Aus der Leipziger medizinischen Poliklinik (Vorstand:
Geheimrat Professor Dr. A. Hoffmann).

Über symmetrische juckende Dermatitis, die mit Hyper- oder Hyp- und Anästhesie einhergeht.

Von

Dr. Haus Vörner.

Von nervösen Störungen, die bei Hautkrankheiten vorkommen können, kennen wir nur das Jucken teils als primäres Symptom wie beim Pruritus Hebrae, teils sekundär beziehentlich konsekutiv bei einer Anzahl anderer bekannter Affektionen. Dagegen wissen wir nichts von Störungen des Tast- und Temperatursinnes. Dieselben finden sich wohl bei Erkrankungen des Zentralnervensystemes oder der peripheren Nerven verschiedener Ursache, nicht aber als wesentliches Symptom eines Ausschlages.

In Anbetracht dieses Umstandes teile ich zunächst folgende kurzgefaßte Krankenberichte mit.

Der erste Patient dieser Art, welchen ich beobachtete, befindet sich seit Jahren in der Behandlung der Nervenabteilung des Institutes wegen einer Tabes (Dr. Conzen). Sein Hautleiden besteht etwa ebenso lange wie seine Nervenkrankheit seit 15 Jahren. In dieser Zeit wurde zunächst eine Stelle am Rücken befallen, vor 8 Jahren eine solche an beiden Armen. Die Affektion macht ihm Beschwerden wegen ihres starken Juckreizes.

Bei der Besichtigung des Kranken findet man an beiden Ellenbogen eine handflächengroße, ziemlich scharf vom Gesunden sich abhebende Stelle und zwar ausschließlich auf der Streckseite, die dicht von älteren und jüngeren Kratzeffekten besetzt ist. Dieselben bestehen teils aus verschiedenen dunklen Pigmentierungen, teils in Borken und blutigen Exkoriationen. Bei der Prüfung dieser beiden vollständig symmetrischen Stellen mit

einer Nadel erkennt man, daß sowohl Striche wie Stiche gar nicht empfunden werden, während in der Umgebung und im besonderen in der nicht erkrankten Ellenbeuge die Empfindlichkeit normal ist.

Auch in der Gegend der rechten und linken Mamma bestehen zwei etwa 5 cm im Durchmesser betragende Stellen mit den gleichen Kratzeffekten. Bei Prüfung zeigt sich, daß nicht bloß diese gefühllos sind, sondern auch die zwischen denselben liegenden Partien der Brusthaut. Die Striche röteten sich auf der gesunden rasch, und zirka 1 cm breit, auf den veränderten Stellen so gut wie gar nicht.

Außerdem befindet sich auch auf dem Rücken, in der Höhe des 3.—5. Lendenwirbels eine Stelle, die aber nur stark dunkel pigmentiert erscheint ohne frischere Kratzeffekte aufzuweisen. Dieselbe ist etwa handtellergroß und rundlich, ihre Mittellinie verläuft in der Richtung der Wirbelsäule. Hier ist die Empfindung nur mäßig herabgesetzt.

Auf diese Beobachtung, wie sie der vorstehende Fall bietet, habe ich zunächst wenig Wert gelegt. Der Patient hatte an umschriebenen Stellen seiner Hautfläche intensives Jucken, das ihn zum Kratzen veranlaßte. In Anbetracht dessen hätte man die Affektion als Pruritis localis bezeichnen können.

Indessen diese Stellen zeigten gleichzeitig eine Aufhebung, beziehentlich Herabsetzung gegen tactile Reizung. Bei Tabes ist es nun nicht selten, daß auf der Haut derartiger Patienten Bezirke angetroffen werden, in denen die Empfindlichkeit herabgesetzt ist. Gleichzeitig kommt es hierbei gewöhnlich zu einer erhöhten oder herabgesetzten Reizbarkeit der Gefäßnerven innerhalb dieser Bezirke, die in einem starken oder mehr oder weniger aufgehobenen Dermographismus ihren Ausdruck findet. Die Möglichkeit lag vor, daß es sich um derartige Stellen handle, die in diesem Falle, was jedenfalls sehr selten ist, außerdem Jucken veranlassen.

Dieser Fall gewann erst Interesse, als ich Gelegenheit hatte, ähnliche Fälle in der Folge zu beobachten.

Es handelt sich um eine 36jährige Frau, die ebenfalls im vorigen Jahre meine Sprechstunde aufsuchte. Nach ihren Mitteilungen ist sie seit 8 Wochen erkrankt. Seit drei Jahren leide sie an Hämorrhoiden und gebrauche gegen Obstipation häufig Karlsbader Kuren. Sonst sei sie gesund gewesen. Einmal gravid, hat sie einen gesunden 7jährigen Knaben. Vor 2 Jahren soll sich schon einmal der jetzige Ausschlag gezeigt haben, der nach 4 Wochen verschwand. Ihr Vater soll ebenfalls juckende Stellen in gleicher Weise gehabt haben.

Bei der Besichtigung der Haut fanden sich wie bei dem oben erwähnten Falle, im wesentlichen Kratzeffekte, die in symmetrischer Weise lokalisiert

waren. Der Kopf, sowohl der behaarte Teil desselben, als das Gesicht sind vollständig frei. Das gleiche gilt von den vorderen Partien des Halses. Dagegen ist die obere Thoraxgegend, sowie der Nacken, Schulter und Schulterblatt befallen. Die Grenzen sind vorn nach oben die Schlüsselbeine, nach abwärts der Rand der 3. Rippe, seitlich geht die Veränderung auf die Schulter, mit den Schulterblättern etwas tiefer bis ungefähr 2 Querfinger über der Spitze des Schulterblattes. Zwischen den Schulterblättern zieht sich die Grenze der Affektion etwas höher. Hinten oben reicht dieselbe bis in mittlere Höhe des Nackens.

Diese Stelle der Haut ist mit älteren und jüngeren Kratzeffekten dicht bedeckt. Dieselben bestehen häufig aus Strichen oder aus solchen, die parallel verlaufen. Anderseits finden sich rundliche und ovale bis fingernagelgroße Exkorationen. Die älteren, wieder überhäuteten, sind oft peripher pigmentiert. Auch sind sie nicht selten hintereinander angeordnet. Der übrige Körper ist vollkommen frei.

Durch den vorhergehenden Fall aufmerksam gemacht, prüfte ich auch hier die Sensibilität der befallenen Stelle.

Zieht man mit einer spitzen Nadel einen Strich vom Gesunden ins Kranke, so zeigt sich, daß die Berührung auf der normalen Haut wohl empfunden wird, während auf der affizierten keine Empfindung ausgelöst wird. Drücke ich mit einem stumpfen Instrument stark auf, so gibt die Kranke an, auch auf der affizierten Stelle den Druck zu spüren, aber bedeutend schwächer als im Gesunden. Gleichzeitig bemerkt man, daß der Dermographismus sich erheblich geändert hat. Die Linie, welche die Nadel auf der erkrankten Partie zieht, färbt sich kaum, während auf der freien Hautfläche eine $\frac{1}{2}$ cm breite Rötung sich bildet.

Die Berührung von zwei mit heißem und kaltem Wasser gefüllten Reagenzröhrchen kann die Kranke am übrigen Körper in richtiger Weise unterscheiden, an der affizierten Brust- und Rückenhaut kann sie keinen Unterschied machen und erregt ihr die Berührung kein Unbehagen wie im Gesunden, da sie dieselbe überhaupt nicht fühlt.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts besonderes. Bezüglich des Nervensystems konnte Herr Professor Köster, Extraordinarius für Neurologie, keine Zeichen einer beginnenden Tabes finden. Auch sonst liegt keine Nervenkrankheit vor, abgesehen von einer leichten Reizbarkeit, die sich durch lebhaftere Reflexe bemerkbar macht.

Die Therapie besteht in Diätvorschriften, intern in Darreichung von Pulvis Magnesiae c. Rheo, extern in Verwendung von Acidum aceticum Alkohol 5% und Schwefelsalben.

Drei Tage später besucht mich die Kranke wieder. Dabei ist das Bild der Affektion wenig verändert. Die Grenzen der Veränderung sind dieselben geblieben. Nur die Empfindung ist in den Randpartien, wie es scheint, etwas deutlicher.

Nach weiteren 3 Tagen ist an den Randpartien die Hypästhesie etwa 1—2 Finger breit vollständig zurückgegangen. Sie ist noch besonders deutlich unterhalb der Schlüsselbeine. Von hier aus erstreckt sie

sich bis auf die Schulterhöhe, wo sie sich nach hinten bogenförmig abgrenzt. An den Oberarmen befindet sich auf der Außenseite eine rundliche Stelle von 6—8 cm Durchmesser, die noch unempfindlich ist. Mit der Temperaturempfindlichkeit verhält es sich hier in gleicher Weise. Zwischen diesen Stellen keine neuen Kratzeffekte.

Während zunächst die Besserung noch weitere Fortschritte macht, erscheint 8 Tage später die Kranke mit einem neuen Nachschub. Derselbe hält genau die alten Grenzen von früher ein. Nur in der Lendenwirbelregion ist in der Mittellinie ein vorher nicht vorhanden gewesener ca. 7 cm im Durchmesser betragender runder Herd entstanden.

Es sind vor allem zahlreiche jüngere Kratzeffekte zu konstatieren. Daneben finden sich eine Anzahl kleinere rote Flecke, teils rundlich, teils konfluent größere bildend mit verwaschenen Konturen, die auf Fingerdruck abblassen.

In den seitlichen Halspartien erkennt man anstatt der Flecken einzelne deutliche Quaddeln. Beim Reiben der Flecken werden dieselben lebhafter gerötet und prominent. Die Untersuchung der Sensibilität ergibt genau das gleiche Verhalten wie bei der ersten Vorstellung der Kranken. Starke Herabsetzung gegen taktile und Temperatur-Reize. Striche über die kranke Hautstelle werden quaddelartig, aber erheblich langsamer als im Gesunden.

Eine Woche später ist die Sensibilitätsstörung geringer, nur noch wenige frische Kratzeffekte, keine Quaddeln mehr zu konstatieren.

Nach weiteren 8 Tagen ist die Empfindung an den Rändern ganz normal, zentral aber noch nachweisbar, keine neuen Kratzeffekte, keine Quaddeln.

Beim nächsten Besuch keine Störung der Empfindung, nur noch alte Pigmentierungen zu bemerken.

In diesem Falle lag also kein allgemeines Leiden, im besonderen keine Nervenaffektion vor, welches man mit dem Exanthem der Kranken hätte in Beziehung setzen können. Zufälligerweise konnte ich in der Folgezeit noch einige weitere Beobachtungen dieser Art aufstellen.

Im Sommer vorigen Jahres kommt ein Arbeiter in meine Behandlung. Stamm, obere Extremitäten und Oberschenkel sind reichlich zerkratzt. Die Excoriationen sind strichförmig und häufig parallel angeordnet. Dazwischen einzelne rote, verwaschene, auf Druck erblassende Flecke, die auf Reiben quaddelartig werden. Ein Strich mit einem Instrument ruft eine weiße, quaddelartig vorspringende Linie, von beiderseitiger roter Zone umgeben, hervor. Weitere Untersuchungen habe ich damals nicht angestellt, sondern die Diagnose Urticaria daraufhin eingetragen.

Nach einem Vierteljahr stellt er sich wieder ein. Diesmal ist die Affektion, an welcher er leidet, begrenzt, und zwar erstreckt sie sich von der Clavicula beiderseits bis zur 4. Rippe nach den Seiten zu über die vordere Achselfalte auf die Schultern, um sich hier bogenförmig nach

hinten abzugrenzen. Am Rücken ist nur ein kleiner ovaler Herd zu bemerken, der mit seiner Längsachse der Mitte der Wirbelsäule in der Höhe vom 2.—4. Brustwirbelfortsatz entspricht und rechts und links etwa 2—3 fingerbreit von der Mittellinie reicht. Diese scharf umschriebenen Stellen sind von Kratzeffekten besetzt, sowie von meist linsengroßen, leicht roten, manchmal durch Reiben und Kratzen hämorrhagisch gewordenen Papeln besetzt. Bei den nicht hämorrhagischen schwindet die Farbe auf Druck, tritt nach Reiben stärker hervor und gleichzeitig wird die Papei erhabener und stellenweise findet sich eine dünne Desquamierung und neuerliche Pigmentierung.

Der Kranke gibt an, daß die Stellen ihm zeitweise heftiges Brennen, Jucken, ja auch richtiges Schmerzgefühl verursachen.

Striche mit der Nadel geben keinen differenten Ausschlag. Es entsteht die gleiche weißlich erhabene, rot umsäumte Linie im gesunden wie im befallenen Gebiet; nur der Eintritt in letzterem deutlich verzögert. Gleichzeitig ist zu konstatieren, daß die Empfindlichkeit gegen Strich und Stich, ebenfalls gegen Kälte und warme Temperatur im kranken Teile der Haut ganz erheblich gesteigert ist. So werden mit warmem oder kaltem Wasser gefüllte Reagenzröhrchen, die auf der normalen Haut noch als angenehm empfunden werden, auf den affizierten Stellen als sehr kalt, beziehentlich heiß bezeichnet.

Im übrigen ist der 40jährige Mann gesund.

Die Therapie bestand in diätetischen Vorschriften, Verordnung von Laxantien und juckenlindernden Mitteln.

Nach 3 Wochen ein Nachschub in gleicher Lokalisation mit den gleichen Symptomen. Darauf Heilung, ob dieselbe von Dauer gewesen ist, kann ich nicht mitteilen.

Dieser Fall gleicht dem vorigen in seiner Lokalisation und seinem Äußeren ganz auffallend, nur ist die Störung der Sensibilität nicht in gleicher Art vorhanden, sondern gerade in ihr Gegenteil verkehrt. Anstatt einer Hypästhesie in den affizierten Gegenden findet sich eine Hyperästhesie. Zwei dem letzten analoge Fälle vermag ich in folgendem noch anzuführen.

Der eine ist der Händler P., der im Januar dieses Jahres in die Poliklinik kam. Er leidet seit 3 Wochen an einem Ausschlage, der ihm starkes Jucken verursacht. Außer Kinderkrankheiten will er stets gesund gewesen sein.

Der Patient ist deutlich anämisch, aber sonst ohne Zeichen einer Krankheit. Im besonderen bestehen keine Verdauungsbeschwerden, nur die Zunge ist etwas belegt.

Auf der Haut bemerkt man einen Ausschlag, der am Oberkörper nur die Ellenbeuge befällt. Gesicht, beziehentlich Kopf, dann Hals und Rumpf sind frei, auch der größte Teil des Abdomens. Dagegen beginnt der Ausschlag an den tieferen Partien desselben mit einer ziemlich scharfen

Linie, die in der Linea alba etwa 2—3 Finger über der Symphyse steht und seitwärts nach den Hüftbeinkämmen zieht. Die Fläche, die der Aus Schlag bedeckt, begrenzt sich nach abwärts an der Wurzel des Penis und des Skrotums. Außerdem die Genitoocrurfalten freilassend, erstreckt sich derselbe auf die Vorderfläche der Oberschenkel bis etwas über die Mitte. Auf der Innen- wie Außenseite des Oberschenkels verläuft die Grenze ziemlich genau in der Mitte und verbindet sich am Hüftbeinkamm mit der am Abdomen die Affektion begrenzenden Linie. Da die Affektion nicht auf die Glutäen und die Beugeseite der Oberschenkel übergeht, so gleicht die Stelle in ihrer Ausbreitung einem Schurzfell.

Am Rücken befindet sich in der Höhe des 4. und 5. Lendenwirbels ein ovaler Herd von 8 *cm* Länge und 5 *cm* Breite. Die größte Ausdehnung liegt in der Längsachse der Wirbelsäule, während von letzterer der schmälere Querdurchmesser halbiert wird. Die Kniegegend ist frei, dagegen die Kniekehle befallen. Ebenso ist es die vordere, beziehentlich Tibia-Fläche des Unterschenkels etwa 2 Finger breit unter der Patella bis in die Höhe des Knöchel. An den Seiten des Unterschenkels begrenzt sich die Affektion und läßt die Wade frei. Ebenso ist der Fuß und die Knöchelgegend nicht befallen.

An der Ellenbeuge ist die Veränderung, von einigen Blutborken abgesehen, gelblich-rot verfärbt. Die Oberfläche ist von zahlreichen feinen Furchen durchzogen, die sich vielfach unter Winkeln schneiden, im übrigen eben oder von feinen Schuppen bedeckt sind. Die Veränderung ist oberflächlich, die Rötung läßt sich verdrängen.

Am größten Herde am Abdomen bemerkt man hauptsächlich linsen- bis pfennigstückgroße Effloreszenzen, teils einzeln, teils konfluent, vielfach mehr oder weniger stark zerkratzt oder blutig aufgerieben oder papulös und schuppig. Sie sind meist oval und verlaufen in der Spaltrichtung.

Die Farbe der Effloreszenzen ist, soweit sie nicht zerkratzt sind, hellrot und verdrängbar. Auf den Oberschenkeln befinden sich größere Plaques, die meist mit dünnen Schuppen bedeckt sind von grauer und gelblicher Farbe. Dieselben sind an den Randpartien etwas lebhafter gerötet als zentral. Papeln und Plaques stehen sehr dicht, häufig sich berührend. Dazwischen bemerkt man kaum etwas von normaler Haut, da neben den Effloreszenzen sich dichtgestellte Kratzeffekte befinden. Dieselben sind von verschiedener Größe, von Nagel- bis Stecknadelkopf-Größe. Im letzteren Falle scheinen sie häufig gekappten Follikeln zu entsprechen.

Die Kniekehlen bieten dasselbe Bild wie die Ellenbeuge. Die Veränderung an der Vorderfläche der Unterschenkel besteht in besonders reichlichen, frischen und älteren Kratzeffekten, zwischen denen Abschuppung auf hyperämischem Grunde sich findet. Die Grenzen sind überall gut ausgeprägt.

Die Prüfung der Empfindlichkeit ergibt eine starke Hyperästhesie innerhalb der erkrankten Herde, die am Rande, sobald die gesunde Haut erreicht wird, aufhört. Auch die Empfindlichkeit für Temperaturen ist

gesteigert. Die Berührung mit Reagenzgläschen, die mit Wasser von 14° C. gefüllt sind, wird auf der gesunden Haut als mäßig kalt, auf der affizierten als sehr kalt bezeichnet. Ebenso wird Wasser von 37° C. auf dieser als lau, auf jener als heiß bezeichnet.

Acht Tage später schien sich die Affektion etwas gebessert zu haben. Namentlich an den Rändern sind die Kratzeffekte geringer, die Schuppen dünner, die Rötung blässer. Bei Untersuchung der Sensibilität findet man dieselbe an den Rändern wieder normal etwa in einer Breite bis zu 6 cm in der Mitte noch erhöht. Einige Tage später sah ich den Kranken wieder, die Affektion hatte wieder an Intensität zugenommen, sie nimmt genau den alten Sitz wieder ein und die nervösen Symptome sind die gleichen. Dann habe ich den Patienten nicht wiedergesehen.

Bei der Untersuchung auf der inneren Abteilung des Institutes ergab sich keine krankhafte Beteiligung des Nervensystems oder der inneren Organe. Die angewandte Therapie entspricht der der früheren Fälle.

Zum Schluß kommt noch ein Fall aus meiner Privatpraxis.

Anfang März d. J. stellt sich der Kranke K. ein mit der Angabe, daß er seit 8 Wochen gelegentliche Ausbrüche von heftigem Jucken habe, wodurch ihm mitunter die Nachtruhe vollkommen verloren ginge. Sonst fühle er sich gesund und habe außer den Erkrankungen der Kindheit keine Leiden durchzumachen gehabt.

Bei der Untersuchung fällt zunächst auf, daß der Kopf ergriffen ist. So zeigt der behaarte Teil desselben, dann das Gesicht sowie der Hals bis zum Ansatz des Rumpfes Veränderungen. Hier hören dieselben ziemlich scharf auf, Rücken und Brust zeigen normales Verhalten. Die Veränderungen bestehen in Kratzeffekten, die teils strichförmig sind, teils rundlich, meistens von Linsengröße. Manche von den letzteren machen den Eindruck zerkratzter papulöser Effloreszenzen. Die Prüfung der Sensibilität ergibt eine starke Empfindlichkeit gegen Berührung mit spitzen oder stumpfen Instrumenten; desgleichen ist die Empfindung gegenüber Temperaturunterschieden erhöht.

Ein weiterer Herd besteht beiderseits auf den Schultern etwa handtellergroß; an der vorderen Achselfalte etwa talergroß. Ähnlich wie am Kopfe bestehen die Herde aus zerkratzten, meist linsengroßen Stellen, die etwas vorspringen. Dieselben sind hyperästhetisch.

Am Abdomen, in der Gürtelgegend, befindet sich eine Zone von Dreifingerbreite, die zirkulär von der linea alba horizontal zur Wirbelsäule geht und von dort wieder an der linea alba zusammenläuft. Dieselbe ist stark hyperästhetisch; jede Berührung wird schmerzhaft, Reagenzröhrchen, mit warmem Wasser gefüllt, werden als sehr heiß, mit kaltem Wasser, als außerordentlich kalt empfunden. Diese Zone ist ganz frei von Kratzeffekten, nur in der seitlichen Abdominalgegend derselben befindet sich beiderseits symmetrisch eine kleine Gruppe von hellroten Quaddeln.

Weiterhin besteht ein handtellergroßer Herd beiderseits am Hüftbeinkamm und ein solcher am Schamberg und schließlich sind die unteren Extremitäten auf der Beugeseite befallen, und zwar von der Glutäalfalte des Oberschenkels bis mit Einschluß der Wade. Seitlich grenzt sich die Affektion, wie überall, scharf ab, so daß die Vordérfläche der unteren Extremitäten vollständig freibleibt. Auch hier ist Steigerung der Empfindlichkeit in der kranken Partie gut ausgesprochen.

Die Therapie bestand in Laxantiën, diätetischen Vorschriften und äußerlich in juckenlindernden Mitteln.

Als er sich nach einigen Tagen wiedervorstellte, hatte sich die hyperästhetische Zone am Kopfe verkleinert. Dieselbe begrenzt sich jetzt nach oben in einer Linie, welche von der Glabella frontis über die Augenbrauen, dann in einer Höhe von zwei Querfingern über den oberen Ansatz der Ohrmuschel nach der Protuberanz des Hinterhauptes führt und dann in symmetrischer Weise auf der anderen Seite wieder zur Glabella zieht. Oberhalb dieser Linie ist die Sensibilität normal, unterhalb derselben in früher geschilderter Weise erhöht. Nach abwärts endet die hyperästhetische Zone in einer Grenze, die beiderseits von der Nasenwangenfalte über die Wangen, den Kieferwinkel, dann seitlich am Hals nach dem 7. Zervikalwirbelfortsatz führt. Weiterhin findet sich noch eine zirka fünfmarkstückgroße Stelle gleicher Art dem Kehlkopf aufsitzend. Die übrigen Stellen zeigen keine Abweichung vom früheren Verhalten.

Nach einer Woche war die Sensibilitätsstörung sowie die Veränderung der Haut entschieden gebessert. Die Empfindung in der alten Stärke ist noch deutlich in der Gürtelgegend, der Schamgegend und in der Kniekehle. Neue Kratzeffekte sind nicht zu sehen. In den nächsten Tagen blassen die Affektionen ab. Eine leichte Hyperästhesie in den alten Bezirken war noch, wenn auch gering, vorhanden. Besonders in der Kniekehle war dieselbe noch sehr ausgesprochen.

Nach einiger Zeit (5 Tage später) neuer Ausbruch unter heftigem Jucken am Kopf und Rumpf in den Randpartien der früher beschriebenen Herde und zwar so, daß die alte Grenze durchaus gewahrt bleibt. Gegen diese häufen sich von der Peripherie aus die Kratzeffekte und die zerkratzen und aufgeriebenen Papeln. Die Sensibilitätsstörung verhält sich im allgemeinen wie früher, nur in der Kniekehle ist das Verhalten etwas anders. Während oberhalb und unterhalb der Kniekehle reichliche Veränderungen oben genannter Art vorhanden sind, ist die Kniekehle selbst völlig frei, zeigt aber ebenso wie die weniger befallenen Zentren der Herde am Körper eine Störung der Sensibilität, die hier ganz besonders intensiv ist.

Der Patient begibt sich in auswärtige Behandlung. Dort wurde die Affektion als chronisches Ekzem aufgefaßt und dementsprechend mit Zink- und Teerpräparaten ohne Erfolg behandelt. Den Remissionen folgten unter der Behandlung neue Ausbrüche. Vor 14 Tagen sah ich den Kranken wieder. Innerhalb der oben genannten Grenzen bestanden umschriebene markstück- bis halbhandtellergroße Herde der beschriebenen Art mit ausgesprochener Hyperästhesie.

Die vorliegenden Krankenberichte lassen erkennen, daß bei den Kranken anfallsweise Effloreszenzen auftraten, die bei einem Teile ausschließlich aus Kratzeffekten bestanden. Bei anderen kommen auch Urticariaquaddeln vor, und schließlich finden sich Veränderungen, die dem chronischen Ekzem, bzw. dem Lichen Vidal gleichen. Auffallender als diese Veränderungen ist die Symmetrie, in welcher die Affektion auftritt. Die Lokalisation, wenn sie auch gewisse Teile bei diesen Fällen freiläßt (Hände, Füße, Genitalien, Anus) und auch für manche Stellen eine gewisse Vorliebe zu haben scheint, ist nicht durchweg die gleiche. Der Dermographismus zeigt ebenfalls kein gleichartiges bestimmtes Verhalten, es ist aber auffallend, daß er in diesen Gebieten gewöhnlich von der Norm abweicht. Das hervorstechendste Symptom ist entschieden die Störung der Sensibilität. In einigen Fällen kommt es außer dem Jucken zur Herabsetzung der Tast- und Temperaturempfindung, in anderen zur Steigerung derselben. Aus diesem Grunde könnte man 2 Kategorien solcher Fälle aufstellen, welche mit herabgesetzter oder aufgehobener und solche mit gesteigerter Sensibilität, zumal da die einzelnen Fälle keinen Wechsel der Symptome bieten.

Diese Sensibilitätsstörung entspricht meistens den Veränderungen der Haut, aber nicht regelmäßig. Manchmal findet sich die Sensibilitätszone innerhalb des Effloreszenzgebietes, manchmal enthält die sensible Partie sehr wenig oder gar keine Veränderungen. Die Krankheitsherde sitzen, wie erwähnt, symmetrisch in verschiedener Größe an Stamm oder Extremitäten, oder sie verlaufen, wie an Kopf und Stamm beobachtet, zirkulär.

Der Verlauf des Prozesses läßt sich aus diesen Beobachtungen noch nicht bis ins einzelne mit Sicherheit verfolgen, aber trotzdem bietet er, im ganzen genommen, schon ein anschauliches Bild. Den Angaben der Patienten zufolge und auch, soweit man das aus der Besichtigung der Kranken beurteilen kann, kommt es zu einem momentanen Befallensein bestimmter Gebiete. Es ist kein Anhaltspunkt dafür da, daß die Erkrankung der Haut von bestimmten Punkten ausgehend, diese Stellen allmählich einnimmt, sondern das betr. Gebiet fängt sofort an zu jucken und veranlaßt, die Patienten zum Kratzen. Zu gleicher Zeit

ist dasselbe in seiner Sensibilität verändert, wahrscheinlich zunächst wenigstens überall in seinem vollen Umfange. Bei den Untersuchungen findet man allerdings manchmal die Sensibilitätsgrenze, wie schon erwähnt, etwas enger gezogen. Diese Fälle sind aber, wie sich ergibt, älteren Bestandes. Außerdem finden sich aber auch Zonen mit veränderter Sensibilität, ohne daß es zu stärkerem Jucken und Kratzen kommt.

Die Rückbildung erfolgt, indem die Sensibilitätsstörung an den Grenzen zurückweicht, allmählich schwächer wird und hiermit gleichzeitig das Jucken aufhört. Wenn auch die Gebiete des Juckens und der Sensibilitätsstörung bei den einzelnen Fällen sich nicht immer decken, so ist der zeitliche Zusammenhang nicht zu verkennen. Zumeist schwindet dabei das Jucken schneller als die Sensibilitätsstörung, indem nach Aufhören des erstern noch Reste der letzteren nachweisbar sind.

Mitunter erscheinen fortwährend Rezidive, die den Bestand der Affektion, wie bei der ersten Beobachtung, außerordentlich lange erhalten können. In anderen Fällen kommt es nur zu einer oder zwei Wiederholungen, soweit man die Patienten beobachten konnte. In diesem Falle werden die alten Grenzen eingehalten oder nur Teile des früher befallenen Gebiets, besonders die Grenzen ergriffen.

Bezüglich dieses Verhaltens erinnert die Affektion an manche Fälle von Herpes zoster recidivus oder Zoster hystericus, wo ebenfalls eine weitere Eruption einen Teil des früheren Gebiets einnehmen kann. Im übrigen hat natürlich die Affektion mit diesen Krankheiten nichts zu tun, da, abgesehen von allen anderen Differenzen, die Lokalisation unserer Erkrankung eine durchaus andere ist.

Etwas schwieriger ist die Beurteilung dieser Fälle in ätiologischer Hinsicht. Es ist immerhin nicht mit voller Sicherheit festzustellen, ob die verschiedenen Arten der Sensibilitätsstörungen (Jucken, erhöhte Empfindlichkeit gegen taktile und thermische Reize) oder die Quaddelbildung das primäre Symptom darstellt. Allerdings sind diese Quaddeln nicht überall nach-

weisbar gewesen, aber sie können flüchtiger Natur gewesen sein. Andererseits kann man dieselben schließlich auch als Folge sekundärer Reizbarkeit der Vasomotoren betrachten.

Die Therapie, welche ich einschlug, schien m. E. auf den Prozeß wenig Einfluß zu haben, denn es kam auch trotz derselben zu Rezidiven. Aus diesem Grunde fehlt ein Anhalt, daß es sich hier um einen Prozeß handle, der, wie häufig die Urticaria, durch gestörte Funktion oder Reizbarkeit der Magendarmschleimhaut veranlaßt sei. Auch an ein gewöhnliches Ekzem ist nicht zu denken, wie ja auch die antiiekzematöse Behandlung des kranken K. ganz erfolglos blieb. Eine Causa externa ergab sich bei keinem der Kranken.

Würden die Fälle ohne die beobachtete erhöhte Empfindlichkeit gegen taktile und thermische Reize verlaufen sein, so würde man die Diagnose auf Lichen „Vidal“ oder lokalen Pruritus stellen können. Man könnte annehmen, daß die sonst nicht zu beobachtenden nervösen Störungen durch eine andersartige Ursache hervorgerufen seien. Beim ersten Patienten habe ich, wie bereits erwähnt, an Tabes dorsalis gedacht, eine Annahme, welche durch die weiteren Fälle widerlegt wird. So wäre noch die Hysterie in Betracht zu ziehen, aber hiergegen sprechen die Untersuchungen, die in den meisten Fällen von Neurologen kontrolliert wurden.

Während dieser Beobachtung habe ich häufig an hysterischen wie an gesunden Personen bekannte juckende Hautkrankheiten wie Skabies, Pruritus genitalium, Ekzem, Prurigo etc. in analoger Weise untersucht, ohne jene Störung gefunden zu haben.

Gegen die Auffassung, daß es sich hier um einen dem lokalen Pruritus gleichenden Prozeß handelt, kommt kaum die Verteilung und das Freibleiben von Genitalien und Aftergegend, welche besonders vom lokalen Pruritus gern befallen werden, in Betracht. Jucken, herabgesetzte und erhöhte Empfindlichkeit gegen taktile und thermische Reize sind Erscheinungen verwandter Art und gehören zu den Sensibilitätsstörungen, wie sie

uns bei Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems gleichzeitig vorkommen. Da derartige bekannte Erkrankungen allerdings in unseren Fällen auszuschließen sind, ist es nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, daß es sich hier um Fälle von ähnlicher Ätiologie wie lokaler Pruritus handelt, bei denen es nicht bloß zum Jucken, sondern auch zu den erwähnten weiteren Störungen der Sensibilität gekommen ist.

Die fernere Beobachtung, die sich mit der Richtigkeit dieser Annahme beschäftigen wird, findet vielleicht Übergangsformen, die zwischen den gewöhnlichen und den eben beschriebenen Fällen vermitteln.