

Aus der k. k. Universitätsklinik für Dermatologie und
Syphilidologie zu Wien [Vorstand Prof. Dr. G. Riehl].

Psoriasis und pustulöses Exanthem.

Von

Dr. Leo Ritter von Zumbusch.

Im folgenden soll eine Beobachtung an zwei Kranken wiedergegeben werden, die aus verschiedenen Gründen nicht uninteressant ist. Die beiden Kranken, Bruder und Schwester, standen an der Klinik in Behandlung, ein Fall kam zur Sektion. Zunächst seien die Krankengeschichten wiedergegeben und zwar, um die Sache zu beleuchten, in voller Ausführlichkeit:

I. Josef N., 24 J., Tagelöhner aus Floridsdorf bei Wien.

Anamnese vom 20. August 1888. Der sonst gesunde Patient steht seit längerer Zeit mit Psoriasis an der Klinik in Behandlung. Vor 2—3 Monaten lag Patient an der Klinik mit einem toxischen Ekzem, welches er sich durch Auflegen einer Salbe gegen Psoriasis zugezogen haben will. Dasselbe soll in Form hirsekorn- bis stecknadelkopfgroßer gruppiertes Pustelchen aufgetreten sein, Patient wurde damals geheilt entlassen. (Die Krankheitsgeschichte dieses ersten Spitalsaufenthaltes ist nicht auffindbar.)

Status praesens: An beiden Unterschenkeln handtellergröße plaquesartige psoriatische Stellen, in deren Umgebung die Haut stark gereizt und entzündet ist. An beiden Vorderarmen und am unteren Drittel beider Oberarme die Haut stark gerötet, entzündlich geschwollen, namentlich an den Beugeseiten mit dicht nebeneinander stehenden, hirsekorn- bis stecknadelkopfgroßen Pustelchen besetzt. Sonst sieht, man am Körper zerstreut linsengroße, und größere Psoriasiseffloreszenzen, ebensolche auch an den Ohren und im Bereich der behaarten Kopfhaut. Therapie: Umschläge mit Liq. Burowii.

22./VIII. Alle Bläschen verschwunden, die Haut ist noch rot und mäßig infiltriert.

29./VIII. Pat. wird mit Creolinsalbe behandelt.

12./IX. Überall ist die Haut abgeblaßt, schuppig, die Entzündungserscheinungen im Rückgang begriffen.

17./IX. An den Knien Nachschübe von Bläschen, lebhafte Entzündung, an den Armen stärkere Schuppung.

20./IX. Haut überall abgeblaßt.

Sodann wurde Patient noch mit Pyrogallussalbe, Pyrogallusgelatine 20%, Kreolinsalbe, Seifenpflaster und Zinkpasta behandelt.

22./XII. Haut der erkrankt gewesenen Stellen leicht gerötet, aber im Niveau liegend, nicht mehr verdickt, nicht schuppig, frei von Jucken. Patient wird gebessert entlassen.

II. Aufgenommen am 29./I. 1892, bietet der Kranke folgendes Bild:

Die Haut am ganzen Körper gleichmäßig gerötet, am Stamm etwas mehr blaßrot, infiltriert. An den oberen Extremitäten ist die Haut beträchtlich geschwollen, der oberflächlichen Epidermisschichten beraubt, nässend. Ebenso an den Unterschenkeln: Diagnose Ekzema universale.

Therapie: Extremitäten Diachylonsalbe, Stamm Zinkpasta.

13./II. Xeroformsalbe bis 24./II.

25./II. Die Entzündungserscheinungen haben, nachdem sie zurückgegangen waren, wieder stark zugenommen, die Haut ist lebhaft gerötet, Pat. fiebert und klagt über Schmerzen. Es werden Umschläge mit Liq. Burowi und Ichthyolwasser verordnet.

9./III. Es besteht zwar noch intensive Rötung, doch ist die Haut allenthalben glatt, Pat. ist sehr schwach.

1./IV. Die Haut ist allenthalben abgeblaßt, glatt, es besteht keine Schuppung mehr.

Nun hält die Besserung an bis am

4./V. neuerlich von den Mammillae abwärts lebhafte Rötung der Haut und Nässen sich einstellt, was unter Behandlung mit Umschlägen sich abermals bessert.

Unter Behandlung mit ung. Diachyli, Teeröl und Pyrogallussalbe tritt nun eine zunehmende Besserung, sowohl des objektiven Befundes, als des subjektiven Befindens ein, so daß Patient am 26. Juni 1897 als geheilt entlassen werden kann.

III. Am 10. März 1902 erschien aber der Kranke abermals zur Aufnahme auf der Klinik. Es wurde mit ihm folgende Anamnese erhoben: Seit der Kranke das Spital im Jahre 1897 verlassen hat, war sein Befinden stets gut, doch bestanden fast die ganze Zeit her, wieder größere und kleinere Psoriasisherde, die meist an Knie und Ellbogen lokalisiert waren; auch einzelne Flecken am Stamm hat er beobachtet. Vor 2 Jahren wurde ihm einmal Pyrogallussalbe gegen dieselben verordnet, was auch, ohne seine Haut zu reizen, die Erscheinungen zum Schwinden brachte. Bald aber traten die Effloreszenzen wieder hervor und bestanden seither, ohne daß er etwas getan hätte, denn sie genierten ihn nicht. Vor acht Tagen aber kam ihm plötzlich der Gedanke, wieder etwas gegen sein Leiden zu unternehmen, zu welchem Zweck er die Pyrogallussalbe hervorsuchte und sich mit derselben, die bereits ranzig roch, einpinselte. Dies hatte angeblich die Wirkung, ihn binnen wenigen Tagen in den Zustand zu versetzen, in dem er aufgenommen wurde.

Status praesens: Pat. ist leicht benommen, Temperatur 39·8, Puls 116.

Die ganze behaarte Kopfhaut, die Stirne, die Ohren, die seitlichen Wangenpartien sind gerötet, mit Krusten und Schuppen bedeckt. Das Kinn, der Hals, der ganze Stamm und die ganzen oberen und unteren Extremitäten mit Ausnahme der Knie und oberen Drittel der Unterschenkel sind diffus lebhaft rot. Die Haut ist überall entzündlich geschwollen, verdickt. Stellenweise sieht sie trocken aus, andere Stellen sind nässend oder von Eiter belegt. An sehr vielen Körperstellen, am Stamm sowohl, wie besonders auch an den Extremitäten, sieht man oft große Partien der Haut, die bis über Handflächengröße sich erstrecken, woselbst sich feinste, zu Gruppen zusammengedrängte, oft konfluierende, stecknadelkopf- bis linsengroße Pustelchen finden. Diese massenhaft vorhandenen Pustelchen haben eine sehr feine Decke, liegen höchst oberflächlich, viele derselben sind aufgeplatzt. Am stärksten sind die Entzündungserscheinungen an den Armen: Dieselben sind mächtig geschwollen, düsterrot, die Epidermis ist fast in toto abgelöst und hängt zum Teil in Fetzen herunter, auch hier reichliche Bildung von Pusteln. In der Ellenbeuge, an der Achselfalte, den Seiten der Brust, am Rücken und in der Inguinalgegend sind die Entzündungserscheinungen zwar ebenfalls heftig, doch ist hier die Haut weniger rot, sie ist mit mächtigen Krusten und Schuppen bedeckt, welche sich in großen Lamellen ablösen.

Auch an Händen und Füßen besteht lebhaftere Rötung und Nässen, Krustenbildung, neben einzelnen Pusteln am Handrücken.

An den Unterschenkeln sowie über den Schulterblättern kann man einige runde, etwa kreuzer- bis guldengroße Herde unterscheiden, die mit mächtigen, festhaftenden Krustenschuppen bedeckt sind; nach dem Ablösen derselben sieht man eine etwas gelblichrote, feuchte, glänzende Fläche, es treten dabei einzelne kleinste Blutpünktchen auf.

Der Befund der inneren Organe ergibt nur das Bestehen einer geringfügigen trockenen Bronchitis. Lymphdrüsen in inguine bis bohnen-groß. Im Harn findet sich weder Eiweiß noch Zucker, derselbe ist gelb, klar, sauer.

Der Patient wird in einen Umschlag mit Liq. Burowi gelegt.

Der Verlauf war folgender:

8./III. Die Erytheme an den Unterschenkeln weisen eine tiefrote Farbe auf, die von zahlreichen Hämorrhagien herrührt, die sich unter der Haut dortselbst finden.

14./III. Die schon bei der Aufnahme in lamellöser Abschiebung begriffene Epidermis hat sich fast überall abgelöst, die frisch regenerierten Teile derselben sind jedoch im Begriff abermals zu exfoliieren.

15./III. Links hinten unten am Thorax leises Reiben und Knister-rasseln, jedoch keine wahrzunehmende Dämpfung. Pat. fiebert bis 40·2°, er ist sehr benommen, zeitweise unruhig, die Entzündungserscheinungen an der Haut nicht zugenommen.

16./III. Bei sonst nicht verändertem Zustand Nachschübe von Pustelchen auf beiden Vorderarmen. Temp. 39·1°.

17./III. Sensorium freier, Tem. 38·9, Pat. wird mit Ung. simplex eingeschmiert. Eine Zählung der Leukozyten ergibt 20.780 im mm^3 .

18./III. Pat. ist fieberfrei. An der Brust und den Seiten des Thorax finden sich zahlreiche, teils follikulär angeordnete Pustelchen. Am übrigen Körper sind massenhaft Krusten aufgelagert. Er wird mit Zinkpasta eingeschmiert.

21./III. Wird der Pat., der fieberfrei ist, gebadet.

22./III. Die Erscheinungen der Dermatitis sind allenthalben in Rückgang begriffen. Man kann jedoch konstatieren, daß sich während der Zeit eine allgemeine Schwellung der Lymphdrüsen entwickelt hat, die Kubitaldrüsen sind bis bohngroß, die Nuchaldrüsen bis haselnußgroß, die Inguinaldrüsen bis pflaumengroß, ziemlich derb, beweglich, nicht schmerzhaft.

24./III. Nach fast vollständiger Abheilung des Prozesses sieht man an den Beinen des Patienten kreuzer- bis handtellergröße Herde, die scheibenförmig, scharf begrenzt, leicht eleviert, von bräunlichroter Farbe, mit festhaftenden weißen Schuppen bedeckt sind. Auch an der Streckseite der Oberextremitäten ähnliche Herde.

1./IV. ad nates findet sich links ein derbes blaurotes Infiltrat, das eitrig einschmilzt und am

3./IV. wird der Furunkel gespalten.

5./IV. Pat. wird geheilt entlassen.

Vom 5. April war der Pat. gesund bis zum Herbst, wo er sich abermals auf die Klinik aufnehmen ließ.

IV. Am 19. November 1902 kam Pat. abermals zur Aufnahme auf die Klinik, es wurde folgende Anamnese erhoben:

Der Pat. war bis auf die nicht rückgebildeten Psoriasisherde gesund, bis vor 14 Tagen, diesmal angeblich ohne daß er sich mit irgendetwas behandelt hätte, ein Ausschlag auftrat. Er schmierte sich mit Zinkpasta ein, der Ausschlag wurde sehr schnell über den ganzen Körper verbreitet.

Statut praesens: Pat. ist leicht benommen und unbesinnlich, er fiebert hoch (40·5°), Zunge stark belegt, trocken. An den inneren Organen nichts auffallendes, nur spärliche Rasselgeräusche beiderseits unten hinten. Keine Milzschwellung. Auch diesmal ist die ganze Haut des Patienten erkrankt. Frei sind nur die Nase, die mittleren Teile der Stirne, die Flachhände und Fußsohlen. Allenthalben besteht diffuse Rötung, wobei die Konsistenz der Haut vermehrt ist, dieselbe fühlt sich teils mehr derb, teils mehr pastös an, überall ist lehafte Rötung vorhanden, an den Unterschenkeln einzelne unregelmäßig geformte hämorrhagisch verfärbte Stellen. An Brust und Bauch, besonders aber an den Streckseiten der Extremitäten finden sich Hautpartien, wo über größere und kleinere Bezirke, bis zur Größe einer Flachhand, Gruppen von kleinsten Pustelchen sich befinden. Dieselben sind punkt- bis linsengroß, stehen dicht nebeneinander auf geröteter Fläche, liegen sehr oberflächlich, konfluieren reichlich; zum

Teil sind sie aufgerissen, so daß auf der Haut der schmierig eitrige Inhalt aufgelagert ist.

Im übrigen finden sich auf der Haut aufgelagert allenthalben mächtige Krustenschuppen, zum Teil sehr dick und ziemlich fest anhaftend, an den meisten Körperregionen in Form dünner Lamellen, die leicht durchscheinen und in einzelne, bis guldenstückgroße Felder geteilt, an den Rändern aufstehen und sich massenhaft abschuppen, so daß man morgens händevoll aus dem Leintuch nehmen kann. In der Gegend der Gelenke (Kniebeuge, Axilla etc.) ist die Haut vielfach rhagadisiert. Im Harn kein Zucker, kein Eiweiß.

Therapie: Einwicklung in nasse Leintücher.

Der Verlauf des Leidens war diesmal folgender:

21./XI. Patient fiebert kontinuierlich, es besteht jetzt am ganzen Körper intensive, großlamellöse Abschuppung, keine neue Pustelbildung, die alten Pusteln trocknen ein. Durch Abblassen einzelner Hautpartien ist die Rötung keine gleichmäßige mehr, sondern fleckig. Bis auf ein noch immer bestehendes Spannungsgefühl ist das subjektive Befinden des Pat. ein viel besseres.

26./XI. Am Rücken, an der Brust sowie an Armen und Beinen besteht noch immer mächtige großlamellöse Abschuppung, im übrigen ist jedoch die Entzündung sichtlich im Rückgang. 38·5°.

3./XII. Patient ist leicht benommen, er fiebert wieder höher, an Armen und Beinen ist ein Nachschub von massenhaften Pustelchen aufgetreten. Er wird mit Borvaseline geschmiert.

7./XII. Bis heute haben sich allenthalben neuerlich zahlreiche Pustelchen, die den eingangs beschriebenen analog beschaffen sind, gebildet.

11./XII. Pusteln trocknen ein, die Haut blaßt ab, die Rötung wieder mehr fleckig, das Fieber läßt nach, es überwiegt die lamellöse Abschuppung. 37·8°.

14./XII. Gestern abends stieg die Temperatur wieder auf 40°. Dabei ist abermals eine Menge von Pusteln an der Brust, einzelne an den Armen aufgetreten.

16./XII. Auch in den Kniekehlen und an den Waden haben sich reichlich Pusteln gebildet. Liq. Burowi Einpackung.

17./XII. Heute bietet Pat. dasselbe schwere Bild, wie bei der Aufnahme, die Haut ist universell lebhaft rot, er ist benommen, das Fieber ist hoch 40·2°.

18./XII. Während Körper und Oberschenkel abzublasen beginnen, treten an den Unterschenkeln noch immer neue Pusteln auf.

20./XII. Jetzt ist überall die Entzündung im Rückgang, im Stadium der Schuppenbildung, Pat. erhält stets noch Einpackungen.

Nachdem der Stuhl stets nur auf Nachhilfe erfolgte, wurde, um etwaigen abnormen, eine Antointoxikation herbeiführenden Gährungsprozessen auf die Spur zu kommen, eine Analyse des Urins vorgenommen, die folgendes Resultat ergab:

Harn dunkelgelb, leicht trüb, sauer, 1022, 750 cc Tagesmenge, Eiweiß, Zucker, Azeton, Azetessigsäure, Gallenfarbstoff, Blutfarbstoff war nicht vorhanden, Indican nicht vermehrt. Die Bestimmung der Ätherschwefelsäure ergab: 2·319 g Gesamtschwefelsäure, davon 0·1875 g als gepaarte Ätherschwefelsäure.

23./XII. Nach einem Rückgang der Erscheinungen durch die letzten, Tage heute ein neuerlicher Nachschub mit Pustelchen an Stirn und Brust.

29./XII. Die Haut noch immer stark rot, beginnt abermals abzublassen.

31./XII. Das noch stark gerötete Gesicht mit Borsalbe verbunden der übrige Körper in ein Leintuch eingeschlagen. 38·4°.

2./I. 1903. Die Entzündung läßt nach, ebenso das Fieber. 37·5°.

8./I. Es besteht eine feinkleilige Abschuppung, indem Rötung und Spannung nachläßt.

14./I. An Armen, Brust und im Gesicht hat die Haut schon zum größten Teil ihr normales Aussehen wiedergewonnen, es finden sich dort, unregelmäßig verteilt, rote, schuppende Flecken.

18./I. Am Stamm, an Bauch und Brust am meisten, auch vorne an den Oberschenkeln und an den Beugeseiten der Arme kann man jetzt scheibenförmige, flach elevierte, rote Plaques sehen, die leicht abschuppen (Psoriasis vulgaris). Die Inguinaldrüsen sind bis Haselnußgroß, leicht empfindlich. Pat. wird mit Unguentum simplex geschmiert, er ist fieberfrei.

29./I. Unter Wiederanstieg der Temperatur ist die Haut des Pat. wieder allenthalben lebhaft rot, das Gesicht geschwollen, auf der Brust und an den Unterschenkeln finden sich wieder zahlreiche Pusteln, es besteht starkes Spannungsgefühl 39·6°, Einpackung.

2./II. Der Nachschub hat wieder sistiert, so daß die Haut mit Ausnahme der Hände und Unterschenkel, wo noch stärkere Rötung und lamellöse Abschuppung besteht, abgeblaßt ist und feinkleilig abschuppt.

9./II. Neuerliche, jedoch minder intensive Exazerbation.

12./II. Allenthalben wieder Rückgang der Erscheinungen, subjektives Wohlbefinden. 36·5°.

Gegen Ende März 1903 verschlechterte sich der Zustand zeitweise durch Nachschübe an einzelnen Körperstellen, doch trat kein allgemeiner Ausbruch auf, so daß im ganzen das Befinden immer ein relativ günstiges zu nennen war.

8./IV. Trat plötzlich eine schwere Attacke auf, der ganze Körper wurde wieder mit Heftigkeit ergriffen. Einpackungen.

10./IV. Da die Entzündungserscheinungen etwas nachlassen, wird Ung. simpl. angewendet.

12./IV. Wird Patient mit 3% Pyrogallolsalbe an Armen und Beinen dünn eingepinselt und nach 3 Tagen je einmal. Dann durch 3 Tage am Stamm und den Extremitäten mit Ung. simplex. Diese Behandlung wird zweimal nacheinander geübt.

26./IV. Haut im Gesicht blaß, auch am übrigen Körper von normaler Farbe, geschmeidig, glatt. Nur an jedem Ellbogen ein etwa fünf-kronenstückgroßer, runder, flach erhabener, roter, mit einer festhaftenden

weißen Schuppe bedeckter Herd, ebenso am linken Oberarm, sowie an beiden Oberschenkeln ungefähr kronengroße, ähnlich beschaffene Herde.

Am 9. Mai 1903 wird Patient geheilt entlassen.

Als sich der Kranke einmal im August vorstellte, war er ganz gesund bis auf die noch bestehenden Psoriasisplaques, die ihn aber in keiner Weise belästigen.

V. Am 7. November 1904 kommt der Kranke abermals auf die Klinik:

Anamnese: Vor 8 Wochen traten, nachdem er bis dahin gesund war, an beiden Seiten des Thorax über den Rippen stecknadelkopfgroße Pünktchen auf, die sich bald mit Schuppen bedeckten. Diese Herde vermehrten und vergrößerten sich rasch. Vor vierzehn Tagen versuchte er das Übel, das ihn heftig juckte, durch einen aufgelegten Dunstumschlag zu lindern. Nun breitete sich aber in wenigen Tagen der Ausschlag fast über den ganzen Körper aus, sein Befinden wurde schlecht, seit drei Tagen fiebert er.

Status praesens: Der Befund ist ähnlich wie jedesmal früher. Der ganze Stamm, der Hals, die Arme, das Genitale und die Oberschenkel sind lebhaft rot, mit lamellosen Anflagerungen bedeckt, stellenweise nässend und mit feuchten gelben Krusten. An den Rändern sind zahlreiche winzige Pustelchen zu sehen. Auch an den Unterschenkeln ist die Haut an einzelnen Stellen rot, mit Pusteln besetzt. Die Pusteln sind hirsekor- bis hanfkorngroß, stehen dicht nebeneinander auf rotem Untergrund und enthalten dicken, an vielen Stellen schon eingetrockneten Eiter. Ab und zu konfluieren einige zu größeren Herden.

Die Temperatur ist 39·5°, das Sensorium frei, an den inneren Organen nichts bemerkenswertes, der Harn frei von Eiweiß und Zucker.

Decursus morbi: Unter ganz indifferenter Therapie (Umschläge mit Liq. Burowi und Ung. simplex) bleibt der Zustand ziemlich unverändert, am 13. Nov. steigt die Temperatur auf 40 0°, um dann auf 37·7 abzusinken.

16./XI. Da keine frischen Pusteln da sind und die Temperatur fast normal ist, wird einprozentige Pyrogallussalbe eingepinselt.

1./I. 1905. Nachdem der Kranke fast geheilt war, tritt hohes Fieber und Pustelchen am Stamm auf: Indifferente Therapie.

3./I. Das Fieber ist verschwunden, überall ist die Sache in Besserung.

16./II. Unter der gleichen Therapie mit 1% Pyrogallussalbe ist alles abgeheilt, der Kranke verläßt das Spital.

Im weiteren Verlauf wurde nun der Kranke noch mehrmals an die Klinik aufgenommen, es erscheint unnütz die Krankengeschichten zu reproduzieren, da sich alles ganz gleich verhielt, das Bild war immer dasselbe: Zuerst ein unbedeutendes, an akute Psoriasis erinnerndes Exanthem, plötzlich Fieber, Pusteln, Abklingen unter Schuppung, Heilung. Die letzten Attacken waren im ganzen leicht. Der Patient war vom 17./VII. 1905 bis 14./X. 1905 zum sechsten, vom 26./II. 1906 bis 11./IV. 1906

zum siebenten, vom 5./VI. 1906 bis 2./X. 1906 zum achten und vom 24./VIII. 1908 bis 5./X. 1908 zum neuntenmale an der Klinik.

Die zweite Beobachtung, welche, wie schon bemerkt, die Schwester des Kranken betrifft, ist folgende:

Marie K., 42 J., Witwe, Bedienerin, wird am 2. August 1903 aufgenommen.

Die Anamnese ergibt, daß die Patientin, die vier Kinder hat, angeblich niemals ernstlich krank war. An Psoriasis gibt sie an, seit vielen Jahren zu leiden, doch war sie nur einmal, bereits vor mehreren Jahren, in ambulatorischer Behandlung der Klinik, sie hat sich sonst immer selbst behandelt, da das Leiden nie eine größere Ausdehnung gewann. Das jetzige Leiden trat vor wenigen Tagen auf, früher will sie nie etwas derartiges gehabt haben. Eine Ursache für das Auftreten der Erkrankung weiß sie nicht anzugeben. Lues wird negiert, ebenso Potus. Der später befragte Bruder (d. o. beschriebene Patient) gab jedoch an, die Patientin habe reichlich Branntwein genossen.

Status praesens: Die Erkrankung erstreckt sich über den ganzen Körper, relativ am wenigsten verändert ist das Gesicht. Die Haut ist lebhaft gerötet, mit groß lamellosen Schuppen bedeckt, die vielfach zersprungen sind, sie fühlt sich mächtig verdickt an. Die Schuppenmassen sind vielfach zersprungen, plattenartig gefeldert auf die Haut aufgelagert. An Bauch und Brust, sowie an den Armen sind die Schuppenmassen von besonderer Mächtigkeit, sie sind von grünlicher Farbe und verdecken hier fast vollständig die Haut; wo man dieselbe sieht, ist sie lebhaft rot und hat ein gefeldertes Aussehen. Im Bereich des behaarten Kopfes türmen sich ebenfalls reichliche Mengen von Schuppen auf, die sehr trocken sind und kleienartig sich abschilfern. Die Stirne, Nase und die Mundwinkel sind leicht gerötet und schilfern feinkleilig ab. Die Nase ist frei, die Haut hat hier ein fast normales Aussehen, nur einzelne Teleangiektasien fallen auf. Weniger lebhaft rot als der Stamm und die oberen Extremitäten sind die Oberschenkel, doch besteht auch hier eine ausgiebige Produktion von Schuppen. Die Unterschenkel weisen festhaftende, gelblich verfärbte Borken auf. In der Gegend der Sprunggelenke sieht man blasenartige Abhebungen der Haut. Die Auflagerungen lassen sich allenthalben in größeren und kleineren Lamellen abziehen.

Der innere Befund ergibt: Leichte Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts (bis zur Mitte des Brustbeins), Herztöne dumpf, Puls 98, regelmäßig, Pulswelle ziemlich nieder, weich. Beiderseits hinten unten ziemlich reichliche Rasselgeräusche, Bauch der ziemlich fettleibigen Patientin leicht aufgetrieben. Urin kein Eiweiß, kein Zucker, Temp. 39.2°. Patientin ist in leichtestem Grade benommen. Es wurden derselben nasse Einpackungen verordnet.

4./VIII. Die Patientin fiebert nicht so hoch (37.2°), sie ist nicht benommen. Im übrigen ist der Zustand ziemlich unverändert.

6./VIII. Morgens um acht Uhr wollte die Patientin sich im Bett aufsetzen und aufstehen. In diesem Augenblick wurde sie von Atemnot

befallen, rief, sie habe keine Luft, stürzte zu Boden und wurde zyanotisch. Dabei macht sie forzierte Atmungsbewegungen, in wenigen Augenblicken verliert sie das Bewußtsein und es tritt der Tod unter den Erscheinungen der Suffokation ein.

Das Ergebnis der Obduktion war folgendes: Auf der Haut der ziemlich fettreichen Leiche sieht man allenthalben mächtige Krusten und Schuppen aufgelagert. Die Farbe der Hautdecke ist ziemlich blaß, mit Ausnahme des leicht livid gefärbten Gesichtes. Die rechte Lungenspitze schwierig verwachsen mit der Pleura. Im Herzbeutel etwa 14 ccm seröser Flüssigkeit, das Herz etwas vergrößert, sehr fettreich. An der Teilungsstelle eines jeden Astes der Lungenschlagader liegt ein Konvolut wurmförmiger, mit den Ausgüssen von Venenverzweigungen astartig besetzter, etwa kleinfingerdicker, dunkelroter, ziemlich derber Thrombenmassen, die an der Teilungsstelle der Lungenarterie sitzend, sämtliche Zweige derselben verstopfen.

Die bakteriologische Untersuchung des Pustelinhaltes ergab in diesem Falle, so wie es auch beim ersten stets gewesen war, negatives Resultat.

Wenn wir die beiden Fälle betrachten, so ergibt sich folgendes:

Zwei Geschwister leiden seit ihren frühen Jahren wiederholt an Psoriasis, die in der gewöhnlichen Weise intermittierend auftritt und öfter behandelt wurde. Die Diagnose erscheint dadurch, daß beide schon an der Klinik in Behandlung waren, sichergestellt.

Nun kommt es aber, bei dem Bruder schon öfter, bei der Schwester nur ein einzigesmal zum Ausbruch eines ganz eigenartigen Exanthems; manchmal wird hiefür eine bestimmte Ursache angegeben, deren Stichhältigkeit erst wird untersucht werden müssen, manchmal tritt dasselbe, wie es scheint, ohne Grund auf.

Bei Fall I finden wir verschiedene Angaben: Die ersten male trat die Pusteleruption an der Klinik auf und wurde als Irritation durch ein appliziertes Mittel aufgefaßt. Einmal, gab er an, es sei Psoriasis aufgetreten und er habe sich mit einer Pyrogallussalbe eingeschmiert, die er schon lange zu Hause hatte, ein anderesmal wieder führte er die Verschlimmerung darauf zurück, daß er sich daheim mit Pasta Lassari eingegeben habe. Mehrmals kam die Eruption ohne erfindlichen Anlaß zum Vorschein, ebenso wie sie öfter an der Klinik auftrat und man nicht sagen konnte, was die Schuld trage.

Bei Fall II, wo die Erkrankung nur einmal in der schweren Form auftrat, und der Tod bald darnach durch Palmonalembolie herbeigeführt wurde, wird keine Ursache angegeben.

Da nun offensichtlich meistens keine Ursache für den Ausbruch gefunden werden konnte, kann wohl mit Recht behauptet werden, daß die Erkrankung aus unbekannter Ursache entstanden sei, und nicht durch die angegebenen Applikationen bedingt war.

Das Krankheitsbild, welches wir, wie schon bemerkt, auch an der Klinik selbst öfter auftreten, resp. rezidivieren sehen konnten, war ein höchst merkwürdiges: Es hat gar keine Ähnlichkeit mit der gewöhnlichen Form der Psoriasis und auch nicht mit den bekannten Komplikationen derselben.

Die Sache gestaltet sich folgendermaßen: plötzlich tritt hohes Fieber auf, es steigt bis über 40°, der Kranke ist sehr hinfällig, benommen, dabei ist der interne Befund negativ. Während gewöhnlich bis zu diesem Zeitpunkt ein ganz typischer Psoriasisauschlag bestanden hatte, rötet sich auf einmal die Haut auf weite Strecken hin. Bald beginnt die Veränderung im Gesicht, bald an anderen Stellen, öfter an mehreren zugleich. Die Haut wird scharlachrot, sieht gespannt und glänzend aus, ist geschwollen, dabei trocken, auf Druck schmerzhaft. Nach kurzer Zeit, oft schon nach Stunden, treten aller kleinste Pustelchen mit gelbem, dickem Eiter auf, die sehr oberflächlich liegen. Sie vermehren sich rapid, so daß große Bezirke dicht von ihnen besetzt sind, ab und zu konfluieren einige und bilden bis heller große Pusteln. Ihr Inhalt ist steril.

Bald, nach ein oder zwei Tagen, sind die ersten Pusteln eingetrocknet, die Haut beginnt sich mit lamellosen feuchten Krusten zu bedecken, so daß man die Pustelchen nicht mehr so deutlich sieht, die Farbe wird dunkelrot. Oder es hebt sich die Epidermis ab, und es tritt Nässen auf. Dabei haben sich an den Rändern wieder neue Pusteln gebildet, rapid überzieht die Röte den Körper. Der Patient liegt dabei benommen, mit belegter Zunge im Bett, von heftigen Schmerzen gequält. Manchmal dauert dieser Zustand nur einige Tage, manchmal auch längere Zeit, indem dieselben Plätze auch mehrmals neuerlich Pusteln produzieren können; oder zwischen den wiederholten Ausbrüchen liegen Remissionen, von der Dauer einiger Tage bis einiger Wochen.

Die Therapie hat keinen sichtbaren Einfluß: Weder können antiphlogistische, blande Mittel die Dauer abkürzen, noch verschlimmert sich die Sache, wenn schärfere Mittel, wie Pyrogallusalbe, appliziert werden.

Eines Tages fällt das Fieber ab, das subjektive Befinden wird wieder gut, die Rötung verliert sich, allgemeine Schuppung

tritt ein; nach einigen Tagen ist alles trocken, braunrot, mäßig infiltriert, mit weißen, lamellösen, trockenen Schuppen bedeckt, mit einem Worte, der Patient bietet das Bild einer typischen Psoriasis. Diese wird mit den herkömmlichen Psoriasis-mitteln behandelt und heilt ab, bis nach kürzerer oder längerer Zeit eine neue Attacke erfolgt, welche entweder gleich mit Fieber und Pusteln, meist aber wie eine Psoriasis punctata einsetzt.

Wenn wir dem Wesen dieses Prozesses nahekommen wollen, so sind drei Möglichkeiten in Betracht zu ziehen: Entweder es handelt sich um eine Kombination von Psoriasis mit etwas anderem, oder es liegt eine bisher wohl nicht beschriebene Form von Psoriasis vor, oder endlich das ganze hat mit Psoriasis nichts zu tun.

Die letztere Möglichkeit kann nach dem ganzen Befinden, nach dem Aussehen und Verlauf der Sache in den fieberfreien Perioden (wobei auch charakteristische Grübchen in den Fingernägeln erwähnt seien) ausgeschlossen werden. Exantheme, die täuschend ähnlich mit Psoriasis sind, kommen zwar bei Mycosis fungoides vor, doch hat damit unsere Krankheit nicht die geringste Übereinstimmung in irgendeiner Beziehung.

Für die Annahme einer Kombination von Psoriasis mit einer anderen bekannten Krankheit wären verschiedene Prozesse in Betracht zu ziehen: Vor allem muß an eine Dermatitis ab acribus gedacht werden. Für diese ist es aber charakteristisch, daß sie meist mit kleinsten Knötchen entsteht, die dann erst konfluieren und eventuell sich in Bläschen verwandeln; dies ist hier nicht der Fall. Zwar kommen auch Dermatitis von flächenhafter Ausbreitung vor, auch diese können zur Blasenbildung führen. Unter allen Umständen ist aber die Schwellung dort stärker, und, was maßgebend ist, es treten eben (seröse) Blasen auf, nicht primäre eitrige Pustelchen. Bei flächenhafter Dermatitis sind außerdem die Blasen größer,

Es gibt nun zwar einzelne Substanzen, die so heftig irritieren, daß die Blasen rapid vereitern, wie z. B. Oleum crotonis. Derartige Dinge kommen hier jedoch nicht in Betracht.

Vor allem aber spricht gegen die Annahme einer Dermatitis venenata der Umstand, daß manchmal ganz geringfügige, zu scheinbar gar keine äußere Ursache die schwerste Entzündung mit 40° Fieber provoziert, ein anderesmal scharfe Antipsoriatica anstandslos vertragen werden. Ein solches Wechseln der Disposition kann wohl von der Hand gewiesen werden. Viel mehr geht die Eruption parallel mit dem Ausbruch und der Remission der Psoriasis.

Andere Blasenprozesse, wie Eczema vesiculosum, Pemphigus, Impetigo contagiosa haben gar keine Ähnlichkeit mit der

in Rede stehenden Sache, so daß sie nicht in den Bereich der Besprechung gezogen werden müssen.

Ein Leiden allerdings sieht, besonders was die schweren Allgemeinsymptome, die Rötung und die primären, dicht-sitzenden, winzigen Pusteln betrifft, unserer Sache sehr ähnlich, die Impetigo herpetiformis. Die Ähnlichkeit ist in den genannten Stücken so groß, daß demjenigen, der die seltene Impetigo herpetiformis einmal gesehen hat, durch diesen Vergleich am ehesten ein Bild von dem Aussehen der Haut in unseren Fällen gegeben wird.

Erstens betreffen aber die zweifellosen Fälle von Imp. herpetif. alle gravide Frauen oder Wöchnerinnen, zweitens ist dieses Leiden nicht mit psoriasisartigen Erscheinungen vergesellschaftet, und vor allem, es sind doch gewichtige Unterschiede vorhanden. Die Impetigo herpetiformis breitet sich, von der Genitalregion beginnend, hier immer am heftigsten aus. Die Imp. herpetif. entsteht aus solitären Pustelchen, deren Umgebung leicht rot ist; dann erst wird dieses Pustelchen von neuem umkränzt, diese wieder, und sofort, bis kronenstück-, taler-, handflächengroße rundliche Bezirke befallen sind, die, miteinander konfluierend, zentral abtrocknen. In unseren Fällen ist von solcher circinnärer Anordnung nichts oder nur da und dort scheinbar eine Andeutung sichtbar, die Eruption erfolgt auf großen Flächen fast gleichzeitig.

Endlich wäre noch an die Möglichkeit eines septischen Erythems zu denken, da der wechselvolle, schwere, unregelmäßig fieberhafte Verlauf gewiß an Sepsis erinnert. Doch wäre erstens eine ohne Grund und rezidivierend auftretende Sepsis an sich eine ziemlich gezwungenen Annahme; noch merkwürdiger müßte der regelmäßige Ausgang des Exanthems in Psoriasis anmuten. Dann konnten keine Anhaltspunkte für Septis aus dem Allgemeinbefinden gewonnen werden, endlich ergab auch die Autopsie von Fall II ein negatives Resultat in Bezug auf Sepsis.

Nehmen wir alle diese negativen Beweismomente zusammen, berücksichtigen wir außerdem das Zusammenfallen der Eruptionen mit Psoriasiserschüben, das Ausklingen unter der Form der Psoriasis, den chronisch rezidivierenden Verlauf, das familiäre Auftreten, endlich die günstige Beeinflussung selbst noch im akuterem Stadium, durch die Pyrogallussäure, eins der typischsten Psoriasismittel, so scheint wohl der Schluß berechtigt, diese Fälle für eine bisher nicht gekannte Form der Psoriasis zu halten.

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Professor Riehl für die Überlassung der Fälle meinen ganz ergebensten Dank zu sagen.
