

## XX.

Aus der Heidelberger medic. Klinik (Geh.-R. Prof. ERB).

### Ueber die Hautaffectionen der Hysterischen und den atypischen Zoster.

Von

**Privatdocent Dr. Bettmann.**

(Mit 4 Abbildungen im Text u. Taf. X.)

Der Satz, dass dem Nervensystem ätiologische Beziehungen zu Erkrankungen der Haut zukommen, wird in dieser allgemeinsten Fassung wohl keinen Einwänden unterliegen, aber er führt sofort in ein strittiges und dunkles Gebiet, wenn man versucht, jenen Einfluss des Nervensystems auf die Entstehung der Hautkrankheiten nach Umfang und Bedeutung genauer zu fixiren. Während bei gewissen elementaren Störungen im Bereiche der Haut, speciell den Veränderungen der Hautsensibilität, die Abhängigkeit vom Nervensystem genügend klar liegt, gerathen wir ohne Weiteres in den Bereich des Hypothetischen, sobald es sich darum handelt, complexe klinische Krankheitsbilder, die eigentlichen Hautkrankheiten, in ihrer Abhängigkeit vom Nervensystem zu studiren. Sehen wir ganz ab von dem Krankheitsbilde des Herpes zoster, so hat die Lehre von den nervösen Hauterkrankungen, wie sie von Charcot, Rendu, Testut u. A. angebahnt, von Schwimmer und Leloir ausgebaut worden ist, zwar noch durch Jacquet's und Brocq's Lehre von den Neurodermien und Neurodermiten eine — nicht unbestrittene — Erweiterung, aber gewiss keine tiefere Förderung mehr erfahren; im Gegentheil, das dermatologische Gebiet, das unter dem Gesichtspunkte einer directen Abhängigkeit vom Nervensystem zu betrachten wäre, ist immer mehr eingeschränkt worden. Eine Erklärung dafür lässt sich leicht finden. So selbstverständlich es ist, dass die Haut einer vasomotorisch-trophischen Regulirung unterliegen muss, ist doch der Nachweis trophischer Fasern, die in der Lehre der Dermatoneurosen eine grosse Rolle spielen, nicht gelungen, und auf

der anderen Seite liess sich die nervöse Theorie vielfach durch neue und zum Theil verlockende Hypothesen ersetzen. Vor Allem musste der Wirksamkeit von Bacterien in der Aetiologie der Hautkrankheiten wachsende Bedeutung zugestanden werden, und endlich hat die Stoffwechsel-Pathologie wieder die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass auch Autointoxicationen bei der Entstehung von Dermatosen berücksichtigt werden müssen.

Vorläufig wird für eine grosse Zahl von Hautkrankheiten daran festgehalten werden müssen, dass sie unter dem gleichzeitigen Einfluss verschiedenartiger Factoren entstehen, und man wird auch bei solchen Dermatosen, bei denen das Nervensystem aus der Rolle der „ätiologischen Dominante“ herausgedrängt wurde, mit der Einwirkung nervöser Einflüsse zu rechnen haben, auch wenn sich ihre Bedeutung darauf beschränken sollte, dass sie einer „determinirenden“ Ursache, etwa einer bacteriellen Infection, den Boden vorbereiten. Selbst eine so angreifende Kritik wie die von Leredde in seiner Studie über die Rolle des Nervensystems bei den Hautkrankheiten kann jene nervösen Einflüsse nicht beseitigen, sondern sich nur gegen die übertriebene Würdigung der Bedeutung des Nervensystems in der Dermato-Pathologie und gegen die Annahme wenden, als ob das Nervensystem ein Vorrecht hätte, Hautkrankheiten zu erzeugen.

Allerdings darf nicht verkannt werden, dass ein Theil der Gründe, die für die nervöse Aetiologie von Hautaffectionen ins Feld geführt wurden, sich als recht fadenscheinig erwiesen hat. Wenn locale nervöse Reizsymptome einer Hauteruption vorausgehen oder sie begleiten, wenn die Affection sich auffällig symmetrisch ausbreitet u. dergl. m., so sind das Momente, die für ein Hereinspielen besonderer nervöser Ursachen nichts beweisen. Aber umgekehrt lässt sich wohl die Frage verfolgen, ob eine Hautkrankheit, welcher Aetiologie sie auch immer sein mag, nicht dadurch besondere Charaktere gewinnt, dass sie sich auf einem Terrain festsetzt, das unter dem Einfluss einer nervösen Erkrankung steht. Man hat eine Zeit lang gerade im Rahmen der Dermato-Neurosenlehre besonderen Werth darauf gelegt, dass gewisse Hautkrankheiten im Anschluss an wohlcharakterisirte Erkrankungen des Nervensystems häufig vorkommen; nun wäre weiter zu untersuchen, ob nicht in einem solchen Zusammenhange die Hautaffection eigenartige, von den typischen Fällen der betreffenden Dermatose abweichende Eigenschaften zeigt, sei es in Bezug auf Form, Ausbreitung oder Verlauf der Eruption oder irgend welche sonstigen Eigenthümlichkeiten. Solche Fälle würden nicht etwa die nervöse Natur der betreffenden Hautkrankheit beweisen, aber sie würden uns zeigen können, inwiefern das Nervensystem eine gegebene Hautaffection zu beeinflussen vermag.

Eine geeignete Grundlage für derartige Untersuchungen schienen die Hautaffectionen der Hysterischen zu liefern.

Die vorliegende Arbeit geht von der Beobachtung eines Falles aus, der als ein Unicum Neurologen und Dermatologen in gleicher Weise interessiren dürfte, und der die Gelegenheit ergiebt, den fraglichen Beziehungen zwischen Nervensystem und Hautkrankheiten nach manchen Richtungen hin näher zu treten. Es handelt sich bei einem hysterischen Weibe um eine chronische eigenartige Hauterkrankung, die streng halbseitige, zosterförmige Anordnung besitzt und nervöse Begleiterscheinungen (Sensibilitätsstörungen etc.) zeigt, die auf eine organische Nervenkrankheit hindeuten. Die Summe der Symptome zwingt zu der Erwägung, wieweit die Hautkrankheit von nervösen Erscheinungen abhängt. Es wird die Analyse des Falles wesentlich erleichtern, wenn ich der Krankengeschichte eine Besprechung der hysterischen Dermatosen vorausschicke, soweit sie für unsere Beobachtung von Werth sein können.

Die Frage der hysterischen Hautaffectionen ist zunächst so zu verstehen, dass im Allgemeinen gar nicht die Rede davon sein kann, dass etwa irgend eine Hautkrankheit nach ihren allgemeinen klinischen Charakteren für Hysterie pathognostisch wäre. Wir werden also vorsichtigerweise nicht von hysterischen Hautkrankheiten, sondern nur von Hautkrankheiten bei hysterischen Individuen zu sprechen haben. Aber wenn von vorneherein anzunehmen wäre, dass Hysterische von beliebigen Hauterkrankungen etwa ebenso häufig befallen werden wie andere Personen, so ist es nach den zahlreichen Arbeiten, die sich mit der Frage der Hautaffectionen bei Hysterischen befassen, nicht zweifelhaft, dass gerade bei solchen Individuen eine ausgesprochene Neigung zu gewissen Dermatosen besteht.

Angeführt seien zunächst

- 1) der Dermatographismus,
- 2) Erytheme,
- 3) Urticaria,
- 4) Blutungen,
- 5) eigenthümliche Oedeme (weisses Oedem — Sydenham, Oedème bleu — Charcot, unilateral swelling of hysterical hemiplegia — Weir-Mitchell, Oedème rosé etc. (vgl. besonders die Arbeiten von Athanasio u. Trintignan), ferner Pigmentationen, Vitiligo, Haarschwund, Abnormitäten der Schweissecrction (Hyperidrosis, Chromidrosis, Haematidrosis), ferner Affectionen, auf die ich hier genauer einzugehen habe:
- 6) blasenartige Ausschläge und

7) solitäre und multiple Hautgeschwüre und Hautgangrän, die auch die Charaktere des Raynaud'schen Symptomencomplexes gewinnen kann; endlich

8) gewisse ekzemartige Erkrankungen.

Am genauesten sind die Hautaffectionen der Hysterischen von Charcot und der Schule der Salpêtrière berücksichtigt worden, welche die meisten der oben angeführten Erscheinungen als Aeusserungen einer vasomotorischen Diathese zusammenfasst und in ihnen im Wesentlichen nur graduell verschiedene Manifestationen erblickt (vgl. besonders Gilles de la Tourette). Für eine solche Zusammengehörigkeit spricht auch der Umstand, dass sich an ein und derselben Person verschiedene der genannten Hautaffectionen neben- und auseinander entwickeln können. Einige Beispiele seien angeführt:

Fall Perrin: Beginn mit hartem Oedem, nach dessen Verschwinden pemphigusartige Blasen, aus denen sich schwer heilende Geschwüre entwickelten.

Fall Durand: Combination von Pemphigus hystericus und blauem Oedem.

Fall Verrier: 20jähriger Hystericus; intermittirendes Auftreten kleiner Blasen auf ödematösem, anästhetischem Grunde, die sich (durch Kratzen) in Geschwüre verwandelten, von denen einige Handtellergrösse erreichten.

Fall Dubreuilh: 28jährige Hysterica; halbseitige Anästhesie mit Contractur der Arm- und Handmuskeln der betroffenen Seite. Oedem des Vorderarms, Epidermisdefecte, Ulcera. Dann recidivirender Blasenanschlag am Handteller, der eine ekzemartige, äusserst hartnäckige Affection zurückliess.

Fall Hallopeau et Constanson: 25jähriger Hystericus; Oedème bleu zusammen mit gangränösen und ulcerösen Processen.

Die später zu besprechenden Fälle der hysterischen Hautgangrän liefern weitere Beispiele in genügender Zahl. Endlich zeigt auch der Raynaud'sche Symptomencomplex jene Aufeinanderfolge verschiedenartiger vasomotorischer Phänomene, und gerade die reinsten Fälle echter Raynaud'scher Krankheit sind bei Individuen beobachtet, die mehr oder minder schwere Symptome der Hysterie darboten.

Als Voraussetzung für alle die oben genannten Hauterscheinungen bei Hysterischen wurde eine besondere Labilität der vasomotorischen Centren betrachtet. Aber diese Voraussetzung trafe auch für die verschiedenartigsten nicht-hysterischen Zustände und Erkrankungen zu, und es musste ja schon betont werden, dass jene Hauterscheinungen ihrer Art nach keinesfalls die Diagnose der Hysterie gestatteten. Eine Beziehung zur Hysterie kann aber nahe gelegt werden

1) durch die genaueren Bedingungen ihres Auftretens,

2) durch Begleiterscheinungen an den betroffenen Hautstellen, die nicht ohne Weiteres zu dem Begriff der in Rede stehenden Dermatosen gehören,

3) durch ihre speciellere Localisation.

1. Jene Hautaffectionen treten nicht selten im Zusammenhang mit hysterischen Paroxysmen auf, sei es, dass sie den Anfällen regelmässig innerhalb bestimmter Zeiträume vorausgehen oder dass sie dieselben begleiten. Andere Male wieder halten sie sich gerade an Zeiten, in denen die betreffenden Personen von schwereren nervösen Störungen frei sind, und verschwinden, sobald sich die Anfälle wieder einstellen. Derartige Wechselbeziehungen können lange Zeit bestehen bleiben. Häufig ist nun bei Hysterischen ein Hervortreten jener Hautsymptome gerade im Anschluss an besondere Zustände innerhalb der Genitalsphäre (Menstruation, Gravidität, Lactation). Erwähnt seien nur Hautblutungen, die als vicariirende Menses gedeutet wurden, Urticaria-Ausbrüche, welche die Periode begleiten. Es ist aber zu betonen, dass unter analogen Voraussetzungen sich dieselben Erscheinungen auf der Haut von Frauen zeigen können, die sonst keinerlei Zeichen der Hysterie darbieten. Ich führe eine eigene Beobachtung als Beispiel an:

Fall I. 17jähriges, sehr kräftig entwickeltes, etwas anämisches Mädchen. Periode seit 2 Jahren, stets unregelmässig. Fast jedesmal erfolgt 6—8 Tage vor Eintritt der Menses ein Urticaria-Ausbruch, der sich irregulär über den Rumpf und die Extremitäten vertheilt und kurz nach dem Einsetzen der Blutung wieder verschwindet. Fluor albus. Kein auffälliger Dermatographismus. Keinerlei hysterische Stigmata; anamnestisch ist nicht das Geringste von hysterischen Erscheinungen zu ermitteln.

Will man in derartigen Fällen als Grund der Hauterscheinungen nicht eine periodisch wiederkehrende Stoffwechselstörung annehmen, so hat man höchstens das Recht, auf einen von den Genitalien ausgehenden nervösen Reflexvorgang zurückzugreifen, ohne dass dieser ohne Weiteres den Stempel des „Hysterischen“ trüge.

2. Die früher angeführten Hautaffectionen finden sich bei Hysterischen des Oefteren gerade an Hautpartien, die den Sitz einer nach Qualität und Anordnung hysterisch zu nennenden Sensibilitätsstörung bilden. So sind vollkommen einseitige Erytheme bei hysterischer Hemianästhesie beschrieben worden, oder fleckweise vertheilte Urticaria-Quaddeln sitzen auf Territorien, in denen die Sensibilität völlig erloschen ist.

Endlich 3. ist die Hautaffection, mag sie von Sensibilitätsstörungen begleitet sein oder nicht, mitunter derart vertheilt, dass schon ihre Anordnung an und für sich verdächtig erscheinen muss. Mit einer symmetrischen Anordnung lässt sich noch am wenigstens in dieser Richtung anfangen, ausser wenn sie sich auf ganz beschränkte Hautpartien er-

streckt. Wichtiger wird gerade eine halbseitige oder zosterförmige Localisation bei einer Krankheit wie Urticaria oder Erythem, von der wir annehmen dürfen, dass sie unter gewöhnlichen Voraussetzungen beide Körperhälften gleichmässig befällt. Auch das Recidiviren solcher Affectionen in immer gleichen, beschränkten Hautbezirken muss auf eine besondere functionelle Störung im Organismus zurückgeführt werden, selbstverständlich unter der Voraussetzung, dass nicht eine entscheidende äussere locale Schädigung oder eine organische, die betreffende Hautpartie in Mitleidenschaft ziehende Nervenkrankheit vorliegt; besonders die Syringomyelie kann jene in loco recidivirenden Hauteruptionen verursachen, und Janowsky berichtet den Fall eines Tabikers, bei dem dreimal im Verlaufe von 3 Jahren ein linksseitiger Zoster thoracicus und lumbo-abdominalis erschien.

Als Beispiel einer abnorm *circumscrip*t localisirten Hautaffection diene folgende Beobachtung:

Fall II (ambulatorische Beobachtung). Elsa T., 12 Jahre alt, Beamtentochter. Pat. zeigt an der Beugeseite der beiden Oberarme, etwa der Ausdehnung des Biceps entsprechend, zahlreiche grössere und kleinere, dicht stehende Flecke, die Hauthämmorrhagien in den verschiedensten Stadien der Entwicklung und Rückbildung darstellen. Die Haut spielt also an den befallenen Stellen in den buntesten Farben. Die Flecke sind irregulär begrenzt, fliessen zum Theil in einander über und zeigen eine gewisse streifenförmige Anordnung in der Längsrichtung der Extremität. Sonst besteht nirgendwo eine Hautveränderung.

Die geschilderte Hautaffection besteht seit etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahren; sie war immer auf die beschriebene Localisation beschränkt. Die Blutungen kommen anfallsweise und nur Nachts im Bett. Schon am Nachmittag bemerkt die Pat. eine auffallende Müdigkeit in den Armen, die ihr ein sicheres Zeichen dafür ist, dass eine frische Eruption von Flecken bevorsteht. Ist sie dann Nachts einige Minuten im Bette, so erscheinen unter brennenden Empfindungen etwas erhabene, rothe Flecke, die sich bis zum nächsten Morgen in dunkel blaurothe Blutflecke umgewandelt haben. Die Affection macht Pausen von mehreren Wochen (einmal bis zu 3 Monaten), um dann wieder eine bis mehrere Wochen lang Nacht für Nacht einzelne neue Flecke zu produciren.

Keine Neigung zu Nasen- oder Zahnfleischblutungen. In der Familie besteht keine hämorrhagische Diathese.

Das Kind macht einen scheuen, nervösen Eindruck. Es giebt an, zeitweise im linken Arm dasselbe Zittern zu verspüren, an dem seine Grossmutter leidet. (Es scheint sich bei dieser um Paralysis agitans zu handeln.) Doch haben die Angehörigen niemals an der kleinen Patientin etwas von Zittern bemerkt. Dagegen hat die Mutter bei der Kleinen mehrfach eine schmerzhaft Answellung der Mammae beobachtet.

Die Untersuchung des Kindes ergiebt nur noch: Beiderseitige Hyperästhesie der Mammargegend (Berührung mit dem Stecknadelknopf wird als Schmerz empfunden) und ausgeprägter Dermatographismus; leichte Striche,

die über die Brust- und Rückenhaut gezogen werden, sind noch nach zwei Stunden als etwas prominente rothe Streifen erkennbar. Sonst keine nervösen Stigmata.

Ordinat.: Verbände mit Unguent. simplex auf die befallenen Hautpartien. Tinct. Valerian. innerlich.

Mit dem Beginn dieser Therapie hat die Hautaffection aufgehört. Seit 6 Monaten sind keine Blutungen mehr aufgetreten.

Wir haben es hier mit einer Hauterkrankung zu thun, die uns ohne Weiteres die Vermuthung nahe legen musste, dass wir es mit einem hysterischen Mädchen zu thun hatten. Nicht maassgebend dafür war der Charakter der Affection, ob wir nun die Diagnose auf einfache Hautblutungen oder auf „Urticaria perstans cum pigmentationibus“ stellen wollten, sondern ihre Vertheilung, für die keine erkennbare organische oder äussere Ursache zu finden war. Die bizarre Anordnung der Hauteruption stempelt diese somit zu einem Stigma hystericum; wir kennen unter normalen Verhältnissen keinen Fall von derartig circumscripiter hämorrhagischer Diathese. Wenn sich nun auch weiter keine ausschlaggebenden Symptome im Sinne der Hysterie ermitteln liessen, so sprechen doch für die Diagnose sowohl die Anamnese des Falles wie die näheren Umstände, unter denen die Eruptionen regelmässig erfolgten, und schliesslich auch der Erfolg der Therapie. Nach der ganzen Lage des Falles ist selbstverständlich die Frage ernstlich zu erwägen, ob das Kind die Blutungen nicht selbst künstlich provocirte. Darüber war nichts Genaueres zu ermitteln. Aber selbst für den Fall einer derartigen Selbstbeschädigung werden wir auf hysterische Voraussetzungen zurückgeführt, wie später noch genauer zu besprechen ist, und die Hautaffection behält auch so ihre Bedeutung als „Dermatose indicatrice“. Die ausserordentliche vasomotorische Erregbarkeit der Haut, die sich constatiren liess, liefert ein Moment, das gewiss die Entstehung von Blutungen auf geringfügige äussere Reize hin begünstigen muss. Ich möchte aber betonen, dass es mir nicht gelungen ist, durch Kneifen, Reiben oder Kratzen bei der Patientin Hautblutungen zu provociren.

Eingehender berücksichtigen möchte ich diejenigen Hautaffectionen der Hysterischen, die oben unter die Rubriken der Blasenausschläge, der Hautangrän und des Ekzems eingereiht wurden.

Der Versuch, ein „hysterisches“ Ekzem abzugrenzen, wird sich zunächst an jene Ekzemfälle zu halten haben, die ihrer klinischen Eigenart nach von einem Theil der Autoren als neurotische Ekzeme bezeichnet wurden. Der Annahme, dass gewisse Formen des Ekzems auf nervöser Basis entstehen, fehlt es durchaus nicht an Gründen. So ist namentlich von Seiten französischer Autoren grosses Gewicht darauf

gelegt worden, dass psychische Erregung, der Choc moral, Ekzem bedingen könne; und so complicirt die Voraussetzungen im Einzelfall auch liegen mögen, so wird man doch häufig genug veranlasst, einen psychischen Einfluss auf Ekzem-Eruptionen mit in Betracht zu ziehen\*). Ich verweise auf folgendes Beispiel:

Fall III. Marie S., 60 Jahre alt, Wittwe, leidet seit dem Klimakterium an einem Ekzem, das gewöhnlich im Frühjahr und Herbst auftritt, den Körper universell befällt, und sich dann ziemlich hartnäckig, meist symmetrisch, an den Extremitäten festsetzt. War deshalb in den letzten 5 Jahren mehrfach in Behandlung der Klinik. Wiedereintritt mit ziemlich frischer Eruption am 12./V. 1899. Rascher Rückgang der Affection, die am 17./VI. beinahe abgeheilt ist. An diesem Tage geräth die nervöse und ängstliche Patientin in grosse Aufregung darüber, dass eine Kranke auf den Saal gekommen war, die sich nachträglich als blatternverdächtig erwies. Schlaflose Nacht. Am nächsten Morgen sind an Rumpf und Extremitäten wieder frische Papeln und Bläschen in grosser Zahl aufgeschossen; es besteht wieder intensives Nässen.

Eine reflectorische Auslösung von Ekzemen, bedingt durch besondere Zustände innerhalb der weiblichen Genitalsphäre, wird häufig angenommen. Jene hartnäckigen Ekzeme, die sich bei Frauen mit dem Klimakterium oder im Anschluss an Erkrankungen der inneren Genitalien einstellen, mögen hier unberücksichtigt bleiben. Dagegen verweise ich auf die Beobachtungen, in denen sich ein Ekzem jedesmal mit dem Eintritt der Periode zeigte (Danlos, Bulkley und viele Andere). Hebra hat von Frauen berichtet, die mit jeder Gravidität an Ekzem erkrankten, und Veiel erwähnt besonders einen Fall, bei dem im 3. Monat der 3. Gravidität ein Ekzem an der Streckseite der Vorderarme auftrat, das sich erst im Wochenbett zurückbildete. Derselbe Vorgang wiederholte sich genau in der gleichen Weise während fünf weiterer Schwangerschaften.

Man hat darauf hingewiesen, dass derartige Ekzeme in Form und Charakter der einzelnen Plaques specielle Erscheinungsweisen zeigen, welche die nervöse Natur der Affection gewiss nicht beweisen, aber ihre Abtrennung als besondere Gruppe unter den Ekzemen zu rechtfertigen schienen\*\*). Dasselbe gilt für besondere Eigenthümlichkeiten

\*) Die Angaben einzelner Autoren, dass Ekzeme gerade bei Geisteskranken besonders häufig seien, mag wenigstens erwähnt werden.

\*\*\*) Holsten entwirft folgende Schilderung: Die einzelnen Stellen sind in der Regel rundlich, elliptisch oder eiförmig. Die Ränder sind immer scharf umschrieben und gehen nicht allmählich in die umgebende gesunde Haut über, wie das beim gewöhnlichen Ekzem der Fall ist. Die Oberfläche dieser Flecke zeigt alle die wechselnden Eigenschaften eines jeden Ekzems — Papeln, Bläschen,



des Abheilungsvorgangs, der durch Abnahme in der Intensität der ganzen Affection, nicht durch allmähliche successive Abnahme in der Menge und dem Umfang der einzelnen Läsionen erfolgen soll, für die Neigung zum Recidiviren u. a. m.

Ferner wurde Gewicht auf die Localisation gelegt. Jene neurotischen Ekzeme pflegen nicht nur ausgesprochene Symmetrie zu zeigen, sie besitzen auch an den Extremitäten eine unverkennbare Neigung, die Beugeflächen zu vermeiden und sich auf die Streckseiten zu beschränken. „Aber anders als beim Zoster, mit dem dieses Hautleiden sonst viele Aehnlichkeiten besitzt, sind die Läsionen nicht längs des Verlaufes der Nervenstämme vertheilt, sondern sie zeigen vielmehr die Neigung, sich entweder an einer Nervenkreuzungsstelle oder über dem Vertheilungsgebiete der Endzweige eines cutanen Nervenastes zu localisiren“ (Holsten). Allerdings sind nebenbei auch in vereinzelt Fällen Ekzeme beschrieben worden, die sich streng an die Hautgebiete einzelner peripherer Nerven halten, und die fast durchweg in Zusammenhang mit einer Neuritis gebracht werden konnten; von diesen wird später die Rede sein.

Das neurotische Ekzem sollte endlich von typischen Sensibilitätsstörungen begleitet sein. Rendu hat bereits darauf hingewiesen, dass an derartig ekzematösen Stellen eine Herabsetzung des Tastgefühls und Temperaturgefühls und im Gegensatze hierzu meist eine Erhöhung der Schmerzempfindung bestehe. Schenk hat dann neuerdings eine sehr subtile Störung der Sensibilität in Form einer Vergrößerung der Tastkreise beschrieben. Diese ästhesiometrische Störung verschwindet wieder mit der Besserung der Hautkrankheit. Es scheint mir nicht zu Genüge festgestellt, ob nicht dieselben Störungen der Sensibilität bei beliebigen Formen des Ekzems vorkommen.

Aber wenn man auch aus allen genannten Eigenthümlichkeiten das Bild eines neurotischen oder reflectorischen Ekzems mit besonderen Charakteren in der Art der Efflorescenzen und ihrer Vertheilung, in der Verlaufsweise und den begleitenden sensiblen Störungen construiren wollte, so wäre damit für die Diagnose eines speciell „hysterischen“ Ekzems noch nichts gewonnen. Als wesentliches Charakteristicum der spärlichen Ekzemfälle, die man in nähere Verbindung mit der Hysterie bringen dürfte, bleibt demgegenüber eine durch keine äusserliche Ur-

---

Nässen, Borkenbildung u. s. w., doch überwiegt die Bläschenbildung nebst dem Nässen, und das abgesonderte Serum trocknet dann zu dünnen klebrigen Krusten ein, nach deren Entfernung eine typische secernirende ekzematöse Fläche zurückbleibt. Oefters haben die Flecke auch nur eine leicht papulöse oder trockene schuppige Beschaffenheit. Die Ränder weisen jedoch fast immer neue Bläschen auf.

sache erklärbare Bizarrerie der Ausbreitung, speciell die Einseitigkeit, gelegentlich begleitet von completer Anästhesie an den ekzematös veränderten Hautstellen. Man hat auch von einem zosteriformen Ekzem gesprochen, obwohl die Aehnlichkeit der Vertheilung mit der eines Zoster kaum über die Halbseitigkeit hinausging und die Hautaffection sich an keine peripheren Nervengebiete oder spinalen Projectionsfelder hielt. Rasch erwähnt aus eigener Beobachtung einen Fall von hierher gehörender halbseitiger ekzemartiger Dermatitis, die sich auf das Gesicht beschränkte.

Im Folgenden möchte ich die spärliche Casuistik solcher Fälle durch eine neue Beobachtung erweitern:

Fall IV. L. B., 19jährige Fabrikarbeiterin, aufgenommen in die medicinische Klinik am 8. März 1900.

Familien-Anamnese ohne Belang. Patientin war früher nie ernstlich krank; litt auch nie an Hautkrankheiten. Menses seit dem 14. Lebensjahre, regelmässig. Vor Eintritt der Periode fast stets mehrere Tage lang umherziehende Schmerzen im ganzen Leib und Gefühl, als ob eine Kugel bis zum Hals heraufstiege. Häufiger Brechreiz, Gähnkrämpfe. Die Arme sind häufig wie taub und gefühllos, besonders der rechte.

Letzte Periode Anfangs Juni 1899. Einige Wochen darauf trat bei der Kranken unter heftigem Jucken ein Ausschlag am ganzen Körper auf, der sich aber sehr bald auf die jetzige Localisation beschränkte. Hier hat er sich die ganze Zeit über erhalten und keine neuen Bezirke mehr ergriffen. Im Bereiche des erkrankten rechten Armes bestanden nie stärkere Schmerzen; zeitweise fühlt Pat. mit der rechten Hand schlechter als mit der linken.

Der Ausschlag hatte während seines ganzen Bestandes denselben Charakter, er begann nicht mit einer reinen Bläschenaffection. Die Intensität der Erscheinungen wechselte, besonders bestand zeitweise heftiges Nässen, das manchmal so stark wurde, dass Pat. sich seit mehreren Monaten in ärztlicher Behandlung befindet. Einen deutlichen Einfluss auf die Krankheit hatte keine der angewandten Salben.

Im 4.—5. Monat der Gravidität litt die Patientin wochenlang an unstillbarem Erbrechen.

Status praesens. Sehr kräftiges und gut genährtes Mädchen im letzten Monat der Gravidität.

Es besteht ein wohlcharakterisiertes Ekzem von sehr auffälliger Localisation (vgl. Fig. 1 und 2).

Ergriffen ist ausschliesslich die rechte Körperhälfte in folgenden Bezirken: Die vordere Grenze bildet die Mittellinie des Sternum. Die obere Grenze zieht von der Höhe des Ansatzes der 2. Rippe sanft ansteigend über den Deltoides nach aussen, um am Rücken wieder ein wenig abzusinken, die untere Grenze umzieht die rechte Thoraxhälfte in Höhe der Mammilla. Hinten wird die Mittellinie nicht erreicht; wir finden hier auf der Scapula eine leicht zackige Grenzlinie, die ziemlich parallel mit dem inneren Rande der Scapula verläuft. Mitergriffen ist der ganze Ober- und Vorderarm, dagegen sind Handrücken und Handfläche frei geblieben.

Charakter der Affection. Fast überall ist ein Zusammenhang aus mässig grossen rundlichen Plaques erkennbar, die sich mit ziemlich scharfem Rande von der Umgebung absetzen. Bläschen und Papeln in mässiger Menge, namentlich an den Rändern der Flecke sitzend. Die Plaques stehen an Brust und Rücken weniger dicht als am Arme, wo sie streckenweise zu grösseren Flächen confluirten sind, die hier intensiv nassen, zum Theil auch dicke gelbe Krusten tragen. Ein grosser Plaque an der rechten Mamma. Nirgendwo pemphigus-artige Eruptionen oder tiefere Geschwüre.

Ausserhalb des beschriebenen Districtes nirgendwo am Körper Ekzem-efflorescenzen. Mässige Dermatographie.

Weder innerhalb des von der Hautaffection ergriffenen Bezirks noch sonstwo an der Haut findet sich irgend welche Sensibilitätsstörung. Speciell sind auch die Empfindungsintensitäten an erkrankten und zu diesen symmetrisch gelegenen Hautstellen gleich.

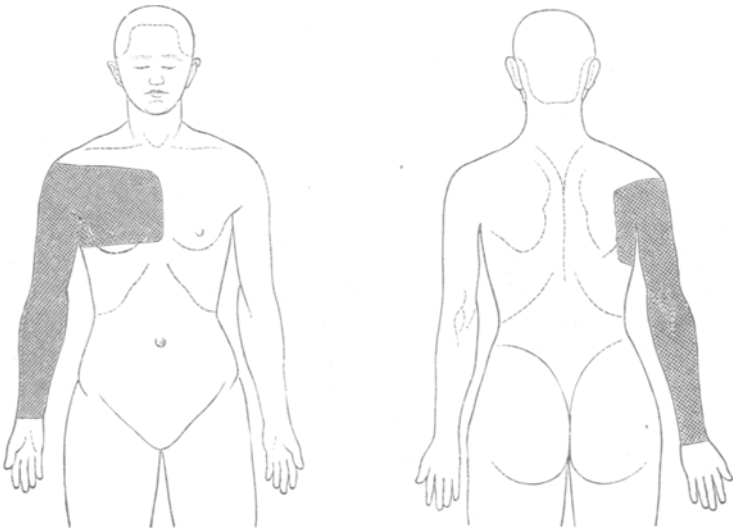


Fig. 1 u. 2.

Sehnenreflexe beiderseits gleich, sehr lebhaft.

Beiderseitiges Fehlen des Cornealreflexes, ausgesprochene Rachenanästhesie, totales Fehlen der Geruchsempfindung.

Schon am 10. März musste die Patient wegen einsetzender Wehen in die Frauenklinik transferirt werden. Dort Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes. Während des Wochenbettes ging das Ekzem unter einfachem Salbenverbande rasch und vollständig zurück. 3 Wochen post partum waren nur noch leichte Pigmentirungen zu sehen. Dagegen besteht jetzt eine Sensibilitätsstörung. Der Arm ist bis zur Grenze der früheren Hautaffection herauf vollkommen unempfindlich für Schmerzen, während alle übrigen Empfindungsqualitäten nur herabgesetzt sind. Auch die Hand ist an dieser Störung theilhaftig. An der Brust keinerlei Sensibilitätsstörung. Areflexie der Corneae und des Rachens, sowie Anosmie bestehen noch.

Die auffälligen Eigenthümlichkeiten des geschilderten Ekzems sind

1. seine zosterähnliche Anordnung,
2. seine Beziehung zur Gravidität,
3. das Vicariiren mit einer Sensibilitätsstörung.

1. Zosterähnlich ist in der Anordnung die Einseitigkeit, das Heranreichen der vorderen Grenze bis an die Mittellinie. Auch der Verlauf der oberen Grenzlinie könnte bei einem Zoster der oberen Thoraxregion eingehalten werden. Dagegen ist die Art und Weise, wie die hintere Grenzlinie an der Scapula abschneidet, mit einem Zoster nicht wohl in Einklang zu bringen. Wollte man die ganze Vertheilung mit der eines Zoster ernstlich vergleichen, so müsste bei der Betheiligung des Armes ein Zoster angenommen werden, der das ganze Wurzelgebiet vom Cervicalis IV bis herab etwa zum Thoracalis IV oder V ergriffen hätte; aber dann bliebe die Art der Begrenzung am Handgelenk auffallend. Bleibt bei einem Zoster auch die Handfläche verschont, so betheiligt sich doch bei ausgedehnten Zosteren im Verlaufe des Brachialplexus der Handrücken.

Die Vertheilung der vorliegenden Hautaffection hat also nur bis zu einem gewissen Grade Aehnlichkeit mit der eines Zoster, und eine nähere Beziehung zu einem solchen wird erst recht abgelehnt werden dürfen, wenn wir sehen, dass es sich um eine monatelang dauernde Affection handelt, bei der die charakteristische Bläschenform des Zoster, ebenso wie seine neuralgiformen Reizerscheinungen durchaus fehlten; die Anamnese hat auch nicht den geringsten Anhalt dafür gegeben, dass die Krankheit sich etwa auf der Basis eines echten Zoster entwickelt hätte.

2. Die Sensibilitätsstörung, die wir nach Abheilung des Ekzems fanden, begründet ebenfalls keine nähere Aehnlichkeit mit einem Zoster. Sie folgt in ihrer Ausbreitung keinem spinalen Typus, der bei der Zoster-Anästhesie besteht, sondern sie hält sich an eine „natürliche“ Grenzlinie (Aermelanästhesie). Ausserdem tritt sie plötzlich auf, nachdem die lange bestehende Hautaffection verschwunden war. Beide Momente sprechen für eine psychische Auslösung.

3. Die Aehnlichkeit des besprochenen Ekzems mit einem Zoster ist also nur eine äusserliche, und für die Erklärung der Einseitigkeit ist durch den gezogenen Vergleich nichts gewonnen. Wir finden aber auch keine andere organische Erkrankung an der Patientin, welche für die eigenthümliche Localisation des Ekzems die Vorbedingungen liefern könnte, und ebensowenig eine äussere Einwirkung, die auf seine Ausbreitung bestimmend hätte wirken können.

Auch die Beziehung zur Gravidität, die sich aus dem Verlaufe

des Ekzems ohne Weiteres ergibt, erklärt nicht die Einseitigkeit. Im Gegentheil, jene Fälle von Graviditäts-Ekzem, auf die ich früher Bezug genommen habe, zeichnen sich eher durch symmetrische Vertheilung aus. Ebenso wenig zeigt eine andere Schwangerschafts-Dermatose die Neigung zum halbseitig umschriebenen Auftreten. Ich meine den Herpes gestationis, den ich differential-diagnostisch hier unserem Falle gegenüber wohl nicht zu besprechen brauche. Auch in dem ganzen grossen Gebiete des Pemphigus chronicus, resp. der Dermatitis herpetiformis Duhring, in das jener Herpes gestationis einzureihen ist, finden sich kaum Beobachtungen, die ihrer Ausbreitung nach mit unserem Falle vergleichbar wären. Ich finde nur einen Fall von Dermatitis herpetiformis, den Schadek publicirte, in welchem bei einem Soldaten rein halbseitig die Haut von der Achselhöhle bis hinunter zu den Beckenknochen mit einem dichtgedrängten pustulösen Exanthem bedeckt war, und Blaschko hat einen Fall demonstrirt, bei dem sich ein typischer Zoster thoracicus in den Verlauf einer Dermatitis herpetiformis einschob. Warum in diesen vereinzelt Fällen die einseitige Vertheilung zu Stande kam, ist nicht zu sagen; um besonders nervöse oder gar hysterische Individuen scheint es sich nicht gehandelt zu haben. Aber gerade deshalb werden wir allerdings die bizarre Localisation einer Dermatoze nicht ohne Weiteres für die Annahme einer bestehenden Hysterie ins Feld führen dürfen.

4. Aber wenn wir nach Allem noch ein Moment suchen wollten, das überhaupt eine Erklärung für die sonderbare Localisation unseres Falles anbahnen könnte, so müsste doch wohl die Hysterie der befallenen Person herangezogen werden. Dass es sich um eine Hysterica handelte, war genügend sicher. Die Anamnese ergab mancherlei Anhaltspunkte (Globus, Gähnkrämpfe, Sensibilitätsstörungen, unstillbares Erbrechen) und die Untersuchung lieferte ausreichende Stigmata (Corneal- und Rachenanästhesie, Anosmie). Einen Beweis für die hysterischen Voraussetzungen der Dermatoze schien aber die nachträglich gerade im Bereiche der abgeheilten Hautaffection auftretende Sensibilitätsstörung zu liefern. Man kann gewiss sagen, die Anästhesie habe sich deshalb in dem betreffenden Hautgebiete localisirt, weil eben durch die vorausgegangene Hautaffection die Hysterie für jenen besonderen Bezirk interessirt worden sei. Aber diese Annahme ist nicht besser bewiesen, als die Hypothese, dass beide Erscheinungen, Hautaffection wie Sensibilitätsstörung, in gleicher Weise zurückzuführen wären auf Störungen centraler Regulirungen, denen eben jenes Hautterritorium unterstände. So vag diese Hypothese erscheinen mag, sie bleibt die einzige, die uns die Möglichkeit einer Erklärung für die sonderbare Ausbreitung der Hauterkrankung gestattet. Es würde sich demnach um eine hysterische

Hauterkrankung handeln in dem Sinne, dass die Hysterie den Verbreitungsbezirk der Dermatose vorgezeichnet hätte.

Wir kommen endlich zur Besprechung der Blasenausschläge bei Hysterischen und der hysterischen Hautgangrän. Eine gesonderte Betrachtung dieser beiden Affectionen lässt sich schon deshalb nicht vollständig durchführen, weil beide gleichzeitig neben einander an ein und derselben Person vorkommen, und weil der Blasenausschlag nicht gerade selten in die Gangrän übergeht. Es ist fast allgemein üblich, alle diese Blasenruptionen als Pemphigus zu bezeichnen, aber das Gebiet des Pemphigus und speciell des „Pemphigus hystericus“ bedarf doch einer genaueren Abgrenzung. Wir haben kein Recht, aus dem alleinigen Vorhandensein von Blasen auf der Haut, zumal wenn es sich nur um wenige Efflorescenzen in beschränktem Bezirke handelt, die Diagnose eines Pemphigus (im Sinne der Wiener Dermatologen-Schule) zu stellen; diese verlangt noch weitere klinische Charaktere, speciell den chronischen Verlauf, der sich in continuirlichen oder periodisch wiederkehrenden Ausbrüchen äussert. Ein vorübergehender „symptomatischer“ Blasenausschlag, wie er beispielsweise im Verlaufe einer Neuritis oder Rückenmarksaffection (vor Allem der Syringomyelie) auftritt, wäre demnach noch kein Pemphigus. Allein dem Einzelfall gegenüber besteht die Schwierigkeit, dass auch die Blasenausschläge, die sich an manifeste organische Nervenkrankheiten anschliessen, recidiviren können, und dass andererseits in Fällen von typischem Pemphigus chronicus die Obduction Veränderungen im Rückenmark ergab, die nicht vermuthet worden waren. Allerdings scheinen solche Befunde seltener zu sein, als nach den Angaben einzelner Autoren zu vermuthen wäre. Kaposi und Weiss haben beispielsweise unter 9 Fällen von letal verlaufendem Pemphigus nur bei einem einzigen anatomische Veränderungen des Rückenmarks gefunden, die zudem keine eindeutige Erklärung gestatteten. So stellt sich denn Kaposi auf den Standpunkt, dass der Pemphigus höchstens in einzelnen concreten Fällen und gewiss nicht in allen Formen auf eine neuropathische Ursache zurückgeführt werden könne. Zumeist scheint ihm noch eine solche Annahme für die reflectorisch von anderen Organen, zum Beispiel vom Uterus herprovocirten Fälle vertretbar. Es ist ihm auch zweifellos, dass manchmal der Pemphigus von hysterischen Zuständen herzuleiten sei, sofern diese auf Anomalien der weiblichen Sexualfunctionen beruhen, und er bezeichnet diese Fälle direct als Pemphigus hystericus. Er verweist ferner auf jene Beobachtungen, in denen der Pemphigus sich regelmässig mit jeder Conception einstellte und am Ende der Gravidität verschwand (i. e. der oben besprochene Herpes gestationis!).

Solche „neurotische“ Pemphigusformen zeigen aber in ihren Voraussetzungen weitgehende Aehnlichkeit mit dem früher geschilderten neurotischen Ekzem. Von einem hysterischen Pemphigus würde aber ebenso, wie von einem hysterischen Ekzem, wohl erst dann die Rede sein können, wenn sich nähere Beziehungen der Hautsymptome zu dem Nervenleiden ergäben, als das blosses Auftreten der Hautkrankheit bei einer hysterischen Person.

Gauthier hat folgende Eigenthümlichkeiten des hysterischen Pemphigus betont:

1. die Häufigkeit des Auftretens zur Zeit der Menses;
2. die sehr regelmässige Vertheilung, die aber keinem Nervenverlaufe streng folgt;
3. das Alterniren oder gleichzeitige Vorkommen mit irgend welchen hysterischen Symptomen;
4. die specielle Häufigkeit einer Combination mit sensiblen und trophischen Störungen in dem befallenen Gebiete.

Gerade diese letzte Eigenthümlichkeit dürfte in manchen Fällen den Ausschlag für die Annahme der hysterischen Hautaffection liefern.

Es ergibt sich also für den Pemphigus der Hysterischen eine Combination ähnlicher Voraussetzungen wie bei dem Ekzem der Hysterischen. Wir werden gleich sehen, wie weit ähnliche Voraussetzungen bei der hysterischen Hautgangrän bestehen, derjenigen Affection, die unter den Dermatosen der Hysterischen wohl die grösste Beachtung gefunden hat.

Den Uebergang zu dieser Affection liefern uns jene Fälle, die als Blasenausschläge beginnend, sich direct in Gangränherde umwandeln. Wir werden diese „pemphigoiden“ Eruptionen im Folgenden mit zu besprechen haben.

Die Fälle, die für die Frage der hysterischen Hautgangrän und ihre Differentialdiagnose herangezogen werden müssen, sind unter verschiedenartigen Bezeichnungen veröffentlicht worden. Ausser der Benennung „neurotische oder hysterische Hautgangrän“ finden sich Bezeichnungen wie: *neurotic excoriations*, *Pemphigus neuroticus*, *Urticaire gangréneuse*, *Herpes zoster atypicus*, *Herpes zoster gangraenosus hystericus*, *Zoster cerebralis*, *Gangrène disséminée et successive de la peau d'origine hystérique*, *Eruption pemphigoide gangréneuse d'origine hystérique*, *Erythema gangraenosum u. a. m.*<sup>1)</sup> Der Verschieden-

\*) Ich citire hier die Fälle von Balzer (et Michaux), Bayet, Dehio, Doutrelepont, Ehrl, Féré, Gaucher et Barbe, Hintner, Janovsky u. Mourek, Josef, Kalb, Kaposi, Kopp, Leloir, Narath, Neumann, Rasch,

heit der Bezeichnung entsprechen auch mehr oder minder einschneidende Differenzen des klinischen Bildes. Gemeinsam ist zunächst nur der Zug, dass es sich um Hautprocese mit einer ausgesprochenen Neigung zur localisirten Gangränbildung handelt. Hysterische Begleiterscheinungen irgend welcher Art treffen wohl für die allermeisten Fälle zu, fehlen aber auch in vereinzelt Beobachtungen. Tonnellier hat versucht, nach den Verlaufsdifferenzen einige „Typen“ aufzustellen:

1. Typus (Veillot): Leichte circumscripte pemphigoide Eruption auf anästhetischer Haut ohne oder nur mit geringfügigen einleitenden Schmerzen. Entweder Grösserwerden der Ulcera oder rasche Schorfbildung und Abheilung.

2. Typus (Stubenrauch): Verletzung; schmerzhafte Eruption an der Läsionsstelle. Ausheilung mit Keloidbildung.

3. Typus (Ehrl): Dasselbe, aber Uebergreifen auf entfernte Körperstellen.

4. Typus (Bayet): Verletzung, Eruption nicht an der Läsionsstelle selbst, sondern in der Nähe. Die Läsion bleibt circumscript.

5. Typus (Blandin): Einseitige Entwicklung.

6. Typus (Leloir): Generalisation mit Nachschüben.

7. Typus (Kopp): Einseitigkeit mit Schmerzen in bestimmten Nervengebieten (Uebergangsform zum Zoster gangraenosus hystericus).

8. Typus (Veillon, Bayet): Symmetrische Localisation an den Händen (Uebergangsform zur Raynaud'schen Krankheit).

Die Zahl solcher Typen und Untertypen liesse sich noch wesentlich vermehren, da fast jeder Fall in einzelnen Zügen sein persönliches Gepräge zeigt. Gemeinsame Punkte ergeben sich für viele Fälle aus Folgendem:

Es handelt sich meist um jugendliche weibliche Personen, die sonstige Zeichen der Hysterie darbieten. Allerdings pflegen die Erscheinungen der Hysterie geringfügig zu bleiben; Tonnellier behauptet sogar, man habe die Gangrän niemals bei Kranken mit schweren hysterischen Lähmungen oder Contracturen beobachtet. Die Affection entwickelt sich häufig im Anschluss an eine geringfügige zufällige Verletzung (Verbrennung, Verätzung, Schnitt, Stich). Die erste Eruption pflegt dann an der Verletzungsstelle oder in ihrer unmittelbaren Um-

---

Renaut, Ricketts, Riecke, Riehl, Routier, Sangster, Singer, Stubenrauch, Strümpell, Staub, Tesdorff, Veillon, Veillot, Weiss — ohne durch diese Zusammenstellung den Eindruck der Gleichartigkeit dieser verschiedenen Beobachtungen erwecken zu wollen. Wir werden sofort vor der Nothwendigkeit stehen, wenigstens einige Gruppen von einander abzusondern.



gebung hervorzutreten, meist unter mässigen sensiblen Reizerscheinungen, welche auch die späteren Ausbrüche einleiten. Verschieden sind die Anfangerscheinungen, insofern, als manchmal wohlcharakterisirte Vorstadien der Gangrän fehlen oder andere Male sich diese aus erythematösen oder urticaria-artigen, meist aber aus blasenförmigen Eruptionen herausbilden. Nicht wenigen Beobachtern ist es aufgefallen, dass die ersten Erscheinungen der Hautaffection in der Bildung zosterartiger Bläschengruppen bestehen können. Wenn es zur Gangrän gekommen ist, bilden sich nach Abstossung der Schorfe Geschwüre, die in der Regel nur schwer heilen und oft Narbenkeloide hinterlassen. Von Wichtigkeit ist auch wohl, dass die Eruptionen sich öfters auf anästhetischen Hautpartien entwickeln. Es giebt gewisse Prädispositionsstellen; ausser den Extremitäten spielt hier die Mammagegend eine besondere Rolle; die Affection kann lange Zeit circumscripirt bleiben und in umschriebenen Bezirken immer wieder recidiviren, sie kann sich aber auch generalisiren und selbst den Gehörgang (Hintner) oder die Schleimhäute (Doutrelpont) befallen. Sie äussert sich meist schubweise in unregelmässigen Anfällen, die von Fieber begleitet sein können. Solche Anfälle werden veranlasst durch Schreck, Erregung u. dergl. Oft handelt es sich um Weiber mit unregelmässiger Menstruation; eine Beziehung der Eruptionen zu dem Eintritt der Periode, zur Gravidität und zum Puerperium ist — abgesehen von dem später zu besprechenden Fall Staub — vielleicht weniger betont worden, als bei anderen Dermatosen der Hysterischen. Aber sonst treffen wir im Einzelfalle dieselben Voraussetzungen, wie etwa beim Ekzem und Pemphigus der Hysterischen mehr oder minder deutlich ausgeprägt, und selbst die Sonderbarkeit der Ausbreitung, wie wir sie in unserem oben beschriebenen Falle von Ekzem gesehen haben, findet hier in einzelnen Beobachtungen ihr völliges Gegenbild. Man ist also auch bei der Hautgangrän der Hysterischen gezwungen, für die Erklärung der Hautaffection eine Labilität des Nervensystems, eine Störung centraler trophischer Regulirungsvorrichtungen mit heranzuziehen. Selbstverständlich kann nicht gesagt werden, dass solche supponirten Störungen unter allen Umständen hysterischer Natur sein müssen; darauf weisen jene spärlichen Fälle hin, in denen von hysterischen Symptomen nichts ermittelt werden konnte (vor Allem der Fall von Josef), und auf der anderen Seite finden sich organische Nervenkrankheiten, die auf der Haut dasselbe Bild erzeugen können wie die hysterische Hautgangrän (Syringomyelie!). Allerdings können auch diese Fälle die Annahme einer nervösen Voraussetzung bei allen jenen Gangränformen nur unterstützen, aber sie fordern zu genaueren differential-diagnostischen Erwägungen heraus. Fälle von

arteriosklerotischer Gangrän oder von multipler toxischer oder infectiöser Gangrän (Audry, Hallopeau et Le Damany, Rotter u. A.) können für diese Besprechung füglich ausser Betracht bleiben.

Schwierigkeiten macht manchmal die Abgrenzung gegenüber der Raynaud'schen Krankheit, wenn es sich nicht um klassische Fälle dieser Affection mit den typischen Anfällen, den ausgeprägten Initialstadien der localen Cyanose und Asphyxie, der auffallend symmetrischen Vertheilung, dem meist sehr oberflächlichen Sitz der Gangrän handelt, die unter solchen Voraussetzungen sehr rasch abheilen kann. Fälle, die als Uebergangstypen zwischen der hysterischen Hautgangrän und der Raynaud'schen Affection gelten können, sind des Oeffteren beschrieben; so die schon citirten Beobachtungen von Veillon und Bayet, und der jüngst publicirte Fall von Tesdorff. Die Existenz solcher Zwischenformen aber muss durchaus begreiflich erscheinen, wenn wir sehen, dass eben auch die Raynaud'sche Affection auf functionelle, vasomotorische und trophische Störungen zurückgeführt wird und sich in ihren reinsten Fällen gerade bei Hysterischen und Geisteskranken findet.

Ein recht beträchtlicher Theil der oben angeführten Fälle von hysterischer Gangrän scheint eine sehr einfache Erklärung dadurch zu finden, dass die Hautaffection mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit auf die Wirkung einer äusserlichen Schädlichkeit zurückgeführt werden konnte. Fälle offenkundiger Selbstbeschädigung bei Hysterischen, die sich als isolirte oder multiple Hautgangrän äusserte, sind nicht selten beschrieben (s. die Publicationen von Strümpell, Krecke, Narath, Riehl, Riecke, Schimmelbusch u. A.), und manche andere Fälle von anscheinend spontaner hysterischer Gangrän sind in hohem Grade nach derselben Richtung verdächtig, um so mehr, wenn von den Autoren die Möglichkeit einer künstlichen Provocation der Hauterscheinungen, an die in allen solchen Fällen gedacht werden muss, überhaupt nicht in Betracht gezogen wurde.

Die Selbstbeschädigung liegt da klar zu Tage, wo es gelang, die verwendete Substanz bei den Kranken zu finden und gar mit ihr experimentell die Gangrän zu wiederholen, ebenso dort, wo wenigstens das Geständniss der Kranken vorliegt. Einer der sichersten Fälle (Strümpell) sei beispielsweise aufgeführt:

Bei einer 26jährigen Hysterica (Pat. leidet an „Anfällen“, Krämpfen, Abstumpfung des Geschmacks, Analgesie) treten seit 9 Jahren bald an den Armen, bald an den Beinen, zuweilen auch im Gesicht, ohne nachweisbare Veränderung, umschriebene Röthungen und Schwellungen der Haut auf, die nach wenigen Tagen in ausgesprochene Gangrän übergehen. Während einer Schwangerschaft und ein ganzes Jahr nach der Geburt kamen keine

derartigen Stellen zum Vorschein. Die Geschwüre heilten zum Theil mit hypertrophischen Narben ab. Ursache der Affection waren Verletzungen der Haut mit Aetznatron, die sich die Kranke selbst beibrachte; ein grosses Stück der Substanz wurde in ihrem Bette gefunden.

Im Falle von Krecke ging aus den Aeusserungen der Patientin hervor, dass sie sich die Hautveränderungen durch Laugenstein beibrachte; Behandlung der Haut mit dieser Substanz lieferte auch Eruptionen, die genau aussahen wie die vorher anscheinend spontan entstandenen Krankheitsherde. Bei Winternitz handelte es sich um Injection von Chloroform in die Haut, Riecke's Kranke, zwei zwölfjährige Mädchen, provocirten die Affectionen durch Kratzen der Haut und Misshandlung derselben mit Essigwasser und grüner Seife.

Manchmal gelingt auch ohne das Geständniss der Kranken der Nachweis der äusseren Schädlichkeit durch die chemische Untersuchung der Schorfe und des Geschwürgrundes. Im ersten Falle von Riecke, in dem eine auffällige Gelbfärbung der Lymphgefässe, des Bläscheninhaltes, der Schorfe und ein gelber Streifen auf der Haut, der von einem abfliessenden ätzenden Tropfen herrühren musste, den Verdacht auf die Anwendung von Salpetersäure erweckt hatten, liess sich thatsächlich Salpetersäure im Bläscheninhalt nachweisen.

Wo es sich um Anwendung rein mechanischer Schädlichkeiten (Kratzen, Reiben u. dergl.) oder indifferente chemische Substanzen (Kochsalzlösung!) handelt, kann ein solcher Nachweis natürlich nicht gelingen. Trotzdem werden noch manchmal bestimmte klinische Charaktere der Affection zum Ziele führen.

Wenn der Erkrankungsherd von Anfang an ganz unregelmässige zackige Ränder und eine reactiv entzündliche Zone in deren Umgebung zeigt, wenn ausserdem innerhalb verschiedener Herde oder gar desselben Herdes die Zerstörung ungleich weit in die Tiefe reicht (entsprechend einer verschiedenen Tiefenwirkung der applicirten Schädlichkeit), da wird sich gewiss der Verdacht der künstlichen Entstehung regen. Aber der Beobachter muss dann natürlich auch in der Lage sein, die Eruption gerade in ihren ersten Stadien zu verfolgen. Nur für diese Anfangerscheinungen wird Singer's Deduction praktische Anwendung finden können, dass es den bekannten Bildern von der Wirkung coagulirender Gifte widerspreche, dass ein Aetzmittel, das nach einer ziemlichen Tiefe hin zerstörend wirkt, die Nachbarschaft der direct betroffenen Partien nach der Fläche hin unberührt lassen sollte, und dass eine solche Verletzung immer nach der Peripherie zu gradatim abklinge. Ebenso finden sich nur einzelne Fälle, die frühzeitig genug zur Beobachtung gelangen, um die Probe zu gestatten, die in Kaposi's ausschlaggebendem Hinweis liegt, dass bei spontaner

Gangrän punktförmige Hämorrhagien und Nekrosen des Papillarkörpers unter unversehrter Bläschendecke zu finden seien, während eine von aussen kommende Aetzung immer zuerst die Epidermis zerstöre.

Es bleiben Fälle übrig, in denen die Sicherstellung oder Ausschliessung der Selbstbeschädigung nicht gelingt, zumal wenn die ganze Folge der Erscheinungen sich wie bei vielen Fällen spontaner hysterischer Gangrän an eine unfreiwillige, zufällige Verletzung anschliesst, oder gruppirte Bläschen und Nekrosen wie bei einem Zoster auftreten, oder wenn die Kranken solche Virtuosität in der Behandlung ihrer Haut besitzen, dass sie — wie Narath's Patientin — nach Belieben Erythem, Urticaria, Herpes, Pemphigus oder Gangrän hervorrufen können. Manchmal spricht noch in solchen Fällen der Umstand für eine äusserliche Einwirkung, dass lange dauernde und jeder Therapie trotzt Krankheitsherde rapid abheilen, wenn man sie durch einen feststehenden Verband jeder äusseren Einwirkung entzieht, oder dass die Krankheit aufhört, wenn man den Patienten direct sagt, dass sie sich die Hautveränderungen selbst zugefügt haben.

Ich möchte an dieser Stelle eine Beobachtung kurz einschalten, die trotz der Unmöglichkeit des vollkommenen Beweises wohl in das Kapitel der hysterischen Selbstbeschädigung gehört; genauer möchte ich auf den Fall schon deshalb nicht eingehen, weil die Beobachtung der Patientin noch nicht abgeschlossen ist.

Fall V. Es handelt sich um eine 32jährige Wärterin, die Anfangs Juli an der Aussenseite des linken Oberarmes einen Krankheitsherd zeigte, der sich nach ihrer Angabe spontan innerhalb der letzten Woche entwickelt hatte. An der betreffenden Stelle habe sich vor 8 Tagen unter brennenden Empfindungen ein kleiner Pickel gebildet, den die Kranke aufkratzte. Seitdem habe sie jeden weiteren localen Eingriff vermieden.

Bei der Untersuchung findet sich eine fast kreisrunde Stelle von 2 cm Durchmesser, die einen unter die Hautfläche etwas eingesunkenen, ausserordentlich harten, gelb-braunen Schorf trägt. Der Rand ist geröthet, derb infiltrirt; an ihm finden sich zwei irregulär begrenzte schmale graue Nekrosen, die sich besonders hart anfühlen. In der ganzen Ausdehnung des Schorfes, auch bei tiefem Einstechen einer Nadel, vollkommene Unempfindlichkeit, ebenso an den randständigen Nekrosen. Der Schorf haftet so ausserordentlich fest, dass es nur mit Mühe gelingt, einzelne Bröckelchen desselben abzulösen. Diese nehmen in Aqua destillata eine auffallend gelb-grüne Farbe an und reagiren stark sauer. Im Verlaufe der folgenden Wochen sind am Rande noch mehrere graue nekrotische Herde aufgetreten; der Schorf löst sich allmählich ab und es findet sich jetzt ein mehr als 1 cm tiefes Geschwür, das zum Theil noch von jenen festhaftenden Massen bedeckt ist. Ausserdem hat sich am linken Vorderarm eine etwa centimeterlange strichförmige Nekrose gebildet, die an ihrem distalen Ende

einen kleinen schwarzen Punkt erkennen lässt (Einstichstelle einer Pravaz-Nadel?).

Trotzdem die Patientin jede Selbstbeschädigung in Abrede stellt, dürften die geschilderten Erscheinungen kaum anders zu deuten sein. Die Anamnese der Kranken muss diesen Verdacht noch wesentlich bestärken. Pat. hat verschiedene, zum Theil merkwürdige Krankheiten durchgemacht:

- 1891 hysterische Krampfstöße;
- 1892 Auftreten eines Diabetes insipidus, der noch jetzt vorhanden ist;
- Juli 1893 acute Osteomyelitis des rechten Mittelfingers; deshalb Resection. Hinterher unerklärliche Fieberzustände.

September 1893: Nach einem Kopftrauma länger dauernder psychischer Dämmerzustand. Pat. musste damals katheterisirt werden. Später totale Analgesie.

Juni 1898: Leichte croupöse Pneumonie mit sehr verlangsamter Convalescenz; damals Urinmengen bis zu 12 Litern; hysterische Dämmerzustände; Incontinentia und Retentio urinae. 2 Tage lang Sputum mit reichlichen Mengen von Tuberkelbacillen, ohne dass damals oder später irgend welche objective Symptome einer Phthise sich fanden.

Der Nachweis, dass ein Theil der Fälle von Hautgangrän bei Hysterischen seine Entstehung äusserlichen Einwirkungen verdankt, erschöpft damit noch lange nicht die ätiologischen Voraussetzungen dieser Fälle. Denn selbst da, wo die Selbstbeschädigung ganz offenkundig feststeht, bleibt noch Zweierlei zu berücksichtigen:

1. Die Motive der Selbstbeschädigung bleiben oft unerkennbar. Mag bei einem Theil der Fälle direct das Bestreben der Patienten dominiren, einen Vermögensvortheil zu erreichen oder der Nothwendigkeit zu entgehen, arbeiten zu müssen („Spital- oder Kassenkrankheit“!), mag andere Male eine Sucht der Hysterischen, sich interessant zu machen, den Anstoss geben, es bleiben doch Fälle übrig, in denen man vor der Nothwendigkeit steht, mit Strümpfeln die Simulation auf eine Art Zwangshandlung oder jedenfalls auf die Reaction einer abnormen Psyche zurückzuführen. Namentlich die Fälle rein mechanischer Selbstbeschädigung verweisen uns auf gewisse Zwangsgewohnheiten nervös-hysterischer Personen, die Onychophagie, die Dermatophilie (Fournier, i. e. die Gewohnheit, bestimmte Hautbezirke zu kratzen, reiben, scheuern), die Trichotillomanie (Hallopeau, i. e. das gewohnheitsmässige Ausreissen der Haare) u. a. (vgl. auch Tesdorff's Beobachtungen an einer hypnotisirten Patientin).

2. Die Selbstbeschädigung trifft wenigstens in einem Theil der Fälle eine Haut von verminderter Widerstandsfähigkeit. Gerade analoge Hautstellen werden häufig der Sitz solcher Gangrän, und wohl nicht nur deshalb, weil die Kranken grösseren Muth haben, eine Stelle zu bearbeiten, an der ihnen der Eingriff keine Schmerzen verursacht, sondern ebenso gut deshalb, weil an solchen Stellen eine

Störung trophischer Einflüsse mitspielt, welche die Wirkung des Eingriffs bedeutender werden lässt, als sie unter sonst gleichen Voraussetzungen an einer gesunden Haut zu erwarten wäre. Im gleichen Sinne lässt sich wohl auch die recht häufige Keloidbildung nach hysterischer Selbstbeschädigung verwerthen. Es bleibt auffällig, dass bei der artificiellen Hautgangrän der Hysterischen relativ geringfügige äussere Einwirkungen, z. B. leichter Bandagedruck, genügen, um schwere Gewebsläsionen auszulösen. So liess sich im Falle Quinquaud's durch Auflegen eines einfachen Pflasters Gangrän erzeugen, und Hintner's Patientin reagierte bei Untersuchung der Hautsensibilität auf leichte Nadelstiche an jeder einzelnen Stichstelle mit ziemlich bedeutender Transsudation und Infiltration des Gewebes, so dass in kurzer Zeit unter den Augen des Beobachters jeder einzelne Nadelstich sich zu einer etwa linsengrossen, typischen Quaddel umwandelte, die etwa im Laufe einer Stunde zurückging. Der Verlauf hysterischer Selbstbeschädigungen gestattet uns, eine Parallele mit den Experimenten zu ziehen, die Jacquet bei Syringomyelie vornahm. Er konnte zeigen, dass sich an erkrankten Stellen mit verminderter Sensibilität durch Essigsäure ohne Schwierigkeit Ulcerationen erzeugen liessen, die schwer heilten, während es an symmetrisch gelegenen Stellen der gesunden Seite unter der gleichen Einwirkung zu keiner schweren Gewebsläsion kam.

Wir gelangen so in der Beurtheilung der hysterischen Selbstbeschädigung auf einen Standpunkt, der in vielen der hierher gehörenden Fälle das erblickt, was die Franzosen treffend als Demi-Simulation bezeichnet haben. Aber sobald wir damit in Fällen hysterischer Selbstbeschädigung eine in dem Patienten selbst gelegene vasomotorisch-trophische Störung mit heranziehen müssen und auch hier die Frage der „vasomotorischen Diathese“ und der „Labilität der spinalen und cerebralen vasomotorischen Centra“ auftaucht, wird die Abgrenzung solcher Fälle gegenüber der „spontanen“ hysterischen Gangrän fast unmöglich, denn auch bei dieser letzteren werden wir schliesslich von der Existenz irgend eines geringfügigen äusseren Anstosses nicht absehen dürfen.

Ernstliche differential-diagnostische Schwierigkeiten können sich unter Umständen zwischen dem Bilde der Hautgangrän der Hysterischen und der Syringomyelie ergeben. Natürlich kommen da nicht Fälle in Frage, welche die ausgesprochenen klassischen Erscheinungen der Syringomyelie darbieten, sondern atypische, rudimentäre Formen und namentlich solche, in denen die motorischen Symptome den sensiblen und trophischen Störungen gegenüber zurücktreten. Nun sind

aber gerade Hautaffectionen bei Syringomyelie überaus häufig. Thibierge und vor Allem Schlesinger haben ausführlicher auf dieselben verwiesen. Ich möchte hier speciell die folgenden hervorheben:

1. eigenthümliche Steigerungen der vasomotorischen Erregbarkeit, die sich in lange andauernder Röthung und Infiltration der Haut nach leichten mechanischen Reizen äussern können;

2. circumscribte, mit Cyanose einhergehende Oedeme, die sich mit Vorliebe an den oberen Extremitäten localisiren.

3. Ekzeme, denen die früher genannten Charaktere des „neurotischen“ Ekzems zukommen und die besonders an Händen und Füßen, viel seltener schon an den Vorderarmen oder gar an anderen Körperstellen sitzen.

4. Besonders häufig sind vesiculöse und bullöse Eruptionen, und zwar findet sich

a) selten ein acut und typisch verlaufender Herpes zoster,

b) mindestens ebenso selten das Bild des chronischen disseminirten Pemphigus, während zu den häufigsten Vorkommnissen

c) Formen gehören, die sich in bestimmten umschriebenen Körperabschnitten und Nervenbezirken localisiren und hier in vielen Fällen immer und immer wieder recidiviren. Die Blasen sind meist ziemlich klein (erbsen- bis bohngross), einzeln oder in Gruppen stehend. Ihr häufigster Sitz sind Hände und Arme, dann Brust und Rücken, seltener Bauch und Beine, noch seltener der behaarte Kopf und die Gesichtshaut. Auch ein Pemphigus der Schleimhäute ist bei Syringomyelie beschrieben (Neuberger<sup>2)</sup>). Im Anschluss an die Blasenbildungen kann es zu tiefgreifender Nekrose und Geschwürsbildung mit starkem moleculären Zerfall kommen, wie denn die Haut bei der Syringomyelie überhaupt eine Neigung zu ulcerösen Processen besitzt, zum Theil unabhängig von den genannten Hauteruptionen, von Traumen und Entzündungsprocessen. Auch typisches Mal perforant wird bei Syringomyelie beobachtet. Gangränöse Processe spielen eine beachtenswerthe Rolle; der Raynaud'sche Symptomencomplex ist gerade bei Syringomyelie nicht selten; in Neuberger's<sup>1)</sup> Fall, der intra vitam als „neurotischer Pemphigus“ gedeutet wurde, entwickelten sich Schorfe, Nekrosen, Mumificirungen aus den primären Blasen; auch an der Zunge, der Mund- und Lippenschleimhaut und an den Genitalien entstanden nekrotisirende Plaques. Mehrfach ist die oberflächliche Hautgangrän nicht als Folge andersartiger Hautefflorescenzen, sondern als primäre Manifestation erwähnt. Pospelow beispielsweise beschreibt einen Fall von Syringomyelie, der neben Sklerdomie und dem Raynaud'schen Symptomencomplex das Bild der multiplen neurotischen Hautgangrän darbot.

Die Hautaffectionen bei Syringomyelie localisiren sich mit Vor-

liebe auf Hautstellen mit verminderter Sensibilität und bleiben, entsprechend dem Bereiche der Rückenmarksläsion, gelegentlich auf eine Körperhälfte beschränkt.

Es handelt sich hier durchweg um Prozesse, die gewiss nichts für Syringomyelie absolut Charakteristisches an sich haben; wie weit sie etwa bei anderen Rückenmarksaffectionen vorkommen (Tabes, Myelitis), darauf ist hier nicht näher einzugehen. Andererseits ist mit Nachdruck ihre Uebereinstimmung mit den früher geschilderten Hautaffectionen der Hysterischen zu betonen und darauf zu verweisen, dass für die Erklärung aller jener Hautaffectionen gerade bei der Syringomyelie der Hauptsache nach ebenfalls vasomotorische und trophische Störungen im Centralorgan herangezogen werden müssen.

Gestattet der Charakter der Hauteruption keine Verwerthung für die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Syringomyelie, so wachsen die Schwierigkeiten noch wesentlich dadurch, dass einmal die beiden Krankheiten häufig combinirt auftreten, und zweitens die Hysterie das Bild der Syringomyelie vertauschen kann, indem sie auch ihre sensiblen und sogar motorischen Störungen imitirt\*). Im Allgemeinen gilt ja zwar bezüglich der Sensibilitätsstörung der Satz, dass die Hysterie complete, die Syringomyelie dagegen partielle Empfindungslähmungen schafft, aber auch diese Regel hat ihre Ausnahmen. So beschrieb Pitres eine hysterische Thermo-Anästhesie, bei der die Berührungs- und Schmerzempfindung vollkommen intact bleibt, und Charcot wies zuerst auf den „Type syringomyéлитique“ der hysterischen Sensibilitätsstörung hin, bei welchem Schmerz- und Temperaturempfindung verloren gingen, während die Tastempfindung erhalten ist. Nach Charcot ist die dissociirte Empfindungslähmung bei Hysterischen nicht einmal selten. In 17 Fällen hysterischer Hemianästhesie beobachtete er

- 11 mal complete Anästhesie,
- 2 mal den Type Pitres,
- 4 mal den Type syringomyéлитique

(2 mal spontan vorhanden, 2 mal suggestiv hervorgerufen).

Charcot hat ausserdem mit Nachdruck betont, dass die Hysterie auch in der Vertheilung der Sensibilitätsstörung, ferner durch das Vorhandensein von Muskelatrophien, vasomotorischen Störungen, Oedemen etc. ein der Syringomyelie gleiches Bild erzeugen kann. Wenn es sich ferner bewahrheiten sollte, dass Syringomyelie durch ein pe-

---

\*) Ich verweise hier besonders auf die Arbeit von Souques und die dort citirten Fälle von Charcot, Roth, Oppenheim, ferner auf Erb, Wichmann u. A.



ripheres Trauma ausgelöst werden kann (Eindringen eines Zinksplitters in den Daumen! Mies), und dass die ersten Erscheinungen der Krankheit dann in trophischen Störungen der Haut in der Nähe der Läsionsstelle beständen, so wäre das ein weiterer Punkt, der gegebenen Falls die Differentialdiagnose zwischen hysterischer Hautgangrän und Syringomyelie erschweren könnte. Diagnostische Irrthümer sind in der That auch nach beiden Richtungen hin möglich. Fällen von Hysterie, die neben der Spontangangrän vorübergehend dissociirte Empfindungslähmungen zeigten (Singer), stehen Beobachtungen von Syringomyelie gegenüber, wie der schon erwähnte Fall von Neuberger<sup>1)</sup>, der neben trophischen Störungen, die oft gerade im Anschluss an die Menses neue Schübe zeitigten, nur eine halbseitige totale Analgesie mit hochgradiger Herabsetzung der Berührungsempfindung aufwies, und in dem erst die Obduction das Rückenmarksleiden aufdeckte.

Wie gross die diagnostischen Schwierigkeiten im Einzelfalle werden können, lehrt besonders Wichmann's Beobachtung, die zum Mindesten als ein Mischfall von Syringomyelie und Hysterie imponiren konnte und die Wichmann als einen reinen Fall von Hysterie analysirt\*). Eine gewisse Beobachtungsdauer, der Wechsel der Sensibilitätsstörungen, wenn es sich um Hysterie handelt, eventuell auch der Effect der hypnotischen Suggestion vermag schliesslich selbst in derartig schwierigen Fällen die richtige Diagnose zu sichern.

Eine letzte differential-diagnostische Erwägung, zu der die Betrachtung der hysterischen Hautgangrän führt, dreht sich um die Frage, ob diese Affection Beziehungen zu gewissen Formen des Herpes zoster besitzt. Die Frage hat um so grössere Berechtigung, als in einer ganzen Reihe der hierher gehörenden Fälle der Vergleich mit dem Zoster ausgesprochen wurde, ja einzelne Fälle direct als atypische Zosteren bezeichnet worden sind. Die Gründe, die in Durchschnittsfällen multipler hysterischer Hautgangrän an Zoster denken lassen konnten, sind

1. der gelegentliche Beginn der Eruption mit Bildung ausgesprochener oder abortiver Bläschen, die zudem in Gruppen zusammen stehen können wie beim echten Zoster.

2. umgekehrt die Thatsache, dass echte Zosteren zu partieller oder totaler Nekrose ihrer Bläschengruppen vorschreiten können.

\*) Es handelte sich im Wesentlichen um eine Combination von trophischen Störungen an beiden Händen, rechtsseitiger schlaffer Parese, dissociirter Empfindungslähmung, Einengung des Gesichtsfeldes, Areflexie der Corneae, einseitige Herabsetzung von Geruch und Geschmack, Fehlen der Sehnenreflexe an beiden Armen, Steigerung der Sehnenreflexe an beiden Beinen, zeitweise Fussclonus.

Dagegen drängen sich auch ohne Weiteres wesentliche Verschiedenheiten der hysterischen Gangrän von dem Zoster auf durch die irreguläre Vertheilung, durch die lange Zeit fortgesetzten Nachschübe und neuen Anfälle, durch das Fehlen der dem Zoster eigenthümlichen sensiblen Begleiterscheinungen, obwohl ja, wie erwähnt, Sensibilitätsstörungen auch bei der hysterischen Hautgangrän ihre Rolle spielen.

Nun hat aber Kaposi auf Grund bestimmter klinischer Charaktere aus dem Gebiete der hysterischen Hautgangrän einzelne Fälle als *Herpes zoster atypicus gangraenosus* oder *Zoster hystericus* abgesondert. Ausser flächenhaften Verschorfungen kommt es nach Kaposi in diesen Fällen zu charakteristischen Efflorescenzbildungen in Form von Knötchen und Bläschen, die vorwiegend in Gruppen auftreten, und die durch ihr Zusammentreten auch die Grundlage der Flächenschorfe ausmachen. Dabei besteht ein cyclischer Verlauf der Affection, der ein Eruptionsstadium von 4—8tägiger Dauer und ein Stadium der Rückbildung unterscheiden lässt. Die Abgrenzung von den Durchschnittsfällen hysterischer Hautgangrän wird aber dadurch erschwert, dass bei diesen nicht nur, wie schon erwähnt, die Form der Primärefflorescenzen, sondern ebenso der von Kaposi betonte cyclische Verlauf gelegentlich für eine gewisse Zeit mit dem Bilde jenes *Zoster atypicus* übereinstimmen kann. Die mikroskopische Untersuchung, wie sie in dem ausgezeichnet beobachteten Falle von Doutrélepoint vorgenommen wurde, scheint allerdings die angenommene Beziehung zum *Herpes zoster* zu stützen; auch da, wo makroskopisch nichts von Bläschenbildung zu sehen war, ergab sich eine Entzündung der obersten Cutisschichten mit beginnender Bläschenbildung, wie sie für die ersten Stadien des *Zoster* von Haight und Lesser beschrieben worden waren. Dieser Fall ist von besonderer Wichtigkeit deshalb, weil die Kranke zur Obduction kam (sie starb an Lungenphthise) und die von Ribbert vorgenommene Autopsie und histologische Untersuchung von Rückenmark und peripheren Nerven keinen abnormen Befund ergab.

Kaposi's Abgrenzung jener speciellen Fälle von Hautgangrän als *Zoster atypicus (hystericus)* hat mehrfachen Widerspruch erfahren, so jüngst noch durch Jarisch in dessen Lehrbuch der Hautkrankheiten. Und in der That bleiben dem gewöhnlichen *Zoster* gegenüber wesentliche Differenzen bestehen:

1. durch die wiederholten Recidive,
2. die Doppelseitigkeit,
3. die Incongruenz der Ausbreitung mit einem Zostergebiet, mögen wir damit den Bereich eines peripheren Nerven oder das Hautgebiet hinterer Wurzeln oder bestimmter Rückenmarkssegmente meinen.

In Bezug auf die Localisation steht dem Zoster der Fall von Staub wohl näher als die übrigen Beobachtungen, insofern sich hier die Eruption in jahrelangem Verlaufe wesentlich einseitig in einem oben vom Rippenbogen, unten von der Crista ilei und dem Ligament. Pouparti begrenzten Gebiete hielt. Auch in diesem Falle wird der Verlauf der einzelnen Eruptionen so geschildert, dass kleine Bläschen auftraten, in die hinein eine Blutung stattfand, der eine Verschorfung und weiterhin mehr oder minder ausgedehnte Ulcerationen und Gangränescirungen folgten. Es bestanden allerlei hysterische Erscheinungen; die Eruptionen traten mit einer gewissen Vorliebe zur Zeit der Menses auf.

Ein Mittelglied nun zwischen dem Zoster atypicus gangraenosus hystericus und den gewöhnlichen Formen des Zoster gangraenosus hat Kaposi in dem einzigartigen Falle von Zoster gangraenosus recidivus beobachtet, der eine 42jährige Wärterin betrifft, bei welcher 13 Recidive einer Affection gesehen wurden, die sich in einer zu Gangrän führenden, jedesmal cyclisch verlaufenden Hautveränderung äusserte, und die sich durchweg genau an Zostergebiete hielt.

War in diesem Falle die Zosteranordnung völlig gewahrt, so blieben doch gegenüber einem gewöhnlichen Herpes zoster — ganz abgesehen von den Recidiven — wichtige Unterschiede bestehen.

1. Die Efflorescenzgruppen entwickelten sich nach dem Typus des Herpes circinnatus. „Beim gewöhnlichen Zoster erscheinen zwar nicht alle Bläschengruppen gleichzeitig; allein die zu einer Gruppe gehörigen Bläschen sind doch gleichaltrig; sie können durch ihre Vergrößerung confluiren, allein wir haben noch nie gesehen, dass nach Eintrocknung eines isolirten Bläschens um dieses ein peripherer neuer Kranz entstanden wäre, und so der Process von einem miliaren Centrum bis zum Umfange eines Kreuzers immer mit peripherem Bläschenachschub sich ausgedehnt hätte.“

2. Die Bläschen und Schorfe ordneten sich theilweise in Gestalt langer Streifen an, die mit ihrer Längsaxe nicht der Verlaufsrichtung cutaner Nerven folgten, sondern sie kreuzten.

3. Die Eruption schritt stetig von den periphersten Nervengebieten gegen das Centrum vor.

4. Sie griff aus dem Gebiet des Plexus brachialis auf das Inter-costalgebiet derselben Seite und auf die entgegengesetzte Körperhälfte über.

Es darf wohl auch behauptet werden, dass zwischen der ganzen Reihe der atypischen gangränösen Zosteren und dem klassischen Zoster, wenn er zu Gangrän führt, ein Unterschied darin besteht, dass bei jenen die Gangrän den Höhepunkt, das dominirende Stadium der Affection

darstellt, während bei einem typischen Zoster die Gangrän ein Accessorium, eine Complication bedeutet.

Für jenen Fall von recidivirendem gangranösen Zoster macht Kaposi Läsionen des Rückenmarks verantwortlich; er hält kleine, aber intensive hämorrhagische Herde im unteren Halstheil oder oberen Brusttheil der Medulla für wahrscheinlich. Während es sich aber hier um eine Affection handelt, die dem typischen Zoster enge angegliedert werden muss, lässt sich wohl darüber discutiren, ob auch der Zoster hystericus, so wie er oben geschildert wurde, noch dem Herpes zoster anzureihen sei. Es wird sich um die Entscheidung der Frage handeln, ob Atypien des echten Zoster überhaupt vorkommen und wie weit deren Bereich gezogen werden darf. Die Besprechung des nunmehr zu schildernden Falles wird uns wiederum von einer anderen Seite aus an diese Frage heranzuführen.

Fall VI. Elise Oe., 26 Jahre alt, Kleidermacherin, aufgenommen in die medicinische Klinik am 29. Juni 1899.

Anamnese. Vater starb an Speiseröhrenkrebs. Mutter gesund. 2 gesunde Geschwister, ein Bruder starb an Hirnentzündung, eine Schwester an Kehlkopfphthise (?). Pat. selbst war ihrer Angabe nach von Kindheit auf oft kränklich. Sie hat Masern, Scharlach, Diphtherie, „überhaupt alle Kinderkrankheiten“ durchgemacht. Mit 4 Jahren „Nervenfieber“, dem eine Entzündung am linken Auge folgte. Später Drüsen an beiden Seiten des Halses, die geschnitten werden müssten. Viel Katarrh und Husten.

Mit 14 Jahren Lungenentzündung mit einem Bläschenausschlag über den ganzen Körper. Die Bläschen füllten sich mit Eiter, heilten aber dann rasch ab, ohne Narben zu hinterlassen.

Periode mit 16 Jahren, stets unregelmässig. Um die Zeit der Periode ist Pat. stets sehr „nervös“, erregt, manchmal deprimirt. Bis zum 19. Lebensjahre schwere Bleichsucht. Damals häufige langdauernde Anfälle von Singultus.

1894 wurde Pat. zum ersten Male schwanger. Schon im 2. Monat der Gravidität trat bei ihr ein streng auf die rechte Körperhälfte beschränkter Ausschlag auf, der Gesicht, Rumpf, Arm und Bein betheiligte. Pat. kann über diesen Ausschlag nichts weiter angeben, als dass er aus erhabenen Flecken bestanden und ausgesehen habe wie starke Rötheln. Keine Bläschenruptionen. Die Kranke wurde hinfällig, bettlägerig, schliesslich trat schwere Gelbsucht und Fieber auf. Zeitweise Bewusstlosigkeit. Im 4. Monat der Gravidität wurde der künstliche Abortus eingeleitet. Der Ausschlag dauerte dann noch einen Monat fort.

Patientin war dann frei von ernstlichen Beschwerden bis zur Geburt des ersten lebenden Kindes (Mai 1896).

Am 3. Tage nach der Geburt trat ein Ausschlag auf, der seitdem nicht mehr völlig verschwunden ist. Die Affection wurde zuerst am rechten Handrücken bemerkt, der stark geschwollen war; aber gleich in den ersten Tagen hatte die Eruption ihre grösste Ausdehnung erreicht, indem sie sich streng rechtsseitig an Arm, Brust, Rücken, Hals

und Stirn ausbreitete. Im Anfang bestand heftiger Rheumatismus im rechten Arm; auch Bewegungen des Kopfes waren schmerzhaft. Diese Erscheinungen sind im weiteren Verlaufe der Erkrankung oft wiedergekehrt. Vor Allem leidet die Kranke an durchfahrenden Schmerzen im rechten Arm, besonders bei Witterungswechsel. Brennende und stechende Empfindungen im Arm, viel Ameisenlaufen in der rechten Hand; daselbst auch zeitweise „kein Gefühl“.

Die Hautaffection hat stets denselben Charakter bewahrt, den sie bei ihrem ersten Auftreten zeigte: Röthung, Schwellung, Nässen der ergriffenen Partien. Die Patientin stellt es auf das Bestimmteste in Abrede, dass anfangs etwa eine reine Bläscheneruption bestanden hätte. Ihrer Intensität nach hat aber die Affection sehr gewechselt. An einzelnen Stellen (Stirn, Arm) war sie zeitweise fast völlig verschwunden. Jedesmal zur Zeit der Periode tritt stärkeres Nässen an den ergriffenen Hautpartien auf.

Seit letztem Winter sind die Erscheinungen im Ganzen wieder stärker geworden, besonders seitdem sich die Patientin wieder schwanger fühlt (letzte Periode: Mitte März). Aber auch jetzt ist die Krankheit auf ihren früheren Bezirk beschränkt geblieben; der untere Theil des Rumpfes und das rechte Bein wie die ganze linke Körperhälfte blieben verschont. Hier hat sich in der letzten Woche aber ein zeitweise unerträgliches Jucken eingestellt, das zu heftigem Kratzen Veranlassung gab.

Auch im Bereiche der alten Affection sind stärkere Beschwerden hervorgetreten. So klagt die Kranke jetzt besonders über heftige Schmerzen im Nacken. Sie kann den Kopf nicht mehr frei drehen, zumal nicht nach der rechten Seite, weil die Kranke die Empfindung hat, als ob hier ein Hinderniss bestände. Schiessende Schmerzen längs des ergriffenen Hautbezirks am rechten Arm kommen häufiger und stärker. Das Gefühl in der rechten Hand ist zeitweise viel schlechter, dumpfer, tauber als in der linken.

Pat. giebt ferner an, dass ihre rechte Hand seit dem Auftreten des Ausschlags stärker schwitze als die linke, besonders beim Arbeiten und bei Aufregungen. An den Nägeln wurden keine Veränderungen bemerkt.

Häufige rechtsseitige Kopfschmerzen, namentlich in Verbindung mit den Schmerzen im rechten Arm. Viel Schwindel, keine Sehstörung.

Zeitweise Haarausfall an der rechten Kopfseite. Das Gehör ist auf der rechten Seite schlechter als links, seitdem Pat. Scharlach durchgemacht hat (alte Otitis media!).

Während der ersten Gravidität bestand 6 Wochen lang Singultus, der auch diesmal fast 4 Wochen angedauert hat (bis vor 1 Woche).

Pat. hat nie an Krämpfen, Lähmungen, „Anfällen“ gelitten. Ihre „Nervosität“ hat in den letzten Jahren immer mehr zugenommen.

Status praesens. Mittelgrosse, ziemlich magere, anämische Frau. An der Haut eine Erkrankung von auffallender Localisation. Ergriffen ist ausschliesslich die rechte Körperhälfte und zwar, abgesehen von der Stirn, ein Bezirk von folgender Begrenzung (s. Tafel X): Hinten Medianlinie vom 4. Halswirbeldorn abwärts bis zum 4. Brustwirbeldorn; vorne Medianlinie vom Kinn herab bis zur Höhe des Sternalansatzes der 5. Rippe. Als untere Grenze lässt sich eine Linie construiren, die von diesem letztgenannten Punkte zum 4. Brustwirbeldorn in einem nach abwärts leicht convexen

Bogen zieht. Die obere Grenze liefert eine Linie, die vom 4. Halswirbelhorn längs der Haargrenze nach oben geht, in halber Höhe der Ohrmuschel an ihrem hinteren Ansatz entlang wieder nach abwärts zieht und, die Ohrmuschel selbst freilassend, vom Ansatz des Ohrläppchens gegen das Kinn zu verläuft, ohne dieses in der Mittellinie zu erreichen; die Affection bezieht also einen Theil des Gesichts mit ein. Von der Schulterhöhe aus greift die Affection auf den Arm über und zieht an seiner Streckseite distal. Der ganze umschriebene Bezirk ist nicht gleichmässig befallen. Während Hals und Rücken in ziemlicher Ausdehnung afficirt sind, ist die Achselhöhle vollkommen frei geblieben, und an der Brust finden sich nur mehrere grössere Plaques. Am Arme geht die Affection etwa bis zur Gurre des mittleren und unteren Drittels des Vorderarms herab; die Beugefläche des Vorderarms ist vollständig frei geblieben.

Charakter der Affection: Primärefflorescenzen finden sich besonders an den Plaques an der Brust und sonst vielfach am Rande der einzelnen Herde. Sie stellen miliare Papelchen dar, die theilweise an ihrer Spitze ein minimales Bläschen tragen; vielfach findet sich auch an dessen Stelle ein kleines, locker haftendes Schüppchen. Eine Anzahl solcher Papelchen gruppirt sich an vielen Stellen zu einem grösseren Herde, an dessen Rand dann noch vielfache Efflorescenzen der beschriebenen Art erkennbar bleiben, während der Herd in der Hauptsache in eine mehr gleichmässig rothe, etwas erhabene und infiltrirte, nässende, mit dünnen Schüppchen bedeckte Stelle übergeht. So bestehen zahlreiche durch Confluenz entstandene, zum Theil serpiginöse, zum Theil strich- und reihenförmig angeordnete Herde, die namentlich am Halse in parallelen Linien angeordnet sind. Auch solche grössere Herde können wieder zusammenfliessen, und am Arme beispielsweise ebenso wie an der oberen Begrenzungsfläche am Halse findet sich eine einzige grosse, zusammenhängend erkrankte Fläche, die aber überall noch mikrocyclische und polycyclische Grenzlinien aufweist. Am Rücken finden sich dichtgedrängte Einzelherde in reihenweiser Anordnung, an der Brust finden sich drei grosse, durch mehrere kleinere Herde mit einander verbundene Plaques, die eine Zusammensetzung aus den geschilderten Papelchen besonders gut erkennen lassen. An der rechten Stirnhälfte ein ebensolcher etwa fünfmarkstückgrosser Herd.

Auffallen muss, dass fast alle Herde, ob gross, ob klein, sich etwa im gleichen Entwicklungsstadium befinden, das heisst, der Grad des Nässens und der Borkenbildung ist ziemlich gleichmässig überall derselbe. Unterschiede bestehen im Grade der Hautinfiltration, die an einzelnen Stellen recht bedeutend ist. Namentlich am Halse springen einige Züge von Herden wulstartig hervor.

Ausserhalb des ergriffenen Bezirks finden sich an der Haut der Brust und des Rückens mässig zahlreiche Kratzeffekte und Pigmentirungen. Am Halse beiderseits alte Drüsenarben; sonst nirgendwo Narben zu sehen. Zahlreiche Warzen im Gesichte, fast ausschliesslich auf der rechten Seite.

Haare. In der Schläfengegend ist das Haar rechts (im Vergleich zu links) sehr stark gelichtet.

Nägel. Sämmtlich intact.

An der Mundschleimhaut nichts Auffälliges.

Innere Organe. Lungen ohne besonderen Befund. Ueber dem Herzen an allen Ostien ein leises (anämisches) systolisches Geräusch zu hören. Puls klein, beschleunigt, 96. Temperatur normal.

Schlaaffe Bauchdecken. Leber und Milz nicht vergrössert. Nieren nicht palpabel. Uterusfundus 4 Querfinger breit oberhalb der Symphyse zu fühlen. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

Blutuntersuchung: 3900000 Erythrocythen,  
9200 Leukocyten  
(8 Proc. eosinophile),  
Hb-Gehalt = 70 Proc.

Wirbelsäule zeigt keine Deviation. Druck auf den 4.—6. Halswirbel ist der Patientin sehr empfindlich. Sie dreht den Kopf weniger ausgiebig nach rechts als nach links. Forcirte passive Drehung ruft lebhafte Schmerzäusserung hervor.

Nervensystem. Eigenthümlich scheues, schüchternes Wesen. Schädel nicht empfindlich auf Beklopfen. Augenbewegungen nach allen Seiten frei. Kein Nystagmus. Anscheinend geringer Exophthalmus links. Rechte Lidspalte enger als die linke. Leichte Ptosis rechts. Vollkommener Lidschluss beiderseits erschwert (rechts mehr als links).

Die rechte Pupille ist weiter als die linke. Pupillenreaction beiderseits gleichmässig prompt.

Augenhintergrund intact. Keine Einengung des Gesichtsfeldes.

Das ganze rechte mimische Facialisgebiet erscheint in der Ruhe etwas schwächer innervirt als das linke, doch besteht keine deutliche Parese.

Zunge wird gerade herausgestreckt; Gaumensegel symmetrisch gehoben.

Keine Sprachstörung.

Geruchsempfindung beiderseits erloschen. Geschmacksempfindung herabgesetzt.

Am Kopf besteht keine Sensibilitätsstörung, auch nicht im Bereiche der Hautaffection an der Stirn. Rechter Supraorbitalpunkt druckempfindlich. Cornealreflex fehlt beiderseits. Rachenreflex erhalten.

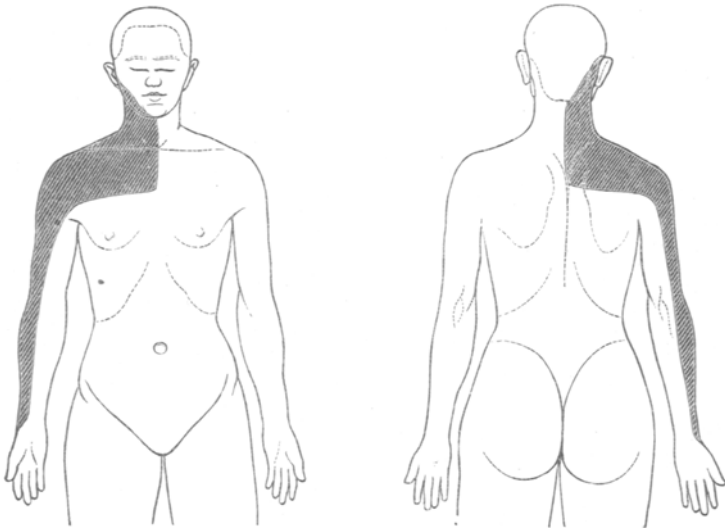
An Rumpf und Extremitäten keinerlei Motilitätsstörung; speciell auch im Bereiche des rechten Armes nichts von Lähmung, Atrophie, Coordinationsstörung. Dagegen besteht eine ausschliesslich rechtsseitige Sensibilitätsstörung in einem Bezirke, der sich innerhalb der Grenzen der Hautaffection hält, dieselben aber nicht völlig ausfüllt (s. Fig. 3 u. 4 S. 376). Obere vordere und hintere Grenze sind durch die Hautaffection vorgezeichnet, dagegen findet sich eine untere Grenze vorne im 2. Intercostalraum, und diese Linie zieht ziemlich horizontal über den Deltoides nach aussen, geht etwa über die Spinae scapulae und erreicht die Wirbelsäule am 2. Brustwirbeldorn. Mit einbezogen in die Sensibilitätsstörung ist ein Streifen an der Aussenseite des rechten Armes von etwa 6 cm Breite, der unmittelbar über der Radialseite des Handgelenks endet. Innerhalb des ganzen genannten Bezirkes findet sich:

Herabsetzung der Tastempfindung. Leichte Berührung wird zwar überall gefühlt, aber schwächer, leiser als an symmetrisch gelegenen Stellen der linken Seite oder sonstwo am Körper. Dasselbe gilt für die Unterscheidung von Spitz und Stumpf.

Sehr deutliche Herabsetzung der Wärmeempfindung. Unterscheidung von Warm und Kalt ist an einzelnen Stellen unmöglich, an anderen, wo die Qualität richtig bezeichnet wird, fühlt die Kranke weniger scharf als links. Hitzegrade, die an anderen Stellen heftige Schmerzäusserung hervorrufen, werden innerhalb des kranken Bezirks nur als warm angegeben.

Die Schmerzempfindung erscheint hier überhaupt so gut wie erloschen, nicht nur gegen Kneifen und Stechen, sondern vor Allem auch gegen den faradischen Strom.

Es stellt sich als ausserordentlich schwierig heraus, die untere Grenze der Sensibilitätsstörung am Rumpfe sowie die Grenzen derselben am Arm festzulegen, da ein allmählicher Uebergang der hypästhetischen in die normal empfindende Zone besteht. Genau schneiden nur die Grenzen der erloschenen Schmerzempfindung ab, und zwar in der oben geschilderten Weise. Der Bezirk, innerhalb dessen die Tastempfindung herabgesetzt ist, scheint eher etwas höher (vorne etwa mit der Clavicula) aufzuhören. Die obere hintere und vordere Grenze der Sensibilitätsstörung am Hals und Nacken erweist sich dagegen als genügend scharf.



Figg. 3 u. 4.

Beiderseits Hyperästhesie der Mammillargegend (gegen Berührung, Wärme, Kälte).

Sonst nirgendwo weitere Sensibilitätsstörungen. Keine gesteigerte Empfindlichkeit der Nervendruckpunkte in der Supraclaviculargrube und am Arm. Keine abtastbaren Verdickungen an den Armnerven.

Reflexe. Tricepsreflexe und Periostreflexe fehlen vollkommen am rechten Arm, während sie links sehr lebhaft sind. Bauchreflexe schwach. Patellar- und Achillessehnenreflex beiderseits gesteigert, gleich.

Beide Hände fühlen sich kalt und feucht an, die rechte ist zugleich livid und gedunsen, schwitzt deutlich stärker als die linke.

Mit dem Fingernagel über die Brusthaut gezogene Striche treten rechts stärker quaddelartig hervor als links und bleiben vor Allem auch länger bestehen. Solche Striche sind beispielsweise bei einer Prüfung am 3. Juli



links nach 2 Minuten wieder verschwunden, rechts dagegen nach 25 Minuten noch sichtbar.

Keine Sphincteren-Störungen.

Die Analyse des Falles soll erst nach Mittheilung der weiteren Beobachtungsergebnisse geliefert werden, die allerdings nicht viel Neues mehr zu Tage förderten.

Pat. stand zunächst vom 28. Juni bis 22. Juli in klinischer Behandlung. Während dieser Zeit konnte mehrfach das Auftauchen neuer Eruptionen auf der Haut beobachtet werden. Immer bildete sich zunächst ein rothes Papelchen, an der Spitze von einem Bläschen gekrönt, das rasch eintrocknete; das Bläschen stiess sich rasch ab und eine kleine geröthete, nässende Stelle lag bloss, während an der Peripherie ein neuer Kranz von gleichartigen Papelchen aufschoss (ähnlich wie bei der Entwicklung eines Herpes circinnatus). War der einzelne Fleck durch periphere Nachschübe etwa linsengross geworden, so kamen nur noch einzelne neue Efflorescenzen an getrennten Stellen der Peripherie zum Vorschein; der Herd gewann so allmählich irreguläre Formen. Benachbarte Herde flossen zusammen, manchmal lange Streifen bildend, die zum Theil den Spaltrichtungen der Haut folgten. Je grösser der Herd geworden war, um so geringer wurde der periphere Nachschub neuer Primärefflorescenzen, und um so grösser wurde die Aehnlichkeit mit einem nässenden borkentragenden Ekzem; auffällig blieb nur die stellenweise vorhandene, stark vorspringende weiche Infiltration der Haut. Rückbildung erfolgte am Einzelherde durch ein ziemlich gleichmässiges Nachlassen der Infiltration und des Nässens in der ganzen Ausdehnung des Herdes; es fand sich dann eine trockene, schuppige derbere Stelle, und schliesslich blieb nur noch eine schwache Pigmentirung. Diese vollständige Rückbildung war nur an ganz vereinzelt Herden zu beobachten, so vor Allem an der Stirn; an den allermeisten ergriffenen Stellen traten von irgend einem Stadium der Rückbildung aus frische Eruptionen von Papelchen auf, meist wieder im Centrum des Herdes, und das Spiel wiederholte sich so immer wieder von Neuem.

Die Sensibilitätsprüfung ergab nun während des Aufenthaltes in der Klinik wechselnde Befunde, und zwar erwies sich zeitweise die Störung viel ausgedehnter als in dem oben wiedergegebenen Status. An einzelnen Tagen bestand complete Anästhesie des ganzen rechten Arms einschliesslich der Hand bis herauf zum Deltoides; andere Male wieder complete Handschuh-Anästhesie bis herauf zum Ellbogen. An Brust und Rücken ging die Sensibilitätsgrenze manchmal bis zur Mammillarhöhe. Einmal (16.—18. Juli) war auch linksseitige Handschuh-Anästhesie bis herauf zum Ellbogen zu notiren. Die Störung an Hals und Nacken dagegen blieb constant und in ihren Qualitäten unverändert. Es gelang nur an einzelnen Tagen, den hypästhetischen Streifen am Arm abzugrenzen; bestand complete Aermel-Anästhesie, so war er natürlich nicht zu differenziren. — Die Therapie bestand im Wesentlichen in der Darreichung tonischer Mittel (Eisen, Arsen) und einer Localbehandlung anfangs mit Hebra-Salbe, dann mit Zink-Wismuthpaste. Es kam unter dieser Behandlung zu einem gewissen Stillstand des Hautleidens; wenigstens erfolgten seit Mitte Juli keine neuen Nachschübe mehr und die Affection war wesentlich trockener geworden. Pat. verliess die Klinik am 22. Juli.

Am 17. October trat sie aufs Neue ein. In den letzten Wochen hatte

sich an allen befallenen Stellen wieder stärkeres Nässen eingestellt. Dabei bestehen zeitweise heftige Schmerzen im Nacken und durchfahrende Schmerzen im rechten Arm. Hier hat sich die Hautaffection auch weiter ausgedehnt. Sie hat nunmehr auch das untere Drittel des Vorderarmes und die Radialseite des Handrückens ergriffen. Neue Herde sind ferner in der Mammillargegend aufgetaucht.

Während des zweiten Aufenthaltes in der Klinik, der bis zum 15. November dauerte, gelang es nicht, die Hautaffection wesentlich zu bessern. Sie gewann zwar keine stärkere Ausdehnung, aber das Nässen in den alten Bezirken und die Infiltration wurde eher stärker. An einzelnen Stellen, besonders am Nacken, bildeten sich förmliche schwammige, weiche Wucherungen heraus.

Patientin litt in dieser Zeit viel an neuralgiformen Schmerzen im rechten Supraorbitalgebiet und hatte fast täglich stundenlang durchfahrende Schmerzen im rechten Arm. Darreichung von Phenacetin u. dergl. erwies sich von einigem Nutzen. Druck auf die unteren Halswirbeldornen rief meist heftige locale Schmerzen hervor, ebenso forcirte Drehung des Kopfes. Bezüglich der Sensibilitätsstörungen ergab sich während dieser zweiten Beobachtungszeit nichts Neues.

Der Zustand der Patientin, die seit ihrer 2. Entlassung aus der Klinik in meiner ambulatorischen Beobachtung steht, änderte sich zunächst kaum. Am 13. Januar 1900 Geburt eines gesunden Kindes. Im Puerperium rasche Besserung der Hautaffection. Als die Kranke 14 Tage post partum zum ersten Male wieder in die Sprechstunde kam, hatte die Hautaffection fast überall das Aussehen eines trockenen schuppigen Ekzems. Nur am Nacken bestanden noch einige stärkere prominente Infiltrate. In den nächsten Wochen weitere Besserung; anfangs März aber unter sehr heftigen Schmerzen im rechten Arm Auftreten neuer Papeln, intensives Nässen. Am 9. März Eintritt der Periode. Seitdem schwankt die Hautaffection in der Art, dass sich jedesmal vor Eintritt der (jetzt regelmässigen) Menses eine frische Eruption und starkes Nässen einstellt, während in den Zwischenzeiten nur die Erscheinungen eines trockenen, nicht juckenden Ekzems bestehen. Handrücken und unteres Drittel des Vorderarms zeigen keine Hautveränderung mehr, ebenso Mammillargegend und Stirn. Die Affection hält sich genau innerhalb der ursprünglich beobachteten Grenzen.

Nervöse Symptome. Die Sensibilitätsstörung am Hals und Nacken besteht in der gleichen Weise fort wie früher. Der hypästhetische Streifen am Arm dagegen ist nicht mehr nachweisbar. Somit schneidet die Störung mit einer in Höhe des 2. Intercostalraumes quer über den Deltoides ziehenden Linie ab. „Ärmel“anästhesie am Arm, die noch während der zweiten Beobachtungszeit in der Klinik mehrfach zu constatiren war, ist bei den letzten Untersuchungen nicht nachweisbar. Gelegentlich noch durchfahrende Schmerzen im Arm, dann immer auch spontane und Druckempfindlichkeit in der Halswirbelgegend. Zeitweise auffällig starkes Schwitzen der rechten Hand. Tricepsreflex in den letzten Monaten gelegentlich rechts andeutungsweise vorhanden, links immer sehr lebhaft.

Rechtsseitige Lidspalten-Verengerung und Pupillen-Differenz wie anfangs. Anosmie besteht fort. Geschmack jetzt intact. Seit Februar leichte Ovarie

zu notiren. Am 15. Mai trat Abends 6 Uhr heftiger Singultus auf, der bis Mitternacht dauerte und durch seine Intensität die Patientin am Einschlafen hinderte. Genau dieselbe Erscheinung kam an den beiden folgenden Tagen. Nach einmaliger Eingabe von „Nerven-Tropfen“ (Tinct. Valerian.) ist die Erscheinung bis jetzt weggeblieben. Patientin zeigt stets ein sonderbares scheues Wesen, ist oft tagelang in weinerlicher Stimmung.

Zusammenfassung. 26jährige Frau. Stigmata hysterica. Chronische ekzemähnliche Hautaffection mit zosterartiger Anordnung. Innerhalb des befallenen Gebietes sensible und vasomotorisch-secretorische Störungen und Fehlen des Sehnenreflexes. Einseitige Lidspaltenverengung. Oculo-pupillare Symptome.

Der complicirte Fall lässt auf den ersten Blick grosse Aehnlichkeiten mit dem oben geschilderten Falle von zosterähnlich localisirtem Ekzem (Beobachtung IV) erkennen. Hier wie dort handelt es sich um eine einseitig, sogar in ähnlichen Bezirken localisirte Affection, die einen ekzemartigen Charakter trägt. Beide Male ist eine Hysterica betroffen, und bestehen Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Hautaffection; beide Male endlich steht der Verlauf der Dermatoze in Abhängigkeit von einer Gravidität. Aber es lassen sich auch sofort wieder Unterschiede finden, die auf weit complicirtere Voraussetzungen in dem zuletzt beschriebenen Fall hinweisen. Die Krankheit ist hier nicht mit der Gravidität entstanden und mit ihrem Abschluss beendet, sondern sie wird nur durch die Schwangerschaft in ihrer Intensität beeinflusst, der Charakter der Hautaffection ist ekzemartig, ohne ein reines Ekzem darzustellen, die Localisation derselben kann weit mehr den Anspruch erheben, mit der eines Zoster verglichen zu werden, als in jenem Falle, und die Summe der nervösen Erscheinungen geht über die Symptome einer functionell-hysterischen Erkrankung hinaus.

Ich beginne mit der Analyse dieser Symptome. Dass es sich bei unserer Patientin um eine hysterische Persönlichkeit handelt, ist nicht zu bezweifeln. Zwar fehlen alle Zeichen der „grande hystérie“, aber es finden sich immerhin genügende Stigmata: Areflexie der Cornea, Störungen der Geschmacks- und Geruchsempfindung, später Ovarie; Anfälle von Singultus, eigenthümliches psychisches Verhalten. Vor Allem aber waren Sensibilitätsstörungen zu finden, die durch die Betheiligung aller Empfindungsqualitäten und ihre „ärmel“artige Anordnung, endlich auch durch ihr zeitweiliges Auftreten und Wiederverschwinden direct als hysterisch angesprochen werden durften. Daneben bestanden aber dauernde Sensibilitätsstörungen in einem umschriebenen Bezirke, dessen Ausdehnung auf eine Abhängigkeit von bestimmten spinalen Nervengebieten hinwies. Es fragte sich dann nur, ob ihr Bereich etwa gewissen peripheren Nerven oder hinteren Wurzelzonen oder

spinalen Segmenten entsprach. Jedenfalls handelt es sich zunächst um ein Hautgebiet, das der Versorgung durch den Plexus cervicalis untersteht. Wir fanden eine scharfe obere Grenze für die Sensibilitätsstörung, die uns gestattet, mit Bestimmtheit das Gebiet des Nervus auricularis magnus als den obersten mitbetheiligten Bezirk anzugeben. Die Abgrenzung der Gefühlsstörung hinter dem Ohr und an der Haargrenze, auch das Uebergreifen auf das Gesicht entspricht durchaus der Verbreitung dieses Nerven. Das Gebiet des Occipitalis magnus und minor ist frei geblieben. Betheiligt sind weiter die Hautbezirke des Subcutaneus colli und der Nn. supraclaviculares. Weiterhin aber ist das Hautgebiet des Plexus brachialis in Mitleidenschaft gezogen. Der hypästhetische Streifen am Arme entspricht am meisten der Verbreitung der Nn. cut. brach. poster. infer. und des Cutaneus brach. extern.

Ist die so localisirte Sensibilitätsstörung hysterisch? Head unterscheidet zwei Typen hysterischer Gefühlsstörung, die er als psychischen und cerebro-spinalen Typus bezeichnet. Die wesentlichsten Unterscheidungsmerkmale sind die folgenden:

	Psychischer Typus	Cerebro-spinaler Typus
Qualität der Sensibilitätsstörung	Veränderung der Empfindung für Berührung, Schmerz, Hitze und Kälte fällt zusammen	Hauptsächlich ist die Schmerz-, Hitze- und Kälteempfindung betroffen, weniger oder gar nicht die Berührungsempfindung
Ausdehnung der Sensibilitätsstörung	in „natürlichen“ Grenzen, d. h. Begrenzung durch ein Gelenk, den Rippenbogen u. s. w.	den Zonen der Spinalsegmente entsprechend (wenigstens in den frühen Stadien; spätere Veränderung durch secundäre Suggestion möglich)
(Haut)-Reflexe:	intact	gesteigert bei Hyperalgesie, aufgehoben bei Analgesie
Gesichtsfeld:	fast stets beträchtlich eingeengt	in der Regel intact.

Head selbst möchte den cerebro-spinalen Typus nicht eigentlich als hysterisch, sondern nur als functionell bezeichnen; entsprechende Sensibilitätsstörungen können auch mit organischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden.

Die in Rede stehenden Sensibilitätsstörungen bei unserer Patientin folgen nur dem cerebro-spinalen Typus, insofern, als sie keine „natür-

liche“ Abgrenzung innehalten und insofern die Berührungsempfindung weniger abgestumpft erscheint als die übrigen Empfindungsqualitäten. Wir sahen allerdings, wie die Reinheit des Bildes zeitweise durch die von Head betonte Superposition durch Sensibilitätsstörungen des „psychischen“ Typus beeinträchtigt wurde. Aber so sicher diese letzteren als hysterisches Symptom zu deuten sind, ebenso bestimmt müssen wir für unseren Fall annehmen, dass die dem cerebro-spinalen Typus unterzuordnende sensible Störung das Symptom einer organischen Erkrankung darstellt. Wir finden nämlich folgende weiteren Erscheinungen: Druckempfindlichkeit der unteren Halswirbeldornen, entsprechende Empfindlichkeit bei forcirter activer und passiver Bewegung, zeitweise neuralgieartige Schmerzen im Bereiche des rechten Plexus brachialis, secretorische Störungen im gleichen Gebiet (Hyperidrosis der rechten Hand, einseitiges Fehlen der Triceps- und der Periostreflexe, Verengung der rechten Lidspalte, Pupillendifferenz.

Diese Summe von Erscheinungen gestattet eine genügende Localisation der Affection in den Bereich des Cervicalmarks. Betrachten wir die Sensibilitätsstörung für sich allein, so spricht die ungleiche Betheiligung der verschiedenen Empfindungsqualitäten bei völligem Fehlen aller motorischen Störungen von vorneherein gegen eine periphere Neuritis. Auf der anderen Seite ist die Dissociation der Empfindungslähmung nicht genügend gross, um die Affection ohne Weiteres ins Rückenmark selbst verlegen zu lassen. So werden wir von beiden Seiten her zur Annahme einer Läsion in hinteren Wurzelgebieten geführt. Die sensiblen Reizerscheinungen im Arme bei Fehlen aller sensiblen Reizerscheinungen an Rumpf und Beinen, vor Allem auch die Empfindlichkeit der Halswirbelsäule können diese Annahme nur unterstützen. Das Fehlen der tiefen Reflexe unterstützt ferner die Voraussetzung einer organischen Erkrankung gerade durch seine Halbseitigkeit; doppelseitiger Ausfall derselben ist auch bei anscheinend rein hysterischen Erkrankungen beobachtet (vgl. Wichmann, Gilles de la Tourette, Déjérine, Sternberg). Zugleich werden wir auf eine Läsion in Höhe des 7. oder 6. Cervicalsegments verwiesen. Die Erscheinungen an den Augen endlich decken eine Sympathicusreizung auf, die uns wiederum auf das Cervicalgebiet, eventuell auf das erste Thoracalsegment aufmerksam macht. Eine Unterscheidung zwischen Wurzel- und Markaffection ist aus ihnen nicht zu entnehmen. So wäre endlich auch wesentlich für die Localisationsfrage noch die Ausdehnung der Sensibilitätsstörung zu berücksichtigen. Sie ergibt mit Sicherheit als obere Grenze das Gebiet des 3. Cervicalsegments resp. der 3. Cervicalwurzel, und ihre Ausdehnung an Hals und Nacken entspricht genau dem Bezirke, den beispielsweise Kocher als Gebiet des Cervic.

3 und 4 anzeichnet. Vorne ist die Hals-Rumpfgrenze (Wagner-Stolper) genügend scharf eingehalten. Am Nacken wird eine Mitbetheiligung des Cervic. 5 und 6 in Betracht zu ziehen sein. Schwierigkeiten können sich an der Hals-Armgrenze ergeben, die von Thorburn, Allen-Star und Head verschieden angegeben wird. Die Grenze ist in unserem Falle nicht zu bestimmen, weil sich hier aussen am Deltoides eine hypästhetische Armzone ansetzt. Nach ihrer wesentlichen Localisation im Hautgebiete des Musculo-cutaneus und des Radialis verweist sie uns auf eine Mitbetheiligung des Cervic. 5 und 6 an der Erkrankung. Wir sehen aber, dass nicht das ganze Hautgebiet lädirt ist, das für jene beiden Nerven in Betracht käme (Freibleiben der Hand!), und auf der anderen Seite ist ein Hinübergreifen in das Gebiet des Cervicalis 7 nicht auszuschliessen. Die untere Läsionsgrenze projectirt sich also nur verwischt auf die Haut; wir gewinnen damit ein weiteres Moment, das sich vielleicht zu Gunsten der Annahme einer Wurzelläsion gegenüber einer Markaffection anführen liesse, wenn wir die Annahme des fehlenden Ineinandergreifens der Segmentzonen (Head) acceptiren dürfen.

Welcher Art die Erkrankung sei, die zu den angeführten nervösen Schädigungen führte, darüber lassen sich nur Vermuthungen äussern. Bezüglich der Entstehungszeit liefern uns die Angaben der Kranken über die sensiblen Reizerscheinungen, die zusammen mit dem Ausbruch ihrer Hautkrankheit im Mai 1896 bestanden, einen Anhaltspunkt. Wir werden die Entstehung des ganzen Leidens mindestens bis dahin zurückdatiren dürfen. Vielleicht hat auch die Krankheit, an der unsere Patientin im Jahre 1894 litt, und von der wir erfahren, dass sie mit einem halbseitigen Hautausschlag und zeitweiliger Bewusstlosigkeit einherging, eine Rolle gespielt. Aber es lässt sich nicht sagen, ob etwa primäre Erkrankungen an der Halswirbelsäule vorlagen, oder ob wir es mit Resten meningitischer Processe zu thun haben, oder ob etwa Blutungen in den Intervertebralganglien mitwirkten. Wir werden uns begnügen müssen, eine topische Diagnose zu stellen, die uns auf die Gegend der hinteren Cervicalwurzeln verweist.

Die nervösen Störungen im Bereiche des ersten Trigeminasastes gestatten uns keine genauere Verwerthung. Welche Rolle spielt nun in dem ganzen Krankheitsbilde die ekzemartige Hautaffection, mit der wir uns ausführlich zu beschäftigen hatten? Zwei Möglichkeiten sind zu discutiren. Entweder ist die Hautkrankheit ein directes Symptom des nervösen Leidens, oder sie hat zu diesem nur eine entferntere Beziehung, derart, dass sich die Hautkrankheit secundär in einem Gebiete festgesetzt hat, das ihr durch die Nervenaffection vorgezeichnet war. Wir haben im ersten Theil dieser Arbeit mehrfach den Satz bestätigt ge-

funden, dass speciell bei Hysterischen Dermatosen sich in Bezirken festsetzen, die durch eine Sensibilitätsstörung prädisponirt sind. Nun zeigt die Hauterkrankung unserer Patientin vielfache Eigenthümlichkeiten, die auf eine reflectorische Beeinflussung schliessen lassen. Ich verweise auf das Auftreten der Affection im Puerperium, ihr stärkeres Hervortreten in der späteren Gravidität und ihre rapide Besserung post partum, endlich die regelmässigen Exacerbationen zur Zeit der Menses, die in den letzten Monaten beobachtet werden konnten. Der Fall ähnelt, wie ja betont wurde, gerade darin überaus jener früher geschilderten Beobachtung eines einseitigen Ekzems bei einer Hysterica.

Räumten wir aber dort einer rein functionellen Störung die Fähigkeit ein, die Ausbreitung einer Hautaffection und speciell eines Ekzems zu bestimmen, so werden wir eine derartige Möglichkeit erst recht für eine organische Veränderung heranziehen dürfen. An Beispielen fehlt es durchaus nicht. Es sei nur auf jene Hautaffectionen verwiesen, die bei Syringomyelie immer und immer wieder im gleichen Bezirke recidiviren, auf Ekzemeruptionen bei Tabikern, die sich ausschliesslich im Peroneusgebiete localisiren, auf einen Fall von Schwimmer, in dem nach Contusion des Plexus brachialis ein Ekzem im Ulnarisgebiet auftrat, den Fall Brouardel (citirt bei Arnozan), in dem ebenfalls nach einer Schultercontusion neuritische Symptome und ein auf den Verlauf des Radialis beschränktes Ekzem zu Stande kamen; endlich aber möchte ich einen Fall von Brocq noch besonders hervorheben:

47jährige Frau, die früher niemals schwere nervös-hysterische Erscheinungen gezeigt hatte, erkrankte 1887, drei Wochen nach einer Entbindung mit einem Ekzem an beiden Wangen, dann an beiden Händen; Schwankungen in der Intensität je nach der Jahreszeit. Allmählich nimmt das Ekzem an den Händen genau das Gebiet des Medianus und Radialis bei völligem Freibleiben des Ulnarisgebietes ein; Betheiligung der Nägel. Seit einem Monat Schmerzen im linken Arm bei Bewegungen. An den betroffenen Stellen — und nur an diesen — besteht eine Herabsetzung der Sensibilität für Berührung, Stiche, Wärme. Druck auf den linken Medianus ist schmerzhaft. Beim Bewegen des Kopfes fühlt die Patientin ein Krachen an beiden Seiten der Halswirbelsäule. Druck auf die ersten Halswirbel ist ein wenig schmerzhaft.

Déjérine hat in diesem Falle auf eine trophoneurotische Störung im Zusammenhang mit einer Nervenläsion, wahrscheinlich Neuritis, geschlossen, während Brocq zuerst an eine Läsion in der Gegend des Wurzelgebietes des Plexus brachialis dachte.

Eine Differenz zwischen unserer Beobachtung und den letztangeführten Fällen ergibt sich nun schon daraus, dass wir es mit einer Affection zu thun hatten, welche die Diagnose eines Ekzems nur mit

Reserve gestattete. Die ausgebildeten Plaques, besonders die am Halse, zeigten einen Grad von Prominenz und Hautinfiltration, der dem Ekzem sonst niemals zukommt, man müsste denn an jene seltenen Fälle von „Eczema vegetans“ denken, wie sie speciell von Hallopeau beschrieben worden sind. Die Primärefflorescenzen entwickelten sich in einer Weise, die den Vergleich mit einem abortiven Herpes herausforderten, sie gruppirt sich zu Herden, wie sie der Herpes circinnatus macht, und zu solchen, die ihrer Configuration nach mit Zostergruppen übereinstimmen. Das Krankheitsbild giebt Ausblicke nach der Richtung des Herpes zoster atypicus hystericus und jenes Falles von Zoster gangraenosus recidivus (Kaposi). Vor Allem aber müssen die ganze Localisation der Affection und die nervösen Begleiterscheinungen zur Annahme führen, dass auch mein Fall dem Kapitel des Herpes zoster anzureihen sei.

Zosteren mit ähnlicher Localisation wie die Hautaffection unserer Patientin sind öfter beschrieben worden. Ich will hier nur auf einen Fall von Blaschko verweisen (s. dessen Fig. 21), bei dem sich im Verlauf von 10 Tagen ein Zoster vom 3. Cervicalgebiet abwärts bis zur 3. Dorsalarea entwickelte. Bemerkenswerth an dieser Eruption war das Ueberspringen des 7. und 8. Cervicalis und das Freibleiben der Extremität. Auch einen Fall von E. Fournier möchte ich erwähnen, bei dem in einer Reihe von successiven Schüben ein Zoster des Nackens, Armes und Rumpfes entstand.

Wir müssten für unseren Fall auch noch die Eruption an der Stirn heranziehen. Aber auch die Combination eines Zoster cervicalis mit einem solchen im Gebiete des Ramus I trigemini ist beobachtet; ich selbst habe einen solchen Fall publicirt, in dem es an den beiden befallenen Localitäten zu einer schweren Gangrän kam.

Sehen wir demnach in unserem jetzigen Fall die Zoster-Localisation gewahrt, so bliebe atypisch für einen Zoster vor Allem die Dauer der Affection; der acute Verlauf gilt als eines der Hauptcharacteristica der echten Gürtelrose. Nur Leudet hat versucht, verschiedene Formen eines chronischen Zoster aufzustellen. Er zielt dabei ab auf recidivirende Formen, ferner auch solche, die sich langsam von einem Nervengebiet auf ein benachbartes ausbreiten, oder ein entfernteres Gebiet „à distance“ treffen; aber er kennt auch eine chronische Form im engeren Sinne, dadurch ausgezeichnet, dass die Eruption Monate lang persistirt, tiefere Ulcerationen als in der Norm zeigt, und immer wieder ulcerirt, wenn die Efflorescenzen abgeheilt sind. Unter Umständen werden die Nachschübe von Röthung, Schwellung, „neuritischer Pseudophlegmone“ begleitet. Schliesslich nach vollendeter Abheilung und Vernarbung der Geschwüre kommt es mitunter zur



Keloidbildung. Derartige Fälle scheinen nur bei kachektischen Individuen vorzukommen, Leudet's 2 Beobachtungen beziehen sich auf Phthisiker. Beide Male war die Sensibilität herabgesetzt. Es handelt sich hier wohl nur um besonders schwere Fälle von Zoster, deren Abheilung noch dazu durch eine constitutionelle Erkrankung hintangehalten wird. Ebenso wenig wie dieser chronischen Form ist unser Fall etwa einem recidivirenden Zoster gleichzustellen, wenn man mit diesem Namen eine Affection bezeichnen will, die immer und immer wieder unter dem Bilde einer Bläschen-Eruption verläuft. Er hat dagegen gewisse Aehnlichkeiten mit dem Zoster hystericus, insofern die Primärefflorescenzen in den ersten Stadien bei beiden Affectionen abortiven Herpesbläschen vergleichbar sind\*), und wenn auch der weitere Verlauf sich verschieden entwickelt, so ist doch in dem Wiederauftauchen frischer Herde an vorher ergriffenen Stellen ein weiteres Vergleichsmoment gegeben. Allein der Charakter der ausgebildeten Affection ist in unserem Falle so verschieden von dem Bilde eines Herpes, dass wohl gefragt werden muss, ob nach klinischen Erfahrungen etwa ein echter Zoster bei langer Dauer eine solche Umwandlung in eine andersartige Dermatose erfahren kann, oder ob es neben dem Herpes zoster noch andere Hautkrankheiten giebt, für die eine streng zosterförmige Ausbreitung in Betracht kommt. Bei einer ganzen Anzahl von Hautaffectionen sind thatsächlich solche Fälle beschrieben, so bei Lichen planus, Ichthyosis, Variola (Landrieux), Syphilis (Gaucher et Barbe), Xanthom (Hardaway), besonders aber bei Psoriasis (Brocq, Coffin, Rebreyaud et Lombard, Thibierge).

Wo in solchen Fällen die Ausbreitung der Hauteruptionen thatsächlich einem Zoster entsprach, und es sich nicht nur um eine oberflächliche Aehnlichkeit der Vertheilung handelte, dürfte wohl angenommen werden, dass ein Herpes zoster in dem betreffenden Gebiete vorangegangen war, der irgend welche trophische Störungen hinterlassen hatte, die nun das Auftreten einer zweiten Hautkrankheit an gleicher Stelle begünstigten. Anamnestisch wird wohl in den allerwenigsten Fällen von einer früheren Zostereruption etwas zu erfahren gewesen sein; aber man hat ja sogar Fälle von Zoster sine exantheme beschrieben (Mackenzie u. A.), die nur durch Neuralgien und vorübergehende Hyperästhesie der Haut in bestimmten Spinalnerven-gebieten charakterisirt sein sollen.

Frank Shearer hat über einen 13jährigen Jungen berichtet, bei dem seit 18 Monaten ein bandartig von der Glutäalgegend bis

\*) Leider konnte in unserem Falle keine histologische Untersuchung vorgenommen werden, da die Patientin von einer Probe-Excision nichts wissen wollte.

zur Hacke reichendes Ekzem bestand. Mit Rücksicht auf die Anamnese und einen während der Beobachtung in der Glutäalgegend entstandenen Herpes wurde angenommen, dass sich jenes Ekzem auf Basis eines Zoster entwickelt habe. Plumert schildert ein (mit luetischen Papeln untermischtes) acutes Ekzem, das sich einseitig im Gebiete des Nerv. cutaneus brach. internus, des Intercosto-humeralis und oberer Thoracalnerven hielt, und er erwägt mit Rücksicht auf die streng eingehaltene Localisation die Frage, ob es sich nicht ursprünglich um einen Herpes zoster gehandelt haben möchte, obwohl die Anamnese hierfür keine Anhaltspunkte gewährte. Auch in unserem Falle ist von einem früheren Herpes zoster nichts Sicheres zu erfahren. Trotzdem sind wir, wie ich glaube mit Sicherheit, berechtigt, eine Erkrankung hinterer Spinalwurzeln anzunehmen. Ob wir nun voraussetzen wollen, dass die Hautaffection ein directes Symptom jener Wurzelläsionen darstellt, oder dass sie sich secundär auf dem von sensiblen und trophischen Störungen beeinflussten Boden entwickelte, und ob demgemäss etwa von einem Zoster chronicus oder einem Eczema zosteriforme geredet werden darf, so führt uns der Fall unter allen Umständen die Abhängigkeit einer chronischen Hautaffection von einer organischen Nervenerkrankung in ganz ungewöhnlicher Weise vor Augen. Das Hereinspielen hysterischer Voraussetzungen kann das neurologische wie das dermatologische Interesse, das der Fall darbietet, nur erhöhen. Vielleicht ist gerade durch die Betheiligung der Hysterie der Fall geeignet, die Lücke zwischen dem Zoster hystericus und dem echten Herpes zoster theilweise auszufüllen.

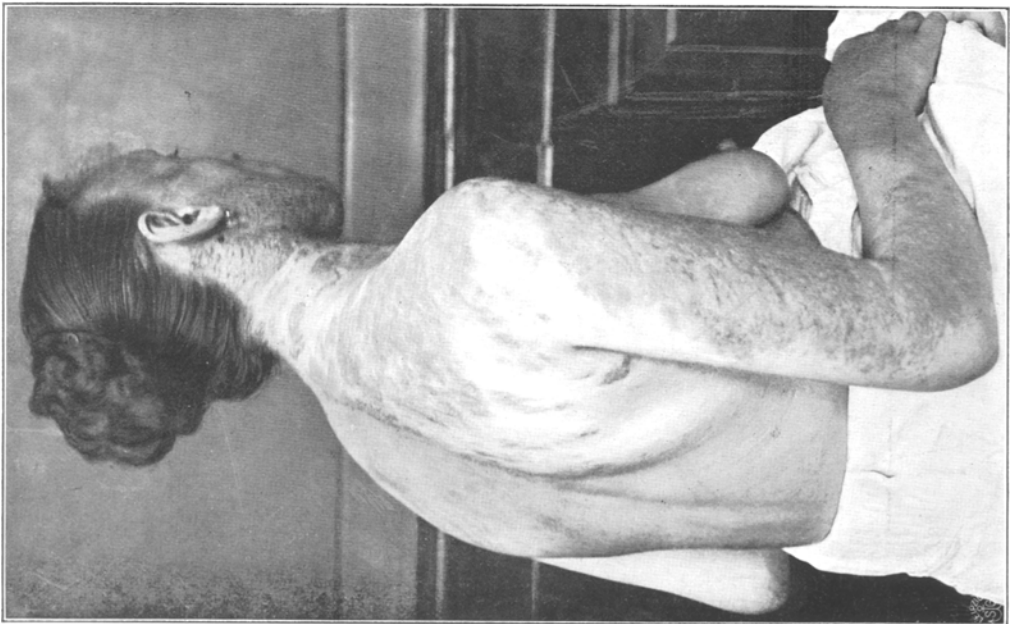
---

### Literatur.

- Arnozan, Lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. Thèse d'agrég. Paris 1880.
- Athanassio, Des troubles trophiques dans l'hystérie. Thèse du Paris 1890.
- Balzer et Michaux, Gangrènes multiples chez une hystérique. Ann. de dermat. 1898 u. 1899.
- Bayet, Contrib. à l'étude du zoster gangréneux hystérique. Journ. des sciences méd. et path. de Bruxelles. 1891.
- Derselbe, Gangrènes disséminées et successives de la peau d'origine hystérique. Ann. de Derm. 1894.
- Blaschko, Beiträge zur Topographie der äusseren Hautdecke. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 43. S. 37.
- Brocq (Déjérine et Mirallié), Eczéma symétrique des mains etc. Annales d. dermat. 1894. S. 791.
- Bulkley Duncan, Ueber die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems. Dermatolog. Studien von Unna. II. H. 5. 1891.

- Chambard, Le zona xanthomateux et le xanthome d'origine nerveux. Ann. d. derm. 1885.
- Danlos, Étude sur la menstruation etc. Paris 1874.
- Dehio, Multiple neurotische Hautgangrän. Petersb. med. W. 30/V. 98.
- Doutrelepont, Ueber einen Fall von acuter multipler Hautgangrän. Arch. f. Derm. 1890. S. 385.
- Derselbe, Ebenda. 1890. S. 385.
- Dubreuilh, Hautaffection hysterischen Ursprungs. Semaine med. 1895. Nr. 842.
- Ehrl, Gangraena cut. hysterica. Wien. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 18.
- Erb, Syringomyelie oder Dystrophia muscul. u. Hysterie?. Neurol. Centralbl. 1893.
- Fournier, E., Zona généralisé etc. Nouv. Iconogr. de la Salpetr. 1895. Nr. 3.
- Gaucher et Barbe, Eruption pemphigoïde gangréneuse d'origine hystérique. Ann. de Derm. 1895.
- Gauthier, Des eruptions cutanées chez les hystériques. Thèse de Lyon 1893.
- Gaucher et Barbe, Syphil. papulo-squameuse zoniforme. Ann. de derm. 1894. S. 535.
- Gilles de la Tourette, Traité clinique et thérapeuth. de l'hystérie. Paris 1895.
- Hallopeau et Constenson, Sur un cas d'ulcérations trophonévrotique. Ann. de Derm. 1899. S. 74.
- Harlingen, van, The hysterical neuroses of the skin. Am. Journ. of med. Scienc. 1897.
- Head, Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Berlin 1898.
- Hintner, Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän. Arch. f. Derm. u. S. Bd. 38. S. 207.
- Holsten, Neurotisches (reflectorisches) Ekzem. Monatschr. f. prakt. Derm. Bd. 18.
- Janovsky u. Mourek, Beiträge zur Lehre von der multiplen Hautgangrän. Arch. f. Derm. u. S. Bd. 35. S. 359.
- Josef, Ueber multiple neurotische Hautgangrän. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 31. S. 323.
- Kaposi, Neuer Beitrag zur Lehre vom Zoster. Wiener medic. Wochenschr. 1874, 1875, 1877.
- Derselbe, Ueber atypischen Zoster gangraenosus und Zoster hystericus. Arch. f. Derm. u. S. 1890.
- Kocher, Die Läsionen des Rückenmarks bei Verletzungen der Wirbelsäule. Mittheilungen aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. I. Heft IV.
- Kopp, Zur Casuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. Münch. med. Wochenschr. 1886. S. 665.
- Krecke, Ueber die Selbstbeschädigung der Hysterischen. Münch. med. Wochenschr. 1895. Nr. 4.
- Leloir, Recherches cliniqu. et anat.-path. sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Paris 1882.
- Leudet, La zona chronique. Arch. gén. de méd. 1887.
- Leredde, Le rôle du système nerveux dans les dermatoses. Arch. gén. de méd. 1899. S. 283.
- Narath, Ueber Gangrän bei Hysterischen. Win. klin. Wochenschr. 1895.
- Neillon, Troubles trophiques etc. Ref. Neurol. Centralbl. 1893. Nr. 2.
- Neuberger, Ueber den sogenannten Pemphigus neuroticus. Arch. f. Derm. u. S. 1892. brg. Bd.
- Derselbe, Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Haut- und Schleimhauterscheinungen. Wiener med. Presse. 1854. Nr. 12.

- Neumann, Ein Fall von umschriebener Gangrän. Arch. f. Derm. u. S. 1882.
- Plumert, Zur Casuistik des Kapitels: Syphilis und Reizung. Arch. f. Derm. u. S. 1890. Bd. 22.
- Pospelow, Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose. Arch. f. Derm. u. S. Bd. 44. S. 91.
- Quinquaud, Lésions trophiques de la main et de l'avant bras etc. Annales de dermat. 1893. S. 254.
- Rasch, Ueber hysterische Hautaffectionen. Dermatol. Centralbl. 1899. Nr. 11.
- Rebreyend u. Lombard, Ref. Monatshefte f. prakt. Dermatol. Bd. 25. S. 146.
- Renaut, Sur une forme de gangrène massive etc. Méd. moderne. 1890.
- Riecke, Zur Kenntniss der Gangraena cutis. Wiener klin. Wochenschr. 1898. Nr. 6.
- Derselbe, Zur Casuistik der Gangraena cutis. Wiener klin. Wochenschr. 1899. Nr. 14.
- Riehl, Gangraena cutis hysterica. Wiener klin. Wochenschr. 1893. S. 826.
- Sangster, Neurotic excoriations. Transact. of th. intern. dermat. Congress. London 1881.
- Schadek, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis. Petersb. med. Wochenschr. 1886. Nr. 52.
- Schenk, Ueber Sensibilitätsstörungen beim neuropathischen Ekzem. Wien. med. Wochenschr. 1899. Nr. 44.
- Schlesinger, Die Syringomyelie. Monographie 1895.
- Shearer, Ref. in Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 4. S. 174.
- Singer, Ueber Spontangangrän und Simulation bei Hysterie. Wiener med. Presse 1893. Nr. 25.
- Souques, Contrib. à l'étude des syndromes hystériques simulateurs etc. Thèse de Par. 1891.
- Staub, Zur Casuistik des atypischen Herpes zoster. Arch. f. Derm. u. S. Bd. 24. S. 241.
- Strümpell, Ueber einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. II. S. 350.
- Stubenrauch, Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän. Münch. med. Wochenschr. 1855. Nr. 13.
- Tesdorff, Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Gangrän. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 33. S. 255.
- Thibierge, Les altérations cutanées de la syringomyélie. Annal. d. dermat. 1890. S. 799.
- Derselbe, Un cas de psoriasis. Annal. d. dermat. 1893. S. 1185.
- Tonnellier, Les gangrènes cutanées d'origine hysterique. Thèse de Paris 1896.
- Trintignan, De l'oedème hystérique. Thèse de Paris 1890.
- Verrier, Des lésions cutanées hystériques chez l'homme. La France méd. 1895. Nr. 50.
- Veuillot, Un cas de gangrène cutanée d'origine hystérique. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1895. Nr. 5.
- Weiss, Zur Lehre des Zoster cerebialis etc. Zeitschrift f. Heilkunde. 1885. S. 479.
- Wichmann, Ein Fall von Hysterie mit trophischen Störungen, Syringomyelie vortäuschend. Berl. klin. Wochenschr. 1895. Nr. 12.
- Derselbe, Die Rückenmarksnerven und ihre Segmentbezüge. Berlin 1900.



Bettmann.

Druck von August Pries in Leipzig.

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.