

Analoge Fälle sah ich noch zweimal, die 3 übrigen Fälle boten nichts Bemerkenswertes, außer dem Nachweis von Diphtheriebazillen im Wundsekret.

Die von mir beobachteten klinischen Entwicklungsstadien der Hautdiphtherie waren folgende:

1. Impetiginöse Oberhautentzündung (Spongiose), Abhebung eines dünnen Epidermishäutchens; beim unbehandelten, noch fortschreitenden Geschwür zeigen die Randteile fast stets die gleiche Aufhebung der Hornschicht.

2. Nekrose der gesamten Epidermis und Umwandlung in eine mehr oder minder derbe, fibrinöse Membran („Belag“ ist eigentlich keine richtige Bezeichnung). Beim Abziehen derselben werden die Papillen der Lederhaut zum Teil mit durchrissen, sodaß Blutpunkte auftreten.

3. Nekrose der Lederhaut, evtl. tiefer ins Unterhautzellgewebe hinabsteigend. Derbe, weißliche Schwarte. Meist geringe Sekretion. Bei Austrocknung schwärzliches Einschrumpeln. Nach Demarkierung tieferes Geschwür. Einmal (Fall 10) karbunkelähnliches, schwammiges Vordringen bei einem Rezidiv.

Therapie: Alle Fälle heilten mit einer Ausnahme glatt bei ambulanter Behandlung, vor allem mit Jodoform oder weißer Präzipitatsalbe. Bei Aolan- bzw. Caseosancinspritzungen konnte ich keine raschere Demarkierung feststellen, Heilserum war wirkungslos.

Hautdiphtherie in der Landpraxis.

Von Dr. R. Spiegelberg auf Insel Poel bei Wismar.

Ueber die Wunddiphtherie sind aus Krankenhäusern viele Beobachtungen über Endemien veröffentlicht. Auch in der allgemeinen Praxis scheint ihr Vorkommen nicht ungewöhnlich. Das familiäre Auftreten und ihr klinisches Verhältnis zur Mandeldiphtherie läßt sich vom praktischen Arzte wohl besser beobachten als im Krankenhaus. Ich habe nun 11 Fälle beobachtet, bei welchen jedesmal durch das Landesgesundheitsamt zu Schwerin im Wundabstrich Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden.

Was die einzelnen Fälle betrifft, auf welche ich nur zusammenfassend eingehen kann, so bestand bei einem eine mit pfenniggroßer Membran belegte Fingerwunde, bei einem anderen am Leib zwei etwa pflaumengroße Geschwüre mit festhaftendem schwartigen Belag sowie ein pfenniggroßes Geschwür mit Membran an der rechten hinteren Achselfalte; auch in diesem fanden sich Diphtheriebazillen. Bei einem dritten Fall bestand eine pfenniggroße Druckwunde am rechten äußeren Fußknöchel.

Sehr bemerkenswert verlief die Wunddiphtherie bei 2 Schwestern. Beide bekamen spontan an beiden Füßen kleine wund Stellen, die erst wie Impetigo erschienen, mit dünn aufgehobener Epidermis ringsum; durch Nekrose der Haut bildete sich in der Mitte ein festhaftender, schwartiger „Belag“, nach dessen Abziehen zum Teil Blutpunkte auftraten, zum Teil ein mäßig tiefes Geschwür entstand. In diesem Falle waren vorher eine 9jährige Schwester und die Mutter an ziemlich schwerer Mandeldiphtherie erkrankt. Eine prophylaktische Seruminjektion konnte die Wunddiphtherie nicht verhüten.

Bei einem anderen Fall bestanden zunächst zwei pfenniggroße Geschwüre im Nacken, eins noch mit derbem, festhaftendem Belag, nach dessen Abziehen punktförmige Blutungen auftraten; nach 3 Tagen war am Nabel, die ganze Nabelgrube auskleidend, ein derber, schwartiger „Belag“. An beiden Stellen Diphtheriebazillen. Nach 4 Monaten trat eine motorische und sensible Parese der Extremitätennerven ein, die ich als allgemeine Extremitätenparese nach Hautdiphtherie auffasse.

Bei einem weiteren Falle trat im Anschluß an oberflächliche Maschinenquetschung des linken Handrückens eine fünfmarkstückgroße, weißliche Nekrose der ganzen Haut auf. Diphtheriebazillen im Wundsekret. Auf dem Hofe (Na.), auf dem der Kranke arbeitete, hatten gleichzeitig 2 Kinder Rachendiphtherie.

¹⁾ Jesionek, Biologie der gesunden und kranken Haut, Leipzig. F. C. W. Vogel 1916 S. 535.