Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Über nervöse Überempfindlichkeit der Haut.

Von

Prof. Dr. C. Kreibich.

(Hiezu Taf. V.)

Der Begriff „Überempfindlichkeit“ entstammt der Immunitätsforschung; im übertragenen Sinne läßt sich derselbe auch auf gewisse Vorkommnisse der Haut anwenden. Sucht man nämlich bei denselben die Überempfindlichkeit nicht im Gewebe und gegen Bakterienprodukte, sondern in veränderter Innervation und Reaktion gegen äußere Traumen, so kann man von einer nervösen Überempfindlichkeit der Haut sprechen. Sie kann an sichtbaren Hautveränderungen gemessen werden und unterscheidet sich somit von der überwertigen Empfindung, von der Hyperästhesie. Für sie sprechende Thatsachen gibt es genug, nur ist der nervöse Charakter derselben nicht immer klar. So gestatten uns z. B. die bisherigen Kenntnisse der Psoriasis und des Lichen ruber planus nicht die dabei beobachtete Erscheinung, auf Traumen mit der Erkrankung zu antworten, ohne Weiteres als nervöse Überempfindlichkeit zu deuten. Anders ist es schon mit dem Ekzem; hier ist die Meinung, daß es sich um eine durch äußere Reize ausgelöste Neurose handelt, doch bereits allgemeiner und viele Vorkommnisse dabei werden darnach konsequent als Ausdruck einer nervösen Überempfindlichkeit gedeutet. Das Gleiche ist der Fall bei Urticaria, Dermographismus, Morbus Raynaud, neurotischer Gangrän u. a.

Vielleicht noch deutlicher kommt der nervöse Charakter dieser Überempfindlichkeit dort zum Ausdruck, wo sie sich durch eine allgemein als nervös gedeutete Hautveränderung oder durch Lokalisation der Hautveränderung in einer überempfindlichen Hautzone verrät. In diesem Sinne berichten wir über zwei Beobachtungen:

I. Fall: 32jähriger Arbeiter. Die Erkrankung, soweit sie den braunen Fleck betrifft, besteht seit Kindheit; seit einem Jahr Jucken und Kratzen. Die Erkrankung besteht aus zwei verschiedenen Affektionen, einmal aus einem systematisierten, streng halbseitigen, leicht beharrten Pigment-naevus der rechten Rückenhälfte. Derselbe setzt scharf in der Rückenlinie und am Schulterranda ab, verliert sich aber nach abwärts so etwa im 12. Dorsalsegment mit kleinen follikulären Pigmentflecken; Haare reichlicher in der oberen Hälfte; es scheint sich um einen reinen Pigment-Haarnaevus zu handeln, da derselbe vollständig im Niveau der Umgebung gelegen ist.

Besonders in der oberen Hälfte finden sich nun weitere Veränderungen, die unschwer als Lichen chronicus Vidal zu erkennen sind. Es finden sich, wie dies Tafel V, Fig. 1, deutlich wiedergibt, in etwa handtellergrößer Ausdehnung runde erhabene Knötchen von mehr hellerer Farbe, manche von ihnen zerkratzt und mit Blutbörkchen bedeckt, andere oberflächlich mehr abgeflacht. Sie nehmen von der Mitte des Herdes gegen die Umgebung zu an Größe und Höhe ab und eine genaue Beobachtung zeigt, daß noch weit vom Hauptherd entfernt kleinste Hautfelder in lichenoider Weise verändert anzutreffen sind; sie gehen aber nach abwärts nicht bis zur Grenze des Naevus, gehen aber auch andererseits nirgends über den Naevus hinaus, so nicht in der Mittellinie und nicht am Schulterranda, vielmehr endet der Lichen mit ziemlich großen Knötchen daselbst genau mit der Pigmentation des Naevus.

Reichen diese Momente, zusammen mit der gewiß selteneren Lokalisation des Lichen über der Schulter, vielleicht allein schon aus, ein bloß zufälliges Zusammentreffen beider Erkrankungen auszuschließen, so dienen hinzu noch einige pathogenetische Überlegungen. Wir sehen heute im Lichen chronicus Vidal sowie in der Lichenifikation ein Kratzphänomen. Söllner hat aus unserer Klinik (Archiv. f. Dermatol. u. Syph. Bd. LXXIII) über einen Fall von Hautjucken und Lichenifikation berichtet, die sich in metameralen Linien und Flächen lokalisierte, er hat daran gezeigt, daß metamerale Flächen und Linien gleichwertig sind. Schon vorher sind streifenförmige Erkrankungen von lichenoiden, lichenoid ekzematösen Charakter (Lichen striatus) bekannt gewesen, von welchen

manche in metameralen Linien lokalisiert waren. Tritt eine Erkrankung metamerale auf, so entspricht sie nicht mehr einer peripheren Nervenreizung, sondern einer zentralen. Dies geht aus der Pathogenese des Zosters hervor, der metamerale Flächen und Linien befallen kann, aus dem Auftreten von streifenförmigen Erythemen bei zentralen Nervenerkrankungen, wie z. B. bei multipler Sklerose, und endlich aus den Experimenten bei der neurotischen Hautangrän, welche zeigten, daß sensible Reize von metameralen Hautveränderungen gefolgt sein können. Nun ist aber obiger Naevus ein metamerale, und in ihm lokalisiert sich eine nervöse Erkrankung wahrscheinlich ebenfalls zentralen Ursprungs, so läßt sich daraus schließen, daß dem Naevus nicht nur eine metamerale Hautveränderung, sondern auch eine metamerale veränderte Innervation entspricht, die vielleicht in Bezug auf die vegetativen Funktionen (Pigment etc.) seit Geburt besteht und sich in diesem Falle auch durch Überempfindlichkeit verraten hat. Der metamerale Naevus spricht für den zentralen Ursprung des Lichen und der Lichen spricht für die geänderte zentrale Innervation der Metamere.

In anderer Form zeigt sich die nervöse Überempfindlichkeit in einem 2. Fall (s. Tafel V, Fig. 2): 10jähriges Mädchen weist ebenfalls Hautveränderungen zweierlei Art auf. Zunächst findet sich eine typische Vitiligo mit zahlreichen Herden auf der Rückenhaut; dieselben sind teils symmetrisch, teils ohne deutliche Symmetrie, sind rund, polyzyklisch oder vollkommen unregelmäßig figuriert, Heller- bis Kindhandtellergroß; einige ähnliche Flecke auf der Bauchhaut und mehrere vollkommen symmetrische Flecke in beiden Leistengegenden und an den Vorderarmen.

Alle Stellen zeigen die typische Beschaffenheit von Vitiligo; das Pigment entweder vollkommen oder doch größtenteils geschwunden. Die Herde daher fast weiß oder nur leicht gelblich; die Haut in denselben sonst ohne irgendwelche Veränderungen in Bezug auf Farbe, Oberfläche, Relief, Dicke etc. Die gesunde Haut im Ganzen ziemlich dunkel pigmentiert, ohne überpigmentierte Grenze zwischen gesunden und depigmentierten Herden. Anders im Bereich des Gesichtes und in der Halshaut. Zunächst ist auch hier eine ausgebreitete Vitiligo; so finden sich auf der Stirne nur zwei runde Inseln normal, vielleicht etwas überpigmentierter Haut, die vitiliginösen Herde greifen symmetrisch auf beide Schläfengegenden über, ziehen vor dem Ohr unter das Ohrläppchen und greifen auch etwas in die behaarte Kopfhaut hinein, insofern die randständigen Haare weiß, pigmentlos sind, sich aber tiefer in die Kopfhaut hinein ohne scharfe Grenze mit den pigmentierten brünetten Haaren mischen. In

ähnlicher Weise ziehen depigmentierte Herde von der Glabella zur Nase, von dort zur Wange herab, in der Nähe des äußeren Augenwinkels links ein runder kreuzergroßer Herd. Auf dem Hals mehrere ähnlich große, deutliche pigmentlose weiße Flecke je um einen zentralen, kleinen, erhabenen, dunkelbraunen Pigmentnaevus gelagert. In der Mittellinie des Nackens aus dem behaarten Kopf herauskommend ein größerer landkartenartiger Herd.

Diese Herde des Gesichtes und des Halses zeigen zum Teil eine zarte Rosafärbung, manche auch einen etwas vermehrten Glanz besonders nach dem Waschen; er entspricht einer offenbar etwas vermehrten Hornschichte und geht z. B. an der Stirne in eine feinlamellöse Schuppung über; sie ist im Zentrum größerer Herde kaum angedeutet, wird aber gegen den Rand zu deutlicher; letzterer zeigt auch etwas stärkere Blutfülle und an manchem Herde offenbar etwas Infiltration, wodurch der Rand der Vitiligo etwas, wenn auch nur minimal über die Umgebung hervorragt. Dies ist z. B. deutlich bei dem Herd am Augenwinkel, der also wenig eleviert ist, am Rande deutlichere, im Zentrum angedeutete, weißliche Schilferung zeigt.

Deutlicher treten diese Veränderungen der Entzündung an einem Herd der Wange hervor, der einer nicht vitiliginösen, normal pigmentierten, Hautstelle entspricht. Oberfläche desselben in ähnlicher Weise schilfernd und schuppig, Schuppen etwas dicker und wahrscheinlich zellreicher, zwischen den Schüppchen die entzündete Unterlage in Form zarter oberflächlicher Rhagaden vortretend; der ganze Herd etwas gerötet, eleviert, ohne scharfe Grenze in die Umgebung übergehend. In ähnlicher Weise die normal pigmentierte Nase verändert, an den Nasenflügeln stärker glänzend, gegen den Nasenflügelrand rötlich, mit Schüppchen bedeckt und zart rhagadiert. An der rechten Halsseite eine Gruppe von lichenoid erhabenen, kaum etwas stärker rötlichen, follikulären Knötchen, an Größe gegen die Umgebung abnehmend — Lichenifikation. Die interessanteste Beschaffenheit zeigt die landkartenartige Vitiligostelle der Nackenhaut. Sie ist von der Haargrenze bis fast zwischen die Schulterblätter herab eingesäumt von einem scharf schnurartigen entzündlichen Saum. Derselbe ist etwas eleviert, deutlich subakut entzündlich gerötet, an seiner Oberfläche mit Schüppchen oder kleinen Borkchen bedeckt, von welchen manche aufgekratzt und blutig sind. Dieser Rand ist etwa zwei Millimeter breit, scharf gegen pigmentierte und vitiliginöse Haut abgesetzt und zeigt sich zusammengesetzt aus der Länge nach einander gereihten mohnkorngroßen Knötchen, welche die oben beschriebenen Schuppen tragen; nach abwärts gegen die Vertebra prominens zu wird der Rand niedriger, flacher, die ihn zusammensetzenden Knötchen bekommen eine facettenartige Form und mehr plane glänzende Oberfläche und kleinere lichenifizierte Facetten dieser Art finden sich noch zu beiden Seiten des Randes in der Umgebung, endlich verliert sich dieser Rand, immer die Grenze des Vitiligoherdes einnehmend, vollständig, Tafel V, Fig. 2. Die Histologie dieses Randes zeigt: leukocytaire Exsudation mäßigen Grades in der Cutis,

bereits ziemlich reichlich proliferierte junge Bindegewebszellen, große Pigmentzellen in der Cutis, vereinzelt in der Epidermis, an manchen Stellen Parakeratose, sonst leichte Hyperkeratose.

An den Kopfhaaren sahlreiche Nisse und vereinzelt Pediculi. Dieselben werden mit Petroleum behandelt, die umgebende Haut bleibt absichtlich unbehandelt. Innerhalb fünf Tagen sind sämtliche entzündliche Veränderungen im Gesicht verschwunden und es treten die vitiliginösen Flecke deutlich hervor, die Begrenzung des Nackenherdes ist eingesunken, weniger rot und deutlicher schuppig, nach 8—9 Tagen ist auch dieser Rand bereits fast vollkommen ohne direkte äußere Behandlung verschwunden.

Es ist unschwer zu erkennen, daß es sich bei den entzündlichen Veränderungen um ein schuppendes Ekzem infolge Pediculi capitis auf etwas anämischer Haut gehandelt hat. Das Wesentliche des Falles ist nun, daß sich dieses, der Ursache entsprechend, regionäre Ekzem mit nach abwärts abnehmender Intensität fast ausschließlich in den Grenzlinien der vitiliginösen Herde lokalisiert. Geht man in der pathogenetischen Beurteilung des Falles vom Ekzem aus, so ist zunächst vollkommen klar, das die Pediculi selbst durch direkte Einwirkung auf die Haut dieses Ekzem nicht veranlaßt haben, etwa in der Art, wie sie Urticariaquaddeln hervorzubringen imstande sind, wohl aber haben sie indirekt dazu geführt, indem sie zunächst Jucken der Kopf- später auch der benachbarten Hals- und Gesichtshaut bewirken, welches Kratzen auslöst, das seinerseits wieder zur Lichenifikation (Herd an der rechten Halsseite) und bei Fortbestand des Juckens zur Ekzematisation und zum Ekzem führt; nach Wegfall der Ursache heilt das Ekzem ohne äußere Behandlung. So führt sich dieses Ekzem von vornherein als ein nervös reflektorisches ein, dessen veranlassende Erregungen das Zentrum passiert haben mußten, und die naheliegendste Erklärung des Ekzems auf dem Vitiligorand ist wohl die, daß die vasomotorische Erregung auf jenen Bahnen gegangen ist, die von der veränderten Innervation der Vitiligo offen standen.

Mit der aus klinischen Vorkommnissen deduzierbaren Wahrscheinlichkeit spricht also die Vitiligo für den reflektorischen Charakter des Ekzems und das reflektorische Ekzem für eine veränderte zentrale Innervation der Vitiligo. Der Fall reiht sich jenen klinischen Beobachtungen an, aus welchen der nervöse Charakter der Vitiligo hervorgeht, Symmetrie, Kombination mit Alo-

pecia areata, Auftreten beider nach psychischen Traumen etc. Er reiht sich weiters zwei Beobachtungen an, aus welchen das Auftreten von Neurodermitiden in Vitiligo hervorgeht; so dem Falle Welander,¹⁾ in welchem nach einem schweren psychischen Trauma (Schiffbruch) zuerst Vitiligo, später dann im Vitiligo krisenartiges Jucken und Lichen Vidal auftrat und einem Falle Neissers,²⁾ bei welchem streng im Vitiligo eine mit vasomotorischen Hyperämien kombinierte, am besten wohl als Urticaria perstans papulosa zu bezeichnende Hautveränderung auftrat. Stellt man mit Recht auch hier die nervöse Überempfindlichkeit in den Mittelpunkt der pathogenetischen Erklärung, so ergeben sich, zusammen mit obigen Fällen für deren Existenz sprechend, folgende Beobachtungen:

Welander: Vitiligo + Lichen chronicus Vidal.

Neisser: Vitiligo + Urticaria perstans, vasomot. Hyperämie.

Fall I: Naevus + Lichen chronic. Vidal.

Fall II: Vitiligo + Ekzem.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. V ist dem Texte zu entnehmen.

¹⁾ Welander: Sur un cas de Vitiligo, de Lichen ruber planus et de Neurodermite chronique circonscrite. Annales de Dermat. et Syphil. 1894, pag. 645.

²⁾ Neisser: Über Vitiligo mit lichenoider Eruption. Verhandlung d. deutschen dermat. Gesellschaft. IV. Kongreß 435.

Fig. 2.

Fig. 1.

Kreibich : Nervöse Überempfindlichkeit der Haut.