

## Kleinere Aufsätze und Casuistik.

### Ein Fall von diffuser idiopathischer Haut-Atrophie.

Mitgetheilt von **Dr. A. Buchwald** in Breslau.

(Hiezu Tafel IX.)

Unter dem Namen „Xerodermie“ werden in den Lehrbüchern über Hautkrankheiten zwei verschiedene Formen der Hauterkrankung beschrieben, von denen die eine sich durch Trockenheit, Dünnhheit und Runzelung der Epidermis, scheckige Pigmentirung und kleine Gefässerweiterung, sowie Retraction und gleichzeitige Verdünnung der Haut auszeichnet und dadurch an die atrophische Form des Scleroderma erinnert. Als zweite Art dieses Leidens beschreibt Kaposi eine Affection, welche meist die Unterextremitäten betrifft, sich hier von der Mitte des Oberschenkels nach abwärts erstreckt, seltener auch Vorderarme und Hände ergreift. Die Haut ist nach Kaposi's Schilderung dünn, stellenweise gespannt, schwer faltbar, auffällig blass, bisweilen blassrosa schimmernd, die Epidermislage ist äusserst verdünnt, gerunzelt, wie Goldschlägerhäutchen, hebt sich an einzelnen Flecken in dünnen, asbestähnlichen Lamellen ab. Nachstehend kurz geschilderter Fall betrifft ebenfalls die Unterextremitäten, weicht aber in Bezug auf Beschaffenheit der veränderten Hautdecken in mancherlei Beziehung von obig geschildertem Verhalten ab.

Patient, ein äusserst kräftig gebauter, musculöser, gut genährter Mann, wurde im November 1882 wegen eines Fussgeschwürs in das unter meiner Leitung stehende Wenzel Hanike'sche Krankenhaus aufgenommen. Die Untersuchung der einzelnen wichtigeren Organe: Herz, Lungen, Leber, Nieren, ergab keinerlei pathologische Veränderungen. Hochgradige Abweichung von der Norm zeigte dagegen die Haut beider Oberschenkel; der Process ist dabei rechts etwas intensiver ent-

wickelt, als links, betrifft übrigens fast die gesammte Haut beider Oberschenkel, indem sich nur die an das Scrotum anliegenden Hautpartien frei erweisen und reicht hinten über die Glutealgegend bis an die Crista ossis ilei beiderseits hinauf. Die Veränderung der Cutis beginnt vorn 5 Cm. unter der Inguinalfalte, parallel dem Poupart'schen Bande. Beiderseits setzt sich die gesunde, fettreiche, normal gefärbte Haut in Form eines hellen Wulstes scharf gegen die erkrankten Hautpartien ab, welche mehr oder weniger braun gefärbt und degenerirt erscheinen. Schon beim ruhigen Liegen bildet die dünne, trockene, hie und da lebhaft abschuppende Cutis theils schräge, theils quere Faltungen. Die Gesammthaut lässt sich leicht verschieben, ist nirgends fest, straff oder ödematös, lässt sich leicht in grösseren Falten aufheben, welche nur sehr langsam wieder verstreichen oder ganz stehen bleiben, bis eine Bewegung sie verschwinden macht. Am auffälligsten ist die Faltung über beiden Knien und den Gefässgegenden. Die Faltung hat über den Knien eine Ausdehnung von 10 Cm. nach aufwärts, die Falten umkreisen theils halbbogenförmig, theils längsoval die Patella, sind 2 bis 3 Mm. breit, dicht aneinander gelagert, erstrecken sich seitlich über beide Epicondylen der Oberschenkel hinaus nach den Unterschenkeln zu, wo sie mehr oder weniger scharf abgesetzt in die gesunde Haut des Unterschenkels auslaufen. Noch ausgeprägter wird die Faltung und Runzelung der dünnen Haut, wenn Patient eine Weile gestanden hat. Besonders auffällig ist dann die Haut an den hinteren oberen Partien und über den Glutaeis in zahllose Falten gelegt, ebenfalls aber scharf gegen die gesunde Haut abgesetzt. Mit Ausnahme der über dem oberen Theile des Kreuzbeins, resp. unteren Theile der Wirbelsäule liegenden Haut ist hinten bis zur Höhe der Crista ossis ilei die Cutis beiderseits in gleicher Weise wie vorn degenerirt. Steht der Kranke, so bemerkt man eine von Minute zu Minute sichtbarer werdende lebhaft Injection äusserst zahlreicher, dilatirter grösserer und kleinerer cutaner, resp. subcutaner Venengeflechte; die vorher blassbraune, an einzelnen Stellen lichter erscheinende blattdünne Haut nimmt dabei allmählich ein cyanotisches Colorit an; hat sich der Patient eine Zeit lang ausser Bett bewegt oder längere Zeit gestanden, so ist die Füllung der Venen, von der grössten bis zu der kleinsten an beiden Oberschenkeln eine so intensive geworden, dass man ein wohlgelungenes Injectionspräparat vor sich zu haben glaubt. Die

grösseren venösen Gefässe erscheinen dabei nicht nur erweitert, sondern auch viel reichlicher verzweigt, als normal. Durch diese lebhaftere Injection unterscheidet sich die augenscheinlich fettlose, durchscheinende, veränderte Haut von der gefässarmen fettreichen normalen um so deutlicher, als der Uebergang, wie bereits erwähnt, ein ganz jäher ist.

Ein wesentlicher Temperaturunterschied zwischen den kranken und gesunden Partien ist übrigens auch zur Zeit grosser Blutfülle nicht zu bemerken. Zu erwähnen ist ferner noch, dass die atrophischen Hautpartien nur äusserst sparsam mit blauen, dünnen, weichen Härchen besetzt sind, dass handteller-grosse Flächen sogar frei von Haaren gefunden werden. Während man an beiden Unterschenkeln hie und da zwischen gesunden Hautpartien Narben von älteren Geschwüren herrührend, ausserdem einige frische, schwer heilende atonische Geschwüre antrifft, welche auch den Kranken zum Eintritte ins Hospital veranlassten, ist an den Oberschenkeln kein Residuum eines geschwürigen Processes zu bemerken.

Um die Schweissbildung der erkrankten Hautpartien zu eruiiren, injicirte ich eine stärkere Gabe *Pilocarpinum muriaticum subcutan.* Die trockenen atrophischen Partien blieben auch hierbei fast trocken, während die gesunden Stellen, entsprechend der Stärke der Dosis, eine lebhaftere Schweisssecretion zeigten. Auch bei spontaner Schweissbildung kann man das Missverhältniss zwischen gesunden und kranken Hautstellen leicht constatiren. Bei der Sensibilitätsprüfung zeigte sich keine wesentliche Abweichung von der Norm. Der Kranke localisirt vollkommen richtig, erkennt rasch und deutlich, ob man sticht, streift, zupft, quetscht etc., vermag auch deutlich warm und kalt zu unterscheiden. Der Tastsinn ist anscheinend normal. Genaue Untersuchung mit den Tasterzirkel ist wegen der Faltung der Haut nicht möglich. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein kleines Hautstückchen excidirt. Die Untersuchung ergab vollkommenes Fehlen des Fettgewebes, Gesamttrophie, auffallende Sparsamkeit der Schweissdrüsen und Haarbälge, sowie Fehlen der Papillen. Auffallend erschien die Beschaffenheit des Bindegewebes, dicht unter der (übrigens glatt verlaufenden) Epithelgrenze, welches wie gequollen aussah, ausserdem mit reichlichen Zellkernen durchsetzt war. Letztere waren zum Theil in isolirten, von Gefässen, Drüsen und Haarbälgen unabhängigen Gruppen angehäuft, zum Theil lagerten sie um die genannten Ge-

bilde; ein grosser Theil aber war zerstreut über das ganze Gewebe. Auffallende Veränderungen wurden an den Gefässen und Nerven nicht bemerkt. Die Dicke der Gesamtcutis betrug an dem ausgeschnittenen Stück 1·5 Mm., wovon 0·1 Mm. auf die Epidermis kommen. Die Muskeln unter den erkrankten Hautstellen waren schwächer, als bei dem sonst robusten Körperbau zu erwarten war, doch ergab die elektrische Untersuchung keine wesentliche Störung, auch war die Kraftentwicklung eine der Stärke der Musculatur entsprechende. Der Kranke klagte ausser über Schwäche der Beine und die ihn am Erwerbe hindernden geschwürigen Processe, über keinerlei Störungen des Gesamtbefindens, namentlich hat er über keinerlei Unbequemlichkeiten von Seiten der kranken Haut zu klagen. Während seines langen Aufenthaltes in der Anstalt hatten auch wir keine Gelegenheit, besondere Störungen zu bemerken. Namentlich war das Nervensystem intact, nur die Unterschenkelgeschwüre heilten schlecht und brachen wie fast alle derartigen Ulcerationen leicht wieder auf, wenn der Kranke viel umherging.

Anamnestisch ist hervorzuheben, dass das gesammte Hautleiden bei dem jetzt 36jährigen Maurer im 20. Lebensjahre sich entwickelte, an den Knien seinen Anfang nahm, anfangs sich nach oben und nach unten auszubreiten schien, schliesslich aber nur nach oben zu rapid fortschritt, so dass es schon nach einem Jahre die jetzige Ausdehnung erreichte. Der Process begann an beiden Beinen gleichzeitig, links war er von vornherein etwas schwächer ausgeprägt als rechts, was auch jetzt noch zu erkennen ist. Voll ausgebildet, machte nach Angabe des Kranken die Atrophie keine wesentlichen Fortschritte mehr, was die Ausdehnung betrifft, hingegen nahm sie an Intensität zu. Die Haut wurde dünner und welker, es bildeten sich häufig kleienförmige Abschuppungen, die Venennetze traten immer deutlicher und zahlreicher hervor. Ausserdem bildeten sich nun häufig, namentlich zur Winterszeit, an den bis dahin freien Füssen und Unterschenkeln die atonischen Geschwüre, an denen der Kranke heute noch leidet. Die ersten Geschwüre sind auf Traumen zurückzuführen. Die Aetiologie dieser interessanten Erkrankung ist in diesem Falle völlig dunkel. Nie war früher eine schwerere Erkrankung vorhanden, das Nervensystem ist intact; Erblichkeit ist auszuschliessen, da keiner seiner nächsten Angehörigen an einer ähnlichen Affection gelitten hat.

