Über eine eigenartige blasenbildende Hauterkrankung.

Von

Prof. Dr. Rille (Leipzig).

Mit 1 Textabbildung.

Der im folgenden zu beschreibende Krankheitsfall wurde von mir bereits vor einer Reihe von Jahren beobachtet¹⁾. Eine bestimmte Diagnose konnte damals um so weniger gestellt werden, als die dazu erforderlichen anatomischen und chemischen Untersuchungen sich nicht hatten ausführen lassen.

C. M., 24 Jahre, Näherin, aufgenommen 13. XII. 1898 in die dermatolog. Univ.-Klinik Innsbruck.

Vater und zwei Geschwister an Tuberkulose gestorben. Mit 11 Jahren Diphtherie, mit 15 Jahren eitrige Lymphadenitis der linken Axilla. Vor 3 Jahren am rechten Fußrücken ein dem jetzigen ähnlicher Ausschlag, desgl. vor 2 Jahren im Winter am rechten Knie bei gleichzeitiger Schmerzhaftigkeit dieses Gelenkes, ebenso April v. J. bei Schmerz der betreffenden Teile am linken Arm und an der rechten Thoraxseite. Am 7. VIII. plötzlich Bauchschmerzen.

13. VIII. Appendizitisoperation nach Sonnenburg in der chirurg. Klinik.

14. IX. Heilung und Entlassung.

8. XII. Leichtes Unwohlsein und Auftreten des Ausschlages am ganzen Körper.

St. praesens. P. mittelgroß, schwächlich, in gutem Ernährungszustand. Ober- und Unterextremitäten sowie das Abdomen bis in Nabelhöhe sind Sitz einer fast durchaus im Hautniveau liegenden Affektion, deren Einzeleffloreszenzen sehr bedeutende Größen- und Formunterscheide zeigen. An Streck- und Beugefläche der Vorderarme sowie an den Handrücken scharfbegrenzte, größtenteils rundliche linsen- und markstückgroße Herde von meist dunkelroter Farbe infolge reichlicher Sprengelung durch feinste Hämorrhagien; einzelne lassen in ihrem Zentrum eine grauweiße eingesunkene Blase erkennen, während über den meisten die Epidermis locker und leicht abstreifbar aufliegt oder bereits gerunzelt, bräunlich verfärbt und trocken erscheint und hin und wieder unter der letzteren bereits wieder neugebildete zarte glänzende Bedeckung zeigt. An den Seitenrändern der Hand, der dorsalen Seite des Daumens- und Kleinfingerballens einzelne Effloreszenzen streifenartig, 2 bis 3 cm lang, 1 cm breit und gelbbraunliche Epidermisvertrocknung erkennen lassend.

An den Unterextremitäten sind die Größendifferenzen ganz besonders ausgeprägt. An den Außenflächen der rechten Wade und überhalb des linken Kniegelenks über handtellergröße, unregelmäßig rundlich konturierte, scharf begrenzte

¹⁾ Demonstriert in der Wissenschaftl. Ärztesgesellschaft in Innsbruck. 17. Dez. 1898. (Wien. klin. Wochenschr. XII, 1899, Nr. 5, S. 124).

Flächen, an denen die Haut gleichmäßig gerötet und von reichlichen dunkelroten oder bläulichen Blutungen gesprenkelt erscheint, während die Epidermis zum Teile noch in Form flacher Blasen abgehoben, größtenteils jedoch lose verschieblich, gefältelt oder stellenweise eingerissen aufliegt. Von dem beschriebenen Krankheits-

herde am linken Knie verläuft medialwärts eine streifenförmige, etwa 1 cm breite, scharf begrenzte, vielfach seitliche kurze Fortsätze aussendende braunrote Verfärbung von 10 bis 12 cm Länge gegen den Unterschenkel, in deren Bereich die Epidermis braunrot verfärbt, trocken gerunzelt, wie verschorft erscheint. Im übrigen sind die Unterextremitäten (mit Ausnahme der Fußsohlen und des bereits geschilderten rechten Unterschenkels, die frei sind) und die Unterbauchgegend bis zum

Nabel übersät mit den beschriebenen Efflorescenzen in ihrem Aussehen sehr ähnlichen linsen- bis talergroßen, verschiedentlich geformten Eruptionen von dunkel-roter bis livider Färbung.

Einzelne der kleineren Efflorescenzen zeigen annähernd die Form eines kleinen Dreiecks, viele sind rundlich, andere oblong, buchtig. Die Epidermis ist im Bereiche der Flecke in Form einer eingesunkenen Blase entweder abgehoben, weißlich oder bräunlich trocken gerunzelt, nur hier und da ist noch eine schlappe, mitseröser, klarer gelber Flüssigkeit gefüllte Blase sichtbar. Manche etwa markstückgroße rundliche Efflorescenzen haben einen stielförmigen Fortsatz.

Etwas oberhalb der rechten Spina ant. sup. beginnt eine etwas eingezogene geradlinige, fast 16 cm lange, mit der Richtung des Lig. Pouparti parallel nach abwärts ziehende Operationsnarbe, deren Ränder stark gerötet und der Epidermis beraubt, sowie nässend erscheinen; im Narbenverlaufe an mehreren Stellen etwa erbsengroße Granulationshöcker.

Über den Lungen reichliche Rasselgeräusche, an der rechten Spitze verkürzter Schall und abgeschwächtes Atmen. Therapie: Innerlich Acid. phosphoric., örtlich Borsalbe.

16. XII. Epidermis über den Flecken, deren rote Farbe sich in eine gelbbraune und braune umgewandelt hat, eingetrocknet, vielfach in Abstoßung, darunter Überhäutung.

27. XII. Geheilt entlassen.

Das hier geschilderte Krankheitsbild war ein außerordentlich prägnantes. Als das hervorstechendste Merkmal wäre hervorzuheben, daß die einzelnen, besonders der Größe nach sehr bedeutend differierenden Krankheitsherde insofern eine ganz eigenartige und sonst bei blasenbildenden Affektionen nicht zu beobachtende Abhebung der Epidermis zeigten, als die letztere sich nicht zu einer richtigen, mit einer größeren Flüssigkeitsmenge erfüllten Blase erhob, sondern fein gerunzelt und gefältelt erschien, so daß man den Eindruck hatte, es handle sich da — ähnlich wie bei der Ritter v. Rittershainschen Dermatitis exfoliativa — bloß um eine abnorme Verschieblichkeit der Oberhaut. Nur ganz vereinzelt größere Plaques zeigten eine wirkliche Blasenbildung von schlappem Gefüge und ganz geringem Flüssigkeitsgehalte.

Weiter war höchst auffällig, daß einzelne Efflorescenzen sowie Fortsätze derselben strich- oder streifenartig erschienen, 2—3 cm, einmal sogar 10—12 cm lang waren und ein Aussehen darboten, als ob eine ätzende Flüssigkeit, etwa Carbolsäure, auf diese Hautpartien eingewirkt hätte.

Die Unterextremitäten waren viel stärker befallen als die Oberextremitäten, an welchen sich die Affektion auf die Vorderarme und Handrücken beschränkte und beiderseits die gleiche Extensität zeigte. Ganz besonders stark affiziert und in eine ausgedehnte nässende Fläche umgewandelt war eine größere, von einer 4 Monate vorher ausgeführten Operation herrührende Narbe oberhalb der rechten Leistengegend.

Obschon die beschriebenen Läsionen nur an solchen Stellen vorhanden waren, wo die Kranke mit ihren Händen leicht hingelangen konnte, bestand dennoch, von der intakten Rückenhaut und den streifenförmigen Bildungen abgesehen, kein Anhaltspunkt, welcher den naheliegenden Verdacht einer artifiziellen Veränderung gerechtfertigt hätte.

Allerdings läßt das Freibleiben des Rückens sehr lebhaft an Artefakt denken, doch gibt es ja auch noch andere weit über den Körper verbreitete Hautkrankheiten, wie die Scabies und das Syringom, welche mit Vorliebe den hinteren Thoraxabschnitt verschonen. Auch die stellenweise strichförmige Konfiguration läßt sich ebenso ungezwungen wie bei anderen Dermatosen als Provokationseffekt des kratzenden Nagels deuten und braucht keineswegs von einer kaustischen Flüssigkeit herzurühren.

Auch sonst entsprach der hier erörterte Krankheitsfall in keiner Weise den wohlbekannten Bildern der in fraudulenter Absicht durch Kalilauge, Salz- und Salpetersäure, Canthariden usw. hervorgebrachten Hautaffektionen, wie man sie bei hysterischen Frauen und in den letzten Jahren bei Rentenjägern und Kriegsteilnehmern zu sehen bekam. Den Eindruck einer Simulantin machte die stets bescheiden und natürlich sich gebende Kranke ganz und gar nicht, auch für Hysterie bestanden keine Anzeichen. Um im Krankenhaus Aufnahme zu finden, hätte sicherlich das vorhandene schwere innere Leiden genügt, und die Kranke hatte somit nicht nötig, sich umfängliche Hautverletzungen beizubringen.

Gegen Artefakt sprechen ferner die ungewöhnlich große Zahl der Hautläsionen und der bei aller Form- und Größenverschiedenheit allenthalben gleichmäßige Intensitätsgrad der entzündlichen Veränderungen. Artefakte werden von ihren Urhebern sicherlich nicht in so ungezwungener und regelloser Weise über den Körper disseminiert, wie dies hier der Fall war; die Anordnung der Efflorescenzen war etwa die gleiche wie man sie bei Lues papulosa, Psoriasis oder Pityriasis rosea finden kann.

Auch der Umstand, daß neue Hauterscheinungen während des Krankenhausaufenthaltes sich nicht gezeigt haben, spricht vielleicht gleichfalls gegen Simulation.

Es ist schließlich schwer denkbar, daß jemand, der kurz vorher einen schweren chirurgischen Eingriff überstanden, ausgerechnet seine Operationsnarbe, die, wie erwähnt, stark von der fraglichen Hautaffektion mitgenommen war, mittels Causticis in schädigender Weise bearbeiten sollte.

Sollte aber dennoch eine simulierte Dermatose vorliegen, so war deren äußere Erscheinung jedenfalls so eigenartig, wie sie bislang wohl noch nicht beobachtet worden ist.

Falls man die hier erörterte Affektion nicht als eine selbständige, bisher unbeschriebene Hautkrankheit gelten lassen, sondern nach Möglichkeit einer der typischen Dermatosen als Variante anreihen will, so käme nur die Annahme eines dem Erythema multiforme irgendwie nahestehenden Krankheitsprozesses in Betracht. In diesem Sinne könnte man dann die bei der Kranken schon zweimal vorher, und zwar immer in der kälteren Jahreszeit, aufgetretenen Hauteruptionen verwerten, nicht minder die angeblich damit stets verbunden gewesene Gelenkschmerzhaftigkeit.

Zusatz bei der Korrektur.

Jüngst sah ich eine den oben beschriebenen Hautveränderungen sehr ähnliche Eruption bei einem etwa 27jährigen Kranken, der nach Injektion einer von Jö t t e n angegebenen Gonokokkenvaccine (Dermatol. Wochenschr. 72, 1921) ein universelles, nicht fieberhaftes varioloisartiges Exanthem zeigte; an der Peripherie einzelner Bläscheneffloreszenzen am Stamme befanden sich bis zweimarkstückgroße flachblasige Abhebungen.