tritt ein Exanthem von größerer oder geringerer Ausbreitung auf, bei dem wir aus Flecken oder Papeln bald Bläschen mit wasserhellem Inhalt auf gar nicht oder leicht entzündlicher Basis sich entwickeln sehen. Der Rand der Bläschen ist nicht selten zackig, nach kurzem Bestande trocknen dieselben zu dunklen Borken ein; da in der Regel mehrere Nachschübe folgen, finden wir bei den Varicellen alle Stadien des Exanthems nebeneinander vor (Fig. 114). Innerhalb 8—14 Tagen heilen die Bläschen ohne Narben ab; der Prozeß, der nicht nur die äußere Haut, sondern auch die Lippen (Fig. 110) und die Schleimhaut befällt, hat nur selten eine Nephritis im Gefolge.

Abweichungen kommen besonders bei Erwachsenen vor, wo unter hohem Fieber stärkere, ja gelegentlich konfluierende Eruptionen auftreten (Fig. 113). Durch Sekundärinfektion kann es zur Ulzeration und Narbenbildung kommen.

Die **Diagnose** ist in typischen Fällen leicht, nur in abnorm verlaufenden Formen kann die Differentialdiagnose gegenüber Variolois und Variola in Frage kommen, welch letztere in der Regel durch den gutartigen Verlauf der Varicellen auszuschließen sind. Bei pustulösen Syphiliden dürften stets noch andere Erscheinungen der Syphilis nachweisbar sein.

Die **Prognose** ist günstig.

Die **Therapie** besteht in Bettruhe, bei ausgedehnten Fällen in Schutzverbänden behufs Verhütung des Kratzens und sekundärer Infektion; unter Betupfen mit Alkohol trocknen die Blasen rasch ein.

Anm. 114. Moulagen der Lesserschen Klinik in Berlin (Kolbow).

Anm. 110. Moulage aus der Kinderklinik des Geheimrates Heubner in Berlin (Kolbow).

Anm. 113. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner); 43jährige Patientin erkrankte vor 5 Tagen unter hohem Fieber und schweren Allgemeinerscheinungen. Daß es sich um Varicellen handelte, wurde dadurch erwiesen, daß der behandelnde Arzt an typischen Windpocken erkrankte.

Variola.

Tafel 67, Fig. 111; 68, Fig. 112.

Bei der Variola, den echten Pocken — small pox, petite vérole — einer in hohem Grade infektiösen Erkrankung, deren bisher unbekanntes, sehr resistentes Kontagium direkt wie indirekt übertragen werden kann, kommt nach Ablauf der 10—14tägigen Inkubationszeit unter schweren Allgemeinerscheinungen, hohem Fieber, Kreuzschmerzen, Delirien, Erbrechen und Milzschwellung zunächst ein prodromales Exanthem zur Entwicklung, welches sich aus erythematösen oder hämorrhagischen Flecken zusammensetzt und hauptsächlich das Abdomen und die inneren Schenkelflächen einnimmt und unter Nachlassen des Fiebers und der Allgemeinerscheinungen in wenigen Tagen abblaßt. Erst jetzt tritt, zuerst am behaarten Kopf und im Gesicht, sodann am Rumpf und den Armen sowie an den Beinen das eigentliche Exanthem in Gestalt kleiner roter Knötchen auf, die an Zahl und Größe zunehmen und sich in Bläschen mit klarem Inhalt umwandeln. Allmählich trübt sich unter Wiederansteigen der Temperatur der Bläscheninhalt, im Zentrum bildet sich eine Delle, der sogenannte Pockennabel, und die von einem roten Hof umgebenen Pusteln, die isoliert stehen (Fig. 111) oder auch konfluieren können, haben damit den Höhepunkt ihrer Entwicklung erreicht — Maturation (Fig. 112). Abgesehen von der äußeren Haut, die besonders im Gesicht und an den Händen zahlreiche, vielfach konfluierende Effloreszenzen aufweist, können auch die Schleimhäute (Conjunctiva!) Sitz der Erkrankung sein. In diesem Stadium treten außer schweren nervösen Störungen auch Komplikationen von seiten innerer Organe auf, welche die Kranken schwer gefährden.

In günstig verlaufenden Fällen beginnt nach etwa 12—14 Tagen unter Fieberabfall die Rückbildung der Hauteffloreszenzen, dieselben trocknen ein, es bilden sich Krusten, die nach 3—4 Wochen unter Bildung roter Narben abfallen, worauf der Prozeß als abgelaufen zu betrachten ist, jedoch bleibt die Infektiosität noch längere Zeit bestehen; in anderen weniger günstigen Fällen wird die Bläschendecke abgestoßen und es bilden sich große eiternde Flächen, wobei

Anm. 111. Moulage von Kolbow in Berlin.
Anm. 112. Moulage von M. Tramond-Paris (Jumelin).

sowohl die Allgemeinerscheinungen als auch die Beschwerden sehr hochgradige zu sein pflegen. Als besonders schwere Form sind die konfluierende sowie die hämorrhagische Variola (schwarze Pocken) anzusehen, die beide fast stets tödlich enden; leichtere Erscheinungsformen mit wenigen Effloreszenzen (Variolois) und abortive Erkrankungen, bei denen das Exanthem auf einer niederen Entwicklungsstufe stehen bleibt, laufen in kürzerer Zeit ohne schwerere Erscheinungen günstig ab.

Von Komplikationen sind, abgesehen von den oben genannten nervösen Störungen und Erkrankungen innerer Organe, hauptsächlich zu erwähnen sekundäre Infektionen, die unter allgemeiner Sepsis zum Tode führen können, sowie ausgedehnte Narbenbildungen, Verlust eines oder beider Augen.

Die **Diagnose** ist im Frühstadium oft recht schwierig, ja kaum möglich, nach voller Entwicklung des Exanthems mit typischen Pusteln dagegen leicht zu stellen. Differentielldiagnostisch wären zu berücksichtigen andere akute Infektionskrankheiten, Arzneiexantheme und besonders pustulöse Syphilide, welch letztere jedoch bei genauer Untersuchung stets noch andere Symptome der Syphilis aufweisen werden; zu berücksichtigen ist in jedem Falle, ob in den letzten Jahren eine Schutzimpfung stattgefunden hat und ob die betreffenden Patienten der Gefahr einer Infektion mit Variola ausgesetzt waren. Gegenüber den Windpocken ist besonders die Schwere des Allgemeinzustandes, das prodromale Exanthem sowie die Dellenbildung bei den echten Pocken in Betracht zu ziehen; außerdem finden sich bei Windpocken fast stets die verschiedenen Stadien der Entwicklung des Exanthems nebeneinander vor.

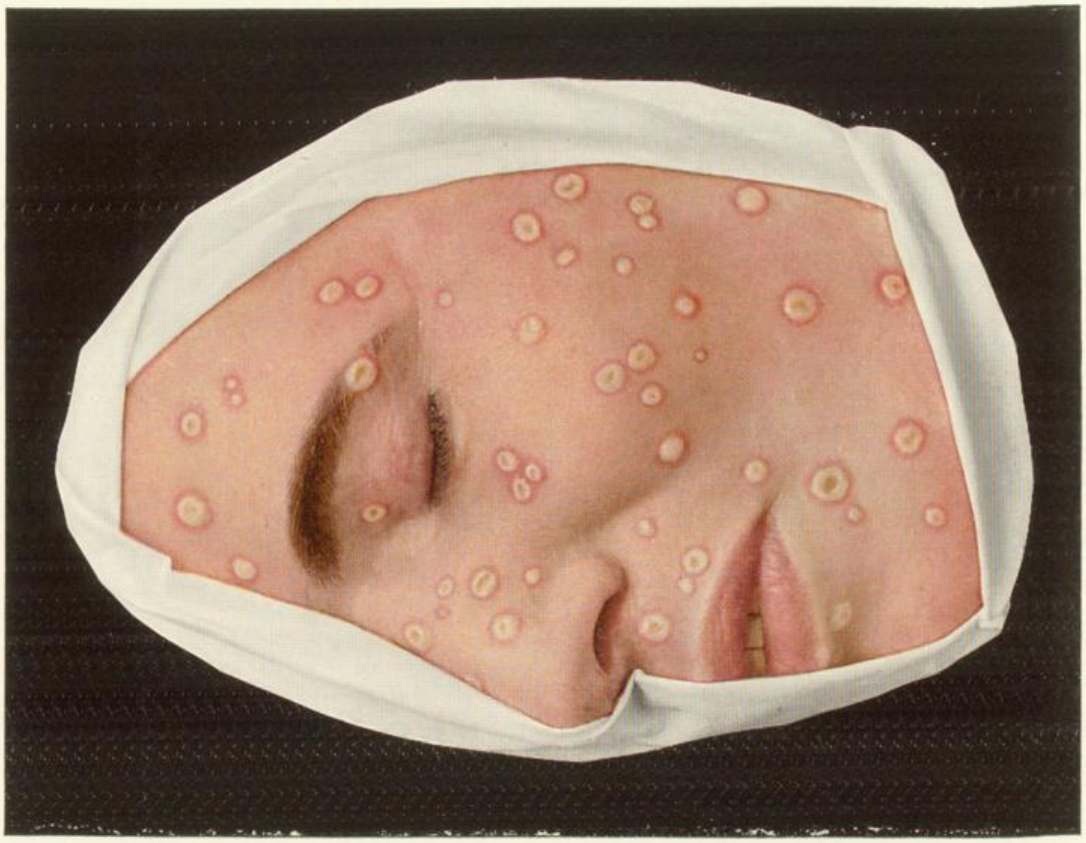
Die **Prognose** der Variola ist immer dubiös, der Prozentsatz der Todesfälle schwankt in den einzelnen Epidemien beträchtlich; zu berücksichtigen ist einmal die Schwere der Infektion, sodann besonders das Alter der Patienten: Kinder und Greise sind am meisten gefährdet.

Von der größten Wichtigkeit ist die **Prophylaxe** der Variola: die kunstgerechte, häufig genug wiederholte Schutzimpfung gewährt eine fast absolute Sicherheit gegen Infektionen und hat in Deutschland die vorher so häufige Krankheit fast ganz ausgerottet.

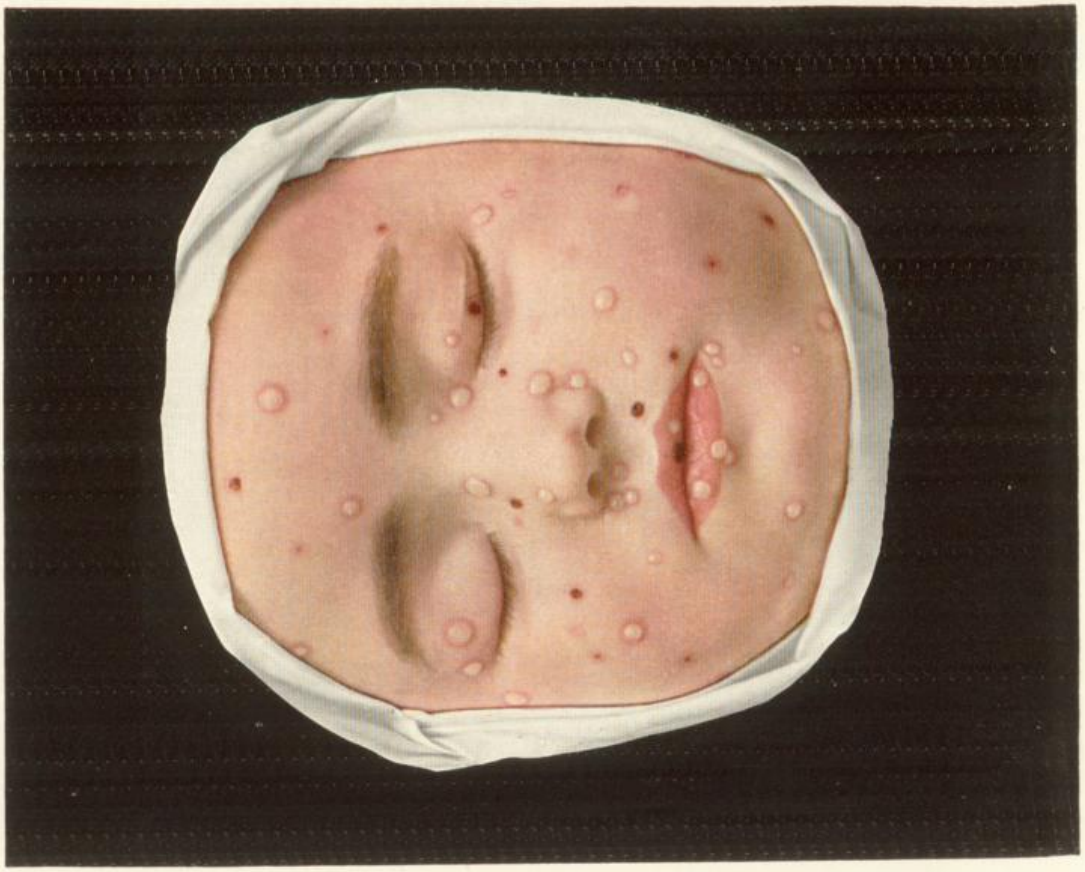
Die eigentliche **Therapie** wird hauptsächlich in diätetischen Maßnahmen, Bettruhe, eventuell kühlen Bädern zu bestehen haben, sodann wird in späteren Stadien für Erhaltung der Blasendecken, Verhütung des Kratzens sowie für genügenden Abfluß der Sekrete und Schutz vor sekundären Infektionen zu sorgen sein, was am besten durch feuchte Verbände mit antiseptischen Lösungen (essigsaure Tonerde, Borsäure, Resorzin, Ichthyol) erreicht wird. In den letzten Jahren ist ein altes Verfahren, die Behandlung mit rotem Licht behufs Ausschließung der chemisch wirksamen Lichtstrahlen, von Professor Finsen wieder aufgenommen und wissenschaftlich begründet worden; es scheint, daß bei strenger Durchführung

dieser Methode (wobei das rote Licht zweckmäßig durch das auf die Dauer weniger schwer zu ertragende gelbgrüne ersetzt wird) die Vereiterung der Pusteln und damit Sekundärinfektion und Narbenbildung mit ziemlicher Sicherheit vermieden werden kann. Derselben Indikation würden Zeozon und Ultrazeozon, Präparate, welche die wirksame Substanz des Aeskulins enthalten und die, in dünner Schicht aufgetragen, die chemisch wirksamen Strahlen des Lichtes sicher abhalten sollen, genügen; wegen ihrer leichten Anwendbarkeit dürften sie besonders zu empfehlen sein. Nachträgliche Beseitigung der entstellenden Narben durch „Abschleifen“ etc. dürfte wohl nur ausnahmsweise gelingen.

Zu versuchen wäre eventuell auch im Prodromal- und Proruptionsstadium die „forcierte Impfung“ mit sehr zahlreichen Impfschnitten, wodurch der Verlauf günstig beeinflußt zu werden scheint.

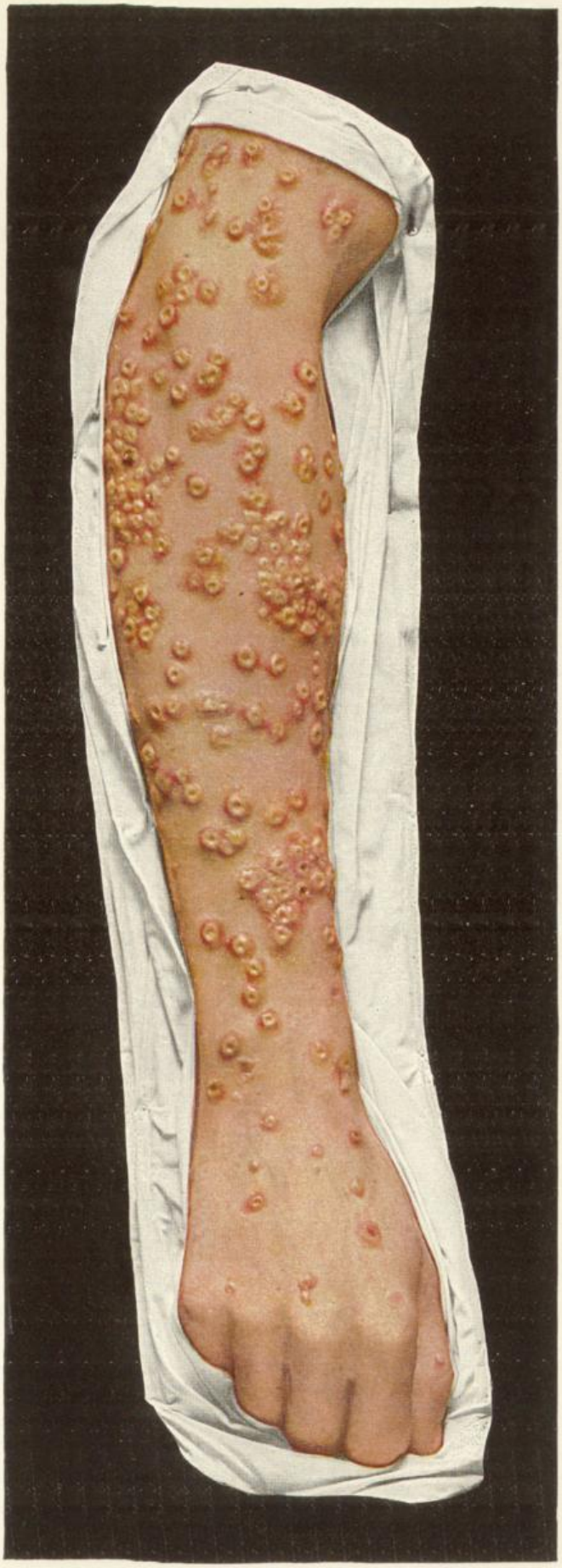


No. 111. Variola discreta.

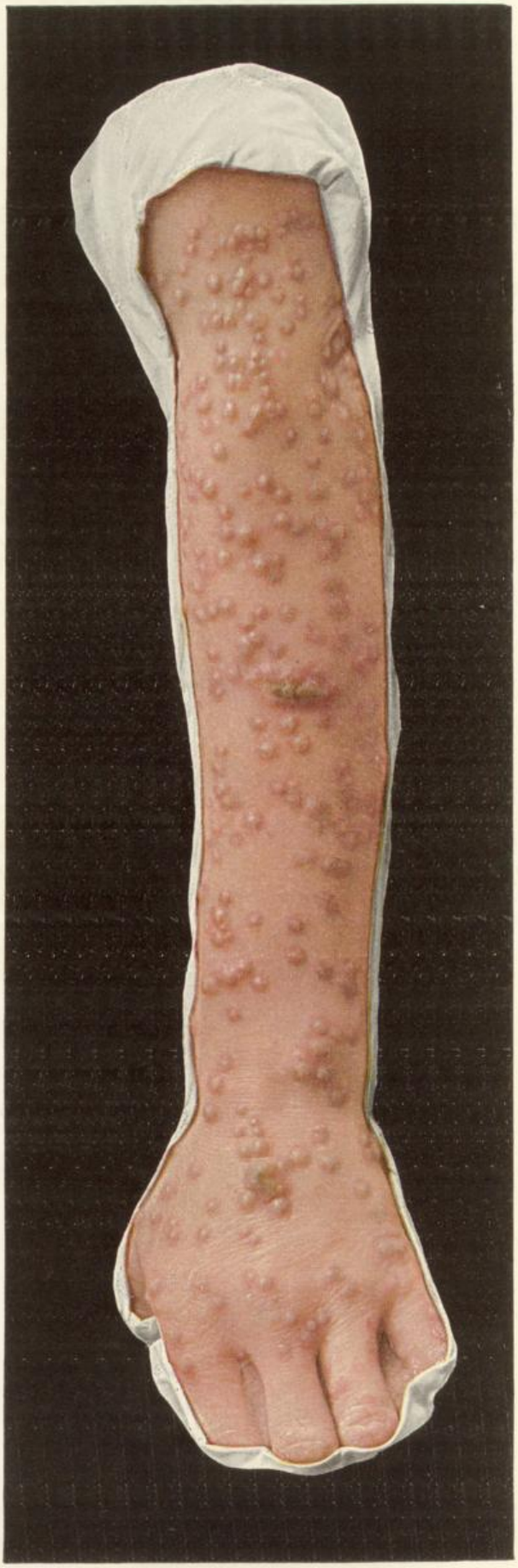


No. 110. Varicellae.

Veerlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

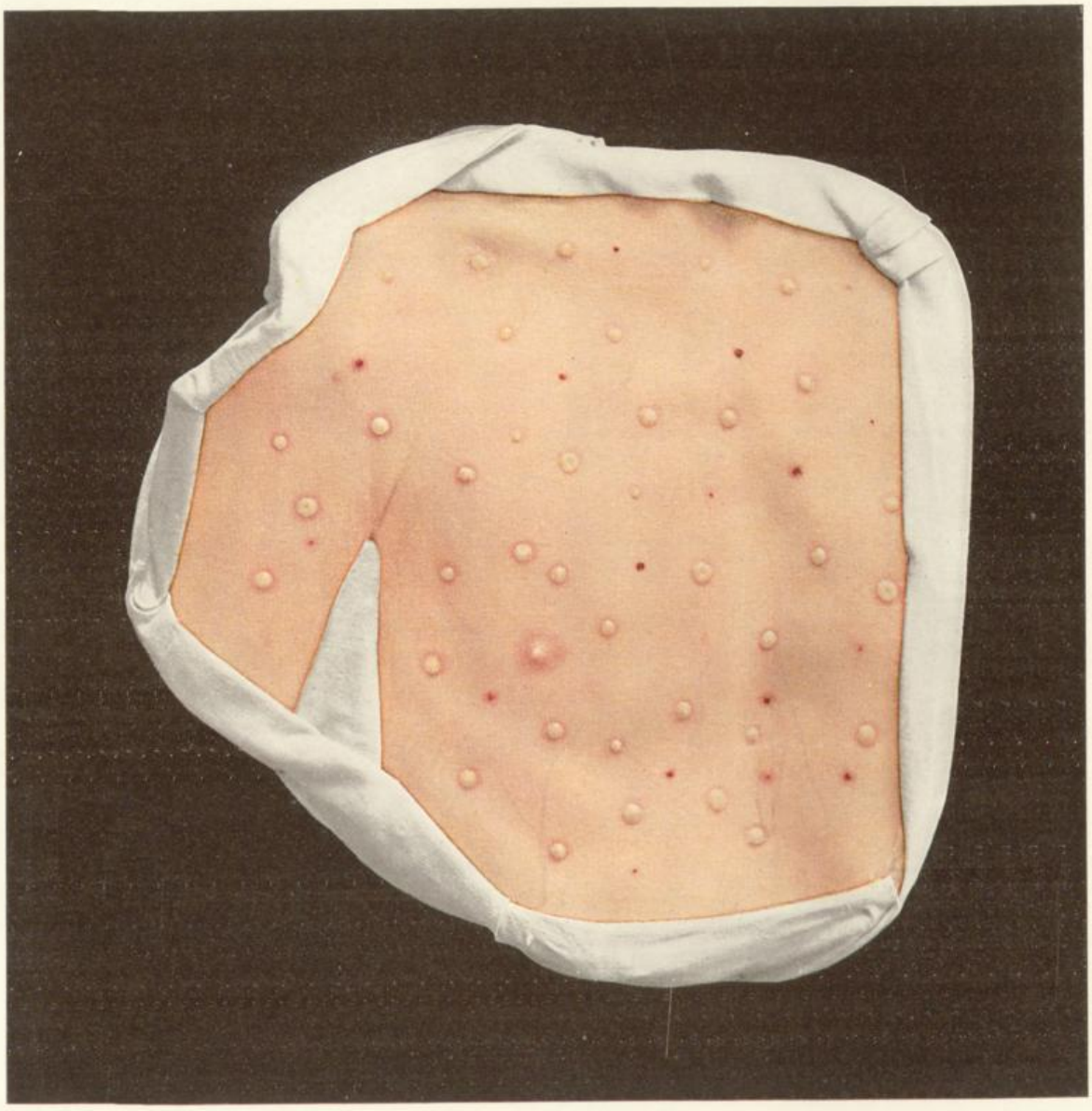


No. 112. Variola.



No. 113. Varicellae (in adulto).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.



No. 114. Varicellae (in infante).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Morbilli.

Tafel 70.

Die Masern sind eine fast stets epidemisch auftretende Infektionskrankheit hauptsächlich des Kindesalters mit unbekanntem Virus, welche direkt oder indirekt übertragen werden können und in den meisten Fällen eine das ganze Leben hindurch andauernde Immunität hinterlassen.

Nach Ablauf der etwa 10tägigen Inkubationszeit entwickeln sich unter Fieber zunächst katarrhalische Erscheinungen von seiten der Schleimhäute: Conjunctivitis, heftiger Schnupfen, bellender Husten, sowie Schwellung einzelner Lymphdrüsen; am Gaumen zeigt sich fleckige Rötung, an der Wangenschleimhaut kleine weißliche „Spritzflecke". Etwa 4—6 Tage nach Beginn der Erkrankung tritt das charakteristische Exanthem fast stets zuerst im Gesicht in Form von kleinen roten follikulären Knötchen auf, die von einem leicht erhabenen blaßroten Hof von wechselnder Gestalt umgeben sind (Fig. 115). Auf dem Höhepunkt der Erkrankung, etwa am 2. Tage nach Beginn des Exanthems, finden sich über den ganzen Körper verstreut zahlreiche flache Quaddeln, die vielfach konfluieren, stets aber gesunde Hautstellen freilassen; die follikulären Knötchen sind auch jetzt noch erkennbar (Fig. 116). Das Fieber, welches bis 40—40·5° angestiegen war, fällt jetzt rasch ab, die katarrhalischen Erscheinungen lassen nach, die Haut beginnt unter Abblassen des Exanthems kleienförmig abzuschilfern und nach 8—10 Tagen befinden sich bei normalem Verlauf die Kranken in der Rekonvaleszenz, die nur selten durch einen neuen Nachschub unterbrochen, respektive verzögert wird.

Gelegentlich gelangt das Exanthem nicht zur vollen Entwicklung, oder aber es tritt in Form von Bläschen, kleinen Papeln und schließlich vollkommen konfluierend auf; auch hämorrhagische und nekrotisierende Exantheme kommen, jedoch selten, vor.

Der normale Verlauf der Masern kann durch die häufig eintretenden Komplikationen gestört werden; besonders zu achten ist auf Erkrankungen der

Anm. 115. Moulage aus dem Schloßmannschen Säuglingsheim in Dresden (Kolbow).
Anm. 116. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Augen, Ohren, des Rachens sowie der Lungen. Seltener ist eine Beteiligung der Nieren oder das Auftreten von Noma. Im Anschluß an überstandene Masern kommt verhältnismäßig häufig Keuchhusten sowie Tuberkulose vor.

Die **Diagnose** der Masern ist bei epidemischem Auftreten nicht schwierig. Differentielldiagnostisch wäre zu beachten, daß bei Scarlatina die katarrhalischen Erscheinungen fehlen und daß bei letzterer Erkrankung die ganze Haut befallen zu sein pflegt; bei der syphilitischen Roseola dürfte fast immer der Primäraffekt und die indolente Drüsenschwellung die Diagnose sichern, eventuell entscheidet das Resultat der Serumuntersuchung. Schwieriger ist die Abgrenzung gegenüber toxischen Erythemen, speziell solchen nach Salvarsaninjektion, doch wird die typische Art des Auftretens und des Verlaufs der Morbillen auch hier die Diagnose ermöglichen.

Die **Therapie** besteht hauptsächlich in Bettruhe bis zur Beendigung der Abschuppung, Hautpflege, Fieberdiät und Schutz vor Erkältungen. Stets ist sorgfältig auf Komplikationen zu achten!





No. 115. 116. Morbilli.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Rubeola.

Tafel 71.

Zu den akuten Exanthemen gehören auch die Röteln, die in kleineren Epidemieen zumeist bei Kindern im Alter von 2 bis 10 Jahren auftreten. Die Erreger dieser, nicht selten leichteren Scharlach-, häufiger noch Masernfällen ähnlichen Erkrankung, sind unbekannt; die Inkubationszeit bis zur Entwicklung des Exanthems beträgt etwa 17 Tage.

Meist ganz plötzlich, seltener nach einem kurzen Prodromalstadium, in dem leichte katarrhalische Erscheinungen der Schleimhäute bestehen, tritt schubweise, unter gleichzeitiger Schwellung der cervikalen und anderer Lymphdrüsen das Exanthem zuerst im Gesicht und am Kopf, auch am Gaumen in Form kleiner rosaroter Flecken auf, verbreitet sich rasch, immer in Schüben über Hals, Rumpf und obere Extremitäten, um schließlich auch die Beine zu befallen. Die einzelnen Effloreszenzen sind ähnlich wie bei Masern angeordnet und stehen vereinzelt oder auch in Gruppen oder Reihen verteilt (Fig. 117); zuweilen findet man Andeutung von Konfluenz. Rasch, wie es aufgetreten ist, verblaßt das Exanthem wieder, aber nicht gleichmäßig, sondern entsprechend dem Alter an den einzelnen Stellen des Körpers rhalb 1—3 Tagen, meist ohne deutliche Abschuppung. Fieber fehlt oft ganz; wenn Temperatursteigerung auf dem Höhepunkt des Exanthems vorhanden ist, pflegt sie niedriger zu bleiben, als bei Masern.

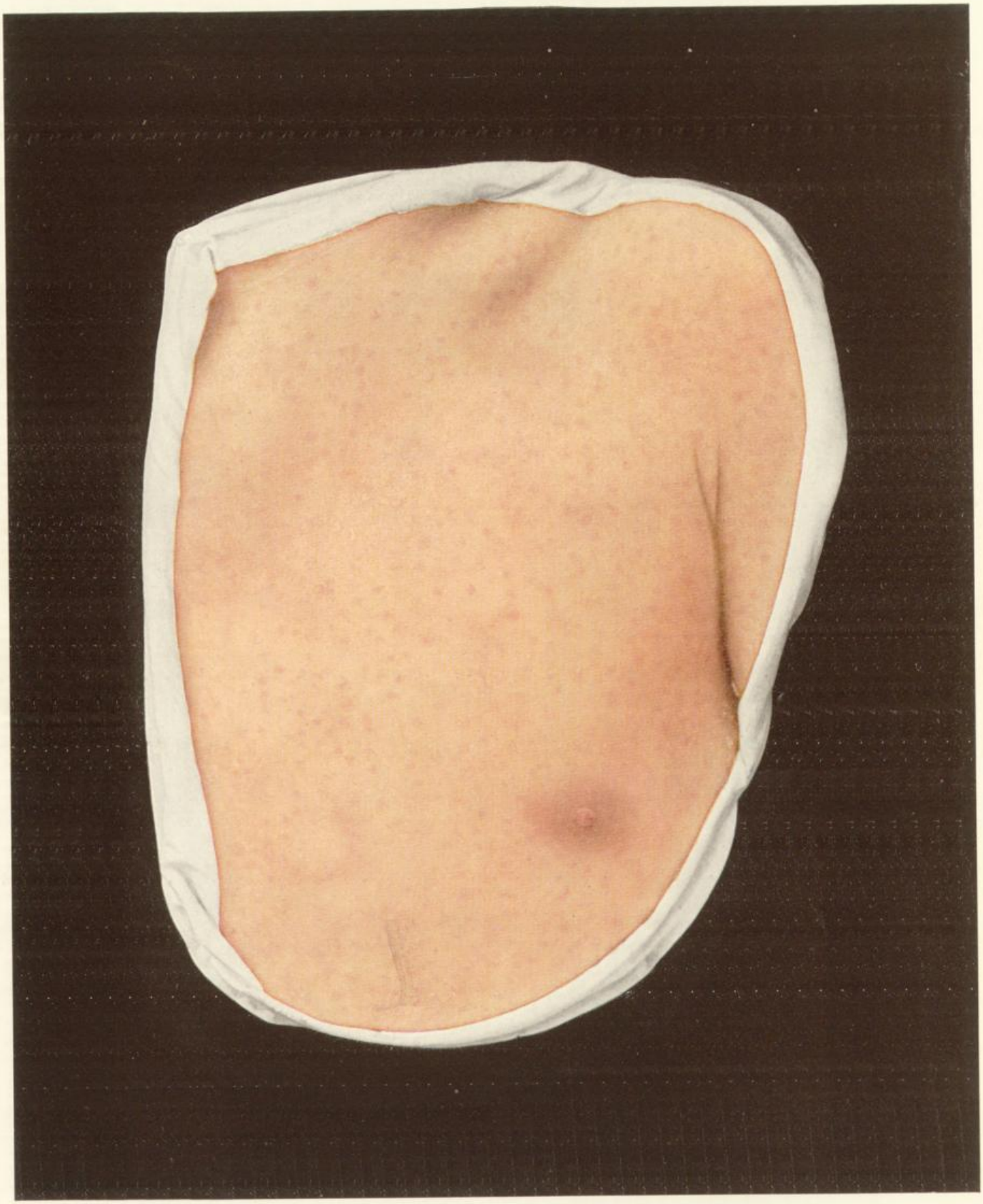
Subjektive Beschwerden sind nur in geringem Maße vorhanden oder fehlen ganz, abgesehen von leichter Angina, Bronchitis und Conjunctivitis. Komplikationen oder Nachkrankheiten werden kaum beobachtet.

Die **Diagnose**, die gegenüber den Masern oft gar nicht leicht zu stellen ist, wird hauptsächlich durch die Polymorphie, den leichten Verlauf, sowie durch die Anamnese, die überstandene Masern ergibt, ermöglicht.

Die **Prognose** ist durchaus günstig.

Die **Therapie** besteht in Bettruhe von 8 bis 14 Tagen.

Anm. 117. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



No. 117. Rubeolae.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Scarlatina.

Tafel 72; 73, Fig. 119.

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

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

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

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

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

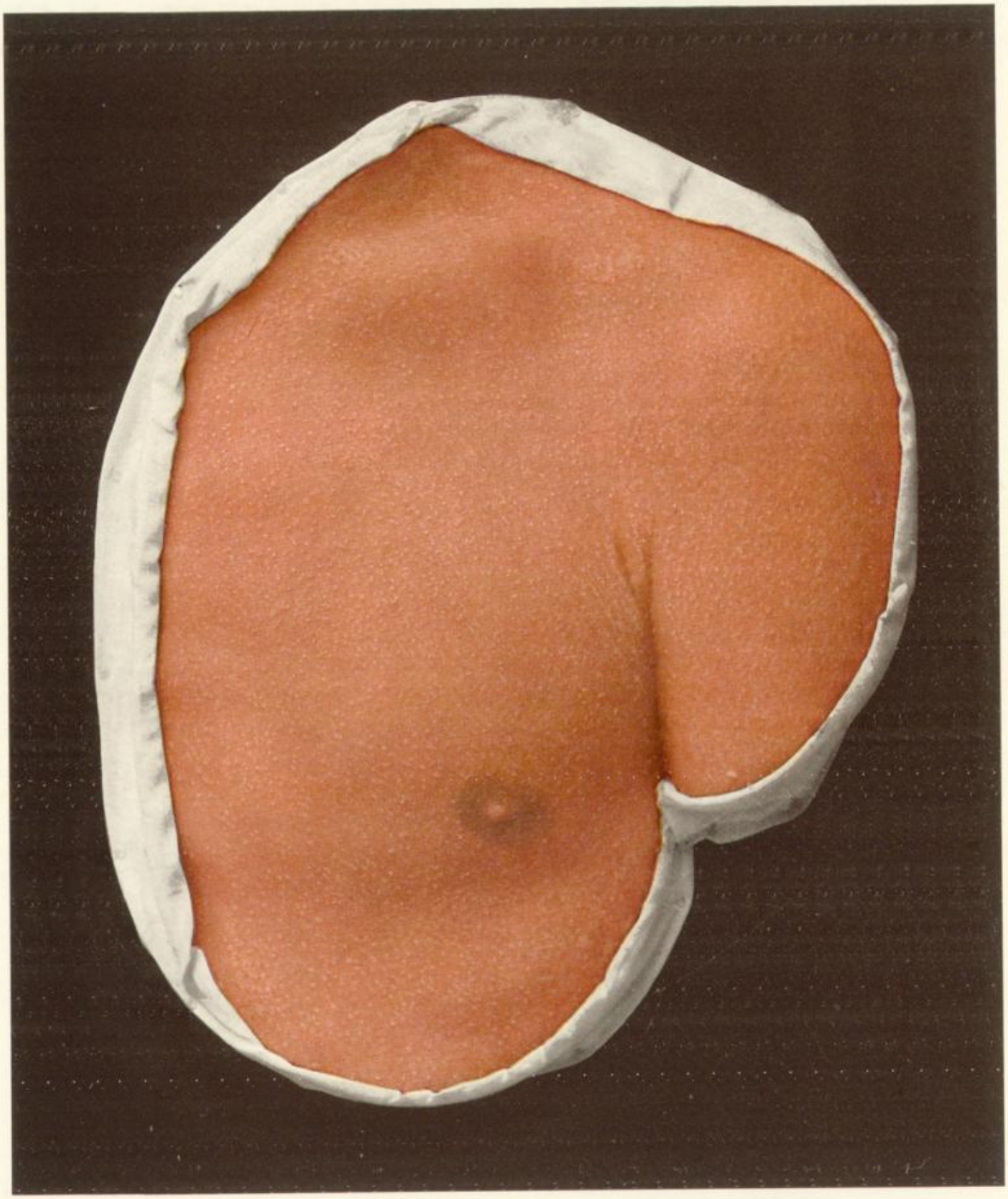
Von Komplikationen ist besonders auf die sehr häufige Scharlachnephritis zu achten, die meist nach Ablauf der zweiten Krankheitswoche gelegentlich mit Fieber, Erbrechen und Ödemen einsetzt und entweder in kurzer Zeit ausheilt oder aber durch Urämie, Endocarditis, Herzschwäche u. s. f. zum Tode führt.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

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

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

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

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



No. 118. Scarlatina.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Erysipelas.

Tafel 73, Fig. 120.

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

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

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

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

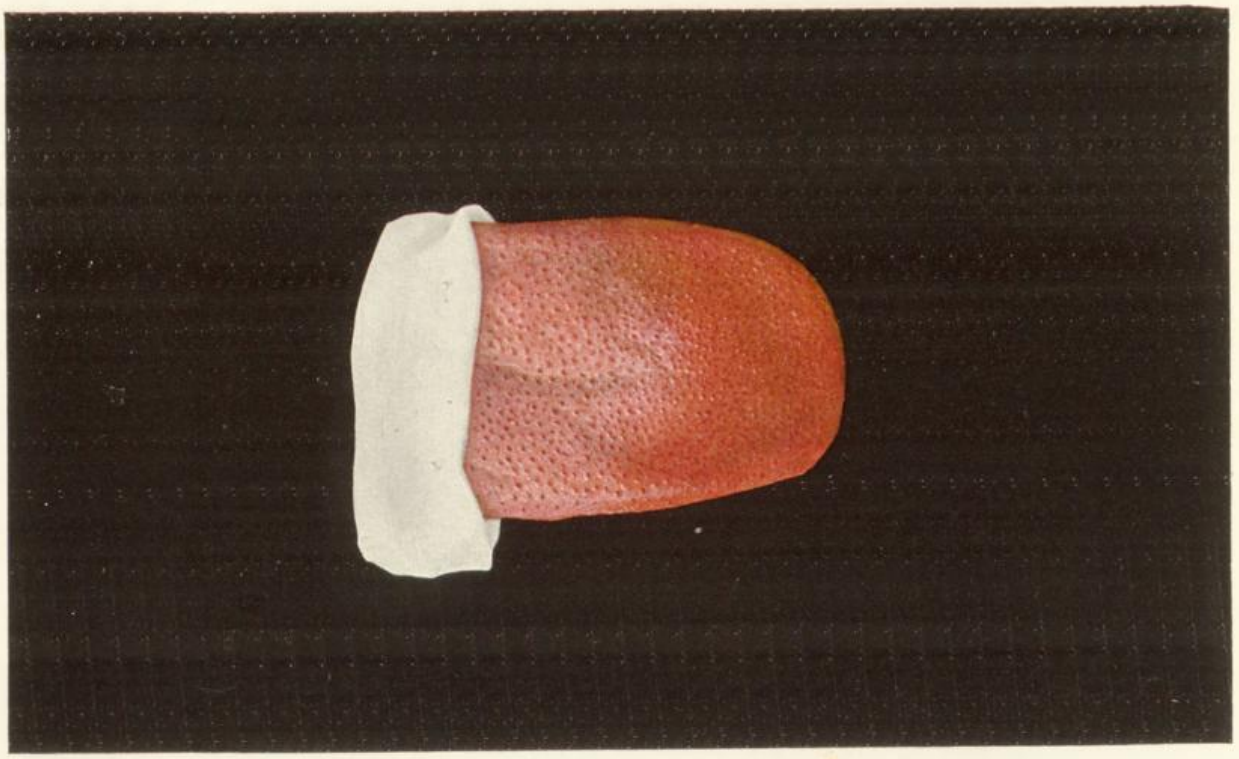
Die **Prognose** ist, besonders bei schwerem Kopferysipel, mit Vorsicht zu stellen, da zuweilen unter den Erscheinungen einer Allgemeininfektion das Leben gefährdet ist; die meisten Fälle verlaufen aber günstig.

Von großer Wichtigkeit ist die **Prophylaxe;** jeder Erysipelkranke ist sorgfältig zu isolieren und muß seinen eigenen Pfleger haben, der mit keinen anderen Kranken in Berührung kommen darf. Bei Personen, die an habituellem Erysipel leiden, müssen die Eingangspforten der Infektion, Ekzeme, Rhagaden, Ulcera cruris geschützt und zur Überhäutung gebracht werden.

Therapie: Die Versuche, mittels Antistreptokokkenserum das Erysipel zur Heilung zu bringen, haben bisher sichere Resultate nicht ergeben, so daß wir auf eine rein symptomatische Behandlung angewiesen sind. Neben Bettruhe, Fieberdiät und bei hohem Fieber, kühlen Bädern oder Wickeln verordnet man lokal Überschläge mit Liq. Alumin. acet. einprozentig, Resorzin oder Ichthyol 2—5prozentig, Einpinselungen mit reinem Ichthyol oder mit Kollodium, Einreibungen mit Ungt. Crédé, Verbände mit Alkohol oder mit Sublimatsalben. Empfohlen wird ferner Injektion von Collargol, Kompression der Lymphbahnen vermittels Heftpflaster in einiger Entfernung von der befallenen Stelle, Injektionen in die Umgebung mit 3% Karbollösung (sehr schmerzhaft!) sowie schließlich tiefe Skarifikationen im Gesunden und Umschläge mit antiseptischen Lösungen, wodurch das Weiterschreiten verhütet werden soll.



No. 120. Erysipelas.



No. 119. Scarlatina.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Anthrax (Pustula maligna).

Tafel 74, Fig. 121.

Bei dem Anthrax (Pustula maligna) führt das Eindringen der Milzbrandbazillen in eine kleine Epithelläsion unter Fieber zur Entwicklung eines stark infiltrierten roten Knötchens, auf dessen Höhe eine hämorrhagische Blase sich bildet, die sich, während die Infiltration der Umgebung zunimmt, in einen nekrotischen Schorf umwandelt (Milzbrandkarbunkel); in selteneren Fällen können an Stelle einer größeren Pustel zahlreiche kleinere auftreten, die Kratzstrichen oder sonstigen Verletzungen der Haut entsprechend angeordnet sind (Fig. 121). Gleichzeitig oder auch ohne Bildung einer Pustel kann sich ein eigenartiges teigiges Ödem der bläulich oder gelb verfärbten Haut entwickeln — Milzbrandödem. Die regionären Lymphdrüsen sind dabei schmerzhaft geschwollen. Der Prozeß kann unter Abstoßung der Nekrose ausheilen oder durch Allgemeininfektion (Darm-, Lungenmilzbrand) letal endigen.

Die **Prognose** ist in jedem Fall von Milzbrand dubiös, bei Darmmilzbrand schlecht. Die **Diagnose** wird aus der eigentümlich hämorrhagischen Beschaffenheit des Karbunkels, aus der Anamnese (Beschäftigung mit milzbrandkranken Tieren oder Häuten, respektive Haaren von solchen), sowie schließlich aus dem Nachweis der Bazillen (Impfung auf Meerschweinchen und Mäuse, Kulturversuch) zu stellen sein. **Differentialdiagnostisch** wäre der einfache Karbunkel durch das Fehlen der hämorrhagischen Nekrose sowie der Bazillen auszuschließen.

Die **Therapie** hat sich aller Eingriffe zu enthalten, welche den Mikroorganismen neue Eingangspforten eröffnen, respektive die Weiterverbreitung begünstigen können. Außer der lokalen Paquelinisierung oder Diathermie werden parenchymatöse Karbolinjektionen und sehr heiße Kataplasmen oder Alkoholverbände empfohlen.

Anm. 121. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). Pat. (Schäfer), dessen Krankengeschichte im Arch. f. Dermatologie, Bd. LXII, Heft 2 und 3, von Dr. Herrmann publiziert ist, hatte sich vor 8 Tagen beim Sezieren einer verendeten Kuh an einem spitzen Knochen gerissen; die meisten Pusteln sind entsprechend dem Riß angeordnet. Starke Schwellung der Achseldrüsen, Exitus 2 Tage später.

Actinomycosis cutis.

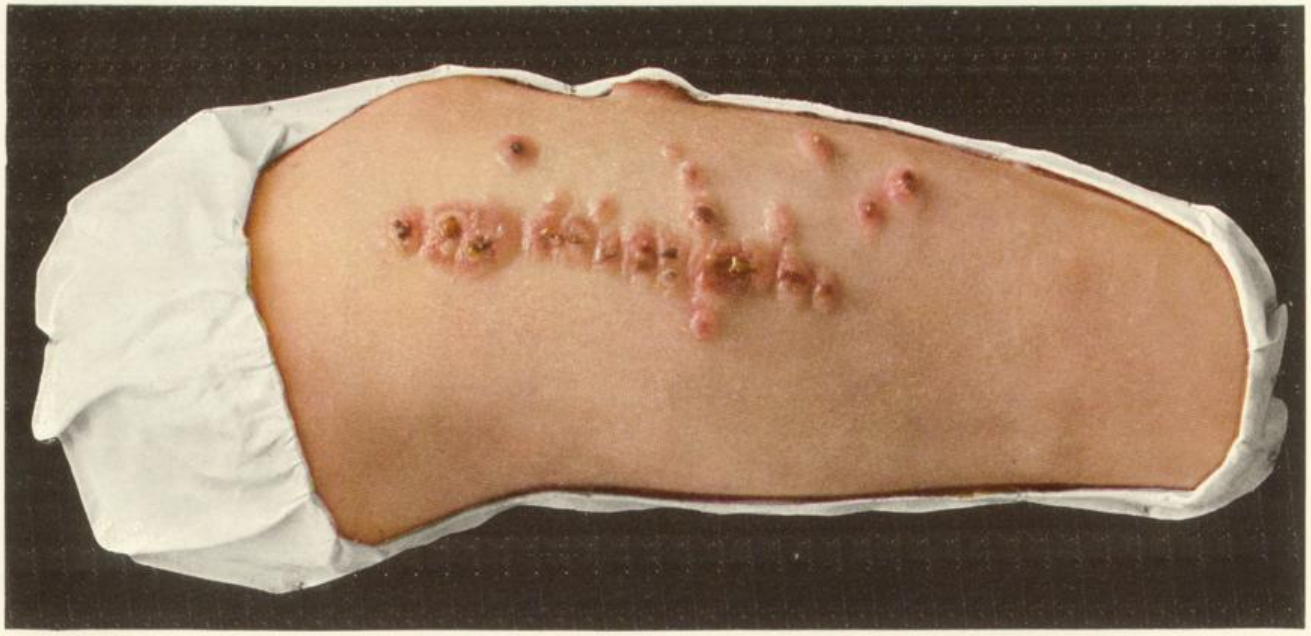
Tafel 74, Fig. 122.

Die durch Einwandern der Actinomycespilze hervorgerufene Erkrankung tritt äußerst selten primär in der Haut auf, sondern entsteht in der Regel infolge von Durchbruch von einer infizierten Zahnalveole aus. Es entwickeln sich in der bläulichroten, derb infiltrierten Haut, meist am Kiefer, zahlreiche Abszesse und Fistelgänge, in deren Eiter die charakteristischen, schon makroskopisch erkennbaren gelben Pilzdrusen (Actinomyceskörner) nachweisbar sind. Die Krankheit kommt am häufigsten bei Müllern, Bäckern, überhaupt bei solchen Personen vor, welche gelegentlich Getreidekörner zerbeißen. Die **Diagnose** ist mit Sicherheit nur aus dem Nachweis der Pilze zu stellen, die auch in differentielldiagnostischer Beziehung ausschlaggebend sind. Die **Prognose** ist bei lokalisierter Actinomykose günstig, bei weiterer Ausbreitung dubiös. Die **Therapie** war früher eine rein chirurgische (Spaltung und Auskratzung der Abszesse und Fistelgänge). In letzter Zeit werden Jodpräparate mit sehr gutem Erfolg intern verabreicht.

Anm. 122. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



No. 122. Actinomycosis.



No. 121. Anthrax (Pustula maligna).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Acne vulgaris.

Tafel 75.

Die häufigste der unter dem Namen Acne (chronischer Entzündungsprozeß der Follikel) zusammengefaßten Erkrankungen ist die bei jugendlichen Individuen, hauptsächlich gegen die Pubertät hin vorkommende Acne vulgaris s. simplex, bei welcher, jedenfalls durch Infektion des gestauten Inhaltes der Talgdrüsenausführungsgänge (Comedonen), ungemein hartnäckige Eiterungsprozesse von wechselnder Tiefe und Ausdehnung entstehen. Der einzelne Acneknoten, dessen Inhalt aus dem nekrotischen, respektive aufgequollenen Comedo und Eiter besteht, und der auf seiner Spitze häufig ein Pustelchen trägt, wird nach Entleerung des Inhaltes meistens mit Narbenbildung oder narbiger Einsenkung, eventuell auch Pigmentierung zur Heilung gelangen, jedoch treten in der Umgebung immer wieder neue Effloreszenzen auf, so daß der Prozeß sich nicht nur über Jahre erstrecken, sondern auch schließlich zu beträchtlicher Entstellung führen kann.

Der Sitz der Erkrankung ist in erster Reihe die Stirn, Nase und angrenzende Wangenpartien, sowie das Kinn (Fig. 123), die Brust und die oberen Teile des Rückens (Fig. 124), an welch letzterer Stelle sich nicht selten aus den Acneknoten größere tiefere Infiltrate bilden (Acne indurata), welche nach der Abheilung unregelmäßige oder keloidartige Narben hinterlassen. Die Gesichtshaut an Acne leidender Patienten läßt beim Betasten häufig eine Anzahl tiefer gelegener Knoten neben den oberflächlichen erkennen und zeigt meist ein eigentümliches, blasses, gedunsenes Aussehen.

Die **Ätiologie** der Acne ist noch nicht vollkommen sicher klargestellt; es scheint, daß verschiedene Prozesse auf die Entstehung des Leidens begünstigend einwirken; so sind nicht selten Magen-Darmstörungen vorhanden, häufiger ein eigentümlich seborrhoischer Zustand, der zur Bildung von Comedonen führt, welch letztere wiederum durch die gewöhnlichen Eitererreger in Acnepusteln umgewandelt werden. Die spezifische Bedeutung der verschiedentlich im Eiter der Acnepusteln beobachteten Bakterien ist eine bestrittene.

Die **Diagnose** der Acne vulgaris ist ohne Schwierigkeit aus dem gleichzeitigen Vorhandensein der Comedonen und Acnepusteln sowie aller Übergangs-

Anm. 123, 124. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

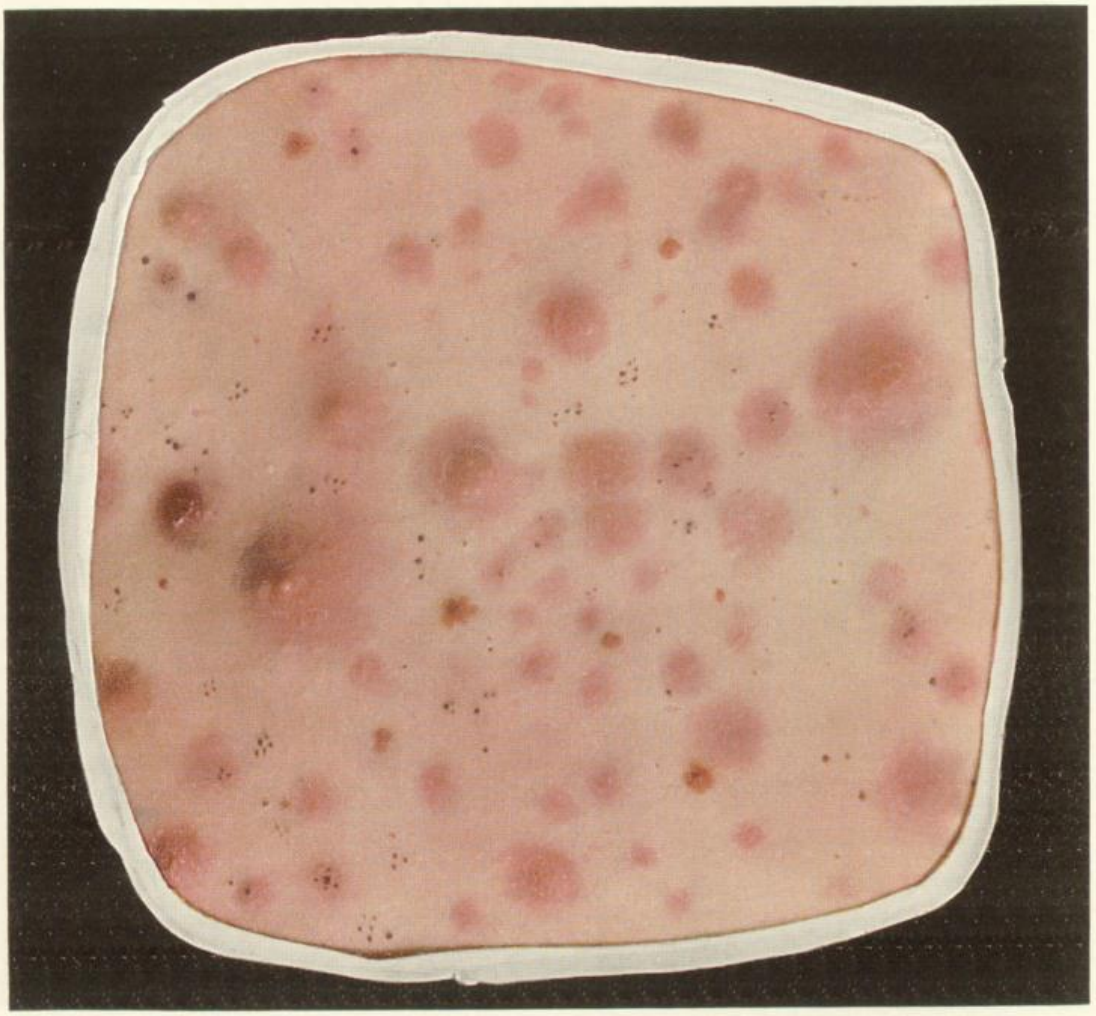
stadien zu stellen; ähnliche Syphilide sind leicht auszuschließen, eventuell sichert die Blutuntersuchung oder der Nichterfolg einer spezifischen Therapie die Diagnose.

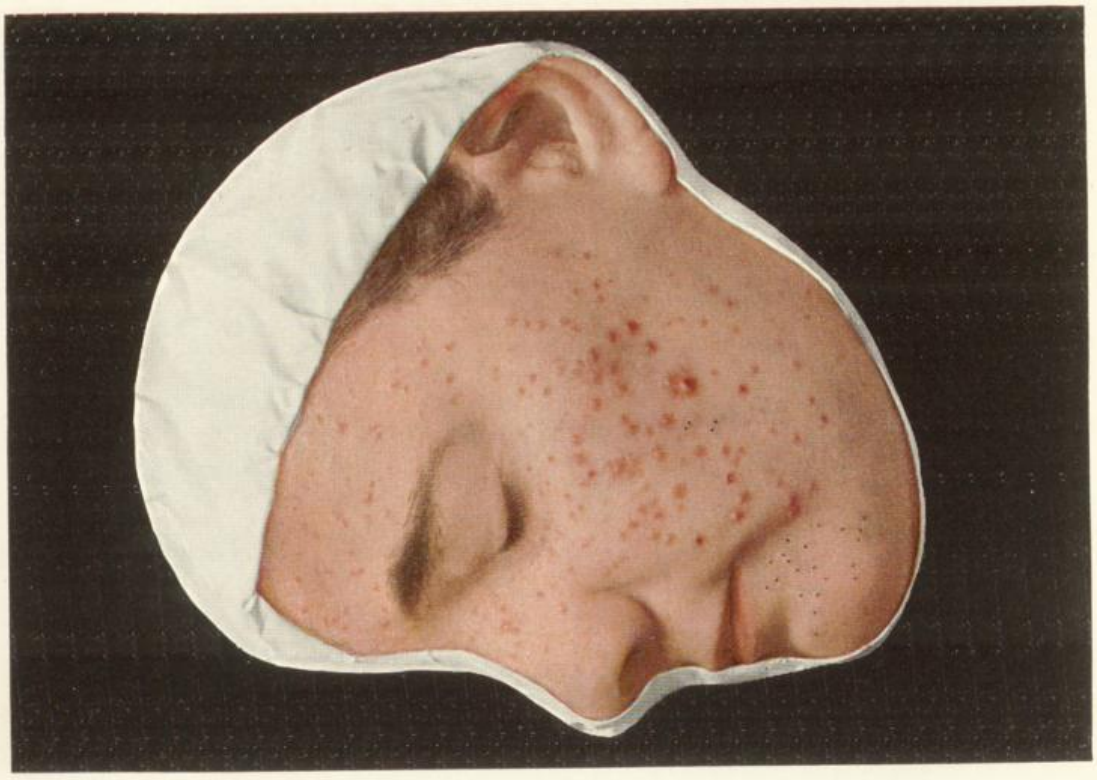
Die **Prognose** der Acne ist zumeist als günstig zu bezeichnen, doch ist die Dauer des Leidens oft eine sehr lange.

Die **Therapie** hat eventuell vorhandene Verdauungsstörungen zu beseitigen, indessen haben wir von strenger Diät allein niemals sicheren Nutzerfolg gesehen. Ebensowenig haben innere Mittel wie Arsen, Ichthyol, Abführmittel und Bierhefe oder Cerolinpillen zuverlässige Resultate ergeben; auch die Opsoninbehandlung hat nach unserer Erfahrung niemals die Heilung bewirkt. Die Lokalbehandlung hat streng zu individualisieren: Während in einzelnen Fällen jedes energische Mittel zu heftige Reaktionen hervorruft, kann man in anderen Fällen mit stark irritierenden Salben oder Pasten vorgehen.

Zunächst sind die Comedonen durch Ausquetschen zu beseitigen und die vorhandenen Infiltrate und Abszesse durch Inzision zu entleeren oder durch Kataplasmen, respektive durch Emplastr. Hydrarg. zur Erweichung zu bringen. Nächstdem ist die Seborrhoe und die damit in Verbindung stehende Neubildung von Comedonen zu bekämpfen, was am besten durch Schwefel in Gestalt von Pasten oder Waschwässern geschieht; in Salben wirkt der Schwefel nicht so intensiv. Weniger irritierend als der reine Schwefel, aber gleichwohl sehr wirksam ist der colloidale Schwefel, das Sulfidal, das in wässeriger Aufschwemmung, in Salben oder Pasten verordnet wird. Auch Schwefelseifen, Waschungen mit Spirit. sapon.-kalinus oder Ichthyolseifen und heißem Wasser führen zur Beseitigung der übermäßigen Fettbildung und eröffnen die Follikel, so daß deren Inhalt sich entleeren kann. Von Nutzen ist des weiteren eine kräftige Abschälung der Haut, wie sie durch starke Resorzinschwefelpasten, Naphtholpasten (Lassar), Jodtinktur- oder Jodglyzerinpinselungen bewirkt wird. Dabei ist zu bemerken, daß nach jeder Anwendung eines irritierenden Mittels eine gewisse Zeit bis zum vollkommenen Abklingen der Reaktion verstreichen muß, ehe die Applikation wiederholt wird. In der Zwischenzeit werden Puder, Ungt. leniens, Lanolincrême und ähnliche Mittel angewendet. Bei sehr empfindlicher Haut der Patienten hat man mit größter Vorsicht mit schwachprozentigen Schwefel-, Schwefelresorzin- oder Sulfidalpasten zu beginnen, um allmählich die Reizbarkeit der Haut zu mildern. Gute Erfolge erzielt man auch mit Röntgen- oder Quecksilberlichtbestrahlungen, besonders mit der Quarzlampe.

Nach Ausheilung der Acneknoten ist die Comedonenbildung durch heiße Waschungen, eventuell mit Schwefel- oder Marmorseifen, Abwaschungen mit Alkohol etc. zu bekämpfen. Schwefelbäder, Aufpinselungen von Solut. Vlemingkx sind besonders bei Acne der Brust und des Rückens empfehlenswert, im Gesicht ist letzteres Mittel zu vermeiden.





No. 123. 124. Acne vulgaris.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Folliculitis barbae (Sycosis simplex).

Tafel 76, Fig. 125.

Teils im Anschlusse an eine ekzematöse Erkrankung, teils ohne solche entwickeln sich hauptsächlich beim männlichen Geschlecht in den Follikeln der Barthaare isoliert oder konfluierend Knötchen, Pusteln oder größere Infiltrate, die von Haaren durchbohrt und meist mit Borken bedeckt sind. Der Sitz der Erkrankung ist am häufigsten, wie erwähnt, der Bart (Fig. 125), seltener Brauen, Wimpern, Nasenhaare, Achsel- oder Schamhaare, ganz ausnahmsweise der behaarte Kopf. Bei dem ungemein chronischen Leiden heilen die einzelnen Follikulitiden sehr langsam unter Ausstoßung der Haare und Narbenbildung ab, jedoch treten immer wieder neue Herde auf, was den chronischen Verlauf bedingt. Als Erreger der Erkrankung sind die gewöhnlichen Eiterkokken bekannt, doch wird der Boden in der Regel durch lokale Reizung vorbereitet. Bei längerem Bestande sind die einzelnen Follikulitiden nicht mehr voneinander abgrenzbar, sie bilden eine große infiltrierte Fläche, an deren Rand die einzelnen Stadien des Verlaufes erkennbar sind.

Die **Diagnose** ist aus der Lokalisation, dem chronischen Verlaufe und den von Haaren durchbohrten Knötchen meist ohne Schwierigkeit zu stellen; gegenüber der tiefen Trichophytie ist zu beachten, daß letztere an den Randpartien die Entstehung aus Trichophytiekreisen erkennen läßt, mächtigere Infiltrate bildet, und daß schließlich der Pilznachweis ausschlaggebend ist.

Die **Prognose** ist wegen der ungemein häufigen Rezidive mit Vorsicht zu stellen.

Therapie: Zunächst sind diejenigen Momente, welche die Ansiedelung der Kokken begünstigen, Ekzeme, Katarrhe der Nase u. s. w. zu beseitigen. Die darauffolgende Epilation hat dem Eiter Abfluß zu verschaffen, worauf Kataplasmen und feuchte Verbände (Resorzin, essigsaure Tonerde 1%, Sublimat 1 : 5000 Borsäure oder Ichthyol) anzuwenden sind. Größere Abszesse sind zu eröffnen, eventuell zurückbleibende Infiltrate durch Skarifikation, durch Anwendung von Schälpasten oder Salizylseifenpflaster zur Resorption zu bringen. Auch die Kataphorese und in neuerer Zeit besonders die Röntgentherapie, bis zum Ausfall der Haare angewendet, geben günstige Resultate.

Anm. 125. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen).

Acne necrotica (varioliformis).

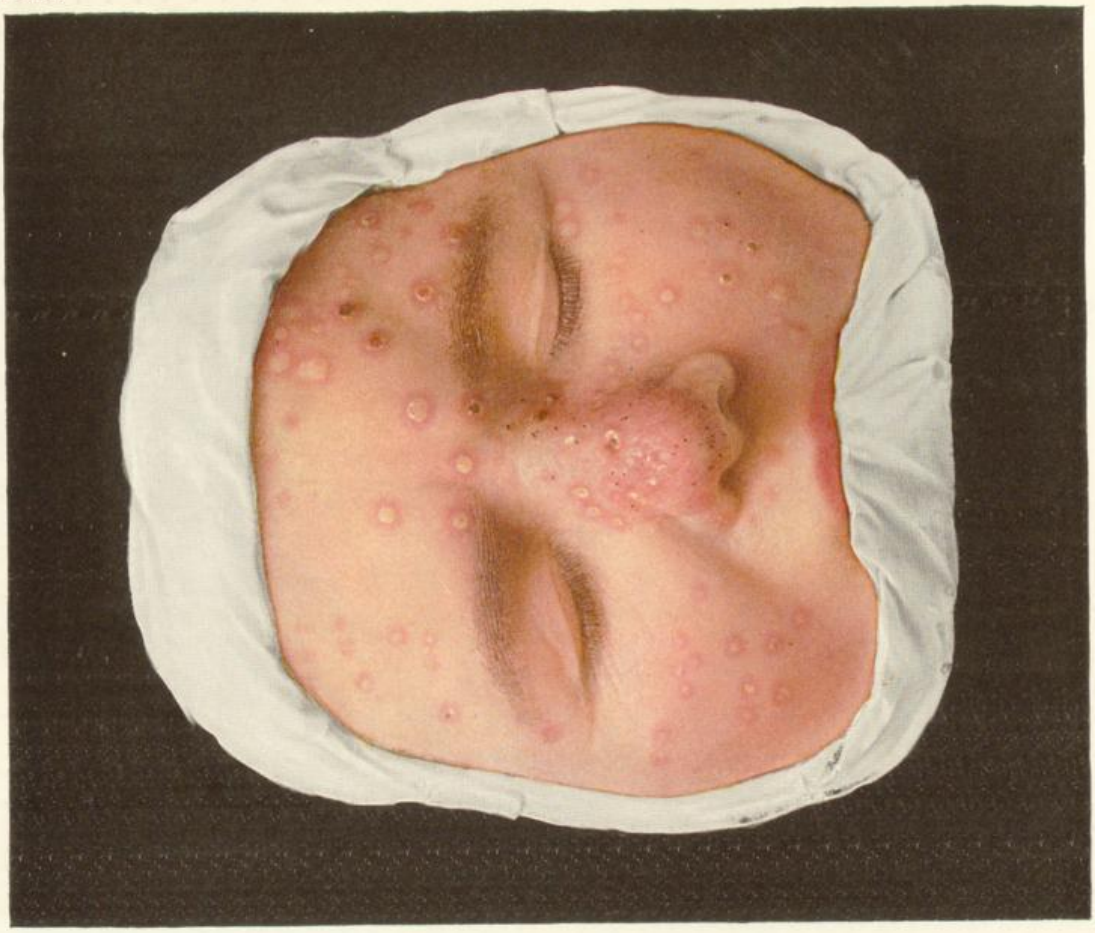
Tafel 76, Fig. 126.

An der Stirnhaargrenze, weniger häufig im Gesicht, auf der Brust und dem Rücken treten kleine rötliche Papeln oder auch Pusteln auf, die bald in ihrem Zentrum eine rundliche nekrotische Partie von gelblicher, bräunlicher bis schwarzer Farbe entstehen lassen. Die Überhäutung erfolgt von der Seite her unter diesem nekrotischen Schorf und nach Abfallen des letzteren bleibt eine scharf umschriebene rundliche Narbe zurück, die stark an Blatternnarben erinnert und deren Ränder allmählich abblassen (Fig. 126). Die Effloreszenzen sind an den Follikeln lokalisiert und rufen zuweilen nicht unbeträchtliche Schmerzen hervor. Das ziemlich seltene und hauptsächlich bei Männern schubweise auftretende Leiden führt häufig zu Rezidiven und der ganze Krankheitsprozeß erstreckt sich über Jahre hinaus.

Die **Ätiologie** ist unbekannt, doch wird eine Infektion vermutet. Nach Ausbildung der typischen Narben ist die **Diagnose** nicht schwierig; auszuscheiden sind hauptsächlich Syphilide, die jedoch in der Regel tiefergehende Zerstörungen hervorrufen.

Die **Therapie,** welche in innerer Anwendung von Arsen (Pill. asiat.), respektive in äußerlicher Applikation von Schwefelpasten, Resorzin- und Pyrogallussalben besteht, bringt nur die einzelnen Eruptionen zur Heilung, sichert aber nicht gegen Rezidive. Zu versuchen ist auch Licht- oder Röntgenbehandlung.

Anm. 126. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



No. 126. Acne necrotica (variolitormis).



No. 125. Folliculitis barbae (Sycosis simplex).

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Acne rosacea. Rhinophyma.

Tafel 77.

Ebenso wie die Acne vulgaris, häufig auf seborrhoischer Grundlage, teils mit ersterer vergesellschaftet, teils für sich allein, entwickelt sich bei Personen mittleren und höheren Alters im Gesicht, besonders an der Nase, die als Acne rosacea oder einfach Rosacea bekannte entstellende Erkrankung, bei deren niederstem Grade eine rote Verfärbung, auf Gefäßerweiterungen beruhend, entsteht. Bei höheren Graden kommt es zur Bildung acneartiger Knoten (Fig. 127), die indes nicht regelmäßig oder nur selten vereitern: bei den höchsten Stufen des Leidens findet sich außer der Rötung oder blauroten Verfärbung der Haut eine deutlich sichtbare Erweiterung der stark geschlängelten Hautgefäße, hochgradige Hypertrophie der Talgdrüsen und Knollenbildung der Haut, wodurch die Nase ein geradezu abenteuerliches Aussehen bekommt (Rhinophyma, Fig. 128). Das ungemein chronisch verlaufende Leiden erreicht nur bei Männern die höchsten Stadien der Entwicklung.

In ätiologischer Beziehung werden für das Leiden verantwortlich gemacht in erster Reihe Exzesse in Baccho, jedoch können Erkrankungen des Magen-Darmkanals, bei Frauen des Uterus, sowie schließlich Veränderungen an der Nasenschleimhaut die gleiche Erscheinung hervorrufen. Ein besonders begünstigendes Moment ist ferner viel Aufenthalt in freier Luft, Einwirkung von Wind und Wetter (Lokomotivführer, Kutscher u. s. w.).

Die **Diagnose** ist meist ohne Schwierigkeit zu stellen: Knotige Syphilide zeigen andere Farbe und neigen zum Zerfall, außerdem pflegen anderweitige Symptome der Lues vorhanden zu sein. Bei Lupus vulgaris sind die Knötchen nachweisbar, bei Lupus erythematosus schreitet der Prozeß peripher unter Bildung von fest anhaftenden Schuppen fort, während zentrale Atrophie eintritt.

Die **Prognose** ist nur in den ersten Stadien eine günstige, bei höheren Graden des Leidens meistens dubiös.

Anm. 127, 128. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Die **Therapie** hat zunächst eventuell vorhandene innere Erkrankungen zu beseitigen und die ätiologisch wirksamen Schädlichkeiten auszuschalten. Die äußere Behandlung ähnelt bei leichteren und mittleren Fällen sehr derjenigen der Acne vulgaris: Pinselungen mit Schwefelmixturen oder -pasten, Schwefelresorzinsalben, Sulfidalschüttelmixturen, Schwefel- oder Ichthyolseifen; bei höheren Graden sind die Schälpasten sehr nützlich. Die Hyperämie wird zweckmäßig durch Einreiben einer 40%igen Resorzinpaste bis zur Abschälung der Haut bekämpft, eventuell zurückbleibende dilatierte Gefäße werden geschlitzt oder mit dem Mikrobrenner zerstört; auch Skarifikationen und Stichelungen sind vielfach von Nutzen, ebenso Röntgen-, Quecksilberlicht- und in schweren Fällen besonders Finsenbestrahlungen. Beim Rhinophyma werden die Auswüchse mit dem Messer abgetragen, bis die normale Form der Nase hergestellt ist; die Überhäutung erfolgt von dem Epithel der Talgdrüsen aus ohne Schwierigkeit.



No. 127. Acne rosacea.



No. 128. Rhinophyma.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Dermatitis papillaris capillitii.

Tafel 78, Fig. 129.

An der Nackenhaargrenze entstehen bei der Dermatitis papillaris capillitii (auch Acné chéloidienne genannt, obwohl der Prozeß in keinem Zusammenhang mit der Acne steht) aus kleinen derben, mit einer Borke bedeckten Knötchen durch Zusammentreten und Konfluieren dieser sehr feste, blaßrote, erhabene Plaques, in denen sich nur noch wenige in Büscheln stehende, schwer zu entfernende Haare vorfinden; nur selten kommt es zum Zerfall in größerer Ausdehnung. Der Verlauf der spezifischen, keinerlei Beschwerden verursachenden Affektion ist ein ungemein langsamer; zuweilen tritt nach Jahren spontane Rückbildung ein. Die Ursache ist unbekannt; auffällig erschien uns das verhältnismäßig häufige Vorkommen der sonst seltenen Erkrankung beim Militär, resp. nach Ableistung der Dienstzeit (Halsbinde?).

Die **Diagnose** ist aus dem Sitz, der Derbheit der Knoten und den Haarbüscheln ohne Schwierigkeit zu stellen.

Die **Prognose** ist günstig.

Die Erfolge der **Therapie** waren bis vor kurzem wenig befriedigend; Empl. Hydrarg., Skarifikation, Stichelung und Abtragung, sowie Elektrolyse, die am meisten empfohlen wurden, leisteten fast nichts. Wir besitzen aber in der Röntgenbestrahlung ein Mittel, das fast stets in relativ kurzer Zeit vollkommene Heilung bewirkt.

Anm. 129. Moulage der Freiburger dermatologischen Klinik (Johnsen).

Granulosis rubra nasi.

Tafel 78, Fig. 130.

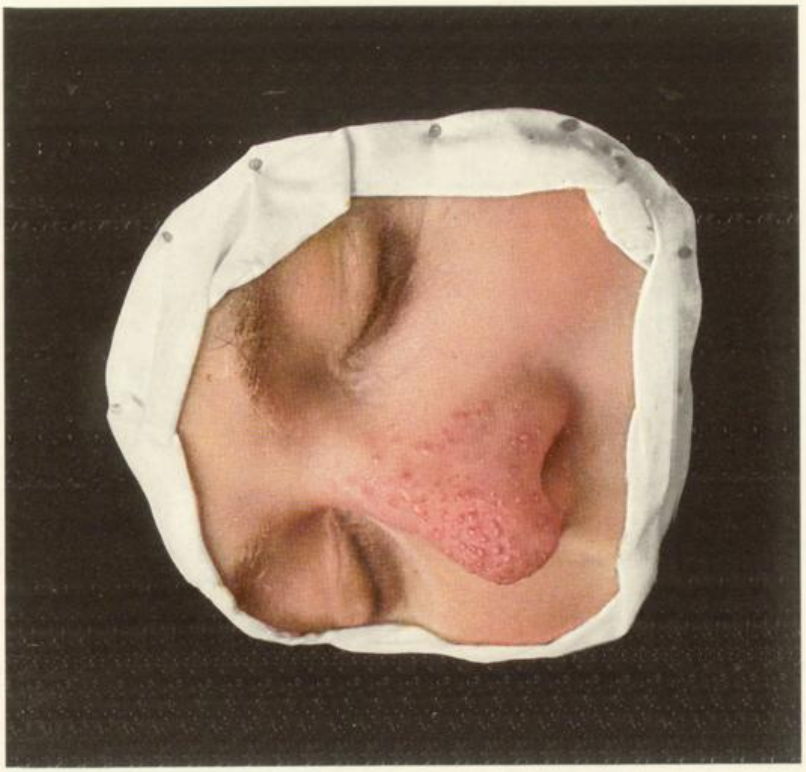
Bei stark schwitzenden Kindern beobachtet man nicht ganz selten am häutigen Teil der Nase, seltener in deren Umgebung eine chronische Erkrankung, die charakterisiert ist durch das Auftreten mehr oder minder zahlreicher kleinster bis stecknadelkopfgroßer hellroter Papelchen auf leicht geröteter oder auch etwas livider Basis; die Knötchen blassen auf Druck ab, verursachen keinerlei subjektive Symptome und gehen im späteren Leben meist spontan zurück. Der anatomische Befund beschränkt sich auf eine Infiltration um die Schweißdrüsenausführungsgänge; die Ätiologie ist nicht bekannt.

Die **Diagnose** ist nicht schwierig, da man Acne vulgaris wegen des Auftretens lange vor der Pubertät, Rosacea wegen des Fehlens der Teleangiektasieen und Talgdrüsenveränderungen leicht ausschließen kann; vor der Verwechselung mit Lupus vulgaris, dem die Affektion manchmal ähnelt, schützt die Untersuchung mittelst Glasdruck.

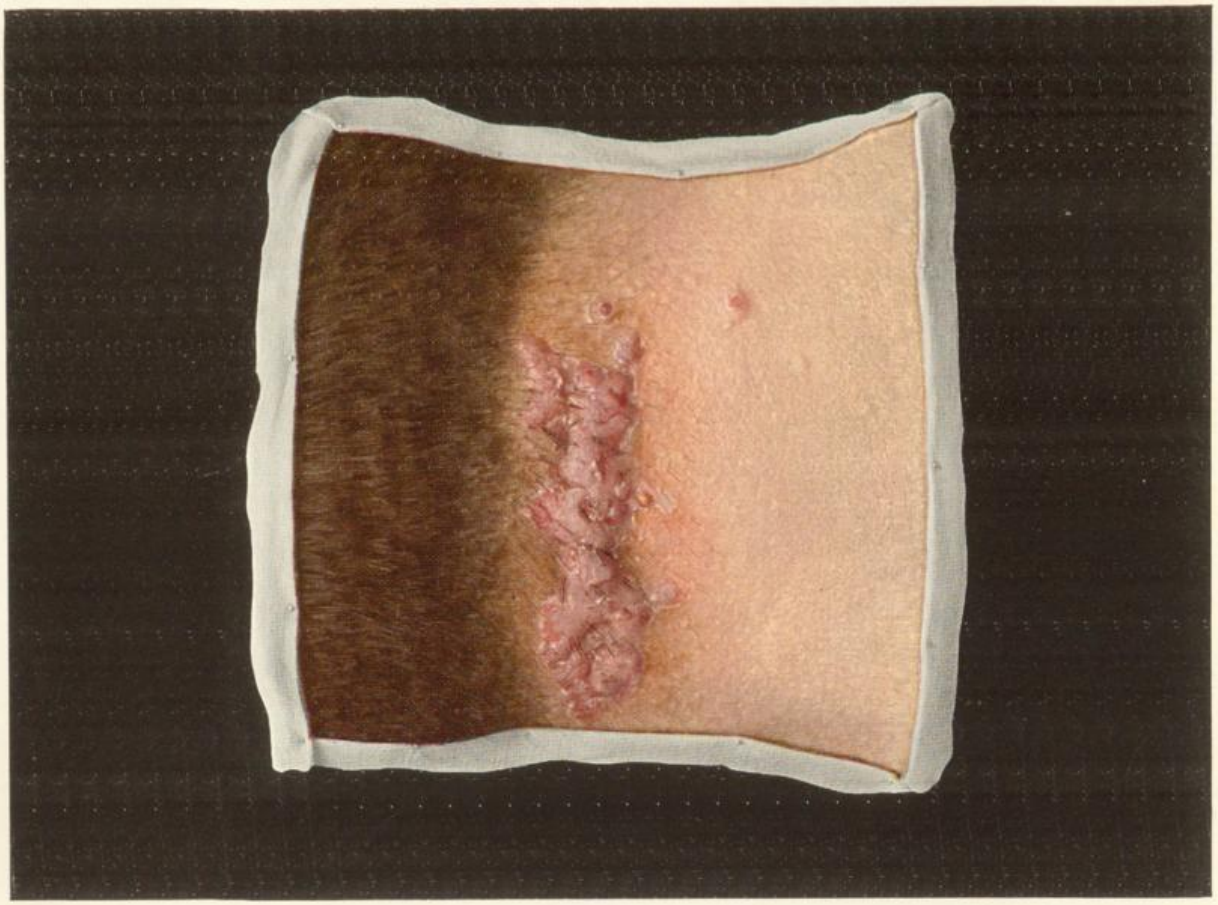
Die **Prognose** ist günstig, da mit dem Beginn der 20er Jahre in der Regel Spontanheilung eintritt.

Eine sichere **Therapie**, die um so erwünschter wäre, als die befallenen Kinder vielfach unter dem Spott ihrer Kameraden zu leiden haben, ist noch nicht gefunden. Vorübergehenden Erfolg erzielt man durch heiße Waschungen, Pinselungen mit stärkeren Resorzin- oder Formalinlösungen, sowie mit dem Thermokauter. Zu versuchen wäre auch die Radiotherapie.

Anm. 130. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).



No. 130. Granulosis rubra nasi.



No. 129. Dermatitis papillaris capillitii.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

JACOBI

ATLAS
DER
HAUT-
KRANKHEITEN
5. AUFLAGE
I. BAND

Ui VI
2059
-1-