

Leipzig 15 pag.

A

ENCYKLOPÄDIE DER HAUT- UND GESCHLECHTS- KRANKHEITEN

Herausgegeben

von

Professor Dr. **E. Lesser** in Berlin

Bearbeitet von

DR. H. APOLANT, BERLIN. PRIVATDOCENT DR. BARLOW, MÜNCHEN. DR. E. BEIER, LEIPZIG. DR. BLASCHKO, BERLIN. DR. BRUHNS, BERLIN. PRIVATDOCENT DR. BUSCHKE, BERLIN. PROF. DR. CASPARY, KÖNIGSBERG. PROF. DR. FINGER, WIEN. PROF. DR. VON FREY, WÜRZBURG. PROF. DR. GREEFF, BERLIN. PRIMARARZT DR. HARTTUNG, BRESLAU. DOCENT DR. HAVAS, BUDAPEST. DR. HELLER, CHARLOTTENBURG. OBERARZT DR. HERXHEIMER, FRANKFURT A. M. PROF. DR. HEYMANN, BERLIN. PROF. DR. JADASSOHN, BERN. PROF. DR. JANOVSKI, PRAG. PRIVATDOCENT DR. JANSEN, BERLIN. DR. MAX JOSEPH, BERLIN. DR. R. ISAAC, BERLIN. PRIVATDOCENT DR. LAEHR, BERLIN. DR. LEDERMANN, BERLIN. DR. F. LOEWENHARDT, BRESLAU. PROF. DR. MRAČEK, WIEN. PROSECTOR DR. MÜLLER, TÜBINGEN. GEH. MED. RATH PROF. DR. NEISSER, BRESLAU. PRIVATDOCENT DR. PASCHKIS, WIEN. PROF. DR. VON PETERSEN, ST. PETERSBURG. PROF. DR. POSNER, BERLIN. PROF. DR. RILLE, INNSBRUCK. DOCENT DR. RÓNA, BUDAPEST. DR. O. ROSENTHAL, BERLIN. DR. SAALFELD, BERLIN. PRIVATDOCENT DR. SCHÄFFER, BRESLAU. PROF. DR. SEIFERT, WÜRZBURG. DR. STERNTHAL, BRAUNSCHWEIG. PRIVATDOCENT DR. ULLMANN, WIEN. HOFRATH DR. VEIEL, CANNSTATT. PROF. DR. WELANDER, STOCKHOLM. PROF. DR. ALF. WOLFF, STRASSBURG. PROF. DR. VON ZEISSL, WIEN. DR. ZINSSER, KÖLN.



LEIPZIG
VERLAG VON F. C. W. VOGEL
1900

A

Vorwort

Bei dem in raschem Tempo sich immer vergrößernden Umfange der wissenschaftlichen Errungenschaften der Medicin wird es dem practischen Arzte immer schwieriger, den Fortschritten unserer Disciplin zu folgen. Es gilt dies ebenso für die allgemeine Medicin wie für die einzelnen Specialdisciplinen und mit der Vermehrung des Umfanges wächst naturgemäss auch die Zahl und der Umfang der Werke, in denen der Arzt die wünschenswerthe Belehrung finden könnte. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, sind die grossen medicinischen Real-Encyklopädien geschaffen worden, deren Erfolg zeigt, wie sehr dieselben einem berechtigten und überall vorhandenen Wunsch entsprachen.

Aber es ist natürlich in einer alles umfassenden Encyklopädie nicht möglich, mit der wünschenswerthen Ausführlichkeit und besonders mit der nothwendigen Einheitlichkeit die einzelnen Specialdisciplinen zu berücksichtigen und daher erscheint die von der Verlagsbuchhandlung in die Wege geleitete Herausgabe einer Reihe von kürzeren, von einander völlig unabhängigen Einzel-Encyklopädien für die verschiedenen Gebiete der Medicin als eine wichtige Neuerung und Verbesserung. Denn so wird es gelingen, bei weitem einheitlichere und ausführlichere Nachschlagewerke für die einzelnen Fächer, aber auch bei nicht grösserem Umfange im Ganzen durch die genauere Durcharbeitung des Einzelnen eine Gesamt-Encyklopädie zu schaffen, welche an Vollständigkeit die bisher bestehenden allgemeinen Encyklopädien weit überragt.

Indem ich hiermit die von mir redigirte Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten der Oeffentlichkeit übergebe, hoffe ich zuversichtlich, dass dank der Mitarbeiterschaft so zahlreicher hervorragender Fachgenossen dasjenige erreicht ist, was ich oben kurz skizzirt habe, dass ein Werk geschaffen ist, welches ein getreues Abbild des jetzigen Standes dieser Wissenschaft ist und welches vor allem dem Arzte die Möglichkeit giebt, sich ohne Mühe, rasch und zuverlässig über jede Einzelfrage zu orientiren.

Berlin, im Juni 1900

Prof. Dr. E. Lesser



Abscesse, umschriebene Eitersammlungen in einem künstlich entstandenen oder präformirten Hohlraum, treffen wir in der Haut ebenso, wie in jedem anderen Gewebe des Körpers. Sie sind auch hier immer wie überall das Product pyogener Mikroorganismen, in erster Linie der pyogenen Staphylokokken. Der feindlichen Invasion dieser stellt sich die Haut wie die Schleimhäute als erster Schutzwall entgegen, durch seine dicke Hornschicht, durch seine straffe Textur wohl gerüstet ihnen zu widerstehen, so lange nicht irgend eine Läsion die normalen Verhältnisse geändert und die festen Gefüge ihrer epithelialen Schutzdecke gelockert hat.

Abscesse im Hautorgan entstehen auf zwei Strassen, dem directen äusseren Wege, und in der Verschleppung von inneren Erkrankungsherden auf Lymph- oder Blut-Bahnen. Lockern sich die obersten Epithellager und gelingt es pathogenen Keimen, welche sich auch unter normalen Verhältnissen auf unserer Haut in mehr oder minder reichlichem Maasse vorfinden, in die Stachelschicht oder unter dieselbe einzudringen, so kommt es unter sonst günstigen Bedingungen, wie sie z. B. eine leichte Stauung darstellt oder eine leichte Hyperämie zum Impetigobläschen mit seinem ev. oder wahrscheinlich nachfolgenden Furunkel. Wird unter denselben Bedingungen ein Follikel ergriffen, so entwickelt sich eine follikuläre Entzündung; es entstehen im Weiteren kleine perifollikuläre Eiterherde, und es kommt dann wiederum schliesslich zu einem Furunkel. Beide ursprüngliche Erkrankungen stellen bereits echte, wenn auch kleine und zum Theil mikroskopische Abscesse dar, nehmen aber diesen gegenüber klinisch eine Sonderstellung ein. Das Corium bietet, wenigstens bei Erwachsenen, in seiner Structur wenig Gelegenheit zur isolirten Abschliessung von grösseren Eitermengen. Das fibrilläre Gewebe setzt der Einschmelzung einen energigen und schwerer zu überwindenden Widerstand entgegen als die lockeren und zarteren Gewebe der Tiefe, und so gelangt der Eiter mit seinen Erregern in die tieferen Maschen der Cutis, wo er einen breiten Raum für seine Anhäufung findet, und wo vor allem das Fettgewebe den Mikroorganismen einen vorzüglichen Nährboden bietet.

In diesem selben Gebiet können auch von inneren Herden abstammende, durch Verschleppung dorthin gelangte Erkrankungskeime richtige Abscedirung zustande bringen, Keime,

die auf ihrem Wege zufällig eine Gelegenheit zu günstiger Ansiedlung finden. Hierher gehören alle sogenannten metastatischen Abscesse, wie sie jede Eiterinfection eines inneren Organs, wie in allen Geweben, so auch in der Haut zustande bringen kann. Hierher gehören auch die wenigen Fälle gonorrhöischer Hautabscesse, die uns heute um so verständlicher werden, seitdem wir in dem Gonococcus einen Mikroorganismus kennen gelernt haben, welcher im Stande ist, selbständig eitrige Einschmelzung hervorzubringen. Hämatome und Cysten (Atherome und Dermoidcysten) können durch Infection vereitern. Im Anschluss an Erysipele treten häufig eitrige Verflüssigungen ein, von denen nur ein Theil Mischinfection von Streptokokken und Staphylokokken ist. Auch die Tuberculose führt zur subcutanen und tiefcutanen Abscedirung chronischer Art, die allmählich das Corium in ihren Einschmelzungsprocess hineinzieht (Scrophyloderma).

Die Symptome der acuten heissen Abscesse der tieferen Cutislagen sind dieselben, wie die der Bindegewebsabscesse: Schwellung, Röthung Schmerz und Fieber sind auch hier wie bei jenen vorhanden und sichern frühzeitig die Diagnose. Je nach dem Virulenzgrad der Infection wird diese acute Abscedirung sich in verschiedener Intensität, bald langsamer, bald äusserst stürmisch abspielen. Den ganz chronisch verlaufenden Abscessen der Tuberculose, die wir kalte Abscesse nennen, und den von tieferen Herden meist in Knochen ausgehenden Senkungsabscessen fehlen die Symptome Röthung und Schmerz, aber auch hier wird die ganz charakteristische Fluctuation mit der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes sehr bald auf den richtigen Weg führen. In der Einschmelzung begriffene Gummata können vielleicht differentiell-diagnostisch Schwierigkeiten machen, wie ebenso Knoten von Erythema nodosum zur Fehldiagnose eines in der Tiefe beginnenden Abscesses verleiten können. Bei isolirter gummoser Erkrankung wird die Anamnese oder aber sonstige Erscheinungen am Körper, oder Narben an demselben wohl meist einen Irrthum vermeiden lassen, und eine ätiologische Therapie, zu der ja bei dem torpiden Charakter dieser kalten Abscesse völlig Zeit ist, wird die Sachlage klären. Erythemknoten zeigen niemals die brennende Röthe acuter Abscesse, auch fehlt jedes Fluctuationsgefühl. Die bedeckende Haut mit ihrem hellrothen, dann mehr lividen Aussehen fühlt sich kühl an und die erheblichen Stö-

rungen des Allgemeinbefindens, die selten fehlenden Gelenkschmerzen werden um so weniger mit der Entwicklung eines acuten Abscesses in Einklang zu bringen sein, als die Veränderungen zur Einschmelzung am örtlichen Herde bei so schweren Allgemeinerscheinungen sehr lebhaft sein müssten; thatsächlich werden beim Erythemknoten makroskopisch nur sehr geringe Veränderungen im Verlauf einiger Tage eintreten. Einer besonderen Erwähnung bedürfen noch die „Abscesse“ nach Injection unlöslicher Hg-Salze. Sie kommen nicht nur zu Stande, wenn eine Infection bei mangelhafter Antiseptik bei der Injection mit unterlaufen war, sondern stellen sich auch als einfache Gewebseinschmelzungen dar und als Nekrosen, die das unregelmässige, scharfkantige Hg-Depot mechanisch zustande bringt. Die infectiösen Injectionsabscesse können zu weiten Infiltraten mit grösseren Einschmelzungen führen, eine Gefahr für den Organismus stellen sie an sich wohl kaum jemals dar. Die mechanischen Abscedirungen haben bei wechselnden, meist mässigen Beschwerden einen sehr langsamen Verlauf. — Therapeutisch wird für die acuten Abscesse stets in einer frühen Spaltung der Abscedirung, eventuell bevor noch eigentliche Einschmelzung eingetreten ist, sicher bevor sich eine Fluctuation zeigt, der kürzeste Weg zur Heilung liegen, vorausgesetzt, dass nicht die Sorge der Patienten und die Scheu vor dem Messer zum Warten zwingen. Dann ist mit hydropathischen Verbänden und Zuführung constanter Wärme über denselben (Thermophor, japanische Wärmdose) eine möglichst schnelle Einschmelzung und Spontanperforation zu erstreben, immer unter genauer Beobachtung des Allgemeinzustandes des Kranken, um den richtigen Augenblick nicht zu verpassen, in dem ein weiteres Zuwarten verboten ist. Die breit zu eröffnende Abscesshöhle, oder die nach Spontanperforation zu erweiternde wird am besten durch Tamponade mit Jodoformgaze und nach den allgemeinen Regeln der Chirurgie behandelt. Bei der Behandlung kalter Abscesse ist selbstverständlich auf die Hebung des Allgemeinzustandes das grösste Gewicht zu legen. Oertlich ist ein conservatives Verfahren möglich und unter Umständen sogar unbedingt nothwendig. Es besteht in Aspiration des Eiterinhalts und Füllung der Höhle mit 10 proc. Jodoformemulsion. Die Wirkung des Jodoforms auf diese Art von Abscessen ist geradezu als specifisch zu bezeichnen und übertrifft die schon sehr guten Resultate der äusseren Jodoformanwendung um ein Bedeutendes. Es ist nicht klar, worauf diese in die Augen springende Differenz der Jodoformwirkung beruht, vielleicht darin, dass das Medicament in fest geschlossener Höhle gänzlich von dem Zutritt der Luft abgeschlossen ist.

Injectionsabscesse nach Hg-Injectionen bedürfen meist keiner grossen Spaltung, auch wenn es sich um Infection handelt. Es genügt für gewöhnlich eine breite stichförmige Eröffnung zur Entleerung des Eiters. Der Wundverlauf ist dann in der Regel ein schneller und guter, weil sehr bald vom Hg-Depot eine stark desinficirende und keimtötende

Wirkung ausgeht, sobald durch die Entleerung des erst entstandenen Infiltrats und durch Aufhebung des Innendrucks die Resorptionsbedingungen für die Abscheidungen des Hg-Salzes wieder günstige werden. Die einfachen mechanischen Einschmelzungsprocesse ohne Infection kann man sogar ruhig sich selbst überlassen und eine Spontanperforation abwarten, da wiederum nach Entleerung der eingeschmolzenen, meist dickrahmigen Flüssigkeit eine Rückbildung eintritt und keinerlei Neigung zu Fistelbildung besteht.

Eine besondere Stellung in den cutanen und subcutanen Abscessen nehmen die multiplen Furunkel der Säuglinge ein. Diese Abscesse, denn um solche handelt es sich, welche sich fast immer an vielen Stellen des Körpers, gleichzeitig oder in schneller Aufeinanderfolge, ohne erkennbare Ursache entwickeln, befallen meist Kinder in schlechter Ernährung und in ungünstigen Lebensverhältnissen. Nur selten werden gesunde Kinder von der Erkrankung ergriffen, das Gros derselben stammt von tuberculösen Eltern ab, obgleich die Affection an sich nicht das Geringste mit der Tuberculose zu thun hat, leidet an Darmkatarrhen und entbehrt der für das Säuglingsalter so besonders nöthigen Pflege. Dabei braucht die Haut primär nicht eigentlich das erkrankte Organ zu sein und es ist nicht nöthig, dass grosse Maceration derselben vorlag, ehe es zur Erkrankung kam. Es ist eben nur die allgemeine Widerstandsunfähigkeit gegenüber irgend welchen äusseren feindlichen Einflüssen, die den kleinen Körper so schnell dem Kokkenangriff unterliegen lässt. Das klinische Bild ist ein äusserst charakteristisches: über den ganzen Körper verstreut, besonders auf dem Kopf sieht man kugelige Erhebungen, welche von einer leichten Röthe bis zum bläulich lividen Ton gehen und an ihrer Spitze eine eigentliche Einschmelzung durch einen hellen Punkt documentiren. Die Knoten sind von Hirsekorn- bis Kirschkerngrosse, die kleinsten kann man eher fühlen als sehen. Sie erheben sich auf nicht gerötheter Umgebung, zum Theil treten einzelne zu einem grossen plateauartigen Infiltrat zusammen. Ist es erst einmal so weit gekommen, dann ist auch die Haut welk und schlaff und die Kinder sind bereits ziemlich abgemagert und elend. Ein leichtes Fieber ist dann auch die Regel. Ueber den Weg, welchen die Erreger dieser Abscesse, die auch hier pyogene Staphylokokken sind, zu ihren Entzündungsherden zurücklegen, sind die Meinungen vorläufig getheilt. Es ist sicher, dass die grosse Mehrzahl dieser Abscesse sich entwickelt durch Einwanderung der Mikroorganismen von aussen; es ist aber auch möglich, vielleicht nicht unwahrscheinlich, dass eine Infection durch Keimverschleppung vom Darm her, überhaupt vom Verdauungsorgan erfolgen kann.

Die Prognose ist nicht einmal schlecht, sobald es nur gelingt, einigermaassen den Ernährungszustand zu heben und den Darm in Ordnung zu bekommen. Das Erste ist natürlich die Spaltung aller Abscesse, die sehr mühselig ist der grossen Anzahl wegen. Sie muss täglich mit einer genauen Absuchung der Haut des ganzen Körpers wiederholt

werden, wobei nicht allein das Auge, sondern auch der Finger als Führer dienen muss; denn man fühlt sehr häufig kleine Knoten, die man nicht sehen konnte, die aber doch auf Anspannung der Haut durch den Finger ein kleines Eiterkuppchen erkennen lassen. Man spaltet am besten stichförmig mit einem nicht zu schmalen Scalpell und drückt den schmierig-eitrigen Inhalt entgegen allen Regeln der Chirurgie aus. Auch die grossen Infiltrate braucht man nicht weit zu spalten sondern nur mit einzelnen Einstichen zu öffnen und kann sie dann ebenso exprimieren. Der jedesmaligen Operation soll ein reinigendes Bad, am besten in übermangansaurem Kali oder sonst einem indifferenten Antisepticum (essigsäure Thonerde) folgen. Dann ist, soweit es geht, regelrecht feucht zu verbinden, wenn nicht zu grosse Flächen vorhanden sind, bei deren feuchtem Verband man eine anfängliche zu starke Abkühlung fürchten könnte. Ebenso wenig taugt ein feuchter Verband für grosse Macerationen, und auch dann, wenn Pyocyanus zu der ganzen Misere hinzutritt, soll man ihn vermeiden und lieber trocken steril verbinden. Auf eine äusserst sorgfältige Pflege der gesunden Haut mit stellenweise spirituösen Abreibungen und nachherigem Einfeiten ist das grösste Gewicht zu legen. Es ist selten, dass eine Stelle nach der Incision und nach der erwähnten höchst unchirurgischen Expression des Inhalts noch einmal Eiteransammlung zeigt, meist erfolgt eine schnelle Heilung. Es ist nicht ausgeschlossen, dass auf einer Abscessstelle Nekrosen eintreten, aber die Expression trägt nicht die Schuld an diesem Ausgang. Sehr mühsam ist die Lagerung der Kinder, wenn man nicht mit Bettunterlagen und Wäsche geradezu übertriebenen Luxus treiben darf. Histologisch interessant ist bei diesen multiplen Abscessen die besondere Beteiligung des Fettgewebes, dessen einzelne Theilchen der Reihe nach an den erkrankten Stellen eingeschmolzen werden.

Bei jeder Eiterung in der Tiefe, im subcutanen Gewebe, im Muskel, bei Eiterung in Körperhöhlen wird die Haut secundär in den Erkrankungsprocess hineingezogen. Es kommt zu einer lebhaften Entzündung mit nachfolgender Einschmelzung, und wenn kein operativer Eingriff erfolgt, zu Fistelbildung, an die sich gewöhnlich eine lebhaft Dermatitis um die Fistel je nach der Art des überfließenden Secrets schliessen wird. Es ist selbstverständlich, dass hier der Therapie, bevor nicht das Grundleiden gehoben ist, nur die eine Aufgabe zufällt, die Umgebung der Fistel zu schützen und die Nachbarhaut vor Infectionen zu bewahren. Das geschieht am besten dadurch, dass man nach guter Desinfection und alkoholischer Abreibung der perifistulösen Fläche Lanolin in dicker, täglich zu erneuernder Schicht aufträgt und damit die Haut mit einem schützenden Fettwall bedeckt.

Sollte nach Heilung des Grundübels die Fistel der Cutis sich nicht schliessen, so wäre nur ihre Excision möglich. Hartung.

Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire et pigmentaire). Bis heute sind ca. 30 Fälle dieser Krankheit, deren ätiologisches Wesen

noch nicht genau ermittelt ist, bekannt. In der Hälfte der Fälle war jedoch eine ausgesprochene Carcinose der Mamma, des Uterus oder innerer Organe vorhanden, in 6 Fällen Verdauungs- und Magenbeschwerden, die ein latentes Carcinom nicht ausschliessen, in den übrigen aber war keine Spur einer Neubildung oder einer Erkrankung innerer Organe vorhanden.

Die Zahl der befallenen Männer und Weiber stellt sich ungefähr gleich, das Alter schwankte zwischen 15 und 72 Jahren. In dem einen der von uns veröffentlichten Fällen, einen Patienten von 25 Jahren betreffend, war der Beginn der Erkrankung auf das 3. Lebensjahr zurückzuführen. Heredität war in keinem Fall nachzuweisen.

Die Krankheit giebt sich gewöhnlich dadurch kund, dass an verschiedenen Stellen des Körpers, der Reihe nach am Halse, in den Achselhöhlen, in der Afterkerbe, um das Abdomen, an beiden Mundwinkeln, an den Händen, auf den Schleimhäuten des Mundes, der Zunge, der Conjunctiva, sich eine diffuse papilläre Hypertrophie zeigt, zu welcher sich dann eine Pigmentation gesellt, die so intensiv werden kann, dass die Haut eine dunkelschiefrige oder dunkelbraune Färbung annimmt. Allmählich kommt es auch an genannten Stellen zum papillomatösen Auswachsen einzelner Bezirke, so dass gestielte oder auf breiterer Basis aufsitzende Tumoren, die bis zur Nussgrösse heranwachsen können, entstehen. Die Haut der befallenen Stellen bedeckt sich dann auch mit dicken und ebenfalls dunkel pigmentirten Schuppenauflagerungen. Nebst diesen Erscheinungen zeigen sich in ca. einem Drittel der Fälle auf anscheinend normalen Hautstellen des Gesichts, des Rumpfes, der Extremitäten isolirte warzenähnliche Naevi, die ebenfalls zuerst die normale Hautfarbe besitzen und später erst sich dunkel pigmentiren. Die Pigmentation überhaupt fehlte nur in einem Fall, der von Malcolm Morris beschrieben worden ist.

Das fertige Krankheitsbild ist so typisch, dass die Diagnose keine Schwierigkeiten bietet. Aehnlichkeit besteht jedoch mit Xeroderma pigmentosum, mit Ichthyosis, welche aber hereditär ist und sozusagen ein Negativbild der Acanthosis, was die Localisation der Erscheinungen betrifft, darstellt und mit der Psorospermo Darier, wie der von Schwimmer in der Bibliotheca medica dargestellte Fall dies prägnant zeigt.

Anatomisch fällt vor allem die mächtige Wucherung des Papillarkörpers auf: die Papillen sind vergrössert und verzweigt; nächst dem ist das Stratum spinosum stark hypertrophisch, Stratum granulosum atrophisch, Stratum lucidum fehlt. Ferner ist eine intensive Pigmententwicklung an den basalen Cylinderzellen zu bemerken.

Die Therapie hat wenig Erfolge zu verzeichnen. In unserem zweiten Fall, bei welchem der allgemeine Gesundheitszustand ein vorzuziehender war, haben weder locale noch allgemeine therapeutische Eingriffe (Arsenspritzkur z. B.) einen Einfluss auf die Erkrankung ausgeübt. Nur in einem der Fälle von Spietschka sollen die Erscheinungen, nach