Aus der Hautkrankenstation des städt. Krankenhauses zu
Frankfurt a/M. (Oberarzt Dr. K. Herzheimer).

Über eine urticariaartige Hauterkrankung.

Von

Dr. med. **Kuno Hartmann,**
Assistenzarzt.

Einige wenige Fälle, welche denselben Symptomkomplex wie unsere unten beschriebenen darbieten, sind unter dem Namen „Urticaria perstans“ veröffentlicht worden. Die Effloreszenzen, welche dabei auftreten, sind keine Quaddeln, sondern derbe Knoten, welche längere Zeit persistieren, um sich dann allmählich zu involvieren.

Wir waren in der Lage, 7 derartige Fälle zusammenstellen zu können, von denen 3 in der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. beobachtet wurden, einer aus der Privatpraxis des Herrn Dr. K. Herzheimer, ein anderer aus der städtischen Poliklinik für Hautkranke stammt, während die beiden letzten mir gütigst von Herrn Dr. Hammer in Stuttgart zur Veröffentlichung überlassen wurden.

I. Fall. 33 jähriger Ingenieur. Derselbe gibt an, als Kind häufig an Halsentzündung gelitten zu haben, und vor 7 Jahren habe er Diphtheritis gehabt; sonst sei er stets gesund gewesen. Die Mutter soll an Phthise gestorben sein; von sonstigen hereditären Krankheiten in der Familie ist Pat. nichts bekannt.

Das Hautleiden begann vor 3 Jahren und zwar mit sehr intensivem Jucken an beiden Waden, sowie bald darauf der Dorsalseite und an den Seitenflächen der untersten Partien beider Vorderarme und den proximalen Teilen der Handrücken. Der sehr zuverlässige Pat. glaubt bestimmt angeben zu können, daß das Jucken die primäre Erschei-

nung gewesen, und daß erst später an den juckenden Stellen Knötchen sichtbar geworden seien. Die Zahl derselben habe sich allmählich vermehrt, habe aber besonders in diesem Winter sehr zugenommen. Außer an den Unterarmen und Waden traten die Knötchen auch an den Oberarmen und Schenkeln auf, in spärlicher Anzahl auch an den obersten Partien des Rückens sowie der Brust, ganz vereinzelt auch auf der Stirn. Einen sehr auffallenden Einfluß auf die Entwicklung der Knötchen glaubt Pat. der Einwirkung der Witterungsverhältnisse zuschreiben zu müssen. Während jeden Winter das Jucken heftiger wurde, und auch neue Effloreszenzen auftraten, hatte Pat. während der heißen Jahreszeit Ruhe; auch sollen im Sommer die meisten Knötchen verschwunden gewesen sein. Pat. gibt ferner an, selbst gegen sehr intensive Kälte unempfindlich zu sein, während er in der warmen Jahreszeit an starken Schweißen leide.

Status am 6. Jänner 1902. Auf der Haut der Unterarme des sehr kräftigen und gut genährten Patienten, weniger zahlreich auf der Oberarme finden sich kleinere und größere (etwa bis zu Linsengröße), rundliche, teilweise hellrot, teilweise braunrot gefärbte Knötchen, deren größte das Niveau der umgebenden Haut zu 2 mm überragen. Ein Teil dieser Knötchen zeigt eine auffallend glatte und glänzende Oberfläche, andere haben eine meist mediane feine Runzelung, wieder andere sind mit einer zuweilen bluthaltigen kleinen Kruste bedeckt. Pat. gibt an, daß sich zuweilen eins der Knötchen an der obersten Stelle öffne und eine klare Flüssigkeit austreten lasse. Eine besondere Lokalisation, etwa derart, daß die Knötchen an die Follikel gebunden seien, läßt sich nicht mit Bestimmtheit nachweisen, auch lassen sie untereinander keine bestimmte Gruppierung erkennen. Beim Betasten fühlen sie sich etwas infiltriert an. Streck- und Beugeseiten sind annähernd in gleicher Weise befallen. Vereinzelte Knötchen finden sich auf der Dorsalseite der Hände bis zu den Fingern hin und auf diesen selbst. Verhältnismäßig größer ist ihre Zahl auf den Ober- und Unterschenkeln, einige wenige finden sich auf dem oberen Teil der Brust und im Nacken, ganz vereinzelt auf der Stirn.

Therapie: Mentholvaselin (5%). Bäder mit Kal. sulf., intravenöse Injektionen von Acid. Arsen, beginnend mit 0·001.

7. Jänner. Exzision eines kleinen Knötchens am rechten Unterarm zwecks mikroskopischer Untersuchung (Härtung in Formol, Alkohol).

8. Jänner. Am linken Bein ist ein ganz kleines, blaßrotes neues Papelchen aufgetreten, das an einen Haarfollikel gebunden zu sein scheint. Pat. glaubt, daß das Papelchen schon vorhanden war, als er das Jucken an dieser Stelle bemerkte.

10. Jänner. Zwischen Daumen und Zeigefinger der r. Hand ist ein neues Knötchen aufgetreten, blaßrot gefärbt, ein wenig über das umgebende Niveau hervorragend, heftig juckend. Eine Beziehung desselben zu einem Hautfollikel läßt sich nicht nachweisen. Das Papelchen scheint

hier wenigstens gleichzeitig mit dem Jucken, wenn nicht später als dasselbe aufgetreten zu sein.

12. Jänner. Die neu aufgetretenen Knötchen haben sich nicht wesentlich verändert.

13. Jänner. Ein Teil der Knötchen erscheint heute blasser und weniger prall gespannt. Neue sind nicht aufgetreten. Das Jucken tritt von Zeit zu Zeit anfallsweise auf, um dann wieder mehrere Stunden völlig zu verschwinden. Pat. gibt an, daß ihm dieselbe kurze Zeit Erleichterung schaffe, daß dann aber das Jucken umso heftiger wieder aufrete.

16. Jänner. Keine Veränderung.

Pat. tritt ungeheilt aus. Es wurden nur 10 intranevöse As-Injektionen gemacht mit zusammen 52 *mg* Acid. arsenicos.

II. Fall. 53jähriger Schreiber. Derselbe war angeblich, abgesehen von einer Pneumonie vor einem Jahre, stets gesund. Seit einigen Wochen Klagen über Jucken am ganzen Körper.

Status am 29. August 1901. Großer, kräftiger Mann. Auf der Haut zunächst dem Schultergürtel dorsal wie ventral finden sich zahlreiche Kratzeffekte, die mit Blutkrüstchen bedeckt sind. Zwischen denselben sind der Spaltbarkeitsrichtung der Haut nach angeordnete, ungefähr einige linsengroße Papeln von lividroter Farbe. Diese Papeln fühlen sich ziemlich derb an. Dieselbe Gegend der Haut ist mit zahlreichen Pigmentationen, die anscheinend von alten Kratzeffekten herrühren, bedeckt.

Therapie: Ungt. Glyzerin.

16. September. Exzision einer der beschriebenen Papeln auf der Brust zwecks mikroskopischer Untersuchung.

15. September. Auf dem Bauch eine neue Papele, die ebenfalls exzidiert wird. Das Jucken hat nachgelassen. Exkorationen und Kratzeffekte geheilt. Der größte Teil der Papeln ist im Zurückgehen begriffen.

28. September. Herpes-Zoster-Eruption in der Gegend der 6.—8. Rippe.

1. Oktober. Zoster abgeheilt.

15. Oktober. Angeblich besteht noch geringes Jucken. Es sind keinerlei Papeln mehr vorhanden. Diese sind, ohne Pigmentationen zu hinterlassen, geschwunden.

23. Oktober. Kein Jucken mehr.

Pat. blieb noch bis zum 28. November in Behandlung wegen eines Furunkels, welcher wenig Tendenz zur Heilung zeigte (Thermokauterisation nach Arning). Während dieser Zeit klagte Pat. über kein Jucken mehr, auch waren neue Papeln nicht aufgetreten.

III. Fall. Dieser Fall stammt aus der Privatpraxis des Herrn Dr. K. Herxheimer. 67jähriger Regierungsrat. Bestand der Affektion 40 Jahre lang. Pat. glaubt sich erinnern zu können, daß mit dem ersten Beginn außerordentlich starkes Jucken verbunden war.

Status am 18. Juni 1900. Eigentümlich flache, rötliche, verschieden große Papeln über den ganzen Stamm und die Extremitäten, von denen viele deutliche Kratzeffekte zeigen. Besonders befallen ist Rücken, Nabel- und Ellbogengegend; frei ist Gesicht, Kopf, Handflächen.

Fußsohlen. Die Effloreszenzen erreichen die Größe von Nickelzehnpfennigstücken, sind rundlich und nicht sehr derb anzufühlen. Die Unterschenkel zeigen beide ein merkwürdiges Bild: überall daselbst zerstreut den erwähnten Papeln ähnliche Gebilde, dazwischen aber auch, namentlich in der unteren Hälfte der Unterschenkel große meist ovale Geschwüre. Diese Geschwüre, etwa an jedem Unterschenkel acht, will Pat. ebenfalls bereits seit Jahrzehnten haben. Die Geschwüre erreichen stellenweise eine Länge von 6—8 cm und eine Breite von 4—5 cm. Sie haben einen speckigen Grund und einen harten geröteten teilweise erhöhten Rand. Sie unterscheiden sich nach ihrem Aussehen nicht von in Zerfall begriffenen Hautcarcinomen.

Therapie: Lotio Zinci oxydati; auf die Geschwüre 3% Liqu. Alum. acet., später Zinkpaste. Es wurde später der Lotio Menthol zugesetzt und innerlich Dionin gegeben. Während der Behandlung ändert sich das Bild nicht wesentlich. Pat. blieb im Laufe des September aus der Behandlung weg.

Im Dezember 1901 wurde Pat. auf der Straße wiedergesehen, es ging ihm angeblich gut.

IV. Fall. (Aus der städtischen dermatologischen Poliklinik.) 66jähriger Landwirt. Pat. gibt an, Jucken seit 25 Jahren zu haben. Es begann an der Innenfläche der Oberschenkel; vor nunmehr 17 Jahren verbreitete sich das Juckgefühl ziemlich über den ganzen Körper, und allmählich entwickelten sich die jetzigen Geschwülstchen.

Status am 28. Jänner 1897. Die Schultergegend, sowie die Gegend über beiden Glutäen, also die Zonen, wo gewöhnlich die Kleider fest an der Haut anliegen, sind mit Narben übersät. In deren Umgebung ist die Haut pigmentiert, dazwischen namentlich an den Glutäen viele linsen- bis zwanzigpfennigstückgroße, blaurote, zum Teil excorierte, zum Teil mit Krüstchen besetzte Papeln von rundlicher Form. Diese Papeln setzen sich von dem unteren Teile des Rückens fort bis auf die Glutäen und weiter auf die Vorder- und Innenseite der Oberschenkel. Dazwischen vereinzelte Streifen von 4—5 cm Länge von der gleichen Beschaffenheit wie die Papeln. Ähnliche Papeln befinden sich auf der Brust bis zum Nabel hinunter, sowie streifenweise unterhalb des Nabels, ebenso an der Außenseite beider Arme, daselbst untermischt mit flächenweise angeordneten Papelchen. Überall dazwischen finden sich Pigmentierungen und Narben. Ähnliche Papelchen, wie die beschriebenen, auf dem Hinterkopf, an der Nackenhaargrenze, sowie auf den Seitenflächen des Skrotum, wo dasselbe mit den Oberschenkeln in Berührung tritt, also an den Stellen äußerer Reize. Pat. gibt auf das Bestimmteste an, daß die Knötchen manchmal von selbst heilen und neue an den alten Stellen aufschießen. Die Seiten- und Schenkeldrüsen hart geschwollen, aber nicht schmerzhaft, außerdem nur eine geschwollene indolente Drüse am linken Ellbogen.

25. Febr. Rücken, Glutäen und Beine bedeckt mit z. T. nässendem Ekzem. Pat. blieb danach aus der Behandlung fort.

Therapie: Sol Vlemingx Bäder und 5% Mentholspiritus, das Ekzem wurde mit Lotio Zinci oxyd. und Zinkpaste behandelt.

V. Fall. 20jähriger Schlosser. Seit 3 Wochen Jucken, seit welcher Zeit Pat. sich viel hat kratzen müssen. Vorher angeblich nie krank. Keinerlei Hautkrankheiten in der Familie. Anamnestisch läßt sich über den Pruritus nichts feststellen. Das Jucken soll allen Hautveränderungen vorangegangen sein.

Status am 3. Juli 1902. Am Stamm und Extremitäten, an letzteren besonders an deren Streckseiten hellbrännliche, kleine, z. T. konfluierende Pigmentationen. Eine derartige fleckenweis zusammenhängende Pigmentbildung befindet sich auch über dem linken Auge. Diese Hautveränderungen will Pat. vor dem Auftreten des Juckens nicht gehabt haben, sondern dieselben seien an Stelle von Kratzeffekten entstanden. Überall dazwischen verschiedene Exkorationen und hellbrännlich-rote, z. T. auch bläulichrote, narbig atrophische, rundliche Hautstellen. An der Streckseite der Unterarme sind einzelne dieser zuletzt geschilderten veränderten Hautstellen leicht erhaben und derb anzufühlen. Die Hautfelderung ist an diesen Erhabenheiten meist deutlicher ausgeprägt. An einzelnen auch leichte Schuppung. Ähnliche Veränderungen finden sich an den Unterschenkeln und an den Streckseiten der Knie und Oberschenkel. An der linken Oberschenkelstreckseite sind zwei dieser Erhebungen zu beinahe pfenniggroßen derben, rauen Papeln ausgewachsen. Urin frei von Zucker und Eiweiß. Geringes Reizphänomen. Therapie: Tägliche Schwefelbäder und Einreibung mit Ungt. Glycerin.

14. Juli. Die derben Papeln am linken Oberschenkel bilden sich zurück, die meisten Exkorationen geheilt. Das Jucken fast völlig geschwunden.

24. Juli. Die Papeln sind ganz geschwunden, ebenfalls hat das Jucken vollständig aufgehört.

Es folgen 2 von Herrn Dr. Hammer (Stuttgart) beobachtete Fälle, welche mir derselbe zur Veröffentlichung gütigst überlassen hat.

VI. Fall. 56jährige Witwe aus Schwäb. Holl. Vater mit 51 Jahren an „Markschwamm“ gestorben, Mutter lange Zeit an „Flechten“ leidend, starb mit 70 Jahren an Herzleiden. Pat. selbst bis zum 4. Lebensjahre viel krank, später meist gesund, aber zu Blutarmut geneigt. Verheiratung mit 22 Jahren. Nach dem 2. Wochenbett öfters magenkrank, im ganzen vier Geburten. Nach 1 $\frac{1}{2}$ jähriger aufreibender Pflege des 71 an Gehirnkrankheit gestorbenen Mannes wieder ein Jahr Magenkrämpfe, Auftreten des Hautausschlages 1889/90, zuerst an den Armen mit darauffolgender Ausbreitung am übrigen Körper. 1891 Kur bei Veiel-Cannstatt 12 Wochen lang mit teilweiser Heilung, jedoch später Nachschübe (Bhdlg. Ther. Pyrogallusspiritus). Warme Bäder wirken gut, doch nach jeder Pause stärkeres Jucken. Nächte meist schlaflos wegen starken Juckens. Bei Gelegenheit eines Hexenschusses, sowie öfter bei starkem Katarrh

Nachlaß der Beschwerden. Das Jucken ist nicht auf die einzelnen Papeln beschränkt. Übrige Körperfunktionen regelmäßig.

Status am 14. April 1898. Haut des ganzen Körpers etwas stärker pigmentiert als der braunen Haarfarbe entspricht. Das Exanthem erstreckt sich über den ganzen Körper, Arme am stärksten befallen. Die Hautveränderung besteht in hanfkorn- bis linsengroßen, rundlichen, flacherhobenen Papeln, die sich ziemlich scharf gegen die Umgebung abgrenzen. Sie stellen eine derbe Verdickung der Cutis dar, über der auch die Epidermis an manchen Stellen eine schwielige Verdickung aufweist.

Die Farbe der Papeln ist blaßrötlich, Oberfläche teils glatt, teils eine kleine Kratzkruste tragend. An manchen Stellen Pigmentflecke als Überreste zurückgegangener Papeln. Empfindlichkeit der Haut normal. Papeln an den Unterextremitäten größer und derber. Behandlung: tägliche Schwefelbäder, zweimal täglich energische Klopfmassage mittels Muskelklopfer.

16. April. Excision zweier Knötchen am rechten Oberarm.

23. April. Jucken auffallend vermindert. Neigung der Excisionsnarben zu Keloidbildung.

2. Mai. Brennglasbehandlung der Papeln am linken Arm bis zur weißlichen Gerinnung und Beginn von Blasenbildung.

3. Mai. Jucken am linken Arm ganz aufgehoben.

4. Mai. Einige Blasen sind aufgegangen, die Papeln darunter sind zu einer Zelle zusammengesunken.

6. Mai. Ein Teil der gebrannten Papeln ist pustulös geworden und mit einem intensiven Reaktionshof umsäumt. Fieber bis 39.2°. Herpesbildung auf beiden Wangen (Pat. will schon häufig an Herpes gelitten haben).

7. Mai. Temp. gesunken.

8. Mai. Abends nochmals 39,6°.

10. Mai. Weitere Herpesgruppen auf der rechten Wange und sehr stark am rechten Ohr. Am übrigen Körper weiterer Rückgang des Ausschlages, besonders am Rücken; Jucken fast ganz geschwunden.

25. Mai. Sämtliche mit Brennglas behandelten Stellen überhäutet. Die ohne eitrige Entzündung geheilten Papeln, bei denen es nur zur Bildung einer serösen Blase kam, sind spurlos geschwunden; dagegen zeigen die anderen sämtlich starke Schwellung, geradeso wie die übrigen Papeln des Körpers, doch besitzen sie eine Zelle in der Mitte.

Der Status hat sich seit 1898/99 kaum geändert. Es ist unzweifelhaft, daß jetzt z. B. am Knie dieselben Effloreszenzen vorhanden sind wie im Anfang.

Im April 1899 trat über dem Spatium interosseum primum bds. dorsal eine unregelmäßige, ekzemartige Fläche auf, die aber fast gar nicht juckte. Sie wurde ziemlich leicht zur Heilung gebracht.

VII. Fall. (ebenfalls von Herrn Dr. Hammer). 53jährige Patientin, litt an starker Bleichsucht mit spät eintretender Menstruation. Pat. hat mit 27 Jahren die Menses definitiv verloren, litt dann an verschiedenen

Krankheitszuständen, von denen sie bei der Doktorbäuerin geheilt wurde. Seit ca. 4 Jahren Hitze und Beißen in den Armen und Unterschenkeln. Anfangs soll kein Ausschlag vorhanden gewesen sein, sondern derselbe soll durch das Kratzen gekommen sein.

Status am 5. Juli 1898. Haut der Arme stark pigmentiert, darin haufkorn- bis linsengroße flacherhabene rote, zerkratzte Papeln von derber Konsistenz. Ellbogen- und Handgelenksbeugen frei, sonst ziemlich gleichmäßige Ausbreitung über die Arme. Auch am pigmentierten Handrücken rote Papeln.

Außerdem findet sich der Ausschlag um die Knie herum. Hier ist die Haut im ganzen wenig, jedoch in der nächsten Umgebung der Effloreszenzen und deren narbige Reste stark pigmentiert.

Im Oktober 1901 teilt Pat. auf Anfrage mit, daß sie von heißen Waschungen große Linderung habe.

Diejenigen Symptome, welche das Krankheitsbild der mitgeteilten 7 Fälle beherrschen, sind das Jucken und das Auftreten von papulösen Effloreszenzen. Das klinische Bild besteht, abgesehen von Exkorationen und Pigmentbildungen nur aus diesen Papeln. Diese Erhebungen der Haut sind rundlich, mehr oder weniger halbkugelig über die Haut erhaben und meist von derber Konsistenz; nur in Fall I und III ist die Infiltration der Papeln nicht übermäßig stark. Die Größe der Effloreszenzen ist wechselnd, die meisten haben Linsengröße, doch können dieselben die Größe eines Zehnpfennigstückes (Fall III) erreichen, wie auch kleinere Papelchen Hanfkorngröße (Fall VI und VII) nicht überschreiten.

Die Grundfarbe dieser Knötchen ist eine rötliche: hellrötlich in Fall III, blaßrot im Fall VI und VII, zum Teil in das Bräunliche spielend im Fall I und IV, im Fall V haben einzelne Effloreszenzen eine rötlich-blaue Farbe. Die Farbenunterschiede sind in den einzelnen Fällen jedenfalls nicht sehr groß.

Die Oberfläche der Papeln ist glatt, manchmal glänzend (im Fall I); doch tragen viele in der Mitte ein Krustchen, das auch Blutspuren enthalten kann, oder sie haben eine geringe zentrale Schuppung. Diese zentralen Veränderungen der sonst glatten Papeln sind wohl nur als Folge des intensiven Kratzens anzusehen. Von diesem Bilde weichen allerdings die Effloreszenzen des Falles V ab. Hier ist die Oberfläche rauh, fast verrucös, andere, namentlich die flacheren, zeigen in kleineren

Verhältnissen ein ähnliches Bild, wie der Lichen simplex chronicus Vidal. Diese beiden Formen, die glatte papulöse und die verrucöse zeigen auch die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle, Kreibich scheidet auch seine 3 Fälle in eine *Urticaria perstans papulosa* und in eine *Urticaria perstans verrucosa*.

Diese Papeln können über den gesamten Körper verbreitet sein, allerdings bleiben die Flachhände, Fußsohlen und der behaarte Kopf frei; auch das Gesicht scheint meist verschont zu sein, wenigstens war in unseren Fällen nur im Fall I die Stirn mit ergriffen. In manchen Fällen ist die Ausbreitung der Papeln an den Extremitäten eine größere als am Stamm, namentlich scheinen sie sich gern an den Vorderarmen, Ober- und Unterschenkeln zu lokalisieren. Am Stamm ist die Zahl der Effloreszenzen hinten weit größer als auf Brust und Bauch, gern scheint der Schulter- und Beckengürtel der Sitz zu sein. Die Papeln scheinen sich mit Vorliebe teils an den Stellen zu entwickeln, welche der kratzenden Hand leicht zugänglich sind, teils dort, wo die Haut eines permanenten Reizes durch das engere Anliegen der Kleider oder durch Reibung benachbarter Hautflächen ausgesetzt ist. Ein auffallendes Überwiegen der Beuge- oder Streckseiten ist nicht zu bemerken, auch zeigen die einzelnen Effloreszenzen keine besondere Gruppierung zu einander, sondern sie sind an den befallenen Stellen ganz regellos zerstreut. Auch sind dieselben nach unserer Beobachtung nicht an die Follikel gebunden, worauf im Falle I besonders geachtet wurde. Im allgemeinen konnten keine Beziehungen der Effloreszenzen zu den Spaltbarkeitsrichtungen festgestellt werden.

Die Geschwüre an den Unterschenkeln im Falle III haben mit der beschriebenen Krankheit wohl nichts direkt zu tun. Sie erinnerten, wie schon erwähnt, an das Aussehen von großen, zerfallenden Carcinomen, doch spricht dagegen der lange Bestand und der Umstand, daß der Patient nach 2 Jahren in voller Gesundheit noch angetroffen wurde. Da eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde, ist keine sichere Diagnose dieser ganz eigenartigen

Affektion, welche einer größeren Zahl hiesiger und auswärtiger Dermatologen demonstriert werden konnte, zu machen.

In der Literatur sind einige Fälle beschrieben worden, deren Befund durchaus dem unsrigen entspricht, meist tragen sie die Diagnose *Urticaria perstans*.

Fabry sah bei einer 40jährigen Frau an Streck- und Beugeseiten gleichmäßig verteilte, $\frac{1}{2}$ cm breite, rundliche, rote bis bräunliche Knoten neben zahlreichen Excoriationen und Pigmentierungen. Die Gesichtshaut blieb von diesen persistierenden Knoten frei, doch zeigten sich dort weniger an anderen Körperstellen vorübergehende quaddelähnliche Effloreszenzen; ein Übergang derselben in die persistierenden Knoten wurde nicht beobachtet. Leichte *Urticaria factitia*.

Kreibich sah 3 Fälle von *Urticaria perstans*. Im ersten Falle, den er *Urticaria perstans papulosa* nennt, fand er bei einem 43jährigen Kellner an Stirn, Wangen, Hals, Brust, Abdomen und den Extremitäten linsengroße, blaßrote, derbe, halbkugelige, glänzende, teilweise zerkratzte Knoten, als Rückbildungserscheinungen derselben flachere Effloreszenzen und Pigmentationen.

Die beiden anderen Fälle werden als *Urticaria perstans verrucosa* bezeichnet. Der erste betraf eine 45jährige Frau, die an den Oberextremitäten erbsen- bis haselnußgroße, rundliche, blaßrötliche- bis schmutziggelbe, derbe Knoten aufwies. Ähnliche warzenähnliche Effloreszenzen an den unteren Extremitäten. An Stirn und Wangen lebhaft rote, hanfkorngroße, quaddelähnliche Knötchen. Kaposi hat diesen Fall als *Urticaria perstans papulosa* der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. In dem letzten Falle hatte eine 32jährige Dienerin die gleichen Effloreszenzen von teils wachstartig gelber, teils rötlichblauer Farbe an den Oberextremitäten, größere warzenartige an den Unterextremitäten.

Johnston sah bei einer 52jährigen Frau im Gesicht, welches zuerst befallen war, ferner an den Extremitäten flache, rötliche Papeln, welche später größer und härter wurden.

Von Corlett wurde ein 52jähriger Mann beobachtet, der an den Beinen rote Papeln von der Größe einer Erbse bis zu einem halben Dollar aufwies. Diese Effloreszenzen blieben etwa ein Jahr lang bestehen, um dann allmählich zu verschwinden.

Hielemann fand bei einer 46jährigen Frau an Armen, Füßen, Abdomen, Rücken und Nacken hanfkorn- bis kirsch kerngroße warzenartige Effloreszenzen. Von besonders großer Wichtigkeit ist dieser Fall wegen seiner Entstehungsweise. Die Erkrankung begann vor 10 Jahren mit Jucken an Armen und Füßen, das sich von dort allmählich auf den übrigen Körper ausbreitete. Zu gleicher Zeit mit dem Jucken traten Quaddeln auf (eruption of wheals), von denen die meisten bald wieder verschwanden. Einige jedoch blieben bestehen und wuchsen zu verrucösen, weiter juckenden Tumoren aus. Manche dieser warzigen Efflores-

zenzen verschwanden von selbst, jedoch entstanden später andere an deren Stelle, und zwar ohne vorhergehende Quaddelbildung.

Der Umstand, daß hier die derben Knötchen anfangs aus Quaddeln entstehen, weicht von unserer Beobachtung (Fall 1 u. 2) erheblich ab.

Walther Pick fand bei einer 56jährigen Frau derbe, erbsengroße, mattrote bis wachsgelbe, glatte, z. T. mit Knötchen besetzte Papeln an den Armen, Knien und Ohrmuscheln. Die Streckseiten waren bevorzugt. Beginn vor 5 Jahren angeblich nach einem Mückenstich.

Wichtig ist noch der Fall, den Veiel dem dermatologischen Kongreß zu Straßburg vorstellte. Eine 47jährige Frau wies an ihrem Körper mit geringer Bevorzugung der Streckseiten hirsekorn- bis erbsengroße Knötchen auf, die teilweise ein zentrales Pustelchen oder Krüstchen trugen. Achseldrüsen und Leistendrüsen wenig geschwollen.

In allen Fällen, sowohl in den unsrigen als in den gesamten der Literatur, geht die Erkrankung mit außerordentlich starkem Jucken einher, nur in dem zweiten Hammerschen Falle werden die subjektiven Symptome als Hitze und Beißen geschildert. Das Jucken ist in manchen Fällen so stark, daß die Nachtruhe dadurch erheblich gestört wird. Mit diesem heftigen Jucken setzt die Krankheit ein und dieselbe kann sogar längere Zeit das einzige Symptom der Krankheit darstellen, so daß also in den meisten Fällen, wo darauf geachtet werden konnte, von den Patienten angegeben wurde, daß die papulösen Effloreszenzen sich erst nach dem Auftreten des Juckens eingestellt haben. Der zuverlässige Patient des Falles I gibt diese Tatsache mit Bestimmtheit an. In dem Veielschen Falle bildete das Jucken 14 Jahre lang das einzige Krankheitssymptom, und auch in unserem Falle IV bestand schon das Jucken mehrere Jahre, bevor sich erst die kleinen Geschwülstchen entwickelten. Auch im Falle V ist das Jucken allen Hautveränderungen vorangegangen. In den meisten gesammelten Fällen ist hierauf wohl bei der Aufnahme des Befundes nicht oder nicht genügend geachtet worden.

Das Jucken ist meist im Anfang kein universelles, sondern beginnt sehr oft an den Ober- oder Unterextremitäten und breitet sich erst von dort allmählich auf den übrigen Körper aus. Nach mehr oder minder langem Bestande dieses Juckreizes schießen dann die oben beschriebenen Papeln auf. In welcher Weise dieses geschieht, haben wir genau im Falle I und II während des klinischen Aufenthaltes der Patienten

beobachten können. Die Effloreszenzen kommen plötzlich als kleine Knötchen hervor, häufig wohl in der Weise, wie Fall I zeigt, daß ein stärkeres lokales Jucken vorhergeht. In keiner Weise ist jedoch in diesen Fällen beobachtet worden, daß die primäre Effloreszenz eine Quaddel gewesen wäre, aus der sich erst sekundär die spätere derbe Effloreszenz bildete, wie es Hielemann beschreibt. Die kleinen Knötchen wachsen dann langsam bis zu ihrer vollen Größe aus, um dann mehr oder minder lange Zeit (bis zu 4 Wochen und länger) zu persistieren. Schließlich involvieren sich die Effloreszenzen wieder und heilen entweder spurlos (Fall I) ab oder mit Hinterlassung von runden Pigmentationen oder oberflächlichen Närbchen. Während die einen Papeln schwinden, treten an anderen Stellen neue auf, so daß ein andauernder Wechsel von Werden und Vergehen dieser Effloreszenzen stattfindet. Außerdem gibt das durch das Jucken bedingte Kratzen zu den mannigfachsten Exkorationen Anlaß, die auch ihrerseits mit Pigmentbildung abheilen können, sodaß die gesamte Körperhaut ein recht buntes Bild darstellen kann. Auch Furunkelbildungen kommen häufig vor.

Der gesamte Verlauf der Krankheit ist ein eminent chronischer, ja sie scheint überhaupt eine unheilbare zu sein, wenigstens wurde eine Heilung in allen Fällen, außer dem zweiten und fünften, nicht erzielt, und die letzteren beiden Fälle nehmen eine Sonderstellung ein, worauf wir noch zu sprechen kommen werden. Allerdings finden häufige Remissionen statt, in denen der Juckreiz und die Papelbildung nachläßt oder auch einmal gänzlich aufhört. Die Remissionen scheinen in manchen Fällen von der Witterung abhängig zu sein, wie unser Fall I und der Veielsche Fall zeigt, in denen die warme Jahreszeit die Krankheit günstig beeinflusste.

Der Beginn der Erkrankung fällt im allgemeinen zwischen das zwanzigste und fünfzigste Lebensjahr, doch scheint dieselbe auch schon früher einsetzen zu können, wenigstens soll der von Corlett beobachtete Kranke schon von Jugend an an Jucken gelitten haben. Das männliche Geschlecht neigt anscheinend zu dieser Krankheit mehr als das weibliche.

Was die Differentialdiagnose anbelangt, so könnte man bei der Ansicht der Papeln selbst bei ihrer Lokalisation an Lues denken; doch dürfte eine Verwechslung kaum möglich sein schon wegen des intensiven Juckens bei *Urticaria perstans*, dann spricht auch gegen Lues die Farbe und die Derbheit der Papeln.

Die kleinen, hanfkorngroßen Papelchen könnten eine gewisse Ähnlichkeit mit den Einzeleffloreszenzen des Lichen *ruber planus* haben, doch gegenüber unseren rundlichen, halbkugeligen Hauterhebungen können die Effloreszenzen des Lichen *ruber* durch die polygonale Gestalt derselben und durch die zentrale Delle wohl unterschieden werden. Beim Lichen *ruber* wird es immer gelingen, derartige Effloreszenzen zu finden.

Mit dem ebenfalls stark juckenden Lichen *simplex chronicus* Vidal dürfte unsere Krankheit wohl kaum zu Verwechslungen Anlaß bieten, da der Lichen *simplex* hauptsächlich eine flächenhafte Erkrankung darstellt. Der Krankheitsprozess ist aber ein ganz ähnlicher; da wahrscheinlich bei beiden Krankheiten die Effloreszenzen durch das Kratzen hervorgerufen werden, so könnte auch einmal leicht der Fall eintreten, daß sich beide Krankheiten kombinierten. In unserem Falle V hatten bereits einige flachere Papeln eine sehr große Ähnlichkeit mit der Hautoberfläche des Lichen *simplex*.

Beim Prurigo-Hebra sind die Knötchen kleiner und heller, auch sind dieselben viel zahlreicher und dichter, auch bleiben die Gelenkbeugen völlig frei. Hebt man bei der *Urticaria perstans* eine Hautfalte in die Höhe, so fühlt dieselbe sich normal an und unterscheidet sich deutlich von der derben, pruriginösen Haut. Die Prurigo beginnt immer in der frühesten Jugendzeit, die *Urticaria perstans* im allgemeinen erst nach dem 20. Lebensjahre. Daß auch bei der *Urticaria perstans* Drüenschwellungen auftreten können, sahen wir in 2 Fällen.

Die Prognose ist *quod vitam* eine gute, doch sind immerhin die Aussichten der von dieser Krankheit befallenen Patienten recht trübe, da sie auf Heilung wohl nicht zu rechnen haben und sie durch das empfindliche Jucken sehr gequält und ihrer Lebensfreude beeinträchtigt werden. Auf die günstigere Prognose der Fälle II und V werden wir noch zurückkommen.

Die Therapie ist auf den Verlauf der Erkrankung wohl völlig machtlos und sie muß sich wohl im allgemeinen auf die juckstillenden Mittel beschränken, wodurch man wenigstens den Patienten für einige Stunden Erleichterung schaffen kann. Man kann wohl versuchen, durch irgend welche schälende Mittel die Papeln zur schnelleren Resorption zu bringen, doch wird sich das im allgemeinen wenig empfehlen, da ja die Effloreszenzen, abgesehen vom Juckreiz, wenig Beschwerden machen. Arsen scheint die Erkrankung auch nicht zu beeinflussen (Pick), zwar bildeten sich in dem einen Falle Kreibichs die Effloreszenzen unter Verabreichung von Solutio Fowleri zurück, doch trat nach 2 Monaten ein Rezidiv ein. Diese Rückbildung ist wohl auf eine zufällige Remission und nicht auf den Arsengebrauch zurückzuführen. In Hinkunft dürften sich vielleicht bei solchen Patienten, deren Jucken unerträglich wird und welche sich einer klinischen Behandlung unterziehen, protrahierte, bezw. permanente Bäder empfehlen. Auch sei die Aufmerksamkeit auf die von Hammer empfohlenen Waschungen mit heißem Wasser gelenkt.

In zwei Fällen konnten wir die mikroskopische Untersuchung der Papeln vornehmen:

Mikroskopischer Befund des Falles I.

Färbungen mit Alaunkarmin, Hämatoxylineosin, Cresylechtviolett, van Gieson und Weigertsche Färbung der elastischen Fasern.

Im Bereich der Erhebung treten folgende Strukturveränderungen auf:

Die Hornschicht ist verdickt und zeigt in den meisten Präparaten Kernfärbung. Das Rete Malpighii erscheint im ganzen verdickt, doch so, daß die Verdickung im Zentrum der papillären Erhebung am meisten in das Auge fällt und nach der Peripherie hin die Epithelschicht allmählich die Breite des normalen Epithels annimmt. Die Keratohyalinschicht umfaßt hier 3—4 Zellseiten. Die Retezapfen sind breiter als normal, besonders im Zentrum und gehen hier auch mehr in die Tiefe. Dem entsprechend sind auch die Papillen mächtiger entwickelt.

Im Corium finden sich in den oberen Schichten zellige Infiltrate. Man sieht, daß diese Zellanhäufungen meistens dem Gefäßverlauf folgen. Die meisten Papillen sind mit denselben Zellanhäufungen erfüllt, und auch hier sieht man die Anordnung derselben um die hier erweiterten Gefäße.

Die Zellen dieser Infiltrate bestehen meist aus Bindegewebszellen, ferner aus Rundzellen. Doch findet man auch einzelne Unnasche Plasma-

zellen. Die Waben der Bindegewebszellen sind meist etwas erweitert als Zeichen des bestehenden Ödems. Abgesehen von den Gefäßen findet man diese Zellanhäufungen um die Drüsen und die Haarbälge, namentlich im oberen Abschnitte derselben.

Die elastischen Fasern sind dort im Corium, wo sich keine Infiltrate befinden, vollkommen erhalten. In vielen, hauptsächlich den großen Infiltraten findet man gar kein Elastin, in anderen bleibt das Zentrum derselben davon frei, während einige verdünnte Fasern in die Randzone hineinragen. In anderen Zellanhäufungen, namentlich in denen, wo die Zellen nicht so dicht gedrängt sind, sind zwar überall elastische Fasern vorhanden, doch sind dieselben verdünnt und an Zahl entschieden herabgesetzt. Auch in den meisten Papillen finden sich einige wenige Fasern aber auch diese sind verdünnt.

Wir haben hier einen Befund vor uns, wie wir ihn meistens bei chronisch entzündlichen Veränderungen der Haut antreffen: zellige Infiltrate im Corium, namentlich um die Gefäße, drüsigen Elemente und in den Papillen mit nachfolgenden Gewebststörungen des Epithels. Durch die Infiltrate werden ferner die elastischen Fasern in ihrer Entwicklung gehindert und teilweise ganz zum Schwinden gebracht. Ganz analog ist dieser Befund demjenigen bei *Acrodermatitis chronica atrophicans* (Archiv für Dermatologie, 1902). Besonders stark an dem entzündlichen Prozeß sind die Papillen beteiligt: Wucherung derselben mit starker, zelliger Durchsetzung und Erweiterung der Gefäßschlingen. Die sekundären Veränderungen des Epithels und der Hornschicht (Verdickung des Rete samt der Keratohyalinschicht, die Hyperkeratose und die geringe Parakeratose) treffen wir gleichfalls bei den chronisch entzündlichen Prozessen der Haut an (*Prurigo Hebrae*, *Lichen simplex Vidal* etc.). Es handelt sich demnach um einen chronisch entzündlichen Prozess.

Mikroskopischer Befund des Falles II:

Färbungen wie im Fall I. Die Hornschicht ist hier im Bereich der Papel nur als sehr wenig verdickt zu bezeichnen. Eine Parakeratose ist hier nicht zu bemerken. Auch das Rete ist nur sehr wenig verdickt, die Keratohyalinschicht umfaßt 2—3 Zellreihen. Die Retezapfen und Papillen haben die normale Größe.

Im Corium finden sich in den oberen Schichten Zellanhäufungen. Dieselben bilden Nester und Reihen in der Weise, daß sie dem Gefäßverlauf folgen. Doch sind die Zellinfiltrate bei weitem nicht so zahlreich als im Falle I, ferner finden sich außer diesen dichtenzelligen Herden

etwas größere Partien, wo die Zellanhäufung mehr eine diffuse ist. Namentlich in den Papillen, wo sich ebenfalls diese Zellansammlung findet, stehen die Zellen weniger dicht zu einander. Jedoch findet eine allgemeine zellige Durchsetzung der gesamten oberen Coriumschichten nicht statt. Die Zellen dieser Infiltrate bestehen in ihrer größten Mehrzahl aus Bindegewebszellen, ferner aus wenigen Rundzellen.

Die elastischen Fasern sind zwar nicht in den dichtesten Zellanhäufungen vorhanden, meist findet man sie überall in den Infiltraten, jedoch an Zahl herabgesetzt und meist verdünnt. Wo die Zellanhäufung mehr diffus ist, z. B. in den Papillen, sind die elastischen Fasern fast in voller Stärke vorhanden.

Auch hier haben wir die Granulationswucherung im Corium vor Augen wie im Falle I. Die Entzündung ist jedoch nicht so hochgradig: die Infiltrate sind weniger zahlreich, die Papillen zwar mit wenigen Granulationszellen durchsetzt, aber nicht gewuchert. Da die zerstörenden Elemente der elastischen Fasern nicht so gewaltig sind als im Falle I, ist demgemäß auch das Elastinverhältnis mäßig mehr erhalten. Die Veränderungen der obersten Hautschichten sind ebenfalls geringer; wir finden nur eine geringe Verdickung des Epithels und unbedeutende Hyperkeratose.

Die mikroskopischen Resultate der Literatur (Fabry, Kreibich, Johnston, Hielemann sind den unsrigen so analog, daß eine Beschreibung der einzelnen nicht erforderlich erscheint.

Es bleibt jetzt noch die Ätiologie und Pathogenese zu besprechen, wir kommen also zu dem schwierigen Thema, welches bereits auf dem Straßburger Kongreß bei der Vorstellung des Veielschen Falles eine eifrige Diskussion veranlaßte. Es handelt sich darum, einerseits die Ursache für den Pruritus ausfindig zu machen, und andererseits festzustellen, in welchem kausalen Verhältnis das Jucken und die Papeleruption zu einander stehen.

In keinem unserer Fälle konnten wir anamnestisch die Ursache für das Jucken feststellen, allerdings könnte es sich im Falle II um einen Pruritus senilis handeln. In den beiden Hammerschen Fällen steht vielleicht die Anämie mit dem Pruritus in ätiologischem Konnex. Sehr häufig liegt ja auch der Anfang des Juckens der ärztlichen Beobachtung soviel Jahre voraus, daß dadurch die anamnestischen Daten unsicher

werden. In dem Veielschen Fall ging eine Malaria voraus; da nun in tropischen Gegenden häufig heftiges, langdauerndes Hautjucken bei Malariabefallenen beobachtet sein soll, so ist es sehr wohl möglich, daß in diesem Falle das Jucken durch die Malaria hervorgerufen wurde. In dem von W. Pick mitgeteilten Falle soll die Hautaffektion im Anschluß an einen Mückenstich entstanden sein. Die primäre, durch den Mückenstich hervorgerufene Veränderung ist aber vielleicht doch wohl nichts anderes, als schon eine wirkliche Papel von derselben Art, wie die späteren Effloreszenzen. Daß die sekundären Papeln mit malträtierten Mückenstichen eine auffällige Ähnlichkeit haben, wird auch von Pick angegeben. Dagegen bestand in diesem Falle keine Urticaria factitia geringen Grades und ebenfalls in dem Fabryschen Falle und wir konnten in unserem Falle V wenigstens ein Reizphänomen konstatieren. Aber dadurch läßt sich weder das Jucken noch die Papelbildung erklären, wir können höchstens annehmen, daß die Haut dieser Fälle sich in einem leicht reizbaren Zustande befinde und dadurch vielleicht eine Art Disposition geschaffen werde. Die übrigen Fälle der Literatur geben uns keine anamnestischen Daten außer dem Hielemannschen Falle, welcher später noch besonders besprochen werden muß.

Außerordentlich schwierig ist zu entscheiden, durch welche Ursache die Papeln entstehen. Wir möchten hier noch einmal betonen, daß wir das Jucken für das primäre und die Papeleruption für das sekundäre halten, womit jedoch ein Causalnexus noch nicht ausgesprochen sein soll. Im Falle I konnten wir genau das Entstehen einer einzelnen Effloreszenz beobachten: Ein lokales stärkeres Jucken veranlaßte ein stärkeres Kratzen, und die Papel entstand. Es drängte sich uns unwillkürlich die Ansicht auf, daß das Kratzen die Papeln bedingt habe. Wir stellen nicht in Abrede, daß diese Annahme eine rein theoretische ist, und halten andere Arten der Entstehung nicht durchaus für unmöglich. Wenn jemand, wie Neisser, auf dem Boden der Ansicht steht, daß Jucken und Ausschlag zwei gleichberechtigte und von einander unabhängige Symptome derselben Krankheit darstellen, so vermögen wir ihn nicht durch unwiderlegbare Beweisgründe zu überzeugen.

Doch das halten wir für erwiesen, daß überhaupt durch Kratzen papulöse Effloreszenzen hervorgebracht werden können. Aus diesem Grunde hauptsächlich haben wir die Fälle II und V mit angeführt. Hier sind die Papeln sicher durch Kratzen entstanden. Namentlich ist der Fall V lehrreich. Am ganzen Körper Kratzeffekte und Pigmentationen, die Reste früherer Kratzeffekte, nur an den Stellen, welche dem kratzenden Finger am leichtesten zugänglich sind, wie Unterarm und Oberschenkel, vereinzelt typische Effloreszenzen; als das Jucken und infolgedessen auch das Kratzen aufhörte, tauchten keine neue Papeln mehr auf. Hier halten wir eine andere Ursache der Papeln für ausgeschlossen. Auch bei anderen juckenden Krankheiten, z. B. beim postskabiösen Pruritus haben wir derartige Papeln durch Kratzen entstehen sehen.

Diese Entstehungsart der Papeln hat uns veranlaßt, die Fälle II und V mit einzureihen. Das gesamte Krankheitsbild dieser beiden Fälle bietet von dem der übrigen solche Differenzen, daß sie vielleicht doch besser zu trennen sind. Das Jucken bestand hier noch nicht sehr lange, und es gelang auch bald des Juckens völlig Herr zu werden, und somit das Kratzen und die Papelbildung zu inhibieren. Wir glauben, daß es sich hier um einen zeitweiligen Pruritus handelt, bei dem an den Stellen, wo stärker gekratzt wurde, eben dadurch die Papeln hervorgebracht wurden. Deswegen stellen wir auch in diesen beiden Fällen eine günstigere Prognose. Spätere Rezidive brauchen hier nicht einzutreten, diese Fälle sind nicht unheilbar.

Betrachten wir diesen beiden Fällen gegenüber noch einmal als Repräsentant der übrigen den Fall I. Zur Zeit der Beobachtung zeigte dieser überhaupt keine Kratzeffekte, sondern es entstanden überall gleich Papeln. Wir müssen annehmen, daß hier die Haut eine besonders gute Disposition für die Papeleruptionen hat. Ein verhältnismäßig schwaches Kratzen genügt schon, um eine Papel hervorzubringen, etwa in der Weise, wie bei einem Mückenstich schon ein unbedeutendes Kratzen eine ganz ähnliche Papel veranlaßt. Es ist möglich, daß durch das langdauernde Jucken und Kratzen, wie wir es bei dieser Krankheit antreffen, ein derartiger Reizzustand der Haut geschaffen wird. So scheint allerdings nicht nur das

Kratzen die Effloreszenzen zu verursachen, es genügen auch andere geringere mechanische Reize, wie das Scheuern der Kleider oder zweier sich reibender Hautstellen, wie der Fall IV zeigt. Für diese unsere Ansicht, daß die mechanische Reizung die Papeln hervorruft, spricht auch die Lokalisation: am meisten sind die Stellen befallen, die dem kratzenden Finger besonders leicht zugänglich sind, oder die sonst durch mechanische Reize getroffen werden. Die mittlere Partie des Rückens, Brust und Abdomen weisen die geringste Zahl der Effloreszenzen auf. Die Entstehung der Papeln auf neurotischer Basis halten wir deswegen für ausgeschlossen, weil die Lokalisation in keinem Falle an die Nervenbahnen oder Nervengrenzgebiete gebunden erscheint.

Der Fall I wurde einer dermatologischen Zusammenkunft in Frankfurt a. M. vorgestellt. Eine Anzahl Dermatologen sahen die Papeln für urticarielle Effloreszenzen an. Wir vermögen an den Papeln kein urticarielles Aussehen zu entdecken. Dieselbe Meinungsverschiedenheit herrschte auch bei Besichtigung des Veielschen Falles. Touton nannte die Effloreszenzen unseres Falles „organisierte Quaddeln“. Die Papeln, welche wir unter unseren Augen entstehen sahen, entwickelten sich jedoch ohne weiteres als solche; wir glauben nicht, daß uns eine primäre Quaddelbildung hätte entgehen können,

Nun hat aber Hielemann in seinem Falle beobachtet, wie beim Ausbruch der Krankheit primär typische Quaddeln auftraten, von denen ein Teil bestehen blieb und zu den späteren derben Papeln auswuchs. Hier handelte es sich demnach wirklich um organisierte Quaddeln. Der Fall blieb 10 Jahre unter Beobachtung. Die nach dem ersten Ausbruch auftretenden Papeln entstanden in derselben Weise, wie in unserem Falle I, nämlich ohne vorhergehende Quaddelbildung. Der mechanische Reiz des Kratzens hat also hier einen Teil der Quaddeln zu derben Papeln umwandeln, zu organisieren vermocht. Daß an einer Hautstelle, die mit einer Quaddel bedeckt ist, durch den Reiz des Kratzens ebensogut eine Papel sich bilden kann, als an anderen freien Stellen, ist klar. Der weitere Verlauf des Falles zeigte auch, daß eine primäre Quaddelbildung nicht erforderlich ist, und so steht denn auch dieser Fall mit unserer Theorie durchaus nicht im Widerspruch.

Bei Fabrys Patientin traten während der Beobachtung zeitweise quaddelartige Eruptionen im Gesicht und in geringerem Grade auch am übrigen Körper auf. Da sich hieraus jedoch nicht die derben Papeln bildeten, müssen diese Quaddelbildungen als eine interkurrente, unabhängige Urticaria aufgefaßt werden.

Die hanfkorngroßen, quaddelähnlichen Knötchen im Gesicht bei dem einen Falle Kreibichs sind wohl auch nicht als typische Quaddeln aufzufassen, sondern eher als etwas weichere und röttere Papeln.

Wir wollen zum Schluß noch einmal in kurzen Worten das gesamte Krankheitsbild zusammenfassen: es handelt sich um einen chronischen Pruritus mit sekundären, vielleicht durch mechanischen Reiz verursachten, papulösen oder verrucösen derben Effloreszenzen.

Eine neue Bezeichnung für diese Erkrankung haben wir absichtlich nicht gewählt, um keine Verwirrung herbeizuführen. Wir sind uns völlig bewußt, daß die Erkrankung keinen urticariellen Vorgang darstellt, sondern das Krankheitsbild sehen wir als ein durchaus eigenartiges an. Eine gewisse Ähnlichkeit besteht mit der Prurigo-Hebra. Wenn erst eine größere Zahl von Beobachtungen eine größere Klärung, namentlich in ätiologischer Beziehung, geschaffen hat, wird sich schon der geeignete Name finden lassen.

Herrn Dr. Hammer spreche ich für die gütige Überlassung seiner beiden Fälle meinen herzlichsten Dank aus.

Anmerkung von Dr. K. Herzheimer bei der Korrektur: Inzwischen ist ein neuer Fall von mir beobachtet worden. 39jährige Frau aus Offenbach. Bestand der Affektion seit 2 Jahren. Sitz fast ausschließlich an den Streckseiten der Extremitäten mit Ausnahme der rechten unteren, welche gelähmt ist. Erbsengroße, mattrötliche, z. T. zerkratzte Papeln, derb anzufühlen, halbkugelig hervorragend. Die heißen Waschungen wirken subjektiv so wohltuend, daß Pat. dieselben 6—8 Mal täglich wiederholt, konnten aber ebensowenig wie Arsenik innerhalb dreier Monate das Aufschießen neuer Papeln verhüten.

Literatur.

1. Fabry. Über Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896. XXXIV. Bd.
 2. Kreibich. Über „Urticaria chronica“. Arch. f. Derm. u. Syph. 1899. XLVIII. Bd.
 3. Kaposi. Ein Fall von Urticaria perstans papulosa. Wien. dermat. Ges. 12. Jan. 1898.
 4. Johnston. A papular, persistent Dermatitis: Report of an undescribed Disease. Journ. of cut. a. gen.-ur. diseases 1899.
 5. Corlett. A peculiar disease of the skin, accompanied by extensive warty growths severe itching. Journ. of cut. 1896.
 6. Hielemann. Persistent verrucous Urticaria. Journ. of cut. 1900. pag. 470.
 7. W. Pick. Ein Fall von sogenannter Urticaria perstans. Stereoskop. med. Atlas. Dermatologie. 15. Folge.
 8. Veiel. Demonstration (Verh. d. deutsch. dermat. Ges. VI. Kongr. pag. 295).
-