

Falle das Gegentheil stattfand. Da die Klappe eine Tasche bildete, deren Oeffnung den Eintritt von Darminhalt in das Divertikel begünstigte, so hätte dieselbe sich mit Darminhalt anfüllen und ausdehnen müssen, wenn dies nicht durch die beiden Fenster, welche ihn wieder entweichen liessen, verhindert worden wäre.

Die Klappe halte ich für angeboren. Es ist sehr wahrscheinlich, dass dieselbe Entwickelungsstörung, welche ein Fortbestehen des Omphalomesenterialkanals in Form eines Divertikels bedingte, ebendaselbst auch die beschriebene Klappenbildung veranlasste. Und zwar ist dieses um so wahrscheinlicher, als an der Stelle keine Spur eines etwa abgelaufenen pathologischen Prozesses vorhanden ist, welche allein die Annahme einer erworbenen Veränderung erlaubte.

Aber wie hat sie sich gebildet? Ich enthalte mich, mit Phöbus, jeder Hypothese, indem ich der embryologischen Forschung die Lösung dieser Frage überlassen muss. Schroeder hat für den Phöbus'schen Fall eine sehr geistreiche Erklärung gegeben. Er hält diese Brücke für nichts Anderes, als eine Falte der Schleimhaut, die sich noch erhalten habe, während bei der Abtrennung des Darms von dem Nabel die übrige Haut, sammt der nachbarlichen Schleimhaut in Form des Divertikels ausgestülpt wurden. Für meinen Fall ist jedoch diese Erklärung nicht zutreffend.

Die Meckel'sche Meinung, dass die Anwesenheit einer Klappe beweise, dass der Omphalomesenterialkanal dem unteren Theile des Dünndarmes angehöre, steht mit meinem Falle ebenfalls in Widerspruch.

Erklärung der Abbildung.

Taf. IX. Fig. 2.

Km Klappenmündung. b Obere Brücke. b' Untere Brücke. D Divertikel spitze. Dm Divertikelmündung.

2.

Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Michelson zu meinen Mittheilungen über die Aetiologie der Alopecia areata.

Von Dr. v. Sehlen, z. Z. in München.

Durch die Annahme des Herrn Dr. Michelson im 3. Hefte dieses Archivs Bd. 99 S. 572, dass die von mir (ebend. S. 327--355) beschriebenen Fälle von circumscripter Kahlheit des Kopfes „gar nicht Fälle von Alopecia areata sind“ und dass daher die von mir gezogenen Schlussfolgerungen für die Aetiologie dieser Erkrankung nicht zutreffen, sehe ich mich genötigt, an dieser Stelle zu erklären, dass die Bemerkungen des Herrn Michelson

mir keine Veranlassung geben, weder die Benennung der Fälle noch meine sonstigen Ausführungen irgendwie abzuändern. Es handelte sich in jenen Fällen thatsächlich um Alopecia areata und nicht um Mycosis (Herpes) tonsurans, wie Herr Michelson vermutet.

Ganz abgesehen von der Verschiedenheit des mikroskopischen Befundes, welcher bei der Trichomycosis tonsurans eingreifende Veränderungen des Haarschaftes aufweist, bei der die Wurzelscheiden meist völlig intact sind, während das umgekehrte Verhältniss in den von mir beschriebenen Fällen sich zeigte, so habe ich in keinem der Fälle die geringste Spur des Trichophyton tonsurans nachweisen können, in welchem nach dem übereinstimmenden Urtheil der Autoren seit v. Baerensprung's Untersuchungen die Ursache der Trichomycosis zu finden ist. Die Differentialdiagnose ist auch makroskopisch bei den meist beträchtlichen Reizerscheinungen, welche die Mycosis zu begleiten pflegen, nicht wohl zu verfehlten. Eine Verwechslung wäre nach Michelson's eigenen Angaben¹⁾ höchstens mit gewissen abgelaufenen Stadien des Herpes tonsurans möglich, nachdem in diesen seltenen Fällen bei noch längerem Bestand der kahlen Flecke die anfänglichen Entzündungsscheinungen sich zurückgebildet haben und die Haarstümpfe nachträglich ausgefallen sind. Von mehreren der von mir beschriebenen Fälle habe ich angegeben, dass der Prozess in allen Phasen von der ersten Entstehung an beobachtet wurde. Selbst die kleinsten Stellen waren bis auf das Ausfallen der Haare im Vergleich zur normalen Haut anscheinend unverändert. Niemals bestanden auffälligere Reizerscheinungen, wie Entzündungsvorgänge, Schuppeneffloreszenzen, oder gar Narbenbildung. In keinem Stadium der Krankheit waren auch nur annähernd ähnliche Veränderungen vorhanden, ausser dass in zwei Fällen, die Herr Michelson zur Stütze seiner Annahme besonders hervorgehoben hat, nässende Eczeme in der Umgebung der Area bemerkt wurden.

Aus diesem Grunde habe ich auch bei keinem Falle derartiger „Reizerscheinung“ Erwähnung gethan, zu deren vollkommen willkürlicher Voraussetzung Herr Michelson durch eine irrthümliche Auslegung des von mir gebrauchten Ausdruckes der peripherischen Schüppchenzone geführt worden sein mag. Vielmehr boten alle Fälle durchaus das typische Ansehen der Area Celsi dar, wie es von den Autoren beschrieben wird. Dabei traten an den Areastellen auf den ersten Blick keinerlei Abweichungen von der normalen Beschaffenheit der Haut in auffälliger Weise hervor. Die kahlen Flecken waren völlig haarlos und ohne alle Reste von Haarstümpfen, wie sie in den gewöhnlichen Formen von Mycosis gefunden werden, sie waren ferner mit scharfer Grenze gegen die gesunde Umgebung abgesetzt. Die Haut erschien in der Mitte der Flecken glatt und von weissem Glanz; am Rande war sie weder geschwollen noch geröthet, Bläschen, Pusteln, Schorfe oder Schuppen, wie man sie bei Mycosis beobachtet, fehlten vollkommen. Die Haare am Rande der Stellen waren dem Anschein nach nicht wesentlich ver-

¹⁾ Vergl. v. Ziemssen's Handbuch Bd. 14. II. S. 132.

ändert, nur dass sie auffallend locker in den Haarboden eingefügt waren. Bei genauerer Betrachtung indessen zeigten sich besonders in Fällen, welche in der Behandlung vernachlässigt waren, die Randhaare des öfters von rauhem Aussehen und unregelmässig abgebrochen. Letzterer Umstand wird auch von Herrn Michelson in seiner Abhandlung über Alopecia in v. Ziemssen's Handbuch Bd. 14. II. S. 129 ausdrücklich angegeben.

Ausserdem aber war regelmässig eine geringe Abschilferung feinster weisser Epidermisschüppchen zu bemerken, aber nicht etwa grober Schuppen, wie das Herr Michelson missverständlicher Weise annimmt. Da sich dieser Befund, wenn auch nicht immer in gleichem Grade, bei allen von mir beobachteten Patienten nachweisen liess, so halte ich diese mässige, kleinschilfrige Abschuppung der Epidermis für eine der Area Celsi charakteristische Erscheinung. Sie ist auf die peripherische Zone beschränkt und bildet mit den abgebrochenen, abnorm aussehenden Haaren die einzige Abweichung von dem normalen Verhalten der Cutis. Um so mehr erscheint es berechtigt, ja geboten, sie als etwas dem Krankheitsprozess eigenthümlich Zugehöriges hervorzuheben.

In diesem Sinne habe ich von einer peripherischen Schüppchenzone mit veränderten Haaren gesprochen. Es ist aber leicht verständlich, dass durch eine sorgfältige Pflege der veränderten Hautpartie die Ansammlung der Schüppchen verhindert und die veränderten Haare für gewöhnlich alsbald entfernt werden, so dass nur ausnahmsweise das von mir als typisch bezeichnete Bild der Area zur Beobachtung kommt. Nach Einleitung der Behandlung waren auch in den von mir beschriebenen Fällen diese Symptome nicht mehr gleich deutlich nachzuweisen, obwohl anfänglich der Prozess noch fortschritt. Unter solchen Umständen kann das Fehlen derselben wohl zu der Ansicht führen als seien derartige Veränderungen überhaupt nicht vorhanden, wie man sie bei ungestörter Entwicklung der Alopecia beobachtet. Trotzdem bleiben sie für das nicht künstlich veränderte Krankheitsbild charakteristisch. Das ist der einzige Punkt, in dem meine Befürdung von den Angaben der Autoren über das anatomisch-klinische Bild der Alopecia areata abweichen. Für das Wesen der Krankheit ist diese Differenz nicht unwichtig, für die Diagnose schien sie mir von geringerer Bedeutung, weil ich den Begriff der Alopecia areata, nicht zum mindesten durch die verdienstvollen Arbeiten des Herrn Michelson für genügend festgestellt hielt, um mit diesem Namen den erwähnten Symptomencomplex im Gegensatz zu anderen ähnlichen Affectionen zu bezeichnen, ohne der Gefahr der Ungenauigkeit ausgesetzt zu sein, und um damit die Möglichkeit einer Verwechslung von vornherein auszuschliessen. Dass ein Missverständniss in der Beurtheilung dadurch hervorgerufen werden könnte, als ob es sich in meinen Fällen um Mycosis tonsurans gehandelt habe, konnte ich um so weniger erwarten, als ich keines der für letztere Krankheitsform charakteristischen Symptome in der Beschreibung erwähnt, noch solche beobachtet habe. Aus demselben Grunde aber musste ich den in Rede stehenden Krankheitsprozess Alopecia areata, nicht aber Mycosis tonsurans nennen.

Was noch jene beiden Fälle betrifft, die Herrn Michelson in seiner irrigen Vermuthung bestärkten, weil nässende Eczeme in der Umgebung der Stellen bestanden, so habe ich mit den Worten (l. c. S. 339): „das Eczem, das diese Fälle complicirte“, jene „Reizerscheinungen“, auf die sich Herr Michelson beruft, ausdrücklich als Complicationen bezeichnet. Da sie nur in diesen beiden Fällen vorkamen und dem entsprechend nur bei ihnen erwähnt worden sind, so geht daraus deutlich hervor, dass es sich hier um eine Erscheinung handelte, die von dem gewöhnlichen Bilde der Alopecia, wie es sich in den übrigen Fällen rein und uncomplicirt zeigte, durchaus verschieden war.

Nach dieser Klarlegung des Sachverhaltes halte ich die aus meinen Beobachtungen gezogenen Schlüsse entgegen der Behauptung des Herrn Michelson, als für die Aetiologie der Alopecia areata gültig, in vollem Umfange aufrecht.

Es sei gestattet, an diesem Orte zu erwähnen, dass es mir neuerdings gelang, in der Randzone eines typischen Fälles von Alopecia areata, der im städtischen Krankenhouse zu Hannover beobachtet wurde, die Mikrokokken im Schnitt in den Haarbälgen nachzuweisen. Von exstirpirten Haaren waren, wie ich schon früher a. a. O. in der Anmerkung auf S. 340 berichtete, Mikrokokkencolonien ausgewachsen. Das Präparat verdanke ich der Freundlichkeit des behandelnden Arztes. Die Partie wurde vom Kopfe des lebenden Patienten exstirpiert und sofort in absoluten Alkohol eingelegt. Bemerkenswerth ist, dass sich in den geleerten Haarbälgen secundär eine zweite Bakterienart von Kurz-Stäbchenform angesiedelt hat, denen die Mikrokokken erst den günstigen Boden zur Ansiedlung vorbereitet zu haben scheinen. Nähere Angaben darüber behalte ich einer ausführlichen Mittheilung vor, in der ich zugleich auf die Stellung meiner Befunde zu den früheren, anscheinend gleichsinnigen Beobachtungen¹⁾ von Thin, die mir leider erst jetzt zugänglich wurden, und dem Bacterium decalvans dieses Autors einzugehen beabsichtige.

¹⁾ British medical Journal 1882. p. 304.