Ueber einige bisher noch nicht beschriebene Formen von Herpes tonsurans.

Von

Dr. Edmund Stern,

Specialarzt für Augen- und Hautkrankheiten in Mannheim.

(Hierzu Taf. XXXV.)

Einleitung.

Eine Epidemie von Herpes tonsurans in Mannheim.

Es wäre eines medicinischen Dove würdig, jene klimatologischen Veränderungen aufzudecken, die in den letzten 15 Jahren ein so üppiges Gedeihen des Trichophyton tonsurans in Deutschland begünstigt haben. Die unmittelbare Ursache, Infections- und Verbreitungsquelle ist allerdings in den Barbierstuben zu suchen. Aber da sich von jeher die Männer rasiren liessen, genügt das nicht zur Erklärung einer so enormen Häufung der Fälle gegenüber der Seltenheit des früheren Vorkommens, die selbst einen Hebra 1865 „unter Bedauern“ erklären liess, „noch niemals einen Fall von Herpes tonsurans an den mit Barthaaren besetzten Stellen des Gesichts gesehen zu haben.“¹⁾ Nur Köbner, der Begründer der ganzen Lehre von der Zweitheilung der Sykosis, beobachtete²⁾ 1861 in Breslau eine Epidemie, von welcher Hebra ironisch bemerkte, er be-
neide Köbner um den Aufenthalt in einer so pilzreichen Gegend. Die Wiener Schule hat ihren Irrthum schon längst rectificirt³⁾ und Köbner hätte entgegen können, er bedaure Hebra ob des Aufenthalts in einer so pilzarmen Gegend.

¹⁾ Lehrb. d. Hautkrankh. I. Theil, 1. Aufl. Erl. 1865, p. 524.

²⁾ Virchow's Arch. 1861. Bd. XXII, sowie Klin. u. exp. Mitth. Erl. 1864, p. 14.

³⁾ Nachtrag, betr. die sogen. Sykosis parasit. Hebra-Kaposi, Lehrb. d. Hautkr. II. Theil, Erl. 1876, p. 654.

Erst mit dem Beginn der 80er Jahre wuchsen die Fälle geradezu aus dem Boden. Die Bartflechte ward populär wie der Ringworm in England und die Pelade in Frankreich.

Die ersten Berichte über ein epidemisches Auftreten brachten Lesser¹⁾ aus Leipzig und Saalfeld²⁾ aus Berlin. Seitdem hat sich die Krankheit über ganz Deutschland ausgebreitet und wenn auch die schlimmsten Zeiten epidemischer Häufung vorüber sind, scheint sie doch ein dauernder Gast bleiben zu wollen.

Hier in Mannheim kamen bis Mitte 1888 Fälle von Herpes tonsurans bei Einheimischen überhaupt nicht zur Beobachtung. Dagegen hatte ich immer Gelegenheit, aus Norddeutschland Zugereiste daran zu behandeln. Zweifellos wurde so der Pilz importirt. Im August 1888 begann die Epidemie. Bis Ende des Jahres, also in 5 Monaten, traten über 100 Personen, lauter Männer, in Behandlung. Im Beginn des Jahres 1889 trat eine kleine Abnahme ein, immerhin belief sich die Zahl der in diesem Jahre Behandelten auf 162 Personen. Zu Anfang 1890 schien die Epidemie zu erlöschen, trat aber im März verstärkt wieder auf und erst der October dieses Jahres brachte einen bedeutenden, dauernden Rückgang. Seit 1891 ist die Hochfluth der Fälle vorüber, aber die Krankheit ist nicht ganz erloschen. Kleinere Barbierstuben-Epoikien flackern zuweilen auf und jeder Monat bringt immer noch einige Fälle.

Auch in der Umgebung, der badischen und bayerischen Pfalz, sowie in Hessen hatte sich die Pilzflechte stark verbreitet. In Frankenthal z. B. herrschte eine nicht unbedeutende Epidemie. In Lampertheim waren beinahe alle erwachsenen männlichen Einwohner erkrankt.

Das so enorm zuströmende Material bot reichliche Gelegenheit zum eingehendsten Studium der Krankheit, zu klinischen und therapeutischen Versuchen und zur Beobachtung von Varietäten des Processes, wie sie bisher noch nicht beschrieben worden sind. Ueber letztere möchte ich hier berichten.

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr. 6.

²⁾ Berl. kl. Wochenschr. 1886, Nr. 39.

1. Herpes tonsurans mucosae oris.

Das alte Axiom, dass die Dermatomykosen niemals auf Schleimhäute übergreifen, ist durch Kaposi's Fall ¹⁾ von Favus der Darmschleimhaut bereits widerlegt. Für Herpes tonsurans dürften die folgenden zwei Fälle von Uebergreifen der Erkrankung auf die Mundschleimhaut die gleiche Beweiskraft haben.

1. Fall. Herpes tonsurans squamosus des Kinns, auf die innere Fläche der Unterlippe übergreifend.

F. Ch., 21jähriger hiesiger Kaufmann, sonst gesund und nie zuvor hautkrank, trat am 9. September 1889 in Behandlung. Auf dem Kinn zeigt sich ein längsovaler schuppender Herpesring, der nach unten bis zur Kinnspitze reicht, während der obere Rand in einer Breite von 2 Cm. die Unterlippe überschreitet, auf die Innenfläche der Unterlippe abbiegt, und bei abgezogener Unterlippe einen 2 Cm. langen und ebenso breiten, rundlich zulaufenden Fortsatz bis zum frenulum labii inferioris entsendet. Die Oberfläche des cutanen Ringtheils ist völlig trocken, mattgrau, körnig, schuppig; die Fortsetzung des Ringes auf dem Unterlippenroth ist mit dichteren Schuppen bedeckt, von kleinen Rhagaden durchzogen, während die intraorale Partie ziemlich elevirt, hochroth, mit erodirten Papelchen besetzt und von einem starken Entzündungshofe umgeben ist. Wie auf der Kinnhaut ist auch die innerhalb des Ringes gelegene Schleimhaut normal. Der Patient klagte besonders über Schmerz im Munde während des Essens u. s. w.

Die im Bereiche der äusseren Haut epilirten Haare zeigten sich zahlreich von Pilzen durchsetzt. Ein von der Lippe entferntes Schüppchen brachte leicht denselben Befund. Nur die Untersuchung der Schleimhaut bot grosse Schwierigkeiten. Es gelang aber schliesslich, mit einer gekrümmten Scheere ein Schleimhautfetzchen zu erhalten, in dem sich, allerdings spärliche, Mycelien vorfanden.

Der cutane Theil der Erkrankung heilte nach 10tägiger Anwendung einer 25% Chrysarobin-Salbe, die Affection der Schleimhaut wich auf Pinselungen mit 5% Resorcin-Wasser in derselben Zeit.

2. Fall. Herpes tonsurans vesiculosus acutus des Kinns, mit Uebergang auf die Wangenschleimhaut.

¹⁾ Path. u. Ther. d. Hautkr. 3. Aufl. 1887, pag. 907.

B. G., 34 Jahre, aus Johannesburg (Transvaalrepublik), hier zu Besuch. Litt vorher nie an Hautkrankheiten. Wurde am 15. Juni 1895 beim Rasiren am Kinn geschnitten. Bald darauf Jucken und Brennen. Erste Consultation am 20. Juni.

In einem Bogen vom rechten Mundwinkel bis zur Kinnfurche und von da bis zur Mitte der Unterlippe ist die Haut dicht besäet mit kleinen, grauen Vesikeln, die theilweise eröffnet sind und profus nässen, so profus, dass der Mann alle halbe Stunde das vorgehaltene Taschentuch wechseln muss. Die rechte Hälfte der Unterlippe ist mässig geschwellt. In die Mundhöhle ist der Process nicht vorgedrungen. Trotz indifferenter Puderbehandlung hörte in den nächsten Tagen das Nässen nicht auf. Die aufgestreuten Pulvermassen wurden durch die abundante Secretion der Vesikelchen stets wieder weggeschwemmt. Die erkrankte Stelle vergrösserte sich nicht viel, aber die Unterlippe schwoll, besonders in ihrem rechten Theile, unförmlich an, es trat leichtes Fieber auf und am 27. Juni constatirte ich ein Uebergreifen des Processes auf die Mundschleimhaut in Gestalt eines hochrothen, erodirten Wulstes, der in Zweifingerbreite über den rechten Mundwinkel auf die rechte Wangenschleimhaut vordrang. Am 28. Juni reichte der Fortsatz bis fast an die letzten Molarzähne, mit Epithelfetzen bedeckt, am Pemphigus erinnernd, mit dem Unterschied, dass bei diesem die Blasenreste mit der gesunden Schleimhaut gleiches Niveau einhalten, während sie hier auf einer elevirten, beetartigen Schleimhautschwellung sassen.

Trotzdem kein Bläschenring, sondern eine diffus mit Bläschen besetzte Platte vorlag (was übrigens bei Herpes tons. acutissimus febrilis nach meinen Erfahrungen die Regel), stellte ich sofort die Diagnose auf Herp. tons. vesic.

In den excidirten Bläschenkuppen der äusseren Haut wie in den blasenartigen Fetzen der Schleimhaut fanden sich spärlich verzweigte Mycelien und einige Gonidien.

Erst nach einer Pinselung mit Sublimatspiritus (1 : 1000) hörte das Nässen auf, so dass ich mit der Puderbehandlung fortfahren und Heilung erzielen konnte. Zuerst fielen die Borken im Centrum ab, so dass nur noch ein krustöser Halbring zurückblieb, der sich unter Hinterlassung einer röthlichen, aber glatten Haut zurückbildete.

Die intrabuccale Erkrankungszone ward, viel rascher, durch Aufpinselungen mit 5% Resorcin-Wasser zur Abschälung gebracht.

In beiden Fällen verlief die Erkrankung der Mundschleimhaut als directe Fortsetzung der Hauteruption. Wären die Plaques der Mucosa isolirt gewesen, so würde ich, trotz der

gleichzeitigen Herpes-Efflorescenzen der äusseren Haut, trotz Pilzbefundes, der ja auch auf Mycel-Verschleppung zurückführbar wäre, die grössten Zweifel für zulässig halten. Wir sahen aber beidemale die Erkrankung continuirlich von der der Haut auf die Schleimhaut übergreifen. Und gerade diese Continuität ist ein apodiktischer Beweis für die Identität des Haut- und Schleimhautprocesses.

II. Herpes tonsurans pemphigodes. (Fig. 1.)

Einziger Fall. Grosse flache, partiell hämorrhagische Blasen der Gesichtshaut. Gleichzeitig trichomykotische Knoten des Bartes und Kerion des Schläfenhaars.

J. F., 41 Jahre, verh., Kaufmann von hier. Leidet seit 2 Jahren an Bartflechte. Die Erkrankung begann mit schuppenden Kreisen. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bildeten sich Knoten, die theilweise spontan heilten. Erst seit 4 Wochen schossen unter stechenden Schmerzen und Schwellung des Gesichts grosse Blasen auf. Die bisherige Behandlung verordnete Bor- und Zinksalbe, zuletzt Umschläge mit essigsaurer Thonerde.

Status 3. Juli 1890: Kräftiger, sonst gesunder Mann. Am Kinn rechts ein kirschgrosser, mattröther, derber, mit Pusteln besetzter Knoten. Ein ebensolcher 2 Cm. vom rechten Mundwinkel entfernt auf der rechten Wange. Ferner eine schuppende Plaque auf der rechten Schläfe und an deren lateralem Rand, in das Schläfenhaar hineinreichend, ein beinahe pflaumengrosses, knotig-pustulöses Hautinfiltrat mit expressiblem Eiter (Kerion Celsi). Die aus dem Kinn-, Wangen- und Schläfenknoten epilirten Haare sind mit zahlreichen Pilzfäden durchsetzt.

Ausser diesem sehr gewöhnlichen Befund bietet der Patient zwei höchst merkwürdige Veränderungen dar:

a) eine Schwellung der linken Ohrmuschel, die ich sub III separat besprechen werde.

b) grosse, flache Blasen der Gesichtshaut.

Vom Knoten der rechten Wange ausgehend ist die Haut mit flachen blasigen Abhebungen der Epidermis bedeckt, die in serpiginösen Kreissegmenten sich von der rechten Backe bis nahe ans linke Ohr ausspannen. Genau genommen sind es nur 3 nach oben convexe Blasenbogen. Der erste reicht vom geschilderten Knoten der rechten Wange bis nahe an die rechte Nasolabialfurche. Der zweite überspannt die Nase und seine höchste Kuppe reicht bis zur Nasenwurzel, während das Ende des Bogens etwa 2 Cm. unterhalb des linken inneren Augenwinkels endet und unmittelbar in den dritten Bogen übergeht, der in einer flachen

Curve nach oben aufsteigt und dann mählich bis zum unteren Ende der linken Ohrmuschel, aber einige Centimeter davon entfernt, abfällt. Nur die obere Begrenzung der Bogen ist eine scharfe, fast halbkreisförmige. Der untere Rand verläuft in einer welligen Linie vom rechten Wangenknoten durch den Schnurrbart in der Richtung gegen das linke Ohr.

Die Blasendecke erhebt sich nur an der oberen Grenze der Bogen, gegen die Augen zu, ein wenig, kaum $\frac{1}{2}$ Mm. über das Niveau der angrenzenden, normalen Haut. Der untere Rand geht ganz ohne Niveau-differenz in das Gesunde über. Es handelt sich also um äusserst flache Blasen.

Die Blasendecke ist überall glatt, ziemlich straff gespannt. Das Contentum schimmert gelbgraulich durch, an einigen Stellen sieht man Hämorrhagien, theils frischroth, theils bläulich verfärbt.

Die an die Blasen nach oben grenzende Haut ist ödematös, bes. das linke untere Augenlid ist stark geschwellt und die Lidspalte verengt. Der Patient klagt über Schmerzen in den blasigen Stellen.

Die Punction der Blasen ergab nur geringe Mengen einer gelbgraulichen Flüssigkeit, in der sich neben spärlichen Eitercoccen zahlreiche Mycelien vorfanden.

Die Diagnose der Knoten war sofort gegeben. Sie lautete auf Sykosis parasitaria und der mikroskopische Befund war nur eine willkommene Bestätigung. Denn der Nachweis des Trichophyton in Haaren ist leicht, sicher und eindeutig.

Anders bei den Blasen. Hier war der makroskopische Befund neu und in den Rahmen des gewohnten klinischen Bildes nicht passend; und deshalb konnte auch der mikroskopische Befund allein nicht entscheiden. Denn nur wo sich makroskopische und mikroskopische Diagnose decken, ist bei dem heutigen Zustande unserer Hautdiagnostik eine sichere Diagnose möglich. Die einfache Anwesenheit eines trichophytonartigen Pilzes in eitrigen Secreten genügt für sich allein nicht zur Diagnose, ¹⁾ ist auch in Pusteln der Impetigo contagiosa schon

¹⁾ Sonst ginge es wie bei der ergötzlichen Diagnose von Bonome (Arch. per le scienze mediche, vol. XVI, Nr. 5). B. fand den Körper eines Tabetikers mit Blasen bedeckt, stellte aber intra vitam keine Diagnose. Als er jedoch post mortem in den Blasen, den Nerven und dem Rückenmark trichophytonähnliche Pilzfäden fand, schloss er daraus, dass die Blasen, „vielleicht“ sogar die Tabes, durch Herpes tonsurans verursacht seien.

öfters constatirt worden, so von Geber¹⁾ und Lang²⁾. In diesen Fällen handelte es sich um gleichzeitige Anwesenheit von typischer Impetigo contagiosa und Herpes tonsurans, wie sie auch Behrend im Verein für innere Medicin zu Berlin im November 1884 vorgestellt hat.

Cultur- und Impfversuche hätten vielleicht sicheren Aufschluss gebracht. Dazu aber fehlten Zeit und Umstände. So versuchte ich denn auf anderem Wege Klarheit zu gewinnen, per exclusionem.

Es handelte sich um die Entscheidung der Frage: Gehören die Knoten und Blasen zusammen in den Rahmen des Herpes tonsurans oder liegthier eine Complication von Herpes tonsurans mit einem anderen blasenbildenden Process, vor Allem Impetigo contagiosa, vor?

Sublimatätzblasen, bei der häufigen Anwendung dieses Mittels gegen Mykosen wohl denkbar und durch zu starke Dosirung verursacht, waren durch die Anamnese wie durch den objectiven Befund ausgeschlossen. Erysipelas bullosum konnte bei der völligen Fieberlosigkeit, dem Mangel erysipelatöser Stellen, dem subchronischen Verlauf gar nicht in Frage kommen. Pemphigus localis habe ich nur in Form solitärer, wurstähnlicher Blasen an Nasen- und Fingerspitze gesehen. Gegen Impetigo contagiosa sprachen die enorme Grösse der Blasen, wie sie nach meinen Erfahrungen bei Impet. cont. nicht vorkommt; das Alter des Patienten, da ich Imp. cont. bei Personen über 30 Jahre noch nicht beobachtet habe; vor allem aber die unversehrte Erhaltung der Blasen als solche seit ihrer Entstehung vor 4 Wochen, während die Blasen der Imp. cont. innerhalb weniger Stunden zu Borken verkrusten.

Schon auf Grund dieses diagnostischen Raisonnements wäre eine Entscheidung zu Gunsten der trichophytischen Natur der Blasen nicht ganz unlogisch gewesen. Ich beschloss aber, zunächst die Frage offen zu lassen und expectativ zu verfahren.

Während 3 Wochen wurden nur Haare aus den Knoten epilirt und die Blasen völlig unberührt gelassen. Dabei nahmen

¹⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. 1876, p. 452.

²⁾ Ibid. 1878, pag. 469.

sie unbedeutend an Grösse zu, indem ihr Rand sich weiter vorschob. Auch zeigten sich neue Hämorrhagien, die sich rasch blau verfärbten. Dagegen fand keinerlei Eintrocknung des Blaseninhalts oder borkige Umwandlung statt. Die Blasen blieben als solche erhalten.

So hielt ich mich denn für berechtigt, das Vorliegen und die Existenz eines *Herpes tonsurans pemphigodes* anzunehmen.

Dementsprechend ging ich jetzt energisch gegen die Blasen vor. Es wurde eine 10% spirituöswässrige Resorcinlösung auf-gepinselt, worunter die Blasen zu derben lamellosen Schuppen einschrumpften, die in 3 Wochen unter Hinterlassung einer glatten, weissen Haut sich abschälten.

Auch dieses therapeutische Verhalten ist eine Bestätigung meiner Diagnose.

III. Ohrmuschelinfiltrate durch *Herpes tonsurans*. (Fig. 1.)

1. Fall. Der vorige Patient bot, wie schon oben [p. 285, sub a)] erwähnt, noch einen merkwürdigen Befund dar:

Die linke Ohrmuschel war in ihrem oberen Theile stark geschwellt, dunkelgeröthet, fühlte sich aber nicht heiss an und war spontan wie bei Berührung nur mässig schmerzhaft. Vom oberen Rande der Helix hob sich ein knotiges, central pustulirtes Infiltrat ab, aus dem sich bei Druck ein Tropfen Eiter entleerte. Die Erkrankung des Ohrs bestand seit $\frac{1}{2}$ Jahre, war aber erst in der letzten Woche etwas empfindlich geworden.

Schon der chronische Verlauf, die geringe Schmerzhaftigkeit trotz erheblicher Schwellung und Röthung stimmten nicht mit dem Bilde des Furunkels oder der Phlegmone. Der Helix-Knoten passte auch nicht dazu. Eigentlich war es nur der ungewöhnliche Sitz, der mich die Diagnose *Herpes tonsurans profundus*¹⁾ *auriculae* etwas zaudernd stellen liess. Denn bei der Coincidenz so zahlreicher mykotischer Prozesse auf den übrigen Theilen der Gesichtshaut blieb nichts anderes übrig und der Befund zahlreicher Mycelien im ausgepressten Ohrknoteneiter sprach gewiss nicht dagegen.

¹⁾ Dieser terminus passt für alle Localisationen der tiefgreifenden Trichophytie besser als Sykosis parasitaria. In meinen Journalen führe ich nur die Bezeichnungen *Herp. tons. superficial.* und *profundus (barbae, antibrachii etc.)*.

2. Fall. Der 33jährige, sonst gesunde Commis B. H. zeigte am 12. Juli 1896 neben schuppenden Kreisen und harten Knoten der beharteten, rasirten Gesichtshaut ein derbes, kirschkerngrosses, fahlrothes, wenig empfindliches Infiltrat am seitlichen Rand der linken Helix-Mitte, das sich, bei expectativer Behandlung, im Laufe der nächsten Wochen nicht veränderte und auf heisse Breiumschläge und Pinselungen mit 10% Resorcin-Spiritus in Monatsfrist heilte.

Dieselbe Behandlung führte auch im vorhergehenden Falle zum Ziele.

IV. Herpes tonsurans ulcerosus. (Fig. 2.)

So mannigfach und vielgestaltig auch die Erscheinungen des Herpes tonsurans profundus sind, ein wirkliches Ulcus im chirurgischen Sinne, d. h. ein eitersecernirender Substanzverlust und Oberflächendefect ist bislang nicht beobachtet worden. Nur ein Fall von Duhring und Hartzell¹⁾ hat einige Aehnlichkeit mit dem meinigen. Nach der Photographie und Beschreibung aber waren keine wirklichen Ulcera vorhanden, als vielmehr erodirte und krustöse gedellte Papeln, so dass man eher an acne varioloiformis denken könnte. Auch waren die Pilzfäden viel grösser als bei Trichophytie und die Verfasser selbst signiren ihren Fall nicht als Herpes tonsurans, sondern als eine hyphomycetische noch nicht beschriebene Hautkrankheit.

Einziger Fall. Schuppender und knotiger Herpes tonsurans der Nackenhaut mit ulcerösem Zerfall eines Knotens.

Der 53jährige Fuhrmann R. K., ein robuster Mann und Vater von 9 lebenden Kindern, sonst noch nie krank, trat am 26. September 1894 in Behandlung. Er leidet seit 6 Jahren an einem „Geschwür“ im Nacken und ist schon vielfach behandelt worden: Mit Bor-, Zink- und Präcipitatsalbe, mit Quecksilber und Arsenikpillen, mit Ichthyol innerlich und äusserlich. In einem Spitale erhielt er Jodkali und Schmiercur. Alles ohne irgend welchen Erfolg.

Stat.: Auf der Nackenhaut, links von der Medianlinie, zeigt sich eine fast cirkelrunde ringförmige Plaque von etwa 6 Cm. Durchmesser. Der Kreis reicht nach oben bis an die Grenze des Kopfhaares, das hier grösstentheils ausgefallen ist. Die haarlose Stelle hat die Gestalt eines kleinen Keiles mit nach oben gerichteter Spitze und ist an ihren Grenzen mit abgebrochenen Haarstummeln besetzt.

¹⁾ Monatsh. f. pr. Dermat. Bd. XX, 1895, p. 137.

Die ein Centrum normaler Haut umschliessende Peripherie des Kreises setzt sich theils aus flachaufliegenden weissgrauen körnigen Schuppen, theils aus schuppenbedeckten Knoten zusammen. Schon bei schwachem Druck quillen aus und zwischen den Schuppen und Knoten dicke weissgelbe Eitertropfen hervor. Nach Ablösung der Schuppen erscheinen siebförmig durchlöchernte Knoten.

Die Haut im Innern des Kreises ist intact, mit Ausnahme einer Stelle oben aussen. Hier zeigt sich ein queroval gestelltes Ulcus, das lateral an den peripheren Knotenring sich lehnt. Es hat 2 Cm. grössten Durchmesser, ist etwa 3 Mm. tief und mit gelbem Eiter bedeckt, nach dessen leichter Entfernung ein röthlicher Geschwürsboden erscheint. Der Geschwürsrand hat die Härte der peripheren Knoten und ist nicht unterminirt.

Ausserdem fand sich an der unteren, hinteren Halsbartgrenze links, also ungefähr 9 Cm. von der Nackenerkrankung nach vorn, ein knotiges, mit haardurchbohrten Pusteln besetztes Hautinfiltrat.

In den Haarstümpfen der Nacken-Area, in den Schuppen wie in dem ausgepressten Eiter fanden sich Mycelien und Gonidien. Auch der Geschwürseiter enthielt dieselben.

Schon prima vista stellte ich die Diagnose *Herpes tonsurans*. *Lupus* konnte gar nicht in Frage kommen. Gegen ein tertiäres Syphilid sprach das ganze Aussehen und die lange Dauer des Processes. In 6 Jahren ist ein solches am ersten Erscheinungsort schon längst wenigstens theilweise mit Narben und Pigmentirungen (wovon hier keine Spur) geheilt und serpiginös weitergebrochen. Es ist ferner ganz unempfindlich, während unser Patient über starkes Jucken klagte.

Alle diese Momente, besonders aber das charakteristische Aussehen der Plaque, die Areirung des angrenzenden Nackenhaars, der sofort als trichomykotisch anzusprechende Knoten im Halsbarte sprachen für *Herpes tonsurans*. Durch den Pilzbefund wurde diese Diagnose zur Sicherheit erhoben.

Ungewöhnlich und zu erklären blieb nur das Ulcus. War es durch das Trichophyton verursacht, oder lag ihm eine mechanische Entstehung durch Kratzen u. s. w. zu Grunde, oder hatte sich in dem Herpesring ein syphilitisches Ulcus etablirt?

Ich will mich auch hier nicht auf den mikroskopischen Nachweis der Pilzfäden im Eiter stützen, die ja aus der Umgebung verschleppt sein konnten. Ich glaube vielmehr, nicht

irrationell zu verfahren, wenn ich sage: Das ganze Ensemble, die Anlehnung und das Herauswachsen des Ulcus aus einem trichomykotischen Knoten lässt keine andere Deutung als ulceröser Zerfall eines Knotens von *Herpes tonsurans profundus* zu.

Auch ex juvantibus ist dieser Schluss gerechtfertigt. Eine 25%ige Chrysarobinsalbe mit 10% Salicylsäurezusatz brachte in 14 Tagen das Ulcus zur Verheilung. Der Schuppenring nahm eine tiefbraune Färbung¹⁾ an, die nach Aussetzen der Salbe unter leichter Schälung einer weissen, glatten Haut wich. Nur an der Stelle des Ulcus, sowie am äusseren Rand restirten überhäutete Knoten, die erst nach längerer Einreibung von Ungt. Wilkinsonii, sowie heissen Breiaufschlägen wichen, wie denn überhaupt der *Herpes tonsurans chronicus* des Nackens zu den allerhartnäckigsten Localisationen dieser Krankheit gehört.

Eine sehr günstige Einwirkung hatte die Chrysarobinbehandlung auf die kahle Stelle des Nackenhaars. Sie bedeckte sich im Laufe einiger Wochen mit zartem, hellen Flaum und nach 3 Monaten war das Haar fast vollständig restituiert.

V. *Herpes tonsurans disseminatus* mit Bildung multipler trichomykotischer Knoten.

Herpes tonsurans circumscriptus an unbehaarten Stellen, der tiefer greift und in die Follikel der Lanugohaare hineinwuchert, ist zwar seltener, kommt aber immerhin vor. Besonders am Vorderarm und auf dem Handrücken habe ich solche Fälle beobachtet.

Dagegen ist bei *Herpes tonsurans disseminatus* ein solches Tiefergreifen des Processes noch nicht beobachtet worden, nicht einmal an umschriebenen Stellen, geschweige denn multipel über die ganze Körperhaut zerstreut. Der nachstehend beschriebene Fall bildet daher ein Unicum.

Die Beobachtung betrifft ein 17jähriges, sonst gesundes Mädchen J. L. mit schwarzem Haar, dunkelgelber Hautfarbe und ziemlich stark

¹⁾ Dies ist überhaupt die charakteristische Charysarobin-Reaction trichophytischer Plaques (sowie der Pityriasis versic.-Flecken) im Gegensatz zu Psoriasis vulg.

entwickelter Lanugo am ganzen Körper. Sie erkrankte $\frac{1}{4}$ Jahr später, nachdem ich ihren Bruder an *Herp. tons. barbae* behandelt. Die Erkrankung war bisher als „skrofulös“ mit innerlichen Eisenmitteln und Leberthran behandelt worden und bestand 2 Monate, als ich am 3. Oct. 1891 consultirt wurde.

Die Haut des Rumpfs und beider Extremitäten war mit linsens- bis flachhandgrossen fahlgelbrothen central zart schuppenden Plaques bedeckt. Viele grössere Plaques ringförmig, das Centrum leicht gebräunt, aber glatt. Mässiges Jucken. In den Schüppchen nach langem Suchen spärliche Mycelien.

Ausserdem fiel Folgendes auf: Auf der Haut der Kreuzbeingegend, über beiden Nates, über den Brüsten, auf dem Unterleib, längs beider ligamenta Pouparti, auf der vorderen und hinteren Fläche beider Oberschenkel zeigen sich Dutzende von kleinfinger- bis daumendicken, dunkelrothen, ziemlich genau den Follikeln entsprechenden mehr oder weniger prominenten Knoten, fast schmerzlos und bei Druck nicht exprimierbar. Die Knoten liegen theils im Gebiet der schuppenden Plaques, besonders im Centrum der grossen ringförmigen, theils stehen sie isolirt. Sie fühlen sich nicht heiss an, sind glatt und meist von einem Lanugohaar durchbohrt. Die Lanugo ist überhaupt, wie bereits erwähnt, am ganzen Körper stark entwickelt, so dass man von einem leichten Grade von Hypertrichosis sprechen konnte. Unter vielen aus den Knoten epilirten Lanugohaaren zeigten sich nur zwei mit Pilzen durchsetzt.

Diagnostisch kamen in Frage: *Acne* und *Furunkulose*. Gegen *Acne* sprachen der ungewöhnliche Sitz der Knoten und das Freibleiben der sonstigen Prädispositionsstellen. Rücken, Schultern und Sternalmitte, auch das Gesicht zeigten keine Knoten. Zu *Furunkulose* gehört Eiterbildung, die jetzt wie im weiteren Verlaufe vollständig fehlte.

Dagegen drängte die höchst merkwürdige Lagerung vieler Knoten auf oder inmitten der Schuppenplaques zur Annahme einer nahen Beziehung beider Processe und der, wenn auch nur minime Nachweis pilzhaltiger Lanugohaare musste diese Annahme stützen.

Auch die Therapie sprach für die trichophytische Natur der Knoten. Während die schuppenden Plaques nach 10 Einreibungen mit reiner Kaliseife in fetzigen Lamellen sich abschälten, wurden die Knoten dadurch kaum berührt, im Gegensatz zu *Acne*, die sich auf *Sapo kalinus* leicht schält. Es bedurfte einer 4monatlichen weiteren Behandlung mit heissen Bädern u. s. w., um auch die letzten Reste der Knoten wegzubringen.