Aus der Klinik für Hautkrankheiten der Universität Moskau.
(Direktor: Prof. Dr. A. J. Pospelow.)

Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis Duhringi.

Von

Priv.-Doz. **S. L. Bogrow** (Moskau).

(Mit einer Abbildung im Texte.)

Bei der verhältnismäßigen Seltenheit der Dühringschen Dermatitis finden wir es nicht überflüssig, einen Fall zu veröffentlichen, in welchem diese Hauterkrankung in noch seltenerer Begleitung von einem weiblichen Genitalleiden (Opel (1), Bettmann) (2) sich vorfand und einen eigentümlichen zugunsten der Aufklärung dieser Koinzidenz dienenden Verlauf nahm.

Akulina K., 28 J. alt, Bauerfrau aus dem Gouvernement Tula, früher Aufseherin im Landesgute, wurde in die dermatologische Klinik 13./IX. 1908 alt. St. wegen juckenden und z. T. nässenden Ausschlags an den Extremitäten und am Rumpfe aufgenommen.

Nach Angaben der Kranken soll sie außer einem „Fieber“ (Typh. exanth.?) im 12. J. immer gesund gewesen sein. Mutter und eine Schwester leiden an Herzerkrankungen, im übrigen keine Familienbelastungen. Von Seite der Genitalsphäre etwas verspäteter (16 J.) Eintritt der Regeln. Dieselben von Schmerzen und starkem Blutverlust begleitet dauerten gewöhnlich 7 Tage. Mit 17 J. verheiratet hatte die Kranke 3 Graviditäten (letzte vor 3½ J.). Die Schwangerschaften sowie die Entbindungen verliefen normal. Vor 1 J. kam ein weißer dickflüssiger Ausfluß aus der Scheide zum Vorschein. Seit 2 Wochen bemerkt die Kranke manchmal eine Beimischung von Blut.

Die Hauteruption existiert ungefähr 1½ Monate. Bei allgemeinem Unwohlsein und Fieberzustand entstand Hautanschwellung an den Unterschenkeln, wo sich zugleich eine juckende papulöse, bald aber bullös gewordene Eruption bildete. Die Kranke wendete sich an ein Moskauer Krankenhaus und wurde hier eine Woche lang mit Chinin behandelt. Da

der allgemeine und örtliche Zustand sich verschlimmerte, kam sie in die Klinik.

St. pr. (am Tage der Aufnahme). Eine magere Frau mit außerordentlich blasser Haut- und Schleimhautfarbe, wegen großer Schwäche in Bettlage; Puls rhythmisch, schwach gefüllt, Frequenz 108 in 1', Abendtemperatur 39.1°, Gewicht 52.8 Kilo.

Haut außer allgemeiner Trockenheit, Blässe und schwach ausgesprochenem Dermographismus läßt beträchtliche Veränderungen an oberen (Vorderarme, Hände) und unteren (Unterschenkel, Füße) Extremitäten sehen, welche mit halbdurchsichtigen wie gewölbten, so auch mehr flachen, erbsen- bis kirschengroßen Bläschen und Blasen ziemlich dicht besät sind. Die Blasendecken zum großen Teile gespannt und fallen nach Einstich zusammen, indem sie seröser oder seltener serös-eitriger Flüssigkeit Ausgang geben, welche letztere zu gelben spröden Krusten eintrocknet. Zwischen diesen fast konfluierenden oder mehr gruppierten Eruptionselementen ist die Haut trocken, rosaroter Farbe, verdickt, uneben und geht über den Knien und Ellbogen nur allmählich in die gesunde Haut über. Zwischen den Fingern und Zehen sind die Blasendecken abgerissen und dadurch entstandene entblößte Flächen bei Bewegungen schmerzhaft. An Handtellern und Fußsohlen ist die Verdickung der Hornschicht ziemlich stark und hier schimmern an einigen Stellen aus der Tiefe begrenzte subepidermoidale Exsudatbezirke durch. Die unteren Extremitäten sind überhaupt cyanotisch marmoriert.

Viel geringer ist die Zahl ähnlicher, auf hyperämisch-infiltrierter Basis gesetzter Blasen-elemente am oberen internen Drittel beider Oberschenkel. Am Rumpfe sind statt der bullösen Eruption, mehrfach, hauptsächlich lentikuläre flache, urticaria-ähnliche, d. h. rosa-rote, ödematöse, peripheriewärts wachsende und miteinander zusammenfließende Knötchen zu sehen. Auf der Brust sind diese Knötchen gruppiert und bilden eine Art Insel mit polyzyklischen Konturen, worin der zentrale Teil fast unverändert bleibt und nur sekundäre gelblichbraune Färbung zeigt. Am Rücken sieht man diese Bogen und Ringe nicht mehr, da der Ausschlag hier fast ununterbrochen diese Hautregion einnimmt, obwohl die Eruptionselemente selbst sich zweifellos im Rückbildungsstadium befinden. An der behaarten Kopfhaut einzelne urticarielle Knötchen. An den Wangen bleiben nur bräunlich-gelbe, konfluierende Pigmentflecke. Überall Kratzeffekte.

Starkes Jucken und Frösteln.

Lungen und Herz normal. Blutbeschaffenheit: Häoglobingehalt (n. Talquist) 60%, Zahl der roten Blutkörperchen 4,450.000, Zahl der weißen Blutkörperchen 8080, Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den roten 1:558. Morphologischer Befund der weißen Blutkörper: neutrophile Polynukleare 50.9%, Mononukleare 9.3%, Übergangsformen 4.4%, eosinophile Zellen 35.4%. Verdauungsorgane: Konstitution (1—2 Tage), guter Appetit, Trockenheitsgefühl im Munde, mäßiges Aufstoßen. Nervensystem: Schlechter Schlaf, Erhöhung der Patel-

larreflexe. Urin: orange-gelb, trüb, mit eitrigem Niederschlag, sp. G. 1007, schwach sauer, Albumenspuren, kein Zucker und Indikan. Mikroskopisch besteht der Niederschlag aus Eiterzellen in Gemeinschaft mit vaginalen sowie urethralen Epithelien. Genitalien (untersucht von Herrn Kollegen Dr. A. M. Mykertschianz): schlecht riechender dickflüssiger weißer Ausfluß aus der Scheide, manchmal mit Beigemisch von Blut. Per vaginam wird eine brüchige, leicht blutende, z. T. nekrotisierte warzige Geschwulst konstatiert, die fast die ganze Scheide einnimmt und den Eintritt in die Fornices verhindert. Bei bimanueller Untersuchung ist der Uterus nicht verschiebbar.

Betrachten wir das klinische Bild des Hautleidens näher: Die Anwesenheit bullöser Effloreszenzen auf inflammatorisch verändertem Boden in Zusammenhang mit urticaria-ähnlichen Knötchen erlaubt verschiedene Arten von wirklichem Pemphigus auszuschließen, da bei diesem die Blasen auf unveränderter Hautoberfläche entstehen und sich keine anderen Eruptions-elemente zeigen. Es kann auch keine Rede von Impetigo herpetiformis Hebrae sein mit seinen exzentrisch wachsenden Pustelringen und hauptsächlich Lokalisation in Simons Dreieck, das in unserem Falle fast unberührt blieb. Es sollte weiter das Verhältnis unseres Falles zur bullösen Varietät des multiformen exsudativen Erythems und zur herpetiformen Dermatitis Dühringi aufgeklärt werden. Die erste Krankheit ruft auf der Hautoberfläche große plateauartige, als ob auseinanderfließende Plaques hervor, die später aus einer äußeren erhabenen rosaroten Zone und einem eingesunkenen lividroten, größere oder kleinere Blase tragenden Zentrum bestehen und somit wie zwei- resp. dreifarbige Kokarden aussehen. So ein Krankheitsbild unterschied sich wesentlich von dem unseres Falles. Hier trat auf den Vordergrund Polymorphismus der Hauteruption, die hauptsächlich aus Blasen auf allgemein entzündetem und infiltriertem Fond bestand: an einigen Stellen waren die Blasen gruppiert, an anderen verschwanden sie gänzlich und an ihrer Stelle waren urticaria-ähnliche Knötchen mit eigentümlicher Gruppierungsneigung zu sehen. Wenn wir dazu noch hohen Fieberzustand, starkes Jucken und endlich bedeutende Eosinophilie hinzufügen, so bekommen wir gerade das typische Bild einer Dermatitis herpetiformis Dühringi mit dem einzigen Unterschied, daß hier gleichzeitig noch eine bösartige Gebärmuttergeschwulst existierte, ähnlich wie in dem

bekannten Falle von Prof. A. J. Pospelow (3), wo bei Uterus-deziduom auch eine Dermatitis Dühringi zwar mit Impetigo herpetiformis Hebrae kombiniert sich vorfand. Die Entwicklung des Hautprozesses bei weit vorgeschrittener Gebärmuttergeschwulst und verdächtiger Parametritis (Metastasen?) ließ unwillkürlich an einen Zusammenhang zwischen Haut- und Genitaleiden denken.

Wegen der Schwäche der Kranken mußte für einige Zeit eine Operation verschoben werden. Die Behandlung bestand aus Spülungen der Vagina mit Holzessiglösungen und internen Gaben von Calcium muriaticum (3mal täglich zu 1—2·0 in Pulverform), welches in der Moskauer Klinik mit Erfolg bei juckenden und bullösen Eruptionen angewendet wird. Außerdem entleerte man die Blasen (Durchstechen), bepuderte sie mit Talc. calc., auf erodierte Stellen wurde Verband mit Ung. plumbo-tann., später Compresse échauffante aus verdünntem Liq. Burowi angelegt. Symptomatisch wurde auch Cascara, Aspirin, Veronal und Trae Valer. aether; Liq. anodyn. Hoffm. aa gegeben. Nach zweiwöchentlicher Durchführung dieser Therapie fühlte sich die Kranke etwas kräftiger, das Gewicht nahm zu (+ $\frac{1}{2}$ Kilo), die Temperatur sank ein wenig, die Haut fing an reiniger auszusehen: die Zahl der Blasen verminderte sich, urticariaähnliche Papeln verschwanden am Kopfe gänzlich, auf dem Rumpfe wurden sie kaum merkbar, der Ausfluß aus der Scheide nahm einen mehr hämorrhagischen Charakter an.

So konnte die Kranke 1./X. 1908 zum Zwecke der Operation in die gynäkologische Klinik (Prof. A. A. Gubareff) überführt werden. Am 2./X. wurde von Herrn Prof. Gubareff die Operation ausgeführt. Auf dem Operationstische stellte es sich heraus, daß die Geschwulstmasse vom Lab. ant. ausging, $\frac{3}{4}$ der Vagina einnahm, obwohl mit der Scheidewand nirgends verwachsen war und in die Fornices nicht eindrang. Nach dem Herausziehen der Geschwulst wurde sie samt der Portio vaginalis abgenommen und Catgutnähte angelegt. Temperatur fiel nach der Operation kritisch (s. nebenstehende Temperaturkurve).

4./X. wurde die Kranke zum zweiten Male in die dermatologische Klinik aufgenommen. Uterus befindet sich in normaler Antelexion, ist schmerzlos, die Nähte noch zu sehen, Ausfluß blutig. Allgemeinzustand wesentlich besser. Pulsfrequenz 90. Am Rumpfe nur Pigmentflecke. Auf den Stellen früher gewesener Blasen cyanotische Färbung, nicht scharf begrenzte Infiltration und Schuppung. Auf den Sohlen bleibt verdickte Horndecke. Blasen oder sonst welche Eruptionselemente nirgends zu sehen. Verordnet wurden heiße Spülungen der Scheide mit Tra. jodi in Wasser gelöst, subkutane Injektionen 1%iger Natr. arsenicos.-Lösung, äußerlich Talkpuder.

Im ganzen bekam die Kranke 26 Injektionen, Temperatur, die früher subnormal gewesen, erreichte ihre normale Höhe, Gewicht nahm

weiter zu (+ $3\frac{1}{2}$ Kilo), die Haut reinigte sich vollkommen, an den Nägeln zeigte sich Wechsel der Nagelplatte (quere Furche). Blutbeschaffenheit zeigte auch Besserung, besonders verkleinerte sich die Eosinophilie. Am 1./XI. 1908 Hämoglobingehalt (n. Talquist) 70%, Zahl der roten Blutkörperchen 5,600.000, Zahl der weißen Blutkörperchen 6500. Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den roten Blutkörperchen 1:862. Morphologischer Bestand der weißen Blutkörperchen: neutrophile Polynukleare 66·7%, Mononukleare 18·9%, Übergangsformen 7·8%, eosinophile Zellen 6·6%. Vor dem Ausgange aus der Klinik (Anfang November) wurde die Kranke nochmal von Herrn Kollegen Dr. Mykertschianz untersucht und dabei eine kleine Rezidive in Form eines harten Knötchens in loco operationis gefunden. Der nötige Radikaleingriff sollte nach einem Monat (Aufenthalt auf dem Lande) stattfinden.

22./XI. 1908, als die Kranke zurückkam, wurde schon die Geschwulst viel größer gefunden und eine neue Operation vorgeschlagen. Die Kranke aber verschwand aus der Stadt.

2./I. 1909 zeigt sich die Kranke wieder. Haut rein. Vor einem Monat begann von neuem Methrorrhagie, die letzte Tage sogar drohend geworden ist. Starke Schmerzen in unterer Hälfte des Abdomens und in der Lumbalregion. Große Schwäche. Herr Kollege Dr. Mykertschianz, der die Kranke zu untersuchen die Freundlichkeit hatte, erklärte die Geschwulst für unoperabel.

TEMPERATUR-KURVE.

11./I. 1909 wurde die Kranke in die gynäkologische Abteilung des städtischen Alt-Katharinen-Krankenhauses¹⁾ aufgenommen. Hier konnte

¹⁾ Bei dieser Gelegenheit sprechen wir Herrn stellvertretendem Hauptarzt des Krankenhauses, Dr. W. W. Uspensky, für die Erlaubnis die Krankengeschichte zu veröffentlichen, unseren Dank aus.

bei der Untersuchung eine ungemein große, fast die ganze Scheide einnehmende Neubildung konstatiert werden, die aus knorpelharten, bei Berührung leicht blutenden Auswüchsen bestand. Der Allgemeinzustand (Schwäche, hohes Fieber bis zu 39·8°) und Größe der Geschwulst verhinderten jeden chirurgischen Eingriff. Behandlung wurde in Form von Spülungen aus verdünntem Holzessig, interner Darreichung (bei profusen Blutungen) 2% Gelatinelösung (1 Eßlöffel jede Stunde) und symptomatischer Anwendung von Morphinum gegen Schmerzen und von Opiate mit Bism. subnit. oder von Klysmen in bezug auf Diarrhoe oder Obstipationszustand verordnet.

Die Kranke wurde progressiv schwächer. 21./II. entstand eine linksseitige eitrige Parotitis, die inzidiert wurde. Durchfälle wurden stärker und endlich am 2./III. alt. St. starb die Kranke ohne Bewußtsein. Autopsie fand nicht statt. Die Haut während des Aufenthalts im Krankenhause zeigte keine Abnormitäten.

Wir haben also in dem geschilderten Falle akute Entwicklung der herpetiformen Dermatitis bei einer Kranken mit Carcinoma uteri, wobei der regressive Gang des Hautleidens mit dem Anfang desinfizierender Spülungen der Scheide, internen Gaben von Calcium muriaticum, das einen Einfluß auf das Blut ausüben soll (Wright) (4) und mit der örtlichen Anwendung adstringierender Salben und Kompressen zusammenfiel. Abrupte Beendigung aber des Hautprozesses sowie auch kritischer Abfall der vorher erhöhten Temperatur fielen mit der Operation zusammen, bei welcher die ganze sichtbare z. T. nekrotisierte Geschwulst weggenommen wurde. Sehr interessant ist es, daß die nachfolgende Geschwulstrezidive, die sogar den Tod der Kranken verursachte, keine Rückkehr des Hautausschlages hervorgerufen hatte. Augenscheinlich können für unseren Fall weder in der Krebsgeschwulst selbst, noch in ihrer Lage und daraus entstandener Irritation, auch nicht in der carcinomatösen Kachexie Ursachen für die Erscheinung der Hautveränderungen gefunden werden.

Die große Verbreitung der Hauteruption, ihre einigen hämatogenen Ausschlägen (Arzneiexantheme) ähnliche Lokalisation, die bei Toxidermien gewöhnliche Eosinophilie (Leredde) (5), und der hohe Fieberzustand zwingen uns zur Annahme eines toxischen Einflusses in unserem Falle von Derm. herpetif. Dühringi, wie es auch für Impetigo herpetif. Hebrae (Pospelow (6), Scherber (7) sehr wahrscheinlich zu sein scheint. Man kann

diese Giftsubstanzen in unserem Falle nicht im Chinin sehen, das zufällig spät und kurze Zeit gegeben wurde. Anwesenheit von nekrotischer Geschwulst, übelriechender Ausfluß aus der Vagina, der bei Rezidive fast vollkommen fehlte, Einfluß der antiseptischen Lokalbehandlung, sowie der Calcium muriaticum-Therapie und besonders die Folgen der Operation erlauben eher diese toxische Wirkung dem Eindringen von Bakterienprodukten zuzuschreiben. Wenn unsere Beobachtung zukünftig gestützt wird, so werden wir darin Grund haben, auch ätiologisch Derm. herp. Duhr. und Impet. herpet. Hebrae einander zu nähern, was besonders verlockend bei vorkommender Existenz kombinierter Fälle beider Hautkrankheiten zu sein scheint.

Zum Schluß fühlen wir uns verpflichtet, unserem hochgeehrten Lehrer Herrn Prof. A. J. Pospelow für die Überlassung des Falles und für seine stetige Teilnahme unsern Dank auszusprechen. Herrn Kollegen Dr. A. M. Mykertschianz sind wir für die mehrmalige Untersuchung des Falles sehr dankbar.

Literatur.

1. Opel. Über Menstrualexantheme. Derm. Zeitschr. 1908, Nr. 2.
 2. Bettmann. Derm. herpetif. in Rieckes Lehrbuch 1909, p. 162.
 3. Pospelow. Zur Morphologie und Pathogenese d. Imp. herpetif. Hebrae und Derm. herpetif. Dühringi. Verhandl. d. Mosk. vener. und dermat. Ges. 1897/98, Bd. VII, p. 42 (russisch).
 4. Wright. British Journ. of Dermat. 1896, p. 82, Vol. 8.
 5. Leredde. Ann. de Derm. et de Syph. 1898, p. 1016 und Arch. gënér. de méd. 1899, pp. 283 et 429.
 6. Pospelow. Handbuch d. Hautkrankh. 1905, p. 475 (russisch).
 7. Scherber. Archiv f. Derm. und Syph., Bd. XCIV, H. 1 u. 2.
-