Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Bonn.

Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra).

Von

Doutrelepont.

Die Pityriasis rubra (Hebra) ist eine sehr seltene Erkrankung, so dass der Einzelne meist nur über einige wenige Fälle Erfahrungen sammeln konnte. Kaposi gibt in der neuesten Auflage seines Lehrbuches an, dass Hebra sen., welcher zuerst die Krankheit genauer beschrieben und von anderen unterschieden hat, nur 15 Fälle, er selbst nur 14 Fälle gesehen habe. Jadassohn¹⁾ hat in seiner ausgezeichneten und gründlichen Arbeit über Pityriasis rubra nur über eigene drei Fälle berichten können, von welchen der eine nach seiner Auffassung nur mit grosser Wahrscheinlichkeit als Pityriasis rubra diagnosticirt werden konnte, und stellt tabellarisch 16 Fälle von sicherer Pityriasis rubra zusammen, denen er auf einer zweiten Tafel 9 Fälle, bei denen die Diagnose nicht sicher, aber sehr wahrscheinlich ist, hinzufügt. Die Krankheit ist also eine seltene und nicht immer leicht zu erkennen, weil andere Erkrankungen zum Theil ähnliche Bilder geben können und die Pityriasis selbst mehr negative als positive Symptome aufweist. Zu diesen Schwierigkeiten kommt noch, wie Jadassohn auch hervorhebt, hinzu, dass die Mängel der dermatologischen Nomenclatur, wie bei vielen anderen Hautkrankheiten, so auch hier vor allem die internationale Verständigung erschweren.

¹⁾ Archiv für Dermatologie 1891 und 1892.

Man braucht nur den klaren historischen Ueberblick, den Jadassohn gibt, zu lesen, um zu erkennen, wie schwer eine Verständigung ist, wenn eine Krankheit eine grosse Zahl Benennungen hat und noch neue hinzugefügt werden, oder wie es vor der kritischen Arbeit Brocq's geschehen und jetzt auch noch geschieht, verschiedene Erkrankungen, acute und chronische, welche einige gemeinschaftliche Symptome aufweisen, zusammen geworfen werden, wodurch dem einzelnen Forscher die Beurtheilung der betreffenden Fälle immer mehr erschwert wird, besonders da auch die beste Beschreibung nie die Beobachtung des Falles selbst ersetzen kann. Ich glaube wir kämen weiter, wenn wir immer vom Feststehenden ausgehend nur eine neue Bezeichnung für eine Krankheit wählten, wenn es durchaus nothwendig ist. Kleine Modificationen erlaubt sich die Natur immer und hält sich nicht an die von uns vorgeschriebenen Schemata und solche kleine Veränderungen im Bilde einer Krankheit, wenn sie nicht das Wesen derselben treffen, dürften uns nicht veranlassen, neue Namen und neue Krankheiten daraus zu machen.

Was bei der Pityriasis rubra auch noch verwirrend eingewirkt hat, ist die ungünstige Prognose, welche die meisten Fälle ergeben haben.

Jadassohn sagt mit Recht, „dass man Fälle, die wie Pityriasis rubra aussahen, aber nicht zum Exitus kamen, sich zu publiciren scheute aus Furcht vor dem so nabeliegenden Einwand, es könne sich um ein universelles Eczem gehandelt haben“. Jadassohn erinnert auch an den Spott des amerikanischen Autors, „welcher meinte, man dürfe die Diagnose auf diese Krankheit nur dann stellen, wenn die Patienten an einem mit allgemeiner Hautröthung und Schuppung einhergehenden Leiden sterben“. Ich möchte hier noch daran erinnern, dass die ungünstige Prognose, die Hebra anfangs seinem Lichen ruber zuschrieb, zu ähnlicher Verwirrung in der Diagnose des Lichen ruber beigetragen hat.

Ich will im Folgenden die zwei Fälle von Pityriasis rubra, welche ich zu beobachten Gelegenheit hatte, kurz besprechen, weil ich glaube, dass bei der Seltenheit der Krankheit jeder Fall seine Bedeutung hat und das Interesse beanspruchen

darf. Ich habe diese Fälle genau in der Klinik beobachten können, den zweiten besonders lange. Beide sind geheilt worden; der erste leichtere ist bis jetzt ohne Recidiv geblieben, bei dem zweiten Falle habe ich den Anfang der Erkrankung beim Auftreten des Recidivs beobachten können.

In beiden Fällen habe ich ferner durch Exstirpation von Hautstücken histologische Untersuchungen anstellen können, welche bis jetzt auch nicht in grosser Zahl vorliegen.

1. Marg. B., 17 Jahre alt, aus Schlebusch, wurde am 25./II. 95 in die Hautklinik aufgenommen. Pat. stammt aus gesunder Familie und will selbst nie ernstlich krank gewesen sein. Ihre jetzige Erkrankung begann am Kopfe, die Haut wurde roth, schuppte und es trat Haarausfall hinzu; nachdem dieser Zustand längere Zeit gedauert hatte, bemerkte Pat. 5 Monate vor ihrer Aufnahme in die Klinik geringes Nässen, zuerst am linken, dann am rechten Ohr, während die Haut sich dort röthete. Die Hautaffection breitete sich weiter aus und befiel Brust und Bauch, indem die Haut sich röthete und schuppte. Bläschen bildeten sich dort nie, die Haut zeigte bald weisse Schuppen und nässte nie. Die Haut der Oberschenkel, des Rückens und der Arme wurde auch allmähig von der Erkrankung ergriffen, indem sie sich röthete und schuppte. Im Allgemeinen sind die Angaben der Patientin, was die Entstehung betrifft, ziemlich unbestimmt; Nässen will dieselbe nur an den Ohren beobachtet haben, darüber hat sie immer bestimmte Angaben gemacht.

Pat. ist ein grosses, schlankes, gut gebautes Mädchen. Ihr Allgemeinbefinden ist gut, kein Fieber, Herz- und Lungenbefund normal, der Harn frei von Eiweiss und Zucker. Das Haupthaar ist sehr spärlich, ebenso Scham- und Achselhaare.

Die Haut des behaarten Kopfes ist leicht geröthet, nicht infiltrirt und mit kleinen Schuppen bedeckt, ebenso sind die Ohren und der Nacken geröthet und schuppig.

Abwärts von einer Linie, welche ungefähr in der Höhe der 2. Rippe vorn horizontal verläuft und sich durch beide Achselhöhlen nach dem Rücken hinzieht, ist die Haut des Rumpfes kaum infiltrirt, hochroth und mit theils grossen, theils kleinen, meist kleinförmigen Schuppen bedeckt, unter denen nirgends nässende Stellen auch nicht nach Ablösen der Schuppen zu finden sind.

Nach oben geht die erkrankte Haut mit ziemlich scharfer Abgrenzung in die gesunde Haut über.

Die Affection erstreckt sich hinten von dem Rücken gleichmässig über die Glutäalgegend bis über die Mitte des Oberschenkels hinaus, vorne über den ganzen Oberschenkel bis unter die Kniescheiden und von hier aus in continuo auf die oberen Partien der Waden hin. Die Haut ist an den unteren Extremitäten dunkler geröthet und mit grösseren Schuppen

besetzt. Bei Ablösen derselben, was leicht gelingt, ist nirgends Secretion der Haut zu entdecken; die Haut ist überall trocken.

An den unteren Partien der Oberschenkel und so weit die Erkrankung auf die Unterschenkel reicht, ist die Haut nicht diffus geröthet, sondern zeigt nur kleinere oder grössere rothe, meist runde erkrankte Stellen, welche kleienförmige Schuppen aufweisen.

Eine ähnliche Beschaffenheit zeigt die Haut der Oberarme und einige Stellen der Vorderarme.

Hände und Füsse, sowie die Nägel zeigen keine Erkrankung.

Pat. klagt über Juckreiz, trotzdem sind Kratzeffecte nicht vorhanden.

Die Behandlung bestand in warmen Bädern, Einreiben der erkrankten Haut mit 2% Salicyllanolin und 10% Salicylpuder; innerlich wurden Carbolpillen (à 0.01) dargereicht. Anfangs wurde dreimal täglich 1 Pille gegeben, später wurde mit der Dosis gestiegen, zuletzt nahm Patientin 0.2 Carbolsäure pro die und vertrug das Mittel sehr gut.

Unter dieser Behandlung änderte sich der Zustand anfangs nicht viel, erst allmählig bei Steigerung der Carbolsäuregaben wurde die Röthung blasser und die Schuppenbildung nahm ab. Das Jucken verminderte sich allmählig, um bald vollständig zu verschwinden.

Am 7. März wurde ein Hautstück von dem Oberschenkel zur histologischen Untersuchung herausgeschnitten.

Pat. wurde am 24. April auf ihren Wunsch entlassen. Unter der oben angegebenen Behandlung war die Röthe immer mehr zurückgegangen, ebenso hatte die Schuppenbildung abgenommen, so dass bei der Entlassung die Haut weich und kaum geröthet erschien: nur an den Oberschenkeln war noch geringe Röthung und Schuppung vorhanden.

Pat. stellte sich noch am 5. Mai und am 27. Juli in der Poliklinik vor. Die Haut war zuletzt ganz normal.

Am 10. April 1899 sah ich die Patientin wieder. Ein Recidiv war nicht eingetreten. Die Haut überall normal, die Haare waren wieder vollständig gewachsen.

Als ich die Patientin sah, habe ich in der Diagnose nicht lange geschwankt. Sie bot fast über den ganzen Körper die positiven Merkmale der Pityriasis rubra dar: Röthe und kleienförmige Abschuppung der ergriffenen Haut, die kaum infiltrirt war, nirgends waren nässende Partien, Bläschen oder Knötchen nachzuweisen, auch nicht an den zuletzt erkrankten Hautstellen oder an ihrer Peripherie. Nach bestimmten Angaben der Patientin waren letztere Erscheinungen nie beobachtet worden, nur an den Ohren ist, nachdem längere Zeit die Affection am Kopfe bestanden hatte, intercurrent eine eczematöse Erkrankung eingetreten, die bald schwand, um nie wieder zu erscheinen. Die Krankheit selbst hinterliess nur Röthung und Schuppung.

Am Rumpfe und den Extremitäten ist nie Secretion beobachtet worden, weder früher, die Aussage der Patientin war hierüber sehr bestimmt, noch während der Beobachtung in der Klinik.

Die gleichmässige Röthung und Schuppung der kaum infiltrirten Haut, mit ziemlich scharfer Abgrenzung gegen die gesund gebliebene Haut, das Ausfallen der Haare am Kopfe, in der Achselhöhle und am Mons veneris sind charakteristische Symptome der Pityriasis rubra; eine Erkrankung der Nägel trat nicht ein.

Eczem, Psoriasis, Lichen, Pityriasis rubra pilaris, Pemphigus foliaceus müssen ausgeschlossen sein, es fehlen die charakteristischen Symptome dieser in der langen Zeit des Bestandes der Krankheit. Gegen eine Dermatitis exfoliativa generalisata Brocq's sprechen der chronische Verlauf, das langsame Fortschreiten des Processes, der Mangel an acuten entzündlichen Erscheinungen, das Fehlen einer Nagelerkrankung und der massigen lamellösen Abschuppung.

Ich betrachte also unseren Fall als einen sehr mild verlaufenden und geheilten Fall von Pityriasis rubra, ohne mit Brocq aus solchen Fällen eine eigene Krankheitsgruppe zu bilden. Ich schliesse mich darin ganz Jadassohn an, welcher schreibt:

„Ich glaube nicht, dass das nothwendig ist und dass es weiter führt. Diejenigen Fälle, welche das Bild der P. r. darbieten, deren klinische Symptome in nichts bestehen, als in Röthung und Schuppung, die von dem bekannten und geläufigen Bilde auch des universellen Eczems vor allem durch die Gleichförmigkeit ihres Verlaufs, durch den vollständigen Mangel der eigentlichen eczematösen Efflorescenzen abweichen, diese Fälle müssen als P. r. (Hebra) auch dann bezeichnet werden, wenn sie in Heilung übergehen und es braucht im System nicht eigens hervorgehoben zu werden, dass es mildere und schwerere Fälle der Erkrankung gibt.“ Ein Typhus, der mild verläuft, ist doch auch ein Typhus.

Das Nässen an den Ohren, welches in unserem Falle von der Patientin angegeben wird, war schnell vorüber und ich kaun es nur als eine nicht zur Krankheit gehörige intercurrente Er-

krankung ansehen. Auch F. Hebra selbst hat Nässen beobachtet und Krüstchen und Krusten, ebenso haben Hebra jun. und Jadassohn in seinem 3. Falle Nässen der Ohren beobachtet.

Kaposi hat zuerst die Carbolsäure innerlich gegen Pit. rubra empfohlen, in Folge dessen gaben wir gleich Carbolsäure in steigenden Dosen und unter dieser Behandlung schwand zuerst das Jucken und allmählig auch die anderen Erscheinungen der Pit. rubra. Oertlich wurde neben Bädern nur 2% Salicylanolin und 10% Salicylpuder angewendet.

2. Catharina W., 40 Jahre alt, Fabrikarbeiterin aus Kessenich, wurde am 19. April 1897 in die Hautklinik aufgenommen. Sie gab an, mit Ausnahme geringer Furunculose, an der sie vor ihrem 10. Jahre gelitten hat, stets gesund gewesen zu sein und stammt aus gesunder Familie. Hautausschläge sollen in derselben nicht vorgekommen sein. Vor 4 Jahren gebar Pat. ein Kind, welches gesund geblieben ist. Seit ungefähr einem Jahre bemerkte sie das Auftreten der jetzt bestehenden Hautaffection. Wie und wo dieselbe angefangen hat, weiss sie nicht anzugeben. Sie klagt nur über Brennen und Jucken an den erkrankten Stellen, was sie bis jetzt in der Fabrikarbeit nicht gestört hat. Patientin ist kräftig gebaut, ziemlich gut ernährt; an ihren inneren Organen sind keine krankhaften Erscheinungen nachweisbar. Urin ist frei von Zucker und Eiweiss. Kein Fieber. Die Haut der Hände und Füsse, besonders die Palmar- und Plantartheile, ist stark livid geröthet, wenig oberflächlich infiltrirt und schuppig; die Schuppen sind zum Theil in grösseren Lamellen abziehen, in der Hohlhand zeigen sich einige Rhagaden, welche sehr schmerzhaft sind. Wo die Epidermis sich in grossen Lamellen abhebt, sitzen diese in der Mitte noch fest, lassen sich aber ohne Blutung und Nässen entfernen. Die Finger werden wegen der Spannung der Haut gebeugt gehalten. Die Röthe und Schuppung erstreckt sich von den Händen bis ungefähr zum Ellbogen, vor diesem setzen sie sich mit scharfer Grenze ab und die angrenzende Haut zeigt normale Beschaffenheit. Von den Füssen gehen ebenfalls die intensive Röthe und Schuppung auf die Unterschenkel über und setzen sich an diesen etwa an der Grenze des unteren Drittels ebenfalls scharf ab.

Vereinzelte Flecken lassen sich nicht auffinden; Bläschen oder Knötchen sind nirgends vorhanden, ebenso fehlen Nässen und Borken. An der Innenseite der Oberschenkel und an beiden grossen Labien ist die Haut ähnlich erkrankt, dunkel geröthet und stark schuppig. Die Labien sind in toto etwas verdickt, ödematös und zeigen an der Innenseite geringe Mengen eingetrockneten Smegmas. An diesen Stellen ist der Juckreiz besonders intensiv.

Die Erkrankung der Haut geht nach unten bis zur Grenze des oberen Drittels der Oberschenkel und setzt sich auch hier scharf ab, nach

oben erstreckt sie sich bis auf den Mons veneris und die Inguinalgegenden. Die Schuppen der erkrankten Haut lassen sich auch hier leicht entfernen, ohne dass Nässen oder Blutung entsteht.

Auch in den Achselhöhlen, an einigen Stellen des Rückens und auf dem behaarten Theile des Kopfes entdeckt man runde, grössere oder kleinere Stellen der kaum infiltrirten Haut, die ganz ähnlich Hyperämie und kleienförmige Abschuppung aufweisen. An allen erkrankten Stellen, welche symmetrisch auf beiden Körperseiten vertheilt sind, klagt Patientin über sehr starken Juckreiz.

Einige Drüsen der Inguinalgegend sind zu fühlen, aber kaum erbsengross. Die Nägel an Händen und Füssen zeigen normale Beschaffenheit.

Wo die Schuppenansammlung sehr stark war, besonders an Händen, Vorderarmen, Füssen und Unterschenkeln, wurden Umschläge mit Salicylsäurelösung applicirt, wodurch die Schuppen leicht entfernt wurden; die Haut war dann glatt, glänzend, stark geröthet. Die Schuppen sammelten sich jedoch schnell wieder an. Es wurden dann nacheinander und abwechselnd neben allgemeinen Bädern alle möglichen Mittel, von denen eine Einwirkung auf den Process zu erwarten war, örtlich applicirt; ich nenne nur Salicylsalben (2—10%), Liq. lithantracis acetonici, Ol. Cadini, weisser Paecipitat-, Zink-, Tanninsalben, Salicylschwefelsalben, Chrysarobin- sowie Pyrogallussäure, ohne dass eine bessernde Wirkung dieser Mittel zu entdecken war; ein schädlicher Einfluss wurde auch nicht beobachtet. Dann wurden Ergotin-Injectionen versucht, später Natrium salicylicum längere Zeit gereicht. Auch diese Mittel erzielten keine Besserung; zwar waren die erkrankten Hautstellen zuweilen nach Application obengenannter Mittel, besonders von Chrysarobin und Pyrogallus blasser, die Schuppenbildung geringer geworden, aber sehr bald trat trotz fortgesetzter Anwendung der alte Zustand wieder ein.

Auch das Fortschreiten der Krankheit konnte durch dieselben nicht aufgehalten werden; die noch normale Haut erkrankte allmählig auch, indem entweder von den schon befallenen Stellen aus die Röthe und Schuppung sich weiter in continuo fortpflanzte, oder indem sich in der normalen Haut neue hyperämische Stellen von runder oder unregelmässiger Form und Grösse entwickelten, bald schuppende Oberfläche zeigten und meist confluirten. Besonders im Rücken und an den Oberschenkeln war letztere Art des Fortschreitens vorherrschend, während vom behaarten Theile der Kopfhaut der Process gradatim immer mehr ins Gesicht fort kroch, ähnlich wie sonst ein Erysipel sich im Gesicht verbreitet, aber nur sehr langsam.

Bei der Ausdehnung der Erkrankung auf die Kopfhaut und Gesicht fielen die Haare und die Augenbrauen stark aus, ebenso wie in den Achselhöhlen und am mons Veneris fast vollständige Kahlheit entstanden war.

An einigen Stellen wurde noch die Lassar'sche Schäl-Paste versucht; sie wurde gut vertragen, hatte aber nur geringen, sehr bald vorübergehenden Erfolg.

Auf das Jucken hatten hauptsächlich die Theerpräparate einen günstigen Einfluss, konnten jedoch dasselbe nur mildern, nicht ganz beseitigen.

Am 20. December wurden Carbolpillen 3mal täglich 0.05 gereicht und mit der Dosis allmählig gestiegen, so dass Patientin von Mitte Februar an 20 Pillen gleich 1 Gramm Carbolsäure täglich einnahm. Oertlich waren abwechselnd noch Theerpräparate, Salicylumschläge und 10% Salicylpflaster angewendet worden. Bei dieser Behandlung hatte der Juckreiz sehr abgenommen, die Röthe und starke Schuppung entschieden sehr nachgelassen, aber der Process hatte trotzdem noch einige normale Stellen der Haut ergriffen, so dass fast die ganze Haut mit Ausnahme des unteren Theils des Gesichts und nur fleckenweise die Rückenhaut erkrankt war.

Die Carbolpillen waren gut vertragen worden, nur hier und da bot der Urin geringe Phenolreaction, Eiweiss wurde nie nachgewiesen.

Anfangs April 1898 bot der grössere Theil des Körpers die charakteristischen Veränderungen, indem dort, wo noch vereinzelte kleinere Flecken vorhanden waren, diese confluirten und mit den diffus erkrankten Stellen sich vereinigten. Die Beine waren bis hinauf zur crista ilei vollständig erkrankt, in ihren unteren Partien etwas ödematös geschwollen; die Haut lebhaft geröthet und stark schuppend. Der Rumpf mit Ausnahme der Mammagegend, der Schultern, der Sternalgegend und der unteren Halspartien erkrankt. An den oberen Extremitäten ging die Affection bis zur Mitte der Oberarme hinauf, hier mit scharfer Grenze endigend. Die wenigen, verhältnissmässig freien Hautstellen zeigten doch disseminirte kleinere oder grössere hyperämische und schuppende Flecken, welche grosse Tendenz sich zu verbreiten und zu verschmelzen aufwiesen.

Am 17. April wurde zuerst an den Unterarmen eine 20% Salicyl-amyulanolinpaste aufgepinselt, welche Anfangs stark brannte, aber nachher gut vertragen wurde; es wurde deshalb die Paste auch auf die Beine applicirt. Am 20. April musste aber die Paste rasch entfernt werden, da Patientin ziemlich schnell starke Dyspnoe, starkes Ohrensausen und Schwerhörigkeit, Hallucinationen und grosse Unruhe zeigte; sie redete wirr. Der Urin war klar, enthielt aber reichliche Mengen von Salicylsäure, kein Eiweiss. Weder die Percussion noch die Auscultation konnte an den Lungen und am Herzen eine Erkrankung nachweisen, trotz sehr beschleunigter Athmung und sehr beschleunigten Pulses. Die Carbolpillen wurden natürlich auch gleich beim Auftreten dieser Symptome ausgesetzt.

Dieser Zustand dauerte zwei Tage und Nächte, dann liessen die Erscheinungen allmählig nach, am 23. April waren Puls und Respiration wieder normal, die Patientin fühlte sich wieder wohl und war geistig ganz klar.

Die Unterarme waren entschieden abgeblasst, zeigten keine Schuppung, ebenso waren die anderen Stellen, welche mit Paste belegt worden waren, nicht mehr so geröthet und mit Schuppen bedeckt. Am 24. April war der Urin frei von Salicylsäure.

Die Besserung, welche eingetreten war, hatte nach Aussetzen der Salicylpaste keinen langen Bestand, die Röthung und Schuppung nahmen bald wieder zu, der Kopf wurde noch stärker befallen, die Haare fielen immer mehr aus und die Erkrankung machte im Gesichte weitere Fortschritte, so dass Mitte Mai der ganze Körper gleichmässig von der Krankheit eingenommen war. Nur Nase, Lippen, Kinn und die halbe Stirn waren noch frei, an den Grenzen der Erkrankung schritt jedoch der Process, wenn auch langsam, weiter.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück Haut im Rücken und vom Gesicht an der Grenze der erkrankten und gesunden Haut exstirpirt; die Wunden wurden genäht und mit Jodoform verbunden. Am Rücken trat eine Jodoformdermatitis auf, welche umschrieben blieb und die Heilung der Wunde nicht hinderte. Jodoform war durch Dermatol ersetzt.

Nun wurde wieder eine Salicylpaste, aber nur von 10% und bald nur von 5% auf Arme und Beine applicirt, die übrige Haut wurde mit Salicyllanolin (2%) oder Salicylsulfurlanolin eingerieben. Die Paste wurde längere Zeit gut vertragen und übte einen guten Einfluss aus, denn am 25. Juni hatte die Röthe an den damit behandelten Stellen bedeutend nachgelassen und die Schuppenbildung war wesentlich geringer geworden. Die Schuppen waren nicht mehr grosslamellig; sondern nur kleienförmig.

Am 30. Juni musste die Paste wieder ausgesetzt werden, da eine allgemeine Salicylwirkung wieder begann.

Am 2. Juli verordneten wir wieder die Carbolpillen (3mal täglich 0.05 Acid. carbolicum). Vom 20. Juli an nahm Patientin 6 Pillen (= 0.3 Carbols.); örtlich wurde abwechselnd an einem Tage die 5%ige Salicylpaste, am folgenden nur Lanolin eingerieben.

Im Gesichte breitete sich der Process nicht weiter aus, die Haare aber fielen immer mehr aus, ohne dass die Röthung und Schuppung der Kopfhaut eine Zunahme erfuhr.

Von Ende Juli ab nahm die Röthe stetig aber langsam ab unter der schon angegebenen äusseren Behandlung. Ausserdem bekam Patientin täglich 0.35 Carbolsäure.

Diese Therapie wurde bis zum Schlusse der Behandlung in der Klinik fortgesetzt; eine tägliche Anwendung der 5%igen Salicylpaste rief bald Ohrensausen hervor, deshalb wurde sie nur jeden zweiten Tag eingepinselt, am anderen Tage nur eine 2% Salicylsalbe angewendet. Die Carbolpillen wurden gut vertragen.

Ende October erschienen zuerst innerhalb der rothen Haut an den Vorderarmen unregelmässige blasse Stellen, die fast normal aussahen.

Die Schuppenbildung und Röthe waren im Allgemeinen viel geringer. Gleiche Inseln normaler Haut zeigten sich allmähig auch an den übrigen befallenen Stellen, die ersteren wurden wesentlich grösser.

Mitte November war die Haut der Vorderarme fast völlig blass mit geringer kleienförmiger Abschuppung, an dem Handrücken war die Besserung noch nicht so weit fortgeschritten.

An den unteren Extremitäten nahmen die blässeren Stellen auch mehr an Ausdehnung zu. Anfangs December zeigte nur noch die Hälfte der Haut geringe Röthung und Schuppung. Die normal aussehenden Stellen betrafen fast symmetrisch angeordnete Hautpartien.

Patientin musste am 5. December die Klinik verlassen, trat jedoch am 24. December wieder ein. Trotzdem, dass sie während dieser Zeit die Behandlung aussetzte, hatte sich der Zustand nicht verschlimmert.

Nach ihrer Wiederaufnahme in die Klinik wurde die vorige Therapie wieder regelmässig durchgeführt und gut vertragen. Unter dieser Behandlung schritt die Besserung, wenn auch langsam, immer fort. Ende Januar war die Kopfhaut auch wieder blass und zeigte nur noch geringe Schuppenbildung, die Haare fingen wieder an zu wachsen. Patientin klagte noch über geringes Jucken. Erst im März war letzteres beseitigt. Von hier an wurde die Haut nur mit 2%igem Salicyllanolin eingerieben und mit 10%igem Salicylpuder bestreut; nur auf dem Rücken der Hand und der Streckseite der Vorderarme, wo noch geringe Röthung und Abschuppung vorhanden war, wurde noch die Salicylpaste angewandt.

So bildete sich der Process unter dieser Behandlung immer weiter zurück und Pat. konnte am 24. April aus der Klinik entlassen werden.

Damals waren als Rest der Erkrankung an der Streckseite des linken Vorderarms noch einige linsengrosse, leicht schuppende und gering hyperämische Stellen, die übrige Haut war vollständig normal, nirgends Zeichen von Atrophie derselben wahrnehmbar; die Haare waren wieder gewachsen, ebenso dicht wie vor der Erkrankung, kein Juckreiz mehr, an den Nägeln keine Abnormität, das Allgemeinbefinden vorzüglich.

Bei der Entlassung wurde der Patientin 2% Salicyllanolin und 10% Puder zur weiteren Anwendung mitgegeben und sie angewiesen, die Carbolpillen nur allmählig auszusetzen, indem sie täglich nur eine Pille weniger nehmen sollte. Am 18. Mai stellte sich Patientin wieder vor, es war alles gut geblieben.

Die Heilung sollte jedoch nicht von langer Dauer sein. Am 7. August zeigte sich die Patientin, weil ein Recidiv begann. Sie gab an, dass schon seit längerer Zeit am linken Unterarme, zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand und am Oberschenkel die gerötheten, schuppenden, markstückgrossen und grösseren Stellen entstanden seien. Dieselben waren ziemlich livid geröthet, mit theils kleinförmigen, theils lamellösen Schuppen bedeckt und zeigten scharfe Abgrenzung gegen die gesunde Haut. Die Stellen waren kaum infiltrirt.

Am 13. August waren an der Aussenseite der rechten Hüfte zwei confluente thalergrosse, runde, durch Ansammlung der Schuppen leicht erhabene, mit grosslamelligen Schuppen bedeckte Stellen vorhanden. Die Schuppen liessen sich leicht ablösen, ohne eine Blutung zu hinterlassen. Ausserdem fanden sich am linken Vorderarme neue inselförmige erkrankte Stellen; am Rücken der linken Hand waren die früheren Stellen vergrössert und die einzelnen Kreise confluirte. Von hier aus setzte sich die Affection in continuo nach der Vola manus, besonders auf den Daumen-

ballen diffus fort. Am 9. September, wo wir die Patientin wieder sahen, war der Zustand ziemlich gleich geblieben, nur waren einige neue Stellen auf dem Rücken der rechten Hand und in der linken Vola manus entstanden.

Es wurde wieder ein Stück Haut an der Grenze der grösseren Plaque der Hüfte so excidirt, dass das exstirpirte Stück auch gesunde Haut enthielt.

Der Patientin wurde wieder die Aufnahme in die Klinik dringend angerathen, dieselbe fand jedoch erst am 14. December statt, wo der Process schon viel grössere Ausdehnung angenommen hatte.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist gut; sie hat ohne viele Beschwerden in der Jutespinnerei bis jetzt gearbeitet. Sie klagt nur über heftiges Jucken an den befallenen Stellen.

Auf dem behaarten Theile des Kopfes befinden sich einige runde rothe Flecken mit Abschuppung. In den Achselhöhlen einzelne runde Herde, die in der linken schon confluirten sind. Unter beiden Mammæ je ein grosser Kreis, welcher halb die Haut der Mammæ selbst einnimmt. In der Kreuzbein- und unteren Lendenwirbelgegend ein grosser, rautenförmiger Fleck. Von der linken Hand, welche mit Ausnahme der Fingerspitzen ganz von der Krankheit befallen ist, erstreckt sich der Process diffus besonders auf die Beugeseite des Vorderarms; in der Umgebung dieser Stellen sieht man eine Anzahl neuer runder Flecken, die anfangen mit einander zu verschmelzen. Der Rücken der rechten Hand zeigt drei confluirte Herde, ebensolche finden sich auf der Streckseite des Vorderarms; die Vola manus dextr. viel weniger erkrankt als links.

Der Flecken an der rechten Hüfte ist sehr vergrössert. Um die Genitalien ist die Haut des Mons veneris, der Inguinalgegenden, sowie die inneren Flächen der Oberschenkel in gleichmässiger Verbreitung stark geröthet und schuppig. Sonst sind die unteren Extremitäten kaum befallen, an den Plantæ pedum verschiedene schuppige Flecke, ebenso am rechten Fussrücken ein kreisförmiger Fleck.

Haarausfall ist noch nicht zu constatiren.

Alle Stellen der erkrankten Haut sind geröthet, an den Armen sehr livid geröthet und zeigen eine kleinförmige oder lamellöse Abschuppung. Die Schuppen sitzen ziemlich lose auf, beim Abkratzen entstehen keine Blutpunkte. Die Haut ist nirgends deutlich infiltrirt.

Nirgends ist Secretion oder Bläschen und Knötchen zu sehen. Die erkrankte Haut ist überall ganz trocken.

Die eingeleitete Behandlung besteht in Darreichung von Carbolpillen 0.05 täglich drei Stück und Bepinselung der erkrankten Stellen mit 5% Salicylpaste, wie früher.

Ueber den weiteren Verlauf dieses Recidivs werde ich später berichten.

Unsere zweite Patientin muss als ein typischer Fall von Pityriasis rubra angesehen werden. Als Patientin zu uns kam,

bestand das Leiden schon wenigstens 6 Monate und zeigte einen ganz chronischen Verlauf. Die Symptome bestanden nur in Röthe der Haut mit theils kleienförmiger, theils lamellöser Abschuppung; ein Theil der Haut war noch nicht befallen. Wir konnten das Fortschreiten des Processes genau beobachten. Dasselbe geschah dadurch, dass die noch gesunde Haut allmählig durch Fortkriechen der Erkrankung in den Process einbezogen wurde, ähnlich wie man es acut bei Erysypelas beobachtet, oder dadurch, dass in der gesunden Haut inselförmig neue runde oder unregelmässige Herde entstanden, welche langsam wachsend mit einander und mit der schon befallenen Haut confluirten.

Bei beiden Ausbreitungsarten des Processes traten nie andere Erscheinungen auf, als Hyperämie der Haut und die gleich folgende Abschuppung. Wir haben nie während der langen Beobachtungszeit eczematöse oder lichenoides Symptome gesehen, auch beim Auftreten des Recidivs nach der Heilung haben wir nie Bläschen, Knötchen, Rhagaden erblickt. Das Recidiv trat wieder auf in Form von inselförmigen rothen, scharf abgegrenzten Herden, ohne deutliche Infiltration, welche mit theils kleienförmiger, theils lamellöser Abschuppung bedeckt waren und sehr bald confluirten, ganz sowie wir es beim Fortschreiten des Processes in die noch gesunde Haut früher beobachten konnten.

Die Symptome und der Verlauf der Krankheit sprechen für Pityriasis rubra (Hebra). Man konnte nur die vollständige Rückbildung des Processes — vollständige Heilung können wir nicht sagen, da ein Recidiv eingetreten ist, dessen Ausgang wir nicht kennen — gegen die Diagnose noch anführen, ich brauche mich darüber nicht weiter auszusprechen, da ich es oben schon gethan habe. Eczem, Psoriasis, Lichen ruber, Pemphigus foliaceus und Dermatitis exfoliata generalisata müssen wir ausschliessen; gegen diese Erkrankungen sprechen die charakteristischen Symptome, der Mangel an weiteren Erscheinungen, der ganze chronische Verlauf der Erkrankung.

Ob die zuletzt eingeschlagene Therapie 20%, später 10% und 5%ige Salicylpaste neben innerer Darreichung von ziemlich starken Dosen von Carbolsäure zur Rückbildung des Processes

beigetragen hat, will ich nicht mit Bestimmtheit behaupten. Bei Anwendung von Carbolsäure hat Kaposi einen Fall heilen sehen, unser erster Fall ist auch unter Einwirkung der Carbolsäure geheilt. So viel ist sicher, dass die Besserung in unserem Falle mit der Anwendung der Salicylpasten, nachdem eine Menge anderer Mittel vorher ohne Erfolg angewendet worden waren, zusammenfiel.

Als interessant müssen wir noch die allgemeine Salicylvergiftung, die wir bei der Patientin bald nach der äusseren Application der hochdosirten Salicylpaste beobachteten, hervorheben. Die Salicylsäure wurde durch die kranke Haut sehr stark resorbirt, daher die starke allgemeine Wirkung des Mittels und der grosse Gehalt des Urins an Salicylsäure, welche noch mehrere Tage nach Abbaden der Paste im Urin nachgewiesen werden konnte.

Von der ersten Patientin war ein Hautstück vom Oberschenkel; von der zweiten zuerst vom Rücken mitten aus der erkrankten Haut, dann von der Gesichtshaut, wo der Process im Fortschreiten begriffen war, so dass die eine Hälfte des Stückes erkrankte, die andere gesunde Haut betraf, ausgeschnitten worden. Ebenso wurde vom Recidiv das Hautstück so exstirpirt, dass es auch gesunde Haut enthielt.

Die von beiden Patientinnen excidirten Hautstücke wurden in Alkohol, Sublimat, Formalin und Müller'scher Flüssigkeit gehärtet, theilweise in Celloidin eingebettet, theilweise nach Einlegen in Anisöl erfroren mit dem Microtom geschnitten. Die Schnitte wurden in den verschiedensten Farbflüssigkeiten gefärbt, ich nenne nur Methylenblau, Triacid, Saffranin, Vesuvin, Dahlia, Picrocarmin, Haematoxylin, van Gieson etc.

Bis jetzt sind nur wenige Fälle von Pityriasis rubra histologisch untersucht worden, ich verweise auf den Aufsatz von Jadassohn, in welchem die Resultate der Untersuchungen von Hebra jr., Carl Cohn, Elsenberg, Tommasoli, Petrini genau referirt sind.

Meine Resultate stimmen mit denen von Jadassohn überein, meine Fälle waren auch nicht so weit fortgeschritten, dass das letzte Stadium der Krankheit, die Atrophie der Haut erreicht war, welche bei der Untersuchung sich auch nicht constatiren liess.

In beiden Fällen war der Befund ungefähr derselbe, so dass ich beide zusammen beschreiben kann.

Bei schwacher Vergrößerung erkennt man gleich, dass der Process hauptsächlich in der Epidermis und im Papillarkörper sich abspielt. Die interpapillaren Epithelzapfen sind länger und mächtiger als normal, der Papillarkörper zeigt hauptsächlich um die Gefässe kleinzellige Infiltration, was in Schnitten, welche normale neben erkrankter Haut enthielten, sehr deutlich zu erkennen ist. Die Hornschicht ist an vielen Schnitten sehr wenig erhalten, was sich durch die Desinfection vor der Exstirpation der Hautstücke erklärt; nur in einigen sieht man noch lose aufliegend einige Lamellen des Stratum corneum erhalten. Diese Befunde sprechen für die schwache Verbindung der Schuppen mit dem Rete.

Bei starker Vergrößerung sieht man, dass das erhaltene Stratum corneum in seinen Zellen kaum noch gefärbte Kerne enthält, an anderen Stellen sind die Zellgrenzen noch ziemlich deutlich zu erkennen und die Zellen enthalten noch gefärbte flache Kerne.

Das Stratum corneum liegt direct auf dem Rete auf, ohne dass sich zwischen beiden ein Stratum granulosum nachweisen lässt, nur vereinzelt findet man auf dem Rete auch eine oder zwei Lagen wenig gekörnter Zellen; in den Schnitten mit noch gesunder Haut ist der Unterschied sehr deutlich wahrnehmbar.

Das ganze Rete zeigt normale Zellen, welche sich gut färben lassen, es ist jedoch sehr reich an Kerntheilungsfiguren, die sich besonders schön durch Carbolfuchsin, Safranin auch durch Dahlia, Biondi-Heidenheim etc. in den Schnitten, welche in Sublimat gehärtet waren, darstellen liessen.

Diese Mitosen finden sich am zahlreichsten in dem untersten Theile der Epidermiszapfen, aber auch weiter hinauf bis zur Höhe der Papillen; es finden sich die verschiedenen Kerntheilungsfiguren, am meisten waren die Sternformen und Knäuelformen vertreten.

Die Palissadenschicht war gut erhalten, weist jedoch an den erkrankten Hautstellen keine Pigmentirung auf, während in der gesunden nicht wuchernden Epidermis in den Schnitten, die noch gesunde Haut enthielten, die Palissadenzellen stark pigmentirt waren.

In dem erkrankten Rete war nirgends Pigment, aber in geringer Zahl in den interspinalen Räumen Leukocyten nachzuweisen.

Die Papillen sind entsprechend der Wucherung der Epithelzapfen verlängert und zeigen eine geringe Rundzelleninfiltration, welche die Gefässe begleitet. Neben diesen Rundzellen fanden sich in sehr grosser Zahl auch den Gefässen folgend Ehrliche Mastzellen, welche durch Methylenblau, Dahlia und Carbofuchsin gut gefärbt waren. Dieselben finden sich auch zahlreicher um die Hautfollikel und die Schweissdrüsen. Letztere sind sehr gut erhalten und zeigen keine Abnormitäten. Lanugohaare und Talgdrüsen waren nur vereinzelt in den zahlreichen Schnitten, die ich untersucht habe, aufzufinden. Die Talgdrüsen waren, wenn vorhanden im atrophischen Zustande, ihre Zellen waren meist nicht fettig verändert, sie stellten nur Klumpen von Epithelzellen in der Nähe der Hautfollikeln dar; in dem gesunden Theile der Haut in der Nähe der erkrankten Haut erschienen sie normal.

Die glatten Muskelbündel waren zahlreich und gut entwickelt in den verschiedensten Schnitten. An den elastischen Fasern habe ich durch die Weigert'sche Färbung keine Abnormität weder an Quantität noch an Qualität nachweisen können, ebenso waren die Bindegewebsfibrillen nicht verändert, die fixen Zellen in der Cutis etwas gegen die Norm vermehrt; die Vermehrung dieser Zellen nahm gegen das subcutane Gewebe ab.

Die Gefässe der oberen Cutis sind geschlängelt und besonders in den Präparaten, welche in Formalin und Müller'scher Flüssigkeit fixirt waren, mit rothen Blutkörperchen stark angefüllt und ausgedehnt. Diese Erscheinung erstreckt sich bis in die Spitzen der Papillen hinauf.

Das subcutane Gewebe erscheint normal mit kaum erkennbarer Vermehrung der Kerne.

In den Schnitten, welche vom Recidiv des zweiten Falles stammten, habe ich hier und da vereinzelt eosinophile Zellen zwischen den Rundzellen beobachtet.

Was aber noch hervorgehoben werden muss, ist die Pigmentansammlung in der Cutis. Während, wie oben schon hervorgehoben worden ist, das Rete in allen Schichten frei von

Pigmentirung ist, finden sich besonders in den Papillen und in dem subpapillären Theile der Cutis Pigmentanhäufungen.

Dieses Pigment besteht aus gelblich-braunen Körnern, welche theils in Zellen, welche noch einen schwachgefärbten Kern in der Mitte aufweisen, theils in Haufen zwischen dem Bindegewebe liegen. In den Papillen begleiten die Pigmentzellen, ähnlich den Mastzellen die Gefässe. Die Theile der gesunden Haut, welche Pigment in den Palissadenzellen zeigten, wiesen in den Papillen und der subpapillären Cutis keine Pigmentanhäufungen.

Meine Befunde bestätigen vollständig die wesentlichen Veränderungen, welche Jadassohn in seinen Fällen constatirt hat. Ich hebe besonders die grosse Zahl der Mastzellen, hervor, auf welche Jadassohn zuerst hingewiesen hat, den Befund zahlreicher Mitosen im Rete Malpighii und auf den Mangel an Pigment in demselben, während dieses sich im Papillarkörper und der subpapillären Cutis zahlreich findet. Ich muss auf diesen Befund weiter noch eingehen, trotzdem ich ihn mit Jadassohn nicht in Beziehung zum Wesen der Pityriasis rubra bringen will, schon deshalb nicht, weil im ersten Falle zwar das Rete auch pigmentlos war, die Cutis jedoch keinen abnormen Pigmentreichthum aufwies.

In meinem zweiten Falle war der Befund sehr deutlich, weil ich erkrankte und gesunde Haut in denselben Schnitten vergleichen konnte; dort Mangel an Pigment in der Palissadenschichte der Epidermis und Anhäufung desselben in der papillären und subpapillären Cutis, hier Pigment in den Cylinderzellen des Rete und nur geringer Gehalt an Pigment in der Cutis.

Jadassohn hat im VII. Theile seiner Abhandlung, in welchem er die Pigmentverschleppung aus der Haut behandelt, seine Befunde von Pigmentirung der Lymphdrüsen mit dem Pigment, welches er in der Cutis gefunden hat, in Zusammenhang gebracht. Er spricht sich dafür aus, dass die Pigmentirung der Drüsen durch Verschleppung des Hautpigments entstanden ist. Er hebt besonders hervor, dass das Fehlen des Pigments im Epithel und das Vorhandensein einzelner Pigmenthäufchen auch in tieferen Theilen der Cutis den Gedanken fast unabweislich macht, dass das in der Cutis fertig gebildete Pigment statt

nach aussen nach innen fortgeschafft wird. Diese Umkehrung des meist eingeschlagenen Weges führt Jadassohn auf die fortdauernde Circulationsstörung zurück.

Meine Befunde in meinem zweiten Falle, besonders wo ich in den Schnitten gesunde und erkrankte Haut vor mir hatte, bestätigen diese Ansicht von Jadassohn. In dem gesunden Theile der Haut der einzelnen Schnitte finden wir die Palissadenschicht der Epidermis stark pigmentirt, dagegen kaum Pigment in der Cutis selbst, während umgekehrt in der kranken Haut die Epidermis vollständig pigmentlos, die Cutis sehr viel Pigment theils in Zellen, theils in Häufchen ziemlich tief aufwies. Man kann diesen Befund nicht anders erklären, als dadurch, dass das Pigment der Epidermis durch die Wucherung der Epidermis respective durch die Entzündung und Circulationsstörung der oberflächlichen Cutis nach innen wieder verschleppt worden ist.

Da ich keine Gelegenheit hatte, Drüsen zu untersuchen, kann ich nicht angeben, ob diese Verschleppung, wie in dem Falle von Jadassohn, bis in die Drüsen stattgefunden hat.

Die Drüsen in unseren zwei Fällen waren nicht besonders geschwollen, so dass wir eine Complication mit Tuberculose für unsere Fälle nicht constatiren können. Auch jetzt bei dem schon weit ausgedehnten Recidiv unserer zweiten Patientin sind die Drüsen nicht geschwollen.

Auch wiesen beide Patientinnen bis jetzt keine weiteren Erkrankungen dar. Eine Beziehung der Pityriasis rubra zur Tuberculose kann ich deshalb nach meiner Erfahrung nicht bestätigen.

Andere ätiologische Momente zur Entstehung der Pityriasis rubra habe ich bei meinen Patientinnen auch nicht auffinden können.

Beide waren sonst gesunde Personen, auch von Seiten des Nervensystems war nichts krankhaftes zu eruiiren, der Ernährungszustand war bei beiden Kranken gut.

Ebensowenig habe ich irgend einen Anhalt dafür gefunden, dass die Pityriasis rubra eine Infectiouskrankheit wäre. Wir müssen auch hier wie bei vielen anderen Hautkrankheiten unsere

Unkenntniss über die Aetiologie, wie F. Hebra es schon gethan hat, bekennen.

Meine klinischen ebenso wie meine histologischen Befunde veranlassen mich, der Ansicht von Jadassohn (ich verweise auf Capitel VII über das Wesen der Pityriasis rubra l. c. 1892, pag. 283) beizustimmen, dass die Pityriasis rubra eine primäre Erkrankung der Epidermis mit secundärer entzündlicher Infiltration des Papillarkörpers ist.