Ueber einen Fall von Impetigo herpetiformis.

Von

Prof. **Tommasoli**,

Palermo.

(Hierzu Taf. XI.)

Als Anhang zu meiner Publication in der Herrn Prof. Pick gewidmeten Festschrift, über einige Varietäten des Pemphigus und besonders über den Pemphigus vegetans, den ich *Condylomatosis pemphigoides maligna* nenne, veröffentliche ich hier einen Fall von Impetigo herpetiformis, einer Krankheit, die jener sehr verwandt ist. Derselbe ist interessant wegen seiner objectiven Typicität; wegen des Geschlechtes des Kranken und noch mehr wegen seiner allgemeinen Eigenschaften und wegen des schlechten Allgemeinzustandes, auf den er herabgekommen war; wegen der therapeutischen Studien, denen der Patient unterzogen wurde; wegen seines Verlaufes; wegen der Seltenheit der Dermatose, von der, wie ich glaube, noch kein Fall in Italien veröffentlicht worden ist. Mein Fall kann daher veröffentlicht werden, ohne dass ich ihn mit Erläuterungen oder mit mehr oder weniger gewundenen Discussionen ausschmücke.

Val. Vitt aus Sassuolo (Modena), Hutmacher, unverheiratet, kam am 27. Februar 1893 in die innere Klinik von Modena wegen einer Nervenkrankheit und Kopfschmerzen und wurde mit der Diagnose Alkoholismus aufgenommen. Während er eine Jodeur durchmachte, welche schon den Kopfschmerz gebessert hatte, traten in der Schamgegend und in den Achselhöhlen Hautveränderungen auf, welche mit ziemlicher Schnelligkeit allmähig solche Ausdehnung annahmen, dass der Kranke am 19. März nach der Hautklinik, die damals von mir geleitet wurde, überführt werden musste.

Anamnese (22. März 1893).

Der Vater des Kranken war ein starker Mann, Lastträger und von guter Gesundheit; er wurde 1896 in einer Rauferei getödtet. Die Mutter des Kranken ging gerade mit ihm schwanger, als der Todschlag geschah und war darüber lange Zeit sehr verstört. Sie ist klein, aber gesund, trotz ihrer 60 Jahre. Sie war niemals krank, war aber immer sehr nervös und leicht reizbar. Ein Vetter dieser Frau starb an Kehlkopfkrebs. Der Kranke hatte viele Geschwister, aber alle starben an unbekannten

Krankheiten, bis auf einen Bruder, der 34 Jahre alt und sehr kräftig ist und der, wie der Kranke, dem Trunke ergeben ist, aber viel besser den Wein verträgt und sich weniger leicht betrinkt. — Der Kranke hat als Kind viel Elend ausgestanden und hat fast nackt die strengsten Winter und die häufig fast tropischen Sommer seiner Heimat durchmachen müssen. Ausserdem hat er fast beständig in feuchter Umgebung leben müssen, da er seiner Mutter bei ihrer Beschäftigung als Waschfrau half.

Mit 10 Jahren fing er an an Bauchschmerzen zu leiden und erinnert sich, dass er während mehr als 2 Jahre fast wöchentlich an heftigen Koliken und an Diarrhöe litt. — Mit 20 Jahren machte er seinen Militärdienst und fing während dieser Zeit an, an Jucken am Scrotum zu leiden, wo sich in Folge des Kratzens Krusten bildeten. Dieses Jucken heilte nie vollkommen und er leidet auch jetzt noch daran. — Seit ca. 6 Jahren leidet er auch an Hämorrhoiden, ohne jedoch viel Blut zu verlieren. Immerhin belästigen sie ihn sehr und er sagt, dass „sie ihm in den schlechtesten Augenblicken hinaufsteigen bis zum Magen und bis zur Kehle“. Im Jahre 1890 litt er mehr als 1 Monat stark an Influenza und seit der Zeit sagt er, habe er sich nicht mehr wohl befunden, da er immer an Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und an Schmerzen und Schwäche in den Beinen und allgemeinem Uebelfinden gelitten habe. — Vor 1 Jahre ganz besonders hatte er eine starke Unterleibsentzündung, die ihn für lange Zeit verhinderte, Beinkleider zu tragen und die Stuhlverstopfung zurückliess. — Er erkältete sich ausserordentlich leicht und bekam leicht Schnupfen. — Seit 8—10 Jahren hat er sich dem Trunk ergeben und gibt zu, dass er durchschnittlich 2mal per Woche, Sonntags und Montags, einen Rausch sich antrinkt. Die anderen Wochentage trank er fast ausschliesslich Wasser und arbeitete fleissig in einer sehr dunklen und engen Hutmacherwerkstätte, während er zugleich seiner Mutter in ihrer schweren Beschäftigung als Wäscherin half. In Folge dessen war er seit mehr als 1 Jahre so sehr geschwächt, dass die Beine zitterten und er schon von einem einzigen Glase Wein betrunken wurde. Dann hatte er alle Kraft verloren, hatte wenig Appetit, dagegen immer viel Durst. — Seit einigen Monaten litt er auch an Kopfschmerz, der sich steigerte, sobald er auch nur ein halbes Glas Wein trank und besonders Abends sehr stark wurde. Am andern Morgen fühlte er sich dann besser, aber der Kopfschmerz bestand fort. — An den Beinen fühlte er Zuckungen und nervöse Contractionen. Gegen Abend schien er gelähmt zu sein und konnte nicht gehen, weil ihm schwindelig wurde, es ihm schien, als ob die Steine sich unter seinen Füssen erhöhten. In Folge dessen ging er taumelnd und musste sich mitunter auf die Knie legen, um nicht zu fallen, obgleich er den ganzen Tag keinen Wein angerührt hatte.

Status praesens (23. März 1893).

Der Kranke hat nur 32 Jahre, aber ist schon alt, denn er ist fast ganz kahlköpfig, hat ein leidendes Aussehen, ist langsam in seinen Bewegungen und im Sprechen und ist den Tag über schweigsam und niedergeschlagen. Appetit sehr gering, schläft wenig und wird fortwährend

von unbestimmten Schmerzen und besonders von Kopfschmerz geplagt. — Sein Knochenbau jedoch ist sehr gut, seine Farbe ziemlich gut, seine Musculatur gut und die Ernährung zufriedenstellend. — Die innere Untersuchung, welche zuerst in der Klinik für innere Krankheiten gemacht war und auf der meinigen wiederholt wurde, hat nur folgende Resultate ergeben:

An der linken Lungenspitze finden sich die Reste einer umschriebenen Pleuritis; das linke Herz ist vergrössert, der Vergrösserung entspricht aber nicht die Herzthätigkeit; der Magen ist etwas erweitert; die übrigen Organe scheinen gesund, einschliesslich der Wirbelsäule, die genau untersucht wurde. Diesen Befunden gegenüber ist bemerkenswerth der grosse Kräfteverfall des jungen Patienten; sind weiter bemerkenswerth die Temperatur, welche gegen Abend steigt und der dumpfe und tiefe Kopfschmerz, der ihn fast fortwährend quält und ist schliesslich noch bemerkenswerther die sehr geringe Urinmenge, welche schon in der innern Klinik beobachtet wurde.

Die Hautaffection, welche augenblicklich besteht, hat vor circa 20 Tagen angefangen. Vor dieser Zeit, wie schon gesagt wurde, hatte der Kranke schon seit Jahren an Jucken am Scrotum mit einigen crustösen Pusteln gelitten, die ihn leidlich belästigten. Seit einiger Zeit bemerkte er auch ein wenig Jucken an den Armen und Beinen. Und in der rechten Achselhöhle und Schultergegend, an den beiden Punkten nämlich, wo sich augenblicklich die charakteristischen Manifestationen der Hautkrankheit befinden, scheint der Kranke schon seit einiger Zeit 2 kleine trockene Eczemflecke gehabt zu haben.

Während er in der inneren Klinik war, entstanden plötzlich, nachdem stärkeres Jucken und ein Gefühl von Hitze und Belästigung vorausgegangen waren, am Mons Veneris einige Pusteln, welche, indem neue an der Peripherie auftraten, schnell aufbrachen und eine wunde Fläche hinterliessen. Bald darauf wiederholte sich an den Achselhöhlen dieselbe Erscheinung und, wie der Kranke glaubt, auch am Rücken, wo er gleiche subjective Symptome wahrgenommen hatte u. zw. an der obengenannten regio intrascapularis.

Augenblicklich weist der Kranke in der Schamgegend eine grosse kranke Fläche auf, deren Ränder unregelmässig polycyclisch sind und die an der Wurzel des Penis beginnt und bis zur halben Höhe zwischen Nabel und Scham hinaufsteigt. 2 andere kranke Flächen, welche die erste berühren, gehen von der Scham über die Leistengegend bis an die Innenfläche der Schenkel hinab und 2 andere gehen von den Achselhöhlen aus, erstrecken sich bis zum inneren Rand der Arme und andererseits bis über die vordere Achsellinie hinaus und reichen bis zur Warzenhöhe hinab. Ausserdem findet sich ein kleiner rundlicher Fleck an der Vorderseite des linken Schenkels und ein ähnlicher an der Aussenseite des linken Armes, beide in geringer Entfernung von den Hauptflächen und 3 andere Flecke, einer handgross und 2 kleine finden sich am Rücken. Die Ränder dieser Flecken sind meistens von einem erhabenen und gelb-

lichen Kreis gebildet, welcher deutlich aus vielen einzelnen Phlyctenen zusammengesetzt ist, welche in festonartigen Kreisen angeordnet sind. Diese Phlyctenen sind offenbar durch die Verschmelzung von vielen kleinen, miliären, weissgelblichen, schlaffen Pustelchen entstanden, denn in vielen Punkten an den Rändern oder auch im Innern der kranken Flächen sind die isolirten oder auch gruppirten Bläschen-Pustelchen noch deutlich und man kann leicht davon die Weiterentwicklung verfolgen, wodurch sie sich nähern, verschmelzen und sich schliesslich in Kreis-segmenten anordnen. Die daraus entstehende Phlyctene bricht dann auf, um sich bald am Aussenrande neu zu bilden, und hinterlässt eine Wundfläche, die zuerst von einer grauen zähen Flüssigkeit benetzt ist, dann glänzend feucht wird und schliesslich fleischroth und trocken.

Das Innere dieser Flächen hat im Ganzen das Aussehen einer sehr oberflächlichen Ulceration und weist vom Centrum gegen die Peripherie mit seinem wechselnden Aussehen die verschiedenen Altersstufen der verschiedenen concentrischen Zonen auf, aus denen sich die Fläche zusammensetzt. In der That sind die centralsten Zonen trocken, von dunkelrother oder blauröthlicher Farbe und bedeckt hie und da von kleinen grauen oder dunklen Schuppen und Krusten oder auch von einigen schmutzigen und fettigen Schuppen, im Masse aber als die Zonen sich gegen die Peripherie ausdehnen, wird die Röthe viel lebhafter, hört die Trockenheit auf und tritt an ihre Stelle die zähe und graue, oben erwähnte Flüssigkeit, während die grauen Krusten häufiger und dicker werden und in geringer Entfernung von der Peripherie man auch wieder einige Bläschen-Pustelchen und einige unregelmässige Kreisstücke von Phlyctenen sieht.

Nach Erhebung aller dieser verschiedenen allgemeinen und localen Befunde, schien mir ein Urtheil über die Krankheit nicht schwierig und, indem ich die medicinische mit der dermatologischen Diagnose vereinigte, liess ich zu Häupten des Kranken „*Impetigo herpetiformis* bei einem Alkoholiker“ schreiben.

Zwar handelte es sich um einen Mann, aber auch bei einem solchen war diese Diagnose nicht mehr neu. Und dann möchte ich eine Thatsache noch anführen, die augenblicklich ohne Bedeutung scheinen kann, aber die vielleicht in Zukunft eine solche haben wird, dass nämlich dieser Kranke in intellectueller und in psychischer Hinsicht, wie auch in seinen Bewegungen und seinem Benehmen zu jenen Typen gehörte, welche wir Italiener *Donneschi* (Weibmann) nennen.

Ehe ich den Kranken einer Behandlung unterwarf, wollte ich ihn ein wenig genauer studiren und trug für einige Tage Prof. Cuoghi auf, eine genaue Untersuchung des Harnes zu machen. Das Resultat davon war das Folgende:

I. Untersuchung: Menge Ccm. 980 (in 24 St.), spec. Gewicht 1018, Eiweiss 0, Scotoxyle normal, Indoxyle übernormal, Reductionsverm. normal, Urorerythrin etwas mehr als normal, Urobilin 0, Melanin 0, Kreatinin normal, Aceton normal, Gallenfarbst. 0, Gallensäuren 0, Leucin und Tyrosin 0, Kalk normal, Magnesia etwas mehr als normal, Chlorüre Gr. 10, Phosphorsäureanhydrid der alk. Phosphate Gr. 0·842, Phosphorsäureanhydrid der Erdphosphate Gr. 0·278, Summa Gr. 1·120. Harnstoff Gr. 17·640, Säuregehalt, (ausgedrückt in Ccm. 4 Cl auf $\frac{1}{4}$ des Normalen) 118, Schwefelsäure total Gr. 1·800, Schwefelsäure präformirt Gr. 1·150, Schwefelsäure der Aether Gr. 0·650, Proportion zwischen Schwefels. der Aether und der präformirten $\frac{1}{1·77}$ (im Mittel $\frac{1}{10}$).

II. Untersuchung (verschieden von der I. im Folgenden): Menge Ccm. 950, spec. Gewicht 1020, Indoxyl mehr als normal, Uroerythrin mehr als normal, Chlorüre Gr. 10·40, Phosphorsäureanhydrid der alk. Phosphate Gr. 1·090, Phosphorsäureanhydrid der Erdphosphate Gr. 0·420, Summa Gr. 1·510, Harnstoff Gr. 18·250, Acidität 170 (normal 130—140).

Wie Jedermann aus diesen beiden Prüfungen entnehmen kann, war das Verhältniss der Schwefeläther und also auch der flüchtigen Phenole im Harn unseres Kranken anormal erhöht; und wenn man die absolute, nicht die relative Elimination in Betracht zieht (denn die tägliche Harnmenge ist gegen die Norm um ein Drittheil verringert und trotzdem arm an Extractivstoffen), so kann man behaupten, dass der Stoffwechsel des Kranken viel langsamer als normal vor sich ging.

In Folge dessen zog ich es vor, anstatt die Dermatoze zu behandeln, auf den Organismus einzuwirken und mit besonderer Rücksicht auf jenen enormen Kräfteverfall und jene enorme Schwäche, von welcher jede Function des Organismus betroffen zu sein schien, dachte ich, ob dies nicht ein Fall wäre, wo man die Cur von Brown-Séguard anwenden könnte.

Inzwischen, wo ich nicht die nöthigen Mittel für eine solche Cur in Händen hatte, verordnete ich innerlich eine Flasche Vichy (Celestins) täglich; gab ich hin und wieder in kleinen Dosen anregende, tonische und Bitterstoffe und Abends oft 1 Gr. Chloral, um den Schlaf zu erleichtern. Aeusserlich gebrauchte ich an den gebesserten Stellen Zinkoxyd und Amylumpulver mit einer kleinen Menge Salicylsäure und an den schlechteren Stellen Paste von Lassar mit Schwefel.

Diese Cur wurde bis zum 20. April angewendet. Die Dermatoze verschlimmerte sich aber immer: es bildeten sich

immer neue Gruppen und neue Kreise von Pusteln; die exulcerirten Flächen dehnten sich immer mehr aus; die Schlaflosigkeit und der Kopfschmerz hörten nur sprungweise auf; die Abendtemperatur war immer mehr als 38° ; die Kräfteerschöpfung wich nur sehr wenig und da ich noch nicht die genügende Menge von der Brown-Séquard'schen Flüssigkeit haben konnte, so versuchte ich eine andere Curmethode anzuwenden. Innerlich Jodkalium in ziemlich hohen Dosen, Vichy-Wasser und viel Milch. Aeusserlich auf den grössten Flächen ung. resorc. comp., auf der Stelle am Arm Beiersdorffs-Pflaster Nr. 28 (Zinkoxyd und Carbolsäure), auf den Stellen am Rücken Pflaster Nr. 29 (Zinkoxyd, Sublimat und Carbolsäure) und auf der Stelle an der Innenfläche des Schenkels Pflaster Nr. 10 (Salicylsäure).

Zwei Tage nachher musste ich die Resorcinsalbe aufgeben, weil sie reizte und ersetzte sie durch eine Zinksalbe, welche 2% Resorcin und 1% Menthhaessenz enthielt.

Nach 3 andern Tagen sind die allgemeinen Verhältnisse des Kranken ein wenig gebessert, aber die Dermatoze verschlimmert sich und ich fange an hie und da Pusteln zu beobachten, die ein neues Aussehen nach dem Typus der Jodakne haben. Nach 3 andern Tagen, während der Gebrauch von Jod fort dauert, haben sich die Aknepusteln besonders an der Stirn und am Rücken vermehrt; ausserdem treten an den schon erkrankten Stellen am Rücken harte, dunkelrothe Knötchen von Hanfkorngrösse auf und entsteht über den ganzen Körper Jucken. Nur die Stellen, welche mit der Resorcinpomade und mit dem Pflaster Nr. 29 behandelt waren, sind gebessert und neigen dazu, trocken zu werden. Ich denke daher daran, Jod aufzugeben, während ich mit Vichy-Wasser fortfahre, das für die Verdauung sehr nützlich zu sein scheint und äusserlich auf all den Stellen, wo das Pflaster anwendbar ist, wende ich das Pflaster Nr. 29 an, das offenbar das günstigste Heilmittel zu sein scheint und an den Stellen in den Beugeflächen und um dieselben wende ich die Pomade mit Resorcin und Mentol an.

Nach 4 Tagen, d. h. am 4. Mai, haben die Akne und das Jucken aufgehört, ist die Dyspepsie sehr gebessert, versichert der Kranke sein Wohlbefinden, denn er kann aufstehen und

umhergehen ohne Stütze 1 Stunde lang. Jedoch bilden sich fortwährend neue, miliäre Pusteln in Gruppen hie und da und treten sie auch um die alten Stellen am Rücken und an der Scham auf; einige Bläschenpustelchen, so gross wie eine Linse und in kleinen Gruppen von 3—6 Elementen vereinigt, und die Stellen an der Scham und in den Achseln dehnen sich immer mehr aus. Ich entscheide mich daher schliesslich, die Brown-Séguard-Cur auszuführen, ohne wieder zum Jodkalium zurückzukehren.

Die beigegefügte Abbildung (Taf. XI) wurde nach dem Status vom 6. Mai angefertigt. Am 7. Mai wurde die erste Injection von 1 Gr. Hodensaft gemacht, den ich direct von Paris von Prof. D'Arsonval erhalten habe, dem ich an dieser Stelle, wenn auch etwas spät, meinen innigsten Dank dafür aussprechen möchte.

5 Tage hintereinander wurde die Injection wiederholt und das Allgemeinbefinden des Kranken besserte sich in diesen Tagen sichtlich und so sehr, dass er sehr damit zufrieden war und täglich einige Stunden im Garten der Klinik spaziren gehen wollte. Trotzdem traten immer wieder einige Gruppen von Bläschenpusteln auf, die sich schnell zu Kreisen anordneten und schon den ganzen Rücken und die Hüften bis zu dem Gesäss einnahmen. Die alten Stellen an der Scham, an den Leisten und an der Innenfläche der Schenkel sind fast vollständig trocken geworden.

Am 12. Mai, wo die 6. Injection gemacht werden sollte, begab sich der Patient gegen 8 Uhr Morgens in gutem Wohlbefinden nach dem Abort und musste dort mit Mühe wegen der gewöhnlichen Verstopfung sein Bedürfniss verrichten. Kaum in sein Bett zurückgekehrt, wurde der Patient nach einigen Minuten von lancinirenden Schmerzen zuerst am Hypogastrium und dann über den ganzen Leib befallen, von starker Dyspnoe und von schwachem, arhythmischem Pulse; die Temperatur, $\frac{1}{2}$ St. vorher 36·4, stieg plötzlich auf 37·8; es bestanden auch leichte Brechbewegungen. Dieser Anfall geschah ca. 23 St. nach der Injection von Hodensaft. Ich verordnete schnell beruhigende Wässer und anregende Getränke, während ich die Massage auf dem Leib ausführen liess. Dann legte ich einen Leinsamenumschlag auf den Leib und unterliess die Injection. Der Zu-

stand des Kranken besserte sich langsam und am andern Morgen war alles verschwunden.

Darauf wollte ich die Injectionen wieder aufnehmen und machte, wie gewöhnlich, um 3 Uhr Nachmittags die 6. von 1 Gr. Flüssigkeit. Nach der Injection geht er, der Kranke, aus und geht 1 St. spaziren; um 5 Uhr Nachmittags isst er ein wenig; um 7 Uhr wiederholt sich ohne angebliche Ursache ganz derselbe Anfall, wie den Tag vorher, mit noch höherer Temperatur, aber von geringerer Dauer.

Da ich nunmehr glaubte, dass zu diesen schweren Störungen die Flüssigkeit von Brown-Séguard beitragen könnte, eine Ueberzeugung, zu der auch der Kranke gekommen war, so gebe ich definitiv die Injectionen auf, deren Anzahl sich also auf 6 belief. Ich muss jedoch bemerken, dass auch Tags darauf der Kranke, der sich den ganzen Tag über wohl gefühlt hatte, sofort nach dem Nachtmahl von neuem von den gewöhnlichen Schmerzen befallen wurde, zuerst am Epigastrium, dann am Unterleib und von Dyspnoe, jedoch in viel geringerem Grade als die vorhergehenden Male.

In dieser Zeit ist das Allgemeinbefinden des Kranken sehr gebessert; die Temperatur ist normal, der Schlaf ziemlich gut. Was die Dermatoze betrifft, so sind alle Stellen an der Vorderseite des Rumpfes und der Schenkel trocken geworden und bestehen nur noch drei kleine Stellen feucht mit miliären Pustelchen an der Peripherie in den Leisten; auf der Hinterseite ist die Affection sehr gebessert und fängt sichtlich an definitiv trocken zu werden auf den meisten kleinen Stellen. Da der Kranke diesen guten Zustand wahrnimmt, so verlangt er von der Klinik fortzugehen und da er darauf besteht, so lassen wir ihn gehen, indem wir ihn mit dem Pflaster Nr. 29 versehen für die Stellen, die noch bestehen; dies war am 15. Mai.

In seine Familie zurückgekehrt, verbrachte der Patient die ersten Tage sehr gut. Jedoch bald stellten sich die loncinirenden Schmerzen am Epigastrium wieder ein; kehrte der Kopfschmerz, die Schlaflosigkeit und auch die Appetitlosigkeit mit Verstopfung wieder zurück. Einige Tage später, d. h. gegen Mitte Juni, fing auch die Dermatoze wieder an, die alten

Sitze von neuem nach und nach zu befallen, und zwar in der gewöhnlichen Form auf den alten Stellen und auf wenigen neuen. Am 22. Juni kehrte der Patient in die Klinik zurück.

Zu allen alten, allgemeinen Erscheinungen ist eine neue hinzugekommen und das ist der Durst, den, wie der Kranke sagt, er immer sehr stark gefühlt hatte, ohne jedoch davon Zeichen zu geben, da er ihn für eine Folge seiner alten Gewohnheiten als Trinker gehalten habe und der sich jetzt nur sehr stark bemerkbar mache. Ausserdem sind zu der gewöhnlichen Verstopfung, die jetzt hartnäckiger als je ist, sehr geschwollene und schmerzhafte Hämorrhoidalknoten gekommen.

Was die Dermatoze betrifft, so sind die meisten alten Herde immer noch in gutem Zustande, d. h. trocken, dunkelroth, theils pigmentirt, theils livid. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass bei allen denjenigen Herden, welche auf der Fläche des Unterleibes und des Rückens bestehen, der verschiedene Grad der Pigmentation sie wie Kokarden erscheinen lässt, die so auf Entfernung deutlich sichtbar sind. In den Leistenfalten und an den innern Schenkelflächen sind die alten, früher trocknen Stellen von neuem geröthet, feucht und bedeckt mit kleinen, akneähnlichen, pruriginösen Papelchen oder mit Pustelchen, die sich schnell entwickeln und aufbrechen. Am Nacken, auf den Schultern, am Rücken und oberhalb des Nabels sieht man neue Gruppen von miliären Pustelchen, die sich schon in Kreisen oder in Kreissegmenten anordnen in der gewöhnlichen Weise.

Ich lasse von neuem für einige Tage den Harn untersuchen und gebe hier das Resultat davon, das ich der Liebenswürdigkeit und dem Eifer von Herrn Dr. Giovanni Setti, dem Assistenten von Prof. Coghi verdanke.

I. Analyse der 24stünd. Harnmenge (24.—25. Juni 1893). Menge Gr. 480, Säuregehalt stärker als normal, spec. Gewicht 1025, Eiweiss 0, Scatoxyl normal, Indican mehr als normal, Reduktionsvermögen grösser als normal, aber zeigt nicht pathol. Substanzen an (wie Glycos^e etc.), Uroerythrin mehr als normal, Chlorüre Gallenfarbstoffe 0, Urobilin 0, Kreatinin normal, Gr. 8.85 (normal Gr. 15 in 1500 Gr. Harn), Anhydrid der P_2O_5 im Ganzen in 50 Ccm. Urin: 16.8 Ccm. der alkal. Phosphate in 50 Ccm. Urin: 12.8, der Erdphosphate in 50 Ccm. Urin: 4.0.

II. Analyse der 24stündigen Harnmenge (25.—26. Juni). Menge Gr. 350, Säurereaction normal, spec. Gewicht 1026, Eiweiss Spuren,

Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reduktionsvermögen wie in Analyse I., Uroerythrin mehr als normal, Urobilin 0, Kreatinin wenig mehr als normal, Gallenfarbstoffe 0, Chlorüre netto 10·4 — im Ganzen Gr. 3·64.

III. Analyse der 24stündigen Harnmenge (26.—27. Juni). Menge Gr. 460, Säurereaction normal, Eiweiss Spuren, spec. Gewicht 1020, Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reduktionsvermögen wie oben, Uroerythrin mehr als normal, Kreatinin etwas mehr als normal, Chlorüre netto 7·2 — im Ganzen Gr. 3·31, Phosphate im Ganzen in 25 Ccm. Urin: 13·5, alkalische Phosphate in 25 Ccm. Urin: 7·1, Erdphosphate in 25 Ccm. Urin: 6·4.

IV. Analyse der 24stündigen Harnmenge (27.—28. Juni). Menge Gr. 750, Reaction leicht basisch, spec. Gewicht 1013, Eiweiss mehr als an den vorigen Tagen, Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reduktionsvermögen wie oben, Uroerythrin mehr als normal, Kreatinin wenig mehr als normal, Chlorüre netto 6 — im Ganzen Gr. 4·50, Phosphate im Ganzen in 25 Ccm. Urin: 6·2, alkalische Phosphate in 25 Ccm. Urin: 3·8, Erdphosphate in 25 Ccm. Urin: 2·4.

V. Analyse der 24stündigen Harnmenge (28.—29. Juni, gesammelt in zwei verschiedenen Behältern). 1. Harn hellgelb, Menge Gr. 830, Säurereaction normal, spec. Gewicht 1004·3, Harnstoff Gr. 5·60, Eiweiss in geringer Menge, Scatoxyl 0, Indican 0, Reduktionsvermögen 0, Uroerythrin 0, Kreatinin normal, Chlorüre netto 2·9 = Gr. 2·40, Phosphate im Ganzen Gr. 4·5, alkalische Phosphate Gr. 1·6, Erdphosphate Gr. 2·9. 2. Harn röthlich, Menge Gr. 370, Säurereaction stärker als normal, spec. Gewicht 1021, Harnstoff Gr. 7·77, Eiweiss etwas mehr, Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reduktionsvermögen 0, Uroerythrin normal, Kreatinin mehr als normal, Chlorüre netto 14·4 = Gr. 5·32, Phosphate im Ganzen Gr. 7·8, alkalische Phosphate Gr. 4·0, Erdphosphate Gr. 3·8.

An den beiden folgenden Tagen wurde ebenfalls der Harn gesammelt und war am 1. Tage im Ganzen 540 Gr., am 2. Gr. 660. Er konnte jedoch nicht analysirt werden, da er sich schnell zersetzte, bevor Dr. Setti Zeit hatte, ihn zu untersuchen.

Wie also aus diesen verschiedenen Analysen hervorgeht, welche gemacht wurden, als jegliche Medicatur vermieden war und nur indifferente, sehr häufig gewechselte Pulver auf den wenigen, neu gebildeten Stellen der Dermatoze gebraucht wurden, ist die Harnmenge in 24 Stunden fast auf die Hälfte und darunter gegenüber der Norm verringert.

Auch die einzelnen Harnbestandtheile sind auf die Hälfte und darunter reducirt (wie die Chlorüre, Phosphate, der Harnstoff). Mit einem Worte, ist also der Stoffwechsel auf die Hälfte verringert und das scheint mir ein nicht zu vernachlässigendes Factum zu sein für das Verständniss der Pathogenese und für die Behandlung der Dermatoze.

Indican findet sich in grösserer Menge als normal, worauf es nützlich ist, dass der Leser seine Aufmerksamkeit richte, da es anzeigt anormale Zersetzungen im Dünndarm. Nützlich ist es auch, darauf zu achten, dass Uroerythrin, wenn auch in geringer Menge, vermehrt ist, was Zerfall der rothen Blutkörperchen anzeigt. Auch dürfen wir nicht mit Stillschweigen die Eiweiss Spuren übergehen, die schon so häufig auch von anderen Autoren in Kranken mit derselben Dermatoze gefunden worden sind.

Nachdem ich diese Resultate kannte und mich erinnerte, dass die Störungen, wegen welcher die Injectionen von Brown-Séquard aufgegeben wurden, sich später auch unabhängig von diesen Injectionen wiederholt hatten, dachte ich daran, den Versuch noch einmal zu machen und 10 Tage lang wurde jeden Tag die Injection von 1 Gr. der gewöhnlichen Flüssigkeit gemacht.

In diesen 10 Tagen fing die Dermatoze langsam von neuem an sich zu bessern, wenn auch der Kranke sich über ein starkes Jucken am Scrotum beklagte und wenn auch am Scrotum, sowie oberhalb des Nabels und der rechten inneren Schenkelfläche und in der rechten Achselhöhle die theils jungen, theils alten Herde ein reichliches Transsudat gaben und hie und da eine neue Gruppe von Pustelchen sich zeigte. Das Allgemeinbefinden des Kranken jedoch hob sich nicht; ja es kam eine Reizbarkeit und eine ungewöhnliche Unruhe wegen jeder Kleinigkeit hinzu, besonders wenn sich der Moment der intramusculären Injection näherte. Und in Folge des Drängens des Kranken, die Klinik zu verlassen, sollte ich auch dieses Mal meinen Curplan aufgeben und den Fall aus den Augen verlieren.

Als Therapie empfahl ich alsdann dem Kranken zweimal des Tags Pulver von Ferrum carbonicum sacch. und Chininum sulfuricum aa. 0.15 und von Extr. alcool. suc. nocis vomic. 0.02 zu nehmen und ausserdem empfahl ich Decoct. chinae, radic. colombo und calamo arom. Aeusserlich verschrieb ich die gewöhnliche Salbe mit Zink und Resorcin (2%) und das gewöhnliche Pulver mit acid. salic. 1%.

Nach Beendigung der Ferien sah ich den Kranken am 6. XI. 1893 wieder. Er leidet noch an starkem, fast andauerndem Kopfschmerz, obgleich er immer ein sehr regelmässiges und hygienisches Leben geführt hatte, da er immer viel Milch trank und scrupulös stets alle meine Vorschriften befolgt hatte. Die Functionen des Magens und Darmes sind sehr gebessert; die Schlaflosigkeit ist viel weniger störend; die Beine sind noch schwach aber viel weniger als früher. Die Dermatoze, obgleich stets behandelt, dauerte bis zum Eintritt der Kälte fort; gegen Mitte October waren alle Stellen getrocknet, indem sie nur pigmentirte Flecken hinterliessen, die noch heute kenntlich sind an der sehr deutlichen Verfärbung sowohl an den verschiedenen Stellen, denn einige sind mehr, andere weniger dunkel, als auch an den verschiedenen Zonen ein- und derselben Stelle, welche nämlich im Centrum viel heller als gegen die Peripherie sind. Es bleibt heute noch ein sehr starkes Jucken am Scrotum und am Anus zurück mit *Eczema humidum circumanale*.

Ein Monat später war das Allgemeinbefinden noch viel mehr gebessert. Die Dermatoze machte sich nicht bemerkbar. Gegen Ende des Winters konnte der Kranke sich als geheilt betrachten, denn er litt nur noch hin und wieder an etwas Belästigung am Scrotum und am Anus. Er kehrte daher zu seiner Arbeit zurück, indem er so gut lebte, wie es ging, ohne jedoch zu leiden und er nahm bald auch eine Frau.

Zuletzt habe ich von Dr. Barbanti, der ihn immer überwacht hatte, erfahren, dass der Kranke seit 3 Jahren definitiv geheilt ist. Er hat 2 Kinder gehabt, von denen eines nach 8 Monaten an Pulmonitis starb und das andere lebt und gesund ist. Er ist noch sehr dem Weine zugethan, aber viel weniger als ehemals. Er fühlt noch immer hin und wieder das Bedürfniss sich am Scrotum zu kratzen.

Diesen Fall, der nach vielen Seiten hin mir sehr interessant zu sein scheint, werde ich, wie ich gesagt habe, nicht commentiren und halte mein Versprechen, obgleich er ein so günstiges Feld für Discussion und Induction für diejenigen darbietet, die, wie ich, auch diese seltsame und sehr seltene Dermatoze einer eigenthümlichen und mysteriösen Form der Intoxication zu-

schreiben, die theils aus dem Magen-Darmcanal und theils, und zwar in höherem Grade, aus dem Gesamtorganismus totius substantiae herrührt. Da ich jedoch voraussehe, dass die Vertheidiger der Parasitentheorie auch in diesem Falle eine Stütze für ihre Meinung in der Thatsache werden finden wollen, dass als wirksamstes Heilmittel für die pustulösen Herde sich das Pflaster Nr. 29, d. h. das energischste der antiparasitären, die ich versucht habe, erwies, so ist es mir nicht erlaubt, über einige Betrachtungen mit Stillschweigen hinwegzugehen.

Wie andere schon mehrmals gemacht hatten, so versuchte auch ich jedes Mal, wenn es mir gelang auf gesunder Haut ein eben gebildetes Bläschen oder ein noch nicht aufgebrochenes Pustelchen zu entdecken, mit aller möglichen Vorsicht den flüssigen Inhalt davon zu sammeln, um Culturen davon anzulegen, und 3mal zu verschiedenen Zeiten wollte ich auch mit dem Blute des Kranken, das ich aus der gesunden Haut fast in Berührung mit neuen Gruppen von Bläschen-Pustelchen entnahm, Culturen versuchen. Aber diese Versuche blieben stets ohne Erfolg.

Ausserdem wurde die Milz meines Kranken, auch in den schlimmsten Momenten und als merkliche Fiebertemperatur bestand, stets normal befunden und niemals, obgleich der Kranke so sehr herabgekommen war, konnte man im Körper irgend ein Zeichen irgend einer Infection, besonders pyogener Natur feststellen.

Und noch mehr! die Oberflächlichkeit der Läsionen war immer derartig in ihrem ganzen Verlaufe ausgesprochen, dass man absolut nicht verstanden hätte, wenn es sich auch nur um eine pyogene Infection in der Epidermis gehandelt hätte, weshalb nicht alle die verschiedenen, von mir angewendeten äusseren Mittel im Stande gewesen sein sollten, schnell die Fortdauer und das centrifugale Ausbreiten jener verschiedenen Läsionen mit vesikulösem-pustulösem Beginn zu unterbrechen.

Es scheint mir daher, dass die Vertheidiger der sehr bequemen parasitären Theorie auch nicht in meinem Falle viele Gründe finden werden, um in ihrer Meinung zu beharren. Und ich behaupte noch einmal, dass, wenn auch bei dieser Dermatoase Aetiologie und Pathogenese noch im Dunkeln sind, daran noth-

wendigerweise der Umstand schuld ist, dass noch kein Dermatologe — sei es, weil es ihm an Mitteln fehlt, was entschuldbar ist, sei es wegen vorgefasster Meinungen, was nicht zu entschuldigen ist — an seine Seite einen guten Chemiker gerufen hat und ihn eindringlich zu einer genauen, vielseitigen und geduldigen Prüfung nicht einmal des Schweisses und nicht einmal des Blutes der Kranken aufgefordert hat. Wenn dies schon geschehen wäre und von Verschiedenen, auch nur mit den Mitteln, über die heute die Biochemie verfügt, so würde das tiefe Dunkel schon sehr aufgehellte sein, das manche absichtlich beibehalten zu wollen scheinen, um auf das nicht zu verzichten, was sie früher behauptet haben.

Ich schliesse, indem ich hervorhebe, dass, wenn wir als Fall von Impetigo herpetiformis — wie mir vollkommen gerechtfertigt erscheint — auch den von Dr. Albert Mathieu unter dem Namen Pemphigus ulcéreux, ulcérations en cocarde, centrifuges (Ann. de Dermat. etc. 1892) veröffentlichten auffassen, wir schon 6 Fälle, wenn wir keinen ausgelassen haben, von Impetigo herpetiformis in mare haben (Kaposi, Dubreuilh, Mathieu, Pataky, Freyhan, Tommasoli). Und wenn ich auch nur in diesen 6 Fällen allein schon alle diejenigen Daten zusammenstellen wollte, welche, während sie sowohl die nahe Verwandtschaft, die zwischen ihnen besteht, als auch diejenige, welche zwischen ihnen und der grösseren Anzahl von Fällen, die sich bei Frauen finden, beweisen, zu gleicher Zeit auch beweisen, dass unter dieser Dermatoze die von ihnen betroffenen Organismen stets tiefe und alte Schäden verbargen, mit denen die Dermatoze in enger Beziehung zu sein schien, so dass sie deren verschiedene Phasen mitmachte und dort heilte, wo jene heilen konnten und nicht heilte, wo jene Schäden unheilbar waren, so hätte ich noch mehr als eine Seite zu schreiben.

Tommasoli: Impetigo herpetiformis.