Zirkumskripte Dermatoanämien (Leukischämien).

Von

Privatdozent Dr. **Hans Vörner.**

(Hiezu Taf. X.)

Meine Arbeit über Naevus anaemicus im Jahre 1906¹⁾ führte nicht nur eine neue Affektion in die Literatur ein, sondern lenkte auch die Aufmerksamkeit auf ein Symptom, von dessen Existenz und Bedeutung bisher noch niemand eine Ahnung hatte. Nach meinen derzeitigen Ausführungen besteht es in einer umschriebenen Anämie bzw. Ischämie der Haut, welche unter Glasdruck verschwindet und nach Reibung der Haut infolge Rötung der unbeteiligten Umgebung und Bläßbleiben der affizierten Stellen viel deutlicher als vordem zu bemerken ist.

Fischer,²⁾ welcher sich nach meiner Publikation zuerst mit dieser Affektion beschäftigte, äußert sich bezüglich seiner Fälle folgendermaßen: „Der Versuch einer Blutentleerung durch Glasdruck oder Streichen mit dem Finger bringt die Gebilde des Naevus anaemicus vollkommen zum Schwinden. Normaliter kaum zu sehen, treten dieselben nach künstlicher Hyperämisierung der Haut durch Reiben infolge der in den betreffenden Bezirken ausbleibenden Blutfüllung hervor.“ Ähnlich äußert

¹⁾ Vörner: Über Naevus anaemicus. Archiv für Derm. u. Syph. 1906. H. 3. Bd. LXXXII. p. 391.

²⁾ Fischer: Über Naevus anaemicus. Archiv für Derm. u. Syph. 1909. Bd. XCVI. p. 52.

sich Stein¹⁾: „Unter Glasdruck verschwinden die Grenzen der Affektion vollständig. In ihrem Bereiche tritt auf alle möglichen Reize Hyperämie gar nicht oder nur in verminderter Weise ein resp. verschwindet nach dem Auftreten auffallend schnell. Schwaches Reiben mit einem Tuche macht den Naevus anaemicus deutlicher.“

Die Existenz dieses neuen von mir entdeckten eigenartigen Phänomens hat heute als erwiesen zu gelten. Zunächst konnte man leicht zur Ansicht verleitet werden, daß dieses Symptom ausschließlich beim Naevus anaemicus vorkomme. Indessen schon in meiner ersten oben zitierten Arbeit habe ich es vermieden, diesen Gedanken auszusprechen, da ich damals meine Vermutung, daß dieses Phänomen sich auch anderweitig finden könne, nicht durch Beispiele zu belegen vermochte.

Im Anfang dieses Jahres teilt Brauer²⁾ eine Beobachtung über ein seltenesluetisches Exanthem mit. Bei einer Patientin im Sekundärstadium der Syphilis finden sich Flecken von weißlich glänzender Farbe, neben kleineren bis etwa Markstück großen auch handtellergröße, welche von konkaven Bogenlinien begrenzt sind, außerdem um pigmentierte zentrale Effloreszenzen anämische Höfe von 1—1½ cm Breite und schließlich blasse Bänder und Ringe. Unter Kalomelinjektionen heilen die Veränderungen binnen einer Woche vollkommen ab. Für die Zugehörigkeit dieser Affektion ist von großer Wichtigkeit, daß die Flecken die Eigenschaft haben, daß ihre Grenzen verschwinden, wenn man sie mit der Umgebung unter Glasdruck komprimiert. Auch durch Manipulationen, wie sie zur Diagnostik des Naevus anaemicus dienen, gelingt es, die Blässe der Flecken deutlicher zu machen. Dementsprechend bezeichnet Brauer seinen Fall als Lues leucischaemica.

Im Anschluß an diese erlaube ich mir, auch folgende Beobachtungen zu bringen.

Meine erste Patientin leidet an einem Erythrasma axillaris. In der linken Achselhöhle ist es, ohne daß die Kranke einen bestimmten Grund anzugeben vermocht hätte, zu einer stärkeren Entzündung gekommen.

¹⁾ Stein: Über Naevus anaemicus. Archiv für Derm. u. Syph. 1910. Bd. CV. p. 311.

²⁾ Brauer: Über ein seltenes syphilitisches Exanthem (Lues leucischaemica). Archiv f. Derm. u. Syph. 1911. Bd. CIV. p. 84.

Das Kavum der Achsel ist im ganzen gerötet, mit feinen, glänzenden Schuppen und teilweise auch mit dünnen, gelblichen Krusten bedeckt, welche sich abheben lassen. Unter ihnen sieht man das rote, glatte Rete Malpighii. Namentlich der Rand der Achselhöhle, innerhalb der Berührungsmöglichkeit zwischen Arm und Stamm, ist intensiv gerötet und erscheint als ein markanter 2 cm breiter roter Ring. Nach der Innenfläche des linken Oberarmes zu schließt sich eine etwa drei Finger breite erythematöse Zone an, welche sich nach außen zu mit einigen größeren konkaven Bogensegmenten abgrenzt. Die Kontur tritt umso deutlicher hervor, als sie sich mit einer $\frac{1}{2}$ cm breiten anämischen Zone gegen das gesunde Gewebe zu absetzt. Am übernächsten Tage sind die entzündlichen Erscheinungen infolge der Behandlung mit Umschlägen stark zurückgegangen und die anämische Zone ist nicht mehr erkennbar. Ein mäßiger Grad von Ichthyose findet sich an den Ellenbogen und Knien. (Fig. 1.)

Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen, welche als Ursache ihres Ausschlages angibt, daß ihr während eines Tanzvergnügens Juckpulver in die etwas reichlich offene Kleidung gestreut worden sei. Am folgenden Morgen sei kein Jucken mehr vorhanden gewesen, dagegen ein Ausschlag entstanden, dessentwegen sie am Nachmittag die Poliklinik aufsucht.

Bei der Untersuchung zeigt sich, daß der Ausschlag zumeist auf der Vorderseite des Rumpfes, sowohl auf Brust als Bauch, namentlich in der Gürtelgegend besteht; weniger ist der Rücken befallen, stärker dagegen die Arme, namentlich die Schultern und die Streckseite der Oberarme. Der Ausschlag besteht aus teils einzelnen, teils konfluenten, verschieden großen, erhabenen, lebhaft roten, gewöhnlich zentral, (bei den größeren) bläulich verfärbten und etwas eingesunkenen quaddelförmigen Plaques, deren Farbe auf Druck verschwindet, nach Weglassen derselben in lebhafterer Nuance wiederkehrt. Auffallenderweise hatten die Plaques anämische Höfe von zirka 1 cm Breite. Sie sind besonders deutlich an jüngeren bzw. kleineren Effloreszenzen und solchen, welche mehr peripherwärts gelegen sind. Unter Glasdruck werden die Höfe unsichtbar und durch Reiben der Hautstellen werden sie noch deutlicher. Die Patientin erhielt äußerlich Puderbehandlung, intern Rheum. Am dritten Tage hatten sich die Erscheinungen gebessert, die anämischen Höfe sind nicht mehr erkennbar.

Schließlich möchte ich noch eine dritte Patientin erwähnen, welche ohne bestimmte Veranlassung am Handrücken und den Streckseiten der Arme, namentlich um das Ellenbogengelenk, ein heftiges Jucken bekam. Dasselbe hielt ungefähr zwei Stunden an, hörte dann vollkommen auf. Während dieser Periode des Juckreizes brachte sie sich verschiedene, meist strichförmige Kratzaffekte bei. Nach etwa zwölf Stunden zeigen sich an diesen Stellen rote, quaddelartige Veränderungen, welche sie veranlassen, ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Tatsächlich bemerkt man an den erwähnten Stellen rundliche und stark ovale, erhabene Effloreszenzen, peripheriewärts von lebhaft roter, zentralwärts von mehr livider Farbe. Die ovalen und besonders die ausgesprochen gestreckten Plaques umschließen regelmäßig wie eine Längsachse einen meist durch seine dunkle Blutkruste sich markierenden strichförmigen Kratzaffekt. Den Rand der Effloreszenzen und zwar schon im Niveau der Umgebung umzieht ein blasser, einige Millimeter breiter Halo. Frottiert man eine dieser Effloreszenzen, so tritt der weiße Ring auffallend hell hervor, um so mehr als auch die zentrale Effloreszenz an Intensität der Färbung zunimmt. Unter Glasdruck tritt vollkommenes Verschwinden ein. Im übrigen erwähne ich noch, daß die Haut in mäßigem Grade, aber ziemlich ausgedehnt trocken ichthyotisch ist. (Fig. 2.)

Meinen Beobachtungen zufolge ist es unzweifelhaft, daß Hautveränderungen vom Typus des Naevus anaemicus auch bei Dermatitiden und Erythemen auftreten können. In allen Fällen, wie auch in dem von Brauer, handelt es sich nur um Frauen, was wohl bei der geringen Anzahl als ein zufälliges Vorkommen zu betrachten ist. Auch das Vorhandensein eines Status ichthyoticus der Haut bei einigen dieser Frauen dürfte voraussichtlich ohne erhebliche Bedeutung sein.

Dagegen möchte ich als bemerkenswerte Eigenschaften hervorheben, daß diese lokalisierten Anämien, wie bei meinen Patientinnen, andere Effloreszenzen als ein Halo anaemicus begleiten. Außerdem kann aber auch, wie im Fall Brauer, die Affektion mit kleinen Primärflecken beginnen, welche sich später zu größeren Ringen und Gyri weiter entwickeln. Weiter hin handelt es sich um akquirierte Anämien, welche sich in meinen Fällen rasch entwickeln und dementsprechend auch schnell verschwinden. Wir haben es hier mit einem sich bald ausgleichenden Zustand der Haut zu tun, welcher offensichtlich durch die akutentzündlichen Veränderungen dieser Fälle direkt oder indirekt bedingt ist. Bei Brauers Patientin ist Entwicklung und Bestand protrahierter, entsprechend dem mehr chronischen Verlaufe eines Hautsyphilides. In Berücksichtigung des jeweiligen akuten oder chronischen ursächlichen Prozesses dürfte die zeitliche Differenz von Entwicklung und Bestand der Effloreszenzen genügend erklärt sein.

Gelegentlich eines Vortrages im Oktober vorigen Jahres habe ich, unter Berücksichtigung der mitgeteilten Fälle, darauf hingewiesen, daß der Naevus anaemicus keine bloße

Kuriosität, sondern das erste Beispiel einer Gruppe von Affektionen sei, welche das gleiche Symptom aufweisen, aber verschiedener Ursache ihre Entstehung verdanken, in der Voraussicht, daß die zunehmende Bekanntschaft mit dem Phänomen des Naevus anaemicus die Zahl der Beobachtungen vermehren werde. Für diese Affektionen habe ich damals den Kollektivnamen Dermatoanämien zum erstenmale gebraucht. Hierbei habe ich noch hervorgehoben, daß gewisse Analogien mit den Pigmenterkrankungen bestehen.

In der Tat haben wir auch bei den Pigmentationen angeborene (Naevus spilus, Leucopathia congenita circumscripta) und erworbene Formen (Chloasmen, Leukoderma und Vitiligo); hier wie dort sind die kongenitalen dauernd und die erworbenen vorübergehend. Ätiologisch sind ebenfalls für die letzteren gelegentlich akute und chronisch entzündliche Affektionen verantwortlich zu machen, unter diesen namentlich die Syphilis und morphologisch können sie sich teils als Halo um andere Effloreszenzen, teils selbständig aus kleinsten Elementen entwickeln. Nebenbei möchte ich erwähnen, daß diese Analogien wohl auch die Ursachen gewesen sind, welche die Existenz der Dermatoanämien so lange verschleiert haben. Denn es ist wohl anzunehmen, daß dieselben, soweit sie überhaupt aufgefallen sind, für Depigmentationen gehalten worden sind.

Jedenfalls lassen sich den Pigmenterkrankungen entsprechend heute schon die anämischen Affektionen in der Weise einteilen, daß man eine angeborene Form, eine Dermatoanämia circumscripta congenita s. Naevus anaemicus von einer erworbenen Form, Dermatoanaemia circumscripta acquisita sive Leukischämie unterscheiden kann. Ich glaube, daß diese Nomenclatur einigermaßen zutreffend gewählt ist und hoffe, daß die zirkumskripten Dermatoanämien sich ebenso schnell wie schon der Naevus anaemicus in die Dermatologie einführen werden.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. X.

Fig. 1. Fall 1 mit unberührter anämischer Randzone.

Fig. 2. Fall 3, links oben unberührte Effloreszenz, in der Mitte frottierter Herd mit stark sich markierendem anämischen Halo.

Fig. 1.

Fig. 2.