DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

XXVIII. Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Prof. Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.
W. Lichtensteinallee 3. W. Am Karlsbad 5. Rabensteinplatz 2.

INHALT.

- I. *Aus der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in Berlin:*
Ueber Prurigo lymphatica. Von Priv.-Doz. Dr. A. Buschke, Ass.-Arzt. S. 837.
- II. Impfmetastasen der Carcinome. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. L. Brieger in Berlin. S. 840.
- III. Zur Frage der bösartigen Lymphome (Lymphoma malignum). Von Prof. J. Spijarny in Moskau. S. 841.
- IV. Beziehungen zwischen Tuberkulose und Krebs. Von Dr. Ed. Aronsohn in Ems-Nizza. S. 842.
- V. Zur Bedeutung der Schueller'schen Krebsparasiten. Von Dr. H. Mohr in Bielefeld. S. 845.
- VI. *Aus der medizinischen Universitätsklinik in Königsberg i. Pr.:*
Ueber zwei Fälle von Oesophaguscarcinom, welche unter dem Bilde eines Aortenaneurysmas verliefen. (Schluss.) Von Dr. R. Kuckein, ehem. Assistenten. S. 846.
- VII. *Aus dem Landkrankenhaus in Hersfeld:* Beitrag zur Behandlung des Empyems. Von Dr. C. Israel. S. 848.
- Aus der ärztlichen Praxis:** Ein Beitrag zur Kasuistik der Atropinbehandlung des Ileus. Von Dr. E. Gebauer in Wittenberge. S. 848.
- Ueber Milchpasteurisirung in der Kinderpraxis. Von Dr. A. Hippus in Moskau. S. 850.
- Auswärtige Correspondenzen:** Londoner Brief. Von Dr. J. P. zum Busch in London. S. 851.
- Öffentliches Sanitätswesen:** Ueber den Eisengehalt des abgefüllten Lamscheider Mineralwassers. Von Prof. Dr. H. Fresenius. S. 852. — A. Pfeiffer, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene für 1900; Bredtschneider, Das Trennsystem. Ref. Geh. Hofrath Prof. Dr. Gärtner. S. 853.
- Therapeutische Neuigkeiten:** Yohimbin (Spiegel), ein neues Alkaloid, Specificum gegen Impotenz. Sammelreferat von Dr. M. Lewitt in Berlin. S. 853. — Verschiedenes. S. 855.
- Correspondenzen und Erwidern:** *Aus dem medizinischen Laboratorium und Röntgeninstitut in Würzburg:* Soll der praktische Arzt sich ein Röntgeninstrumentarium beschaffen oder nicht? Von Dr. Faulhaber. S. 855. — Zur Aufklärung über das günstige Verhältniss der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Barmen zu anderen gleich grossen Städten. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Guttstadt in Berlin. S. 856.
- Kleine Mittheilungen.** S. 856.

I. Aus der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

(Direktor: Prof. Dr. E. Lesser.)

Ueber Prurigo lymphatica.

Von Privatdozent Dr. A. Buschke, Assistenten der Poliklinik.

Unter Prurigo verstehen wir seit Hebra eine Hautkrankheit, welche in frühester Jugend beginnt, in der grössten Mehrzahl der Fälle das ganze Leben, wenn auch mit Remissionen und Besserungen, bestehen bleibt. Die Krankheit lokalisirt sich in der Hauptsache auf den Streckflächen der Extremitäten, und nur in den allerschwersten Fällen breitet sich das Leiden auch auf andere Theile der Hautoberfläche aus. Die charakteristischen Effloreszenzen, die sog. Prurigoknötchen, stellen sich als hirsekorn- bis hanfgrosse, blassrosaroth, theils mehr urtikarielle, theils solide entzündliche Prominenzen dar, die meistens an der Kuppe ein kleines Bläschen tragen, sehr stark jucken, sehr schnell entstehen und in der grossen Zahl ebenso schnell wieder verschwinden, meist mit Hinterlassung bräunlichen Pigments, in einer anderen Zahl, besonders in Form der festeren Knötchen, längere Zeit bestehen bleiben. In Folge des starken Juckreizes und des dadurch bedingten Kratzens entstehen zahlreiche Exkoriationen besonders auch der Prurigoknötchen, aber auch in deren Umgebung, welche dann mit flacher Narbenbildung abheilen.

Daneben finden sich urtikarielle Effloreszenzen, die besonders durch das Kratzen bedingt sind, und auch Bläschen. Im Laufe der Jahre gewinnt die befallene Haut allmählich eine dunkelbraun pigmentirte Oberfläche, auf der wir dann ein bunt zusammengewürfeltes Bild von Prurigoeffloreszenzen, Kratzeffekten, sekundären Ekzemen und Entzündungsheerden wahrnehmen. Die gesammte Haut erscheint dann stark verdickt, die regonären Lymphdrüsen zu grossen, ziemlich festen, nicht besonders empfindlichen Packeten vergrössert. Ueber die Ursache des Leidens wissen wir nichts; es sind fast immer schlecht genährte, anämische Menschen, welche von dem Leiden befallen werden. Die Behandlung richtet sich demgemäss im wesentlichen auf eine Besserung des All-

gemeinzustandes neben lokaljucklindernder Behandlung, wodurch zeitweise Besserungen erzielt werden können. Nach der Anschauung vieler Autoren entwickelt sich diese typische Prurigo aus einer im allerzartesten Kindesalter entstehenden Hautkrankheit, welche eine diffus verbreitete, chronische, stark juckende Urticaria mit Bläschenbildung darstellt und in gutartigen Fällen, die nicht zum Prurigo tendiren, als Strophulus bezeichnet wird.

Seit der Aufstellung des oben geschilderten sehr charakteristischen Krankheitsbildes durch Hebra sind nun eine Anzahl von juckenden Hautkrankheiten unter der Bezeichnung prurigoartig, pruriginös geschildert worden, welche besonders bei den französischen Autoren schliesslich zu der Aufstellung einer besonderen zweiten Prurigo geführt haben, der Prurigo diathésique, womit die Autoren bezeichnen wollten, dass es sich wahrscheinlich um durch Stoffwechselanomalien bedingte juckende Hautaffektionen handelte. In dieser Gruppe sind die heterogensten Affektionen vereinigt worden, welche zum Theil zu dem einfachen Pruritus, zum Theil zu den lichenoiden Affektionen (Lichen chronicus Vidal) zu rechnen sind und zu dem wirklichen Prurigo nicht einmal in Bezug auf die äusseren Hautveränderungen die geringsten Beziehungen haben. Nun scheint sich aber aus dem grossen Chaos pruriginöser Affektionen durch Beobachtungen der letzten Jahre eine Krankheitsgruppe herauszuheben, welche in gewissem Sinne vielleicht den Namen Prurigo verdient und ein grösseres allgemeines Interesse beanspruchen darf wegen der muthmaasslichen Beziehungen dieser Dermatoe zu den Erkrankungen lymphatischer Organe. Zu der Kenntniss dieser Affektion möchte ich durch die Mittheilung dreier in der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in der letzten Zeit gemachten Beobachtungen beitragen.

Fall 1. Patient ist der 58 jährige Landwirth, früher Seifenkocher, Friedrich W. Das Leiden, wegen dessen er die Poliklinik aufsucht, besteht in einem unerträglichen Hautjucken, welches Tag und Nacht anhält und dem Patienten die Nachtruhe raubt, ihn überhaupt körperlich ausserordentlich heruntergebracht hat. Nach seinen Angaben besteht das Jucken seit ca. 1½ Jahren und hat an den Armen begonnen. Seit ¼ Jahr bemerkt Patient eine Drüsenschwellung in der linken Inguinalgegend. Vor acht Tagen soll Schwellung in der Knöchel-

gegend beider Beine bestanden haben, die jedoch spontan zurückging. Im übrigen erinnert sich Patient, im 20. Lebensjahre eine schwerere Attacke und im 32. Lebensjahre einen leichteren Anfall von Gelenkrheumatismus gehabt zu haben. Sonst will er stets gesund gewesen sein. Mit 22 Jahren wurde er wegen Herzklopfens nicht zum Militärdienst genommen. Er empfindet seit dieser Zeit bei stärkeren Anstrengungen und Erregungen Herzpalpitationen. Patient war bis vor fünf Jahren verheirathet, dann starb seine Frau an Herzbeutelwassersucht. Er hat zwei gesunde Kinder und stammt aus gesunder Familie.

Status: Patient ist ein mässig kräftig muskulöser, in seinem Ernährungszustande anscheinend ziemlich stark herabgekommener, müde aussehender Mann von blass gelblicher Gesichtsfarbe, mit ziemlich blasser Conjunktiva. Die Inspektion der Haut ergibt zunächst: hauptsächlich an den Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten, der Oberschenkel, Unterschenkel, der Oberarme, Unterarme und Handrücken, in viel geringerer Weise den Beugestrecken der Extremitäten (ganz frei sind Kniekehle und Ellenbeuge), ferner in sehr geringem Umfange am Rumpf, in etwas grösserer Ausdehnung am Nacken und an den Wangen finden wir zunächst zahlreiche prurigoähnliche Effloreszenzen, und zwar theils kleinster, ungefähr stecknadelkopfgrosser, blassrother, kegelförmiger, urtikarieller Prominenzen, welche an der Kuppe ein kleinstes Bläschen tragen, theils festere, ebenso grosse bräunliche Knötchen; dazwischen sehen wir neben zahlreichen Kratzeffekten Exkorationen, einfache Urticaria und vereinzelte Bläschen und hie und da auch etwas grössere Blasen, ausserdem eine grosse Anzahl kleiner, theils weisser, theils bräunlich pigmentirter Narben. Die gesammte Haut, besonders im Bereich der unteren Extremitäten, ist in unregelmässiger Weise dunkel pigmentirt, fühlt sich etwas starrer an, ist aber im ganzen nicht nennenswerth verdickt. Im ganzen Bereich der gesammten Hautpartien besteht ausserordentlich starkes und quälendes Jucken. An der linken Schläfenregion und an einzelnen Stellen des Nackens finden wir etwas grössere, hochstehende, anämische Urticariaeffloreszenzen. An den freien Stellen des Rumpfes zeigt sich eine mässig starke Urticaria facticia.

Schon bei der Inspektion fällt ein grosses Drüsenpaket in der linken Leistengegend auf. Bei der Palpation ergibt sich, dass dasselbe besteht aus einer Anzahl von einander zu sondernder bohnen- bis pflaumengrosser, mässig fester, schmerzloser, verschieblicher Drüsen. Darunter fühlt man ein kleineres Drüsenpaket in der Cruralgegend; in der rechten Leistengegend findet sich ein kleineres Drüsenpaket, ungefähr eben so grosse Drüsen in beiden Achselhöhlen, rechts mehrere bis bohnen- bis kubitale Drüsen, links eine kirschgrosse Nackendrüse, rechts mehrere kleine Nackendrüsen, beiderseits mehrere Erbsen- bis Kirsch-grosse Supraklavikulardrüsen. Die innere Untersuchung ergibt zunächst, dass der Patient einen starken Milztumor hat. Die Milz¹⁾ ist in Rückenlage einen Finger breit unter dem linken Rippenbogen deutlich zu fühlen. Obere Grenze: oberer Rand der siebenten Rippe. Untere Grenze vorn da, wo die Parasternallinie den Rippenbogen schneidet, ungefähr in gleicher Höhe an der mittleren Axillarlinie. Die Untersuchung des Herzens ergibt eine geringe Hypertrophie nach links, keine Herzgeräusche. Die Untersuchung der Lungen ergibt keine Abweichung. Im Kehlkopf ist eine leichte Parese des rechten Stimmbandes zu constatiren. (Druck vergrösserter Lymphdrüsen auf den Recurrens?). Geringer Meteorismus. Die Untersuchung des Urins ergibt zunächst die Anwesenheit zahlreicher granularer Cylinder. Der filtrirte Urin enthält ca. 1% Albumen (Esbach) und geringe Mengen von Albumose. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt Blutungen in der Netzhaut beider Augen. Als Nebebefund ist zu erwähnen, dass der Patient auf dem Scrotum zahlreiche perlschnurartig oberflächlichsten Venen angereihte, ungefähr stecknadelkopfgrosse Angiome hat, deren histologische Untersuchung ergibt, dass es sich um Angiokeratome handelt.

Der weitere Verlauf gestaltete sich nun bisher so, dass das Hautleiden unter Lokalbehandlung mit 1%igem Thymolspiritus, 1%iger Mentholzinkpaste, innerer Verabreichung von Arsen in Tropfen- oder Pillenform sich zeitweise etwas besserte, ebenso das Allgemeinbefinden, der Schlaf, der Appetit. Aber es kommen immer wieder neue Schübe pruriginöser Eruptionen, an denen sich, besonders wenn sie in bis dahin noch freier Haut auftreten, ausserordentlich deutlich constataren lässt, dass die primären Effloreszenzen ganz analog Prurigoeffloreszenzen sind. Die Behandlung wird einstweilen in gleicher Weise fortgesetzt. Die Untersuchung des Blutes ergab keine Vermehrung der Lymphocyten, auch keine relative Vermehrung derselben im Verhältnis zu den polynukleären Leukocyten. Veränderungen im Sinne einer Anämie sind ebenfalls nicht festzustellen; es besteht eine geringe Vermehrung der eosinophilen Zellen. Die histologische Untersuchung einiger exzidirter Prurigoeffloreszenzen ergab theils nur Oedem und Bläschenbildung in den obersten Epidermisschichten, theils kleinzellige Infiltration im Papillarkörper und der obersten Cutisschicht.

Die Deutung des Falles und die Diagnose ist nicht ohne weiteres leicht zu stellen. Nach den klinischen Erscheinungen der

Combination von Lymphdrüsentumoren, Milzschwellung, der Abwesenheit absoluter Lymphocytenvermehrung erscheint am wahrscheinlichsten eine Pseudoleukämie. Allein nach den Anforderungen der Ehrlich'schen Schule wird zu dieser Diagnose verlangt eine relative Vermehrung der Lymphocyten zu den polynukleären Leukocyten. Auch diese fehlt in unserem Falle. Ob es sich hier um eine seltenere Form von Lymphdrüsentuberkulose, auf welche ich weiter unten noch zu sprechen komme, handelt, lässt sich nicht ohne weiteres ausschliessen, wenn auch bei den ziemlich grossen Drüsen Einschmelzungserscheinungen, entzündliche Symptome, Verwachsungen mit der Haut fehlen, sonstige Symptome der Tuberkulose nicht nachweisbar sind.

Wir werden deswegen einstweilen die Diagnose in suspenso lassen, wenn wir es auch für am wahrscheinlichsten halten, dass sich vielleicht doch noch eine Pseudoleukämie entwickelt; wir werden den weiteren Verlauf abwarten müssen. Für die uns beschäftigende Frage ist es uns auch ziemlich irrelevant, weil es wesentlich darauf ankommt, auf den Zusammenhang zwischen Hyperplasie lymphatischen Gewebes im Körper überhaupt und pruriginösen Hautausschlägen hinzuweisen. Auf die Anamnese, aus welcher hervorzugehen scheint, dass die Hautaffektion vor der Lymphdrüsenschwellung bestanden hat, möchte ich kein grosses Gewicht legen, erstens, weil die Angaben des Patienten überhaupt nicht constante sind, und zweitens, weil der Milztumor schon lange vorher bestanden haben kann, ohne dem Patienten Beschwerden zu machen. Dass ein Zusammenhang der Herz- und Nierenaffektion mit dem Hautleiden besteht, können wir nach unseren bisherigen Erfahrungen nicht annehmen. Die Netzhautblutungen würden für die Annahme einer leukämischen Erkrankung heranzuziehen sein, wenn der Patient nicht gleichzeitig ein Herz- und Nierenleiden hätte.

Einen dem unsrigen ganz analogen Fall hat Pinkus am 7. März 1899 in der dermatologischen Gesellschaft vorgestellt.

Es handelte sich um eine 42jährige Frau mit grossen Lymphdrüsenschwellungen am Halse und den Achselhöhlen mit einem unregelmässig verbreiteten, stark juckenden Ausschlag, welcher in seinen frischen Effloreszenzen Urticariapapeln, zum Theil mit Bläschenbildung, vorstellt, welcher von Pinkus als Urticaria papulosa oder vesiculosa bezeichnet wird. Daneben bestand Urticaria facticia, Pigmentirung der Haut. Jedenfalls scheinen die Primäreffloreszenzen sehr ähnlich den von uns beobachteten gewesen zu sein. Der Frau waren vor einem Jahre Achselhöhlendrüsen als tuberkulös extirpirt worden. Es fand sich nun bei der Patientin eine geringe Vergrösserung der Milz und keine Blutveränderung.

Gelegentlich der Demonstration dieses Falles wies Pinkus bereits darauf hin, dass wohl ein Zusammenhang zwischen derartigen Juckausschlägen und der Hyperplasie lymphatischen Gewebes bestehen müsse, nicht nur bei den im Verlaufe sogenannter Pseudoleukämie beobachteten prurigoartigen Hautausschlägen, sondern auch bei anderen Lymphgewebshyperplasieen aus ganz anderen Ursachen, wie bei Tuberkulose, bei Malaria. Auch in seinem Falle lässt Pinkus die Diagnose offen; zur Diagnose Pseudoleukämie fehlt eben die relative Lymphocytenvermehrung. Es besteht wie in unserem Falle die Möglichkeit, dass klinisch unter dem Bilde der Pseudoleukämie auftretende Affektionen eine eigenartige proliferative Form von Tuberkulose darstellen, wie sie von Sternberg auf Grund anatomischer Untersuchung derartig auch mit Milztumor einhergehender Fälle beschrieben wurde. Trifft dies zu, was erst durch weitere Beobachtungen und vor allem durch Sektionsbefunde sichergestellt werden kann, so würde hieraus hervorgehen, dass auch Lymphdrüsentuberkulose zu solchen prurigoartigen Hautaffektionen führen kann.

Der erste, welcher folgerichtig auf das Vorkommen prurigoartiger Exantheme bei Pseudoleukämie hinwies, war Wagner und nach ihm Max Joseph, der mit Verwerthung der zuerst von Wagner gemachten Beobachtungen, über einen eigenen derartigen Fall berichtete:

Bei einem 66jährigen, im übrigen gesunden Manne entwickelten sich seit drei Jahren Lymphdrüsentumoren am Halse, in den Leisten- und Achselhöhlen. Seit zwei Jahren stellte sich sehr starkes Hautjucken mit Bildung zahlreicher, über den ganzen Körper verbreiteter, etwa hanfkorngrosser blassrother Knötchen ein, das jeder Behandlung trotzte. Ausserdem fanden sich etwa zehn plattenförmige Tumoren in der Haut. Die Blutuntersuchung ergab eine geringe Verminderung der rothen, aber keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Sonst nichts abnormes. An interkurrenter hämorrhagischer Nephritis starb Patient im Jahre darauf. Die Sektion ergab Pseudoleukämie lymphatica et lienis mit hochgradiger Vergrösserung auch interner

¹⁾ Bei der internen Untersuchung der Fälle hat mich Herr College Rosin freundlichst unterstützt.

Lymphdrüsen. Das Exanthem vergleicht Joseph dem Prurigo, von dem es durch die spätere Entstehung und diffuse Ausbreitung verschieden ist.

Wenn auch bei diesem Falle das Erforderniss der Ehrlich'schen Schule für die Diagnose Pseudoleukämie, der Nachweis der relativen Lymphocytenvermehrung, nicht erfüllt ist, so erscheint es aus klinischen Gründen nicht unwahrscheinlich, dass wir es hier wirklich mit einem Fall von Pseudoleukämie zu thun haben. Dass aber in der That auch bei Pseudoleukämie, welche durch das Ergebniss der Blutuntersuchung als solche sichergestellt war, analoge prurigoartige Exantheme vorkommen, ergibt die Mittheilung von Pinkus ebenfalls gelegentlich der oben erwähnten Demonstration, bei der er Photographieen von drei Fällen aus der Breslauer Klinik zeigte mit pruriginösen Exanthenen, bei deren einem neben einem kolossalen Milztumor sich auch die für Pseudoleukämie charakteristische Lymphocytose fand.

Eine weitere Illustration zur Kenntniss dieser Exantheme liefert eine Beobachtung von Blaschko.¹⁾

Bei einem 22jährigen Manne entwickelte sich innerhalb drei Jahren in der linken Supraklavikulargrube ein über faustgrosses Lymphosarkom. Cirka acht Wochen vor der Demonstration des Kranken bekommt derselbe unter starker Verschlechterung des Allgemeinbefindens sehr heftiges Jucken am ganzen Körper, besonders an den unteren Extremitäten; es bilden sich Kratzeffekte, Exkoriationen, dazwischen Knötchen, anscheinend ähnlich Prurigoeffloreszenzen. Nach Exstirpation des Tumors verschwindet das Exanthem und Jucken, um wieder aufzutreten, als sich in der Exstirpationsnarbe Rezidive des Tumors entwickeln.

Hier scheint der Zusammenhang zwischen Lymphosarkom und Hautkrankheit sehr evident zu sein.

Während nun bei den bisher geschilderten Krankheitsfällen theils allein Lymphdrüsenvergrösserungen, theils in Combination mit Milztumor vorhanden waren, zeigen die folgenden beiden von uns in der Universitätspoliklinik gemachten Beobachtungen, dass bei Milztumoren allein im Gefolge von Malaria ganz analoge Hautaffektionen entstehen können, während im Anschluss an frische Malaria mehr einfache Urticaria und Hautblutungen sonst gesehen werden:

Fall 2. O. H., 34 Jahre alt, Pflanzler. Patient giebt an, sonst früher nicht ernstlich krank gewesen zu sein. Vor vier Jahren ging er nach Victoria in Kamerun, wo er sechs Wochen später an Malaria erkrankte. Die Krankheit trat in verschieden lange anhaltenden Fieberattacken auf mit Kopfschmerzen, Mattigkeit. Bis vor 1¼ Jahr litt er nun fortwährend an kleineren Malariaanfällen. Mit Ausnahme des letzten Jahres seines Aufenthaltes in Kamerun hat er Chinin sowohl prophylaktisch 0,5 jeden fünften Tag als auch zur Behandlung der Anfälle 1 g pro Tag genommen. Im Verlauf des letzten Jahres hat er kein Medikament mehr gegen die Malaria gebraucht. Im Februar 1901 kehrte er nach Deutschland zurück; Mitte März desselben Jahres erkrankte er unter hohem Fieber an Nierenentzündung, die jetzt vollständig geheilt ist. Seitdem ist er bis auf die gleich zu erwähnende Hautkrankheit gesund gewesen. Vor 2½ Jahren trat gleichzeitig mit Malariaanfällen Hautjucken, zuerst am Rücken auf, das von da an in verschiedenem Grade fortbestand und sich allmählich über den übrigen Körper verbreitete. Zeitweise traten Bläschen mit wasserhellem Inhalt auf. Oktober 1900 nahm Patient Arsen in steigender Dosis intern. Er wurde im Juni 1901 circa drei Wochen lang in einer hiesigen Klinik mit Theerbädern behandelt, dann später mit Thymol- und Schwefelsalben, mit Salicylpaste, 20 Aspirintabletten à 0,5 innerlich. Das Leiden besserte sich aber nicht. Auf Befragen giebt Patient an, dass er nicht bemerkt habe, dass bei Malariaanfällen die Hautaffektion sich verschlimmert hätte. Die Untersuchung des Patienten ergibt: Kräftig gebauter, muskulöser, gut genährter Mann. Die Haut der Abdominalgegend bis rechts an die Mammillarlinie, links darüber hinaus, nach oben bis zum Beginn des Brustkorbes, ist braun pigmentirt, fühlt sich etwas verdickt an, zeigt zahlreiche, von Kratzeffekten herrührende Exkoriationen und dazwischen stecknadelkopf- bis linsengrosse urtikarielle Effloreszenzen, die vielfach an der Kuppe ein kleinstes, wasserhelles Bläschen tragen, und ausserdem eine grosse Anzahl derberer, bräunlicher, circa mohnkorngrosser Knötchen. In ganz analoger Weise verändert ist der Rücken des Patienten bis an den Hals nach oben, nach unten bis zur Kreuzbeinregion, welche besonders stark befallen ist, ausserdem die Streckflächen der Ober- und Unterarme, in geringerem Grade der rechte Handrücken und die Beuge-seite des linken Unterarms. Die unteren Extremitäten sind völlig frei. Ausserdem hat Patient in der linken Leistengegend einzelne harte, schmerzlose, bohnen- bis pflaumenkern-grosse Drüsen.

Die Untersuchung der Milz ergibt: Die Milz ist circa zwei Finger breit unterhalb des linken Rippenbogens zu fühlen, sie ist von harter Consistenz. Der unterste Punkt steht etwa 1 cm über Nabelhöhe.

¹⁾ Sitzungsberichte der Dermatologischen Gesellschaft, Januar und Mai 1900.

Nach rechts hin reicht das Organ genau bis an die Mittellinie, nach links bis zu der mittleren Axillarlinie und verschwindet an dieser Stelle unter dem Rippenbogen. Rechts kommt die Milz in der Parasternallinie unter dem Rippenbogen hervor. Der unter dem Rippenbogen liegende Theil füllt den Traube'schen Raum aus. Nach oben und rechts geht die Begrenzung in die Herzdämpfung über. In der Mammillarlinie ist die Grenze der obere Rand der sechsten Rippe, in der Axillarlinie (als absolute Dämpfung) am oberen Rande der achten Rippe, an der hinteren Axillarlinie der obere Rand der neunten Rippe. Die Untersuchung des Blutes ergibt ausser geringer Eosinophilie normale Verhältnisse. Sonst in den inneren Organen nichts abnormes.

Patient wurde mit Arseninjektionen stärkerer Dosis und Arsenpillen längere Zeit behandelt, äusserlich mit jucklindernden spirituösen Waschungen und Salben. Wenn auch vorübergehend Besserung zu constatiren war, so kamen doch immer neue Schübe von Hauteruptionen, und das Jucken liess nicht dauernd nach. Als Patient Ende Mai aus der Behandlung entlassen wurde, weil er wiederum nach Afrika ging, war der Zustand ziemlich unverändert.

Fall 3. A. Sch., Handlungsgehilfe, 22 Jahre alt. Patient giebt an, vor fünf Monaten in Hamburg an einem linksseitigen Bubo inguinalis wegen Ulcus molle operirt worden zu sein, sonst ist er mit Ausnahme des gleich zu erwähnenden Leidens nicht krank gewesen. Seit 1899, wo Patient nach Kamerun ging, hatte er fast alle sechs Wochen Malariaanfalle, die ersten schwerer, die folgenden leichter; ausserdem litt er an Dysenterie. Vor sechs Monaten kehrte er nach Europa zurück. Seit vier Monaten leidet er an sehr starkem Hautjucken, das continuirlich anhält, an der rechten Schulter begann, sich dann über den Körperstamm, die Streckseiten der Extremitäten ausdehnte und nur die Beugeseiten frei liess.

Status: Die Untersuchung ergibt: Blasser, muskulöser, mässig gut genährter Mann. Der Rumpf und ganz besonders der Rücken und die Nackengegend, ferner die Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten sind mit zahlreichen, von Kratzeffekten herrührenden Erosionen bedeckt. Daneben finden sich, besonders am Rücken, zahlreiche braune Pigmentirungen und eine Anzahl ganz flacher, theils bräunlicher, theils weiss glänzender Narben. Dazwischen sieht man eine grosse Anzahl stecknadelkopf- und etwas grösserer, theils bläulichrothlicher, theils bräunlicher, zum Theil mit Bläschen, zum Theil mit kleinen Borken bedeckter Knötchen, die unregelmässig über die geschilderte Ausbreitungsfläche des Leidens vertheilt sind. Im ganzen Bereich besteht starkes Jucken. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt ausser einer ziemlich hochgradigen Milzschwellung keine Abweichungen. Der Milzbefund bei dem Patienten ist folgender: Milz in rechter Seitenlage. Obere vordere Grenze (von hinten oben nach unten vorn): unterer Rand der siebenten Rippe bis zur vorderen Axillarlinie, von da aus geradlinig bis zum Rippenbogen, an dessen Kreuzung mit der linken Parasternallinie. Von hier aus wird der Rand palpabel und zieht bis zu einem Punkte zweifingerbreit nach links von der Mittellinie. Dann scharfe Umbiegung in den unteren hinteren Rand, der in der vorderen Axillarlinie unter dem Rippenbogen verschwindet.

Die Untersuchung des Blutes ergab ausser einer geringen Vermehrung der eosinophilen Zellen nichts abnormes. Ausserdem hat der Patient in beiden Inguinalgegenden erbsen- bis ungefähr kirschgrosse harte, schmerzlose Drüsen, und in der linken Bicipitalfurche eine circa bohnen-grosse Drüse. Patient wurde intern mit asiatischen Pillen, äusserlich mit jucklindernden Medikamenten behandelt. Das Leiden hat sich auch sehr wesentlich gebessert, aber es erscheinen doch von Zeit zu Zeit in dem gleichen Erkrankungsgebiete neue prurigoähnliche, juckende Effloreszenzen.

Wenn wir die geschilderten Beobachtungen, sowohl unsere eigenen als die von anderen referirten — die nicht das gesammte in der Litteratur niedergelegte Material erschöpfen, sondern lediglich Gruppentypen darstellen sollen — zusammenhalten, so ergibt sich, dass wir es hier mit einer Hautaffektion zu thun haben, die bei den verschiedenen Beobachtungen ausserordentlich ähnlich sich gestaltet. Es handelt sich um meistens kleinste Urticariapapeln, welche häufig an der Kuppe mit einem kleinen Bläschen oder einer Borke bedeckt sind. Dazwischen finden sich auch festere, ungefähr hirsekorn-grosse, oberflächlichste Knötchen, gelegentlich grössere Urticariaeffloreszenzen und selten Blasen, zahlreiche Exkoriationen in Folge von Kratzeffekten, braune Pigmentationen, flache Narbenbildung und in einzelnen Fällen eine, wenn auch nicht sehr hochgradige Verdickung der Haut.

Daneben besteht ausserordentlich heftiges Jucken. Dieses Leiden findet sich entweder in ganz diffuser Ausbreitung oder doch gelegentlich daneben mit einer gewissen Bevorzugung der Streckflächen der Extremitäten. Die histologische Untersuchung anscheinend charakteristischer Effloreszenzen ergab nur Oedem, Bläschenbildung in den oberen Epidermisschichten und eine geringgradige, in den oberen Schichten der Cutis und dem Papillarkörper sich abspielende Entzündung. In ein-

zelen Fällen ist es nicht ganz auszuschliessen, dass die regionären Lymphdrüsen sekundär entzündlich geschwellt waren. Die Prognose der Krankheit ist anscheinend keine günstige, indem zwar Besserungen eintreten können, es aber zweifelhaft erscheint, inwieweit sie zur Heilung tendiert. Auf Grund der geschilderten Eigenthümlichkeiten, sowohl in Bezug auf die anscheinend primären Effloreszenzen wie die sekundären Hautveränderungen und das subjektive Symptom, wird diese Dermatoze zweifellos am ähnlichsten der eingangs geschilderten Prurigo Hebrae. Es handelt sich jedenfalls um eine — wenn ich der Eintheilung Neisser's in seiner Darstellung der Hautkrankheiten folge — Sensibilitätsneurose der Haut mit urticariellen Erscheinungen. Diese Form theilt Neisser in drei Gruppen: 1. Reine Urticaria, 2. Strophulus, 3. Prurigo Hebrae. Zweifellos ist die uns beschäftigende Dermatoze nicht unter die reine Urticaria zu rubrizieren, sondern zur Strophulus-Prurigogruppe. Von letzterer unterscheidet sie sich allerdings durch das Entstehen im späteren Lebensalter und vor allem durch die mehr diffuse Lokalisation, im Gegensatz zu der typischen Lokalisation der Hebra'schen Prurigo an den Streckflächen der Extremitäten.

Allein wenn wir berücksichtigen auf der einen Seite, dass auch in unserem Falle eine gewisse Prädisposition der Streckflächen der Extremitäten vorhanden sein kann, auf der andern Seite auch die Hebra'sche Prurigo wahrscheinlich in einer grossen Zahl von Fällen im frühesten Kindesalter in diffuser Ausbreitung als Urticaria vesiculosa beginnt und in sehr heftigen Fällen auch später über andere Körpergebiete sich ausdehnt, so wird hierdurch die Aehnlichkeit beider Krankheitsbilder noch um so grösser; ich wüsste in der That nicht, unter welche dermatologische Krankheitsgruppe besser, trotz der oben hervorgehobenen Unterschiede, sie sich einreihen liesse. Umgekehrt kam ich durch unsere Beobachtungen auf den schon von anderer Seite ausgesprochenen Gedanken, inwieweit nicht auch für die Hebra'sche Prurigo eine ähnliche hämatogene Krankheitsursache vorliegt, wie es bei den von uns geschilderten Beobachtungen doch allem Anschein nach der Fall zu sein scheint. Denn die in den von uns geschilderten Fällen gleichzeitig beobachtete chronische Erkrankung und Hyperplasie lymphatischer Organe, aus verschiedenen Krankheitsursachen entstanden, scheint bei der Gleichmässigkeit der Hautaffektionen in der That eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung derselben zu haben. Zumal weist die eine Blaschko'sche Beobachtung darauf hin, bei der nach Beseitigung des Lymphdrüsentumors vorübergehend auch die Dermatoze sich zurückbildete, um beim Rezidiviren der Lymphdrüsen-erkrankung wieder aufzutreten. Ich will nun gleich hier bemerken, dass die Untersuchung fünf typischer Prurigo- und von sechs Skrophulusfällen, besonders auch in Bezug auf Milzschwellung, ein negatives Resultat ergab; eine geringe Eosinophilie des Blutes, die wir — wie vor uns andere Autoren — hierbei constatiren konnten, ebenso wie auch in pruriginösen Hauteffloreszenzen gelegentlich, kann nach dieser Richtung naturgemäss nicht verwerthet werden. Denn allem Anschein nach hat die bei sehr verschiedenen Zuständen beobachtete Zunahme, resp. das Auftreten von eosinophilen Zellen in Krankheitsheerden keine besondere pathologische Bedeutung. Trotzdem halte ich es nicht für völlig ausgeschlossen, wenn auch bisher nicht für bewiesen, dass es sich auch bei der Hebra'schen Prurigo um eine originäre Krankheit des Blutes, resp. der mit demselben im Zusammenhang stehenden Organe handeln könnte. Denn wie sollen wir uns in unserem Falle das Zustandekommen der Hautaffektion, resp. ihren Zusammenhang mit der lymphatischen Grundkrankheit vorstellen? Die Vermehrung der Lymphocyten an sich kann nicht die Ursache sein. Denn wir finden, dass gerade bei der Krankheit, bei der zweifellos die grösste Mengenzunahme dieser Elemente besteht — bei der Leukämie —, selten, höchstens im Beginn der Affektion ähnliche Exantheme, sondern finden meistens andere Hautaffektionen: ausgedehnte Urticaria, Blutungen, Nekrosen, Bildung lymphatischer Granulome. Es sind nach den bislang vorliegenden Beobachtungen theils fixe Lymphocytosen, d. h. ohne vermehrte oder mit nur geringgradig vermehrter Einschwemmung von Lymphocyten ins Blut, oder von den mobilen Lymphocytosen¹⁾

wesentlich diejenigen mit geringer Blutveränderung, wie die Pseudoleukämie,¹⁾ bei denen pruriginöse Exantheme beobachtet werden. Demnach müssen wir annehmen, dass nicht allein die Menge der Lymphocyten in Betracht kommt, als vielmehr abnorme Zellprodukte bei diesen Zuständen entstehen, welche vielleicht — analog der Urticaria — für die Hautaffektion ursächliche Bedeutung haben. Gelegentlich der Demonstration seines Falles hat Blaschko bereits einer ähnlichen Anschauung Ausdruck verliehen. Die Möglichkeit nun, dass ein solch abnormer Chemismus der Zellen auch ohne makroskopische Veränderung vorhanden — eventuell angeboren — sein könne, erscheint nicht ganz unmöglich. Hiermit würde die frühe Entwicklung und Unheilbarkeit der Prurigo Hebrae jedenfalls sich erklären, zumal auch der Allgemeinzustand der an diesem Leiden erkrankten Patienten auf eine Dyskrasie hinweist.

Doch das sind lediglich Hypothesen, zu denen die mitgetheilten Beobachtungen anregen. Es wird Aufgabe weiterer Beobachtungen sein festzustellen, inwieweit wirklich ein Zusammenhang zwischen lymphatischer Hyperplasie im Organismus und dieser in Bezug auf ihre äussere Erscheinungsform der Prurigo ähnlichen, wenn auch in den angegebenen Punkten von ihr verschiedenen Hautkrankheit besteht. Ferner wird das Augenmerk darauf zu richten sein, inwieweit bei anderen internen Affektionen beobachtete Sensibilitätsneurosen der Haut, wie bei internem Carcinom, bei chronischen Intoxikationen, bei Echinococcen, bei frischer Malaria, hierher oder nicht vielmehr in das Gebiet des reinen Pruritus oder der einfachen Urticaria gehören. Hierzu wollte ich durch die vorliegende Mittheilung — welche keineswegs als etwas Feststehendes aufzufassen ist — anregen.

Litteratur: E. Wagner, Prurigo bei lymphatischer Anämie. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1886. — M. Joseph, Ueber Pseudoleukaemia cutis. Deutsche medicinische Wochenschrift 1889, No. 46. — Carl Sternberg, Ueber eine eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparats. Zeitschrift für Heilkunde 1898. — Pinkus, Sitzungsberichte der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Dermatologische Zeitschrift 1899, S. 362 ff. — Blaschko, Sitzungsberichte der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Dermatologische Zeitschrift 1901. Spezialabdruck S. 48 und 78 ff. — Felix Pinkus, Ueber Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1899, Bd. L, Heft 1. — Ehrlich, Lazarus, Pinkus, Leukämie, Pseudoleukämie. Hämoglobinämie in Nothnagel's Spezieller Pathologie und Therapie 1901. — Neisser-Jadassohn, Krankheiten der Haut in Ebstein und Schwalbe's Handbuch der praktischen Medizin 1901. — Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Theil I: Hautkrankheiten. 10. Aufl. 1901. S. 60 ff. — Jarisch, Die Hautkrankheiten in Nothnagel's Spezieller Pathologie und Therapie 1900. S. 183 ff.

¹⁾ Auf die bei myelogener Leukämie beobachteten juckenden Exantheme gehe ich hier nicht ein, weil es fraglich ist, inwieweit sie in dies Gebiet gehören, jedenfalls erst weitere Beobachtungen nach dieser Richtung noch zu machen sind. Wahrscheinlich gehören sie mehr zur reinen Urticaria.