

Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. TOMMASO DE AMICIS, Prof. BEHREND, Prof. BERGH, Dr. BESNIER, Prof. BOECK, Prof. BUSCHKE, Dr. CEDERCREUTZ, Prof. DUHRING, Dr. ELSENBERG, Dr. GALEWSKY, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HALLOPEAU, Prof. HARTUNG, Dr. HELLER, Dr. HOCHSINGER, Prof. JACOBI, Prof. JANOVSKY, Dr. JOSEPH, Dr. KLOTZ, Prof. KOPP, Prof. KREIBICH, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. LUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Prof. MAJOCCHI, Prof. v. MARSCHALKÓ, Prof. MATZENAUER, Prof. MERK, Dr. du MESNIL, Dr. NOBL, Prof. v. PETERSEN, Prof. L. PHILIPPSON, Prof. POSPELOW, Prof. POSSELT, J. K. PROKSCH, Prof. REISS, Prof. RILLE, Prof. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Prof. SCHIFF, Prof. SCHOLTZ, Dr. SCHUMACHER IL., Dr. SCHÜTZ, Prof. SEIFERT, Prof. SPIEGLER, Dr. SZADEK, Prof. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. VOLLMER, Prof. WAELSCH, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Prof. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Prof. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Prof. Doutrelepont, Prof. Finger, Prof. Jadassohn, Prof. Lesser, Prof. Riehl,
Königsberg Bonn Wien Bern Berlin Wien

herausgegeben von

F. J. Pick, Prag und A. Neisser, Breslau.

Einundneunzigster Band.



Mit zehn Tafeln und vierzehn Abbildungen im Texte.

Wien und Leipzig.

Wilhelm Braumüller,

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

1908.

I n h a l t.

	Pag.
Original-Abhandlungen.	
Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Amsterdam. Typus maculatus der bullösen hereditären Dystrophie. Von Professor S. Mendes da Costa, Vorstand und J. W. van der Valk, Assistenzarzt. (Hiezu eine Abbildung im Texte und Taf. I.)	3
Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilidologie und Dermatologie (Vorstand: Prof. Finger) in Wien. Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Alfred Brandweiner	9
Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Bern. (Prof. Dr. Jadasohn.) Beitrag zum Studium des Elacins. Von Dr. med. Carl Rodler, Nürnberg, fr. Volontärassistent der Klinik	35
Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Modena. Über das multiple benigne Sarkoid der Haut (Boeck). Von Giuseppe Mazza, o. ö. Professor und Vorstand der Klinik. (Hiezu Taf. II—V.)	57
Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag. (Vorstand: Prof. Kreibich.) Über eine eigentümliche Knötchenbildung an den Haaren bei Seborrhoea capillitii. Von Prof. Dr. Ludwig Waelsch in Prag	79
Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses zu Dortmund (leitender Arzt: Oberarzt Dr. J. Fabry). Nachtrag zu der Arbeit von O. Müller: „Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae mit Lymphdrüsentuberkulose.“ Von Dr. Hermann Fabry, I. Assistenzarzt der Abteilung. (Mit einer Abbildung im Texte.)	85
Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag (Vorstand: Professor K. Kreibich). Zur Kenntnis der Leukoplakia penis. Von R.-A. Dr. Bernhard Fuchs, dz. kommandiert an obiger Klinik	91
Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Dortmund. Zur Frage der Hauttuberkulide. Von Oberarzt Dr. med. Joh. Fabry, Leiter der Abteilung. (Hiezu Taf. VI u. VII und drei Abbildungen im Texte.)	163
Aus der k. k. Klinik für Dermatologie in Wien. (Vorstand: Prof. Dr. G. Riehl.) Über das teleangiectatische Granulom Küttner. Von Dr. Karl Reitmanu, Assistenten der Klinik. (Hiezu Taf. VIII.)	185
Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin. Multiple Polypenbildung der hinteren Harnröhre. Von San.-Rat Dr. Wechselmann. (Hiezu Taf. IX.)	199
Dermatologische Beobachtungen aus West-Grönland. Von Dr. Rudolf Trebitsch (Wien). (Hiezu Taf. X und 5 Abbildungen im Texte.)	205
Über Trichonodosis. Von E. Galewsky—Dresden	225
Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber. Von Josef Schütz (Frankfurt a. Main). (Hiezu zwei Abbildungen im Texte.)	231
Aus der Hautabteilung der Medizinischen Klinik in Jena. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stintzing.) Ein Fall von Erythrodermie bei Drüsen- und Knochentumoren. Von Dr. Bodo Spiethoff, Privatdozent für Dermatologie	265
Aus dem medizinisch-chemischen u. pharmakologischen Institute der Universität Bern (Direktor: Prof. Dr. Emil Bürgi). Über Queck-	

	Pag.
silberbestimmungen im Urin. Von Olga Ratner, cand. med. aus Saratoff (Russland). (Hiezu zwei Abbildungen im Texte.)	271
Weitere Ergebnisse der Quecksilberschnupfungskur. Von Dr. Carl Cronquist, Norrköping	287
Aus der Klinik für venerische und Hautkrankheiten der militär-medizinischen Akademie zu St. Petersburg. (Prof. T. P. Pawlow.) Zur Pathologie der Pitiriasis rubra pilaris. Von Privatdozent Zdzislaw Sowiński	303
Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Bern. (Prof. Dr. Jadasohn.) Zur Kenntnis der Maculae coeruleae. Von Dr. Tièche, I. Assistent der Klinik	327
Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann, Neisser und Bruck. Von Dr. Carl Bruck	337

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Société française de dermatologie et de syphiligraphie	101
Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft	111
Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft	357
Geschlechtskrankheiten	120, 435
Hautkrankheiten	131, 387

Buchanzeigen und Besprechungen. 154, 473

Jarisch. Die Hautkrankheiten. — Lassar, O. Dermatologischer Jahresbericht. — Kienböck, Robert. Radiotherapie. — Giovannini, Sebastiano. Singolare reperto di papille pilifere composte. — Schmidt, G. C. Königsberg. Die Kathodenstrahlen. Wolff-Eisner, Alfred. Die Ophthalm- und Kutan-Diagnose der Tuberkulose. — Saalfeld, Edmund. Kosmetik. — Zumbusch, Leo v. Therapie der Hautkrankheiten. — Mische, R. Bakterien und ihre Bedeutung im praktischen Leben. — Paldrock, A. Jurjew-Dorpat. Der Gonococcus Neisseri.

Varia. 160, 476

A. J. Balmano Squire †.

X. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. — Personalien.

Originalabhandlungen.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. IX ist dem
Texte zu entnehmen.



Dermatologische Beobachtungen aus West-Grönland.

Von

Dr. **Rudolf Trebitsch** (Wien).

(Hiezu Taf. X und 5 Abbildungen im Texte.)

I. Eine eigenartige Form der Alopecie.

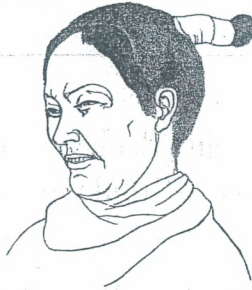
Während meines Aufenthaltes in West-Grönland im Sommer 1906 gelang es mir, eine bis nun in der Literatur noch nicht beschriebene Form der Alopecie zu beobachten. Sie mußte mir umso mehr auffallen, als ich sie in großer Häufigkeit und zwar ausschließlich bei weiblichen Individuen antraf, während wir ja von Europa aus an das ausgesprochene Überwiegen der Alopecie bei Männern gewöhnt sind. Die Affektion ist so häufig, daß das Vorkommen derselben bei erwachsenen Grönländerinnen nahezu die Regel bildet.

Die Besprechung der klinischen Symptome geschieht am besten an der Hand einiger, nach meinen photographischen Aufnahmen hergestellter Zeichnungen.

Fig. 1 zeigt eine in den Zwanzigerjahren stehende Grönländerin aus Godthaab in Südgrönland.¹⁾ Wir sehen auf ihrem Kopfe an ihrer linken Regio parietalis eine handteller-große Stelle der Haare beraubt; die Affektion verliert sich in unscharfen Grenzen gegen den Hinterkopf, setzt sich aber nach vorne zu ziemlich scharf gegen einen breiten, an der Stirnhaargrenze erhaltenen Saum ab.

¹⁾ Westgrönland wird in Nord- und Südgrönland eingeteilt, beide durch den Polarkreis von einander geschieden.

51051 S:10



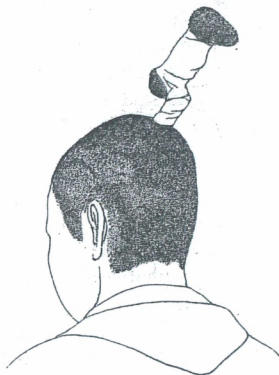
An Fig. 2, einer ebenfalls zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre stehenden Grönländerin sehen wir mehrere die Regio parietalis und teilweise auch occipitalis betreffende kahle Stellen. Sie sind jedoch nicht vollständig der Haare beraubt und erhalten durch Strecken mit dichterem Behaarung ganz unregelmäßige Konturen. Diese Konturen der einzelnen Herde erscheinen stellenweise bereits unterbrochen, so daß eine im weiteren Verlaufe eintretende Konfluenz der Teilerde zu einem großen Herd plausibel gemacht wird. Auch eine Stelle der Nacken-Region zeigt bereits beginnenden Haarausfall. Die Photographie 1 auf der beigefügten Tafel zeigt den Kopf derselben Grönländerin von der anderen Seite.





3

Fig. 3 zeigt die Affektion bei einer ungefähr 30 Jahre alten Grönländerin. Hier sehen wir wiederum in der Regio parietalis eine der Haare beraubte Stelle, deren vorderer Kontur mit der Stirnhaargrenze verläuft und die mit einem langgestreckten Fortsatz gegen den Wirbel hinzieht; ein zweiter derartiger Herd nimmt nahezu die ganze Regio occipitalis ein, beide von einander nur durch eine ziemlich schmale behaarte Stelle getrennt. Diese



4

Frau hat bis vor 10 Jahren noch die landesübliche auf den früheren Bildern ersichtliche Frisur getragen, bedient sich aber seit dieser Zeit einer europäischen Haartracht.

Zwei der nun folgenden Abbildungen stammen aus Nord-Grönland und zwar aus der kleinen Niederlassung Umanatsiak.

In Fig. 4 sehen wir, daß das der Haare größtenteils beraubte Gebiet die Regio temporalis, parietalis und retroauricularis umfaßt. Innerhalb dieses Areales finden sich noch einzelne deutlichere Haarstreifen. Die Frau steht ungefähr im 40. Lebensjahre.

Fig. 5 betrifft eine zirka 50jährige Frau. Hier sehen wir eine ungefähr handtellergröße, teilweise die Regio parietalis und die Regio occipitalis einnehmende kahle Stelle.



5

Diese Abbildungen vergegenwärtigen uns, wie ich glaube, die wichtigsten Varianten dieser Alopecie. In sehr vielen Fällen mußte ich jedoch von einer photographischen Aufnahme absehen, da die betreffende Grönländerin in dem Momente, als sie meine Absicht merkte, meist Reißaus nahm; jedenfalls wollte sie es aus Eitelkeit nicht zulassen, daß ich gerade diese, ihre Partie honteuse verewige.

Die wesentlichsten Symptome der Affektion sind demnach:

1. Sie betrifft bloß weibliche Individuen.
2. Sie scheint zur Zeit der Pubertät zu beginnen und sich von da an unaufhörlich auszubreiten.
3. Ihre Prädilektionsstelle ist die Regio parietalis unmittelbar über dem Ohre.
4. In der Regel finden wir nur eine einzige Plaque, in selteneren Fällen mehrere Inseln, welche allmählich miteinander zu konfluieren scheinen.
5. Von dem ursprünglichen Sitze aus strebt die Affektion sich occipitalwärts und frontalwärts auszubreiten.
6. Beide Seiten des Kopfes sind meist gleichmäßig von der Affektion betroffen, in seltenen Fällen sah ich jedoch die eine Seite ganz intakt.
7. Das Endresultat scheint eine den ganzen Kopf einzunehmende Alopecie zu sein, wie ich sie des öfteren bei Frauen im Greisenalter antraf, wobei aber doch noch immer spärliche Haare von normaler Beschaffenheit erhalten bleiben.
8. An den Haaren selbst konnte ich keinerlei Veränderungen konstatieren und auch die Haut hat gewöhnlich ebenfalls normales Aussehen, nur in seltenen Fällen zeigt sie vermehrte Desquamation.
9. Ob hereditäre Verhältnisse dabei in Betracht kommen, konnte ich bei der allgemeinen Verbreitung der Affektion nicht nachweisen.
10. Ich konnte die Affektion nur bei Grönländerinnen konstatieren, welche die charakteristische grönländische Haartracht trugen, nicht aber bei solchen, welche sich von Jugend an der europäischen bedienten.

Schon der Umstand, daß wir die Affektion ausschließlich bei Frauen und zwar speziell bei solchen finden, welche durch lange Zeit die eigenartige nationale Haartracht getragen haben, weist auf diese Haartracht als den wichtigsten ätiologischen Faktor hin. Wie aus den Abbildungen ersichtlich, werden die Haare von allen Seiten des Kopfes an einer Stelle des Scheitels oder etwas occipitalwärts davon, in der Gegend des Vertex, vereinigt und dort mit einem Bande fest umschnürt.

Diese Haartracht und deren Folgen sind bereits Nansen (6) aufgefallen, der hierüber schreibt: „... so drehen sie ihr Haar mit solcher Gewalt zusammen, daß es nach und nach von Stirn, Nacken und Schläfen zurücktritt und sie in verhältnismäßig jungen Jahren mehr oder weniger kahle Stellen bekommen“

Und weiter heißt es: „Damit sich nun das Haar recht fest zusammendrehen läßt und zugleich einen schönen Glanz erhält, ist es bei den Grönländerinnen Brauch, es vor dem Frisieren in Urin zu baden, wodurch es naß und klebrig wird und sich leichter aufbinden läßt.“

Inwieweit bei der Entstehung der Alopecie der Urin und seine Zersetzungsprodukte mitwirken, läßt sich nicht entscheiden; möglich ist es immerhin, daß dieses Moment unterstützend wirkt. In erster Linie kommt aber wohl bei dieser Haartracht eine rein mechanische Schädigung der Haare und gewisser Partien der Kopfhaut in Betracht.

Die Wirkung auf die Haare besteht in einem kontinuierlichen Zuge und ist wohl geeignet, eine Atrophie der Haarwurzel herbeizuführen, wenn man bedenkt, daß die frisch nachwachsenden Haare immer wieder dieser kontinuierlich einwirkenden Schädigung ausgesetzt werden. Auch der Umstand, daß hiebei die Haare in allen möglichen Richtungen verbogen und gezerzt werden und durch das umschnürende Band die zusammengepreßten Haare fast luftdicht abgeschlossen werden, ist hiebei sicherlich auch von Belang.

Die Haut nun muß durch den Zug der Haare gespannt werden, infolgedessen die Blutzirkulation leiden, darum wieder naturgemäß eine Unterernährung der Haarpapillen stattfinden und so von der Haut aus ebenfalls eine Schädigung des Haares ausgehen. Die Haut wird durch das auf der Photographie 2 auf der beigefügten Tafel sichtbare, allgemein getragene Stirntuch komprimiert und anämisiert. Es wird der Schweiß-Sekretion und der Schuppenbildung und -Anhäufung Vorschub geleistet und so wiederum auf das Haar sicherlich schädigend eingewirkt.

Daß nun die Affektion mit Vorliebe die Regio parietalis und besonders im Anfange befällt, dürfte darin begründet sein, daß die stärkere Vorwölbung des Kopfes an dieser Stelle noch ein die erwähnten Agentien unterstützendes Moment liefert, in-

dem sicherlich an Stelle dieser Vorwölbung die Haut und die Haare eben noch mehr gespannt werden, als an anderen Stellen.

Möglicherweise wird die Entstehung der Alopecie bei den grönländischen Frauen auch noch durch spezielle, im Skelettsystem begründete Ursachen bedingt. Schein (7) führt in seinen geistreichen Untersuchungen über die Entstehung der Glatze die größere Häufigkeit der Kahlheit beim Manne neben anderen Ursachen auf das erhöhte Wachstum des männlichen Schädels zurück, der im ganzen länger und breiter, einer kräftigeren Muskulatur als Insertionsfläche dienen muß. In Grönland zeigen nun die Frauen die Alopecie, während bei Männern Glatzen so gut wie gar nicht vorkommen, dieselben vielmehr durch ihr dichtes, resistentes, dem Roßhaar zu vergleichendes Kopfhaar auffallen. Dieses unseren Verhältnissen geradezu entgegengesetzte Verhalten der Kopfhaut legte uns, eben mit Rücksicht auf die Untersuchungen Scheins, die Vermutung nahe, daß auch die Größenverhältnisse des Schädels der Grönländer andere sein müßten. Diese Vermutung wird durch die Messungen Sören Hansens (5) bestätigt, der angibt, daß

die Länge des männlichen Schädels	11·86%	der Körperlänge
„ „ „ weiblichen	12·24%	„ „
die Breite des männlichen Schädels	9·17%	der Körperlänge
„ „ „ weiblichen	9·86%	„ „

beträgt. Wir sehen also ein von der kaukasischen Rasse verschiedenes Verhalten, es ist der weibliche Schädel, der die im Verhältnis zur Körperlänge bei weitem größere Breite aufweist, während bei den Weißen gerade das umgekehrte der Fall ist [Benedict (1), Buschan (2)].

Im ganzen sind übrigens die Schädelmaße für die Grönländer bei beiden Geschlechtern größer, als bei den Kaukasiern.

Trotzdem werden wir diesem Verhalten nur akzidentelle Bedeutung beimessen; dem Wesen nach gehört die in Rede stehende Erkrankung in die Gruppe der traumatischen Alopecien. Daß Alopecien durch lange einwirkende mechanische Traumen entstehen können, ist eine bereits lange bekannte Tatsache und wir haben bisher den fast regelmäßig auftretenden Haarausfall am Hinterkopf bei lange bettlägerigen Wickelkindern, das Schütterwerden der Haare bei Frauen an jenen Stellen, wo Kämmen,

lokale Perücken getragen werden oder wo die Haare zu einem Knoten aufgebunden werden, endlich den so häufigen Haar- ausfall unter einem beständig getragenen Bracherium, sei es, daß diese Schädlichkeiten direkt wirkend eine Druckatrophie der Haarpapillen erzeugen, sei es, daß sie die Entstehung der Seborrhoe befördern [Brocq (2)] hierher zu rechnen. Auch die von Hallopeau (4) zuerst beobachtete, in letzter Zeit von Wolters (6) ausführlich beschriebene Trichotillomanie gehört hierher. Von allen diesen Formen unterscheidet sich aber die Alopecia groenlandica dadurch, daß sie einen bleibenden Zustand darstellt und daß sie eine ganz gesetzmäßige Lokalisation einhält.

Daß wir diese Erkrankung niemals bei Frauen zivilisierter Länder, bei welchen doch oft ähnliche durch die Frisur bedingte Schädlichkeiten einwirken, beobachten, liegt wohl hauptsächlich daran, daß die stets wechselnde Mode immer wieder andere Partien der Kopfhaut unter den Schädlichkeiten der Frisur leiden läßt, während die Konstanz derselben in Grönland und die Einwirkung derselben bereits vor der Zeit der Pubertät einen irreparablen Schaden herbeiführen. Dies geht besonders deutlich aus unserer Beobachtung des Falles von Fig. 3 hervor, bei welchem die Affektion bestand, trotzdem die Patientin bereits seit 20 Jahren die europäische Haartracht trug.

II. Die Mongolenflecke („blaue Geburtsflecke“).

Diese eigentümliche Pigmentanomalie konnte ich auch bei den Eskimos in Westgrönland beobachten. Ich will hier nur deshalb darauf eingehen, weil dieses Thema in der deutschen dermatologischen Literatur nur wenig berücksichtigt erscheint. Bei den Grönländern wurden diese Pigmentflecke bereits von mehreren Beobachtern vor mir beschrieben. Es gelang mir aber, einige diesen dabei zugestoßene Irrtümer richtig zu stellen.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen, die ich bereits im Archiv für Anthropologie (24) nieder-

gelegt habe, lassen sich im wesentlichen in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die blauen Geburtsflecke der Eskimos kommen nicht nur bei Säuglingen — dies glaubten nämlich die früheren Beobachter — sondern auch bei älteren Kindern, sogar bei Erwachsenen vor.

2. Kommen die blauen Geburtsflecke der Eskimos nicht nur, wie früher angenommen wurde, bei reinrassigen, sondern auch bei sicher gemischt rassigen Individuen vor, können also nicht als verlässliches Merkmal für die Reinheit der Rasse verwertet werden.

3. Die Lokalisation der Flecke scheint die Regio sacralis und deren nächste Umgebung zu sein.

4. Eine Regel bezüglich der Dauer der Persistenz der blauen Geburtsflecke konnte ich nicht ermitteln.

5. Bezüglich der Art der Rückbildung scheint aus einzelnen Fällen hervorzugehen, daß sie vom Zentrum des Fleckes ausgeht und gegen die Peripherie fortschreitet.

6. Ich konnte niemals mit Sicherheit eine spätere Ausbreitung der blauen Geburtsflecke feststellen.

7. Bezüglich der Heredität scheint aus einem Fall hervorzugehen, daß eine solche vorhanden ist. Sicheres konnte ich jedoch nicht ermitteln.

8. Die Farbe der Flecke variiert von einem lichten Blau bis zu einem nahezu vollkommenen Schwarz, daher sie mitunter tatsächlich schwer von Kontusionen zu unterscheiden sind.

9. Es findet absolut kein Abblassen auf Druck statt.

10. Die Haut im Bereiche der blauen Geburtsflecke zeigt stets ganz normales Aussehen, keine Spur von Entzündungserscheinungen, keine Palpationsunterschiede gegenüber der Umgebung, keinerlei Abnormitäten bezüglich der Behaarung.

11. Die Grenzen der blauen Geburtsflecke sind manchmal scharf, manchmal undeutlich.

12. Im allgemeinen scheinen die blauen Geburtsflecke bei dunkler pigmentierten Eskimos eher anzutreffen zu sein, als bei heller pigmentierten.

Bis nun liegen Beobachtungen bei Japanern (Ashmead 3, Bälz 4, Grimm 16, ten Kate 21), Chinesen (ten

Kate 21), Koreanern (ten Kate 21, Bälz 4), Hawaiern (Bälz 4), Malaien (Bälz 4), Indianern (Bälz 4, Lehmann-Nietzsche 19, Starr Frederick 20), Negern (Frederick 14, Brennemann 8), Eskimos in Grönland (Eschricht 13, Sören Hansen 17, Holm 18, Saabye 22, Trebitsch 24), endlich auch bei der kaukasischen Rasse (Adachi 2, Epstein 12, Sperck 24, Fujisawa 15) vor.

Auch das mikroskopische Verhalten der „blauen Geburtsfleck“ ist untersucht worden. Bälz, Grimm, Adachi, Brennemann (l. c.) und Birkner (6) haben es bei Japanern, Chinesen, Kaukasiern und Negern erforscht.

Aus den Arbeiten der genannten Autoren geht hervor: Die blauen Geburtsfleck sind bedingt durch in die tiefen Schichten des Corium eingelagerte Pigmentzellen. Diese sind teilweise spindel-, teilweise sternförmig.

Aus der Literatur [Grimm, Epstein (l. c.)] geht auch hervor, daß die blauen Gesäße verschiedener Affenarten ein Analogon der Geburtsfleck des Menschen sein sollen.

Was die Differentialdiagnose betrifft, so kommt sie wohl nur ganz in der Theorie gegenüber dem Naevus vasculosus, pigmentosus und Kontusionen der Regio sacralis in Betracht. In der Literatur wird nämlich wiederholt auf die Möglichkeit einer solchen Verwechslung aufmerksam gemacht. Bei genauerer Untersuchung wird man wohl aus ganz von selbst sich ergebenden Gründen diese Affektionen nicht verwechseln können.

Was die Bedeutung der blauen Geburtsfleck betrifft, so gehen darüber die Meinungen der Autoren auseinander. Ursprünglich hieß es, man habe es hier mit einem Merkmal der mongolischen Rasse zu tun und sein Vorkommen bei einem einer nicht mongolischen Rasse angehörigen Volke beweise einen mongolischen Einschlag in den betreffenden Fällen. Schließlich wurde diese Pigment-Anomalie bei so vielen verschiedenen Nationen gefunden, die sicherlich mit Mongolen gar nichts zu tun haben, daß die Majorität der Forscher jetzt der Annahme zu huldigen scheint, daß die blauen Geburts-

flecke eine Eigentümlichkeit der nicht weißen Rassen überhaupt seien. Einzelne Autoren haben auch ganz persönliche Ansichten, auf die wir hier nicht eingehen können. Am weitesten geht wohl Epstein (l. c.). Er hat in den letzten Jahren durchschnittlich bei 1 von 600 neugeborenen Kindern an der Prager Klinik den Fleck in der Regio sacralis konstatiert. Er will nun diese Pigmentierung nicht als Rassenmerkmal gedeutet wissen, sondern sie in eine Reihe mit anderen pathologischen Erscheinungen in der Regio sacralis bei Kindern gebracht wissen. Hieher gehören nach seiner Ansicht die Fovea coccygea, der Naevus vasculosus und pigmentosus der Kreuzgegend, die Hautanhänge in der Steißbeingegend und andere mehr.

Ich möchte mich hinsichtlich der Bedeutung der Mongolenflecke jedoch der Ansicht derjenigen Autoren anschließen, die sie für ein Merkmal einer nichtweißen Rasse halten. Bei den farbigen Völkern kommen nämlich die Flecke ungleich häufiger vor; so sollen bei Chinesen und Japanern 97% aller Neugeborenen diese Pigmentanomalie aufweisen, ähnliche Verhältnisse ergeben sich auch bei Negern; bei allen in Europa also bei Weißen gefundenen Fällen läßt sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit, was selbst Epstein (l. c.) zugeibt, ein mongolischer Einschlag, also ein Hinweis auf eine Verwandtschaft mit einer nichtweißen Rasse, nachweisen.

III. Sonstige Dermatosen.

A. Lepra. Aus der dänischen medizinischen Literatur geht deutlich hervor, daß es in Grönland keine Lepra gibt. Schon Karl Lange (5) erwähnt dies im Jahre 1864 ausdrücklich. Diese Behauptung wird von späteren dänischen Autoren bestätigt. Auf eine Anfrage des seither verstorbenen Wiener Dermatologen Hofrat Prof. Isidor Neumann schrieb ihm der Kopenhagener Dermatolog Professor Rudolf Bergh im Frühjahr 1906, daß es keine Lepra in Grönland gebe. Dr. Gustav Meldorf, einer der besten Kenner grönländischer Krankheitsverhältnisse, antwortete mir im Frühjahr 1908 auf meine Anfrage im gleichen Sinne. Er habe,

schreibt er, während seiner 6jährigen ärztlichen Tätigkeit im Distrikt Julianehaab, das heißt im südlichsten Teil Grönlands (1897—1903), niemals irgend einen Fall von Lepra konstatieren können, es sei auch niemals ein solcher von einem Arzte in Grönland konstatiert worden. Wohl aber fänden sich laienhafte Angaben über Hautkrankheiten in der Grönland-Literatur, aus denen man auf Lepra schließen zu können glaubte. Diese Tatsachen sind umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, daß nach Meldorf (7) in Südgrönland vom Jahre 1000—1500 eine isländische Kolonie bestand, daß also die Krankheit, die damals nahezu unzweifelhaft in Island epidemisch war, nicht eingeschleppt worden sei.

Die Angaben der deutschen und französischen Literatur über Lepra in Grönland sind jedoch teilweise mit den dänischen nicht gleichlautend. Nach Lesser (6) findet sich Lepra in Grönland, ebenso nach Babes (1). Dieser behauptet, daß Lepra sich im südlichsten Teil von Grönland vorfinde und durch Auswanderung dorthin verschleppt worden sei. Dieser Autor bringt sogar eine Karte, auf der der südlichste Teil Grönland (nach der Schraffierung) Lepra im Mengenverhältnis 1 : 50.000 aufweisen soll.

Was nun die französische Literatur betrifft, so findet sich dieselbe Karte in der *Pratique dermatologique* (10). Vielleicht stammt sie in dem deutschen Werke daher. Die *Pratique dermatologique* hat sie hinwiederum von Proust (11) entlehnt. Dieser behauptet, man habe einige Fälle von Lepra in Canada und Grönland beobachtet.

Ich habe nun, angeregt durch diese Meinungsverschiedenheit, diese Frage in Grönland, längs der Westküste von Fredrikshaab bis Upernivik, der nördlichsten Kolonie, studiert. Der Behauptung, daß Lepra nach Grönland durch Auswanderung eingeschleppt werden könne, muß ich mit aller Entschiedenheit entgegentreten, da Grönland vom Weltverkehre gänzlich abgeschlossen gehalten wird. Der auf der erwähnten Karte als mit Lepra behaftet bezeichnete Teil Südgrönlands deckt sich größtenteils mit dem von Dr. Meldorf als leprafrei befundenen Distrikt von Julianehaab. Auch ich konnte nicht einen einzigen Fall von Lepra auffinden. Wahr-

scheinlich sind die Angaben über das Vorhandensein von Lepra in Grönland auf die von Meldorf erwähnten laienhaften Schilderungen zurückzuführen. Wir können also mit vollem Recht uns der Ansicht der dänischen Literatur anschließen: Es gibt keine Lepra in Grönland.

B. Syphilis.¹⁾ Im Jahre 1864 berichtet Karl Lange (l. c.), daß es in Grönland keine Lues gibt. Er folgert daraus, daß die Grönländer eine bedeutend herabgesetzte Disposition für Lues haben müssen. Wir erfahren jedoch von Helms (3), daß es im Jahre 1872 Syphilis in Ivigthut und 1874 in Asuk gab, beides Ansiedlungen in Süd-Grönland. Die Krankheit sei von ausländischen Bergwerksarbeitern eingeschleppt worden. Von den 50 damals unter den Eskimos konstatierten Fällen von Lues seien jedoch nur 25 ganz unzweifelhaft gewesen. Bei den übrigen 25 Fällen könne es sich jedoch um Verwechslungen mit Folgeerscheinungen von Furunkulose und pediculosis corporis et capitis gehandelt haben. Auch Epithelverluste infolge Tabakrauchens, meint Helms, könnten fälschlich für Lues gedeutet worden sein. In den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts habe man noch vereinzelte Fälle von Lues in dieser Gegend beobachtet. Um das Jahr 1890 war Helms in der Gegend von Ivigthut und Asuk als Distriktsarzt tätig. Er konnte um diese Zeit nicht mehr die geringste Spur einer überstandenen oder auch einer rezenten Lues in diesem Teile des Landes finden. Das rasche Erlöschen dieser Epidemie ist jedenfalls sehr auffällig. Helms schließt daraus auf eine herabgesetzte Disposition der Grönländer für Lues. In Übereinstimmung mit Helms konstatieren die dänischen Ärzte, daß es von 1890 an keine Lues mehr im Grönlande gab.

In der deutschen Literatur streift Scheube-Griez (13) dieses Thema. Er meint, daß von einer Immunität der Grönländer oder irgend einer Rasse gegen Lues neueren Forschungen zufolge wohl nicht die Rede sein könne; er glaubt hingegen, daß Syphilis sich trotz wiederholter Einschleppung in Grönland deshalb wenig verbreite, weil das Land vom Welt-

¹⁾ Herrn J. K. Proksch (Wien) bin ich für einige freundlichst persönlich erteilte Auskünfte zu wärmstem Danke verpflichtet.

verkehr ausgeschaltet und weil seine Bevölkerung sehr dünn sei.

Von Franzosen berichtet Rey (12) über Syphilis in Grönland und zwar folgendes: Er behauptet, daß Bellebon und Guerault in Grönland Syphilis konstatiert hätten und zwar nur bei den die Küste bewohnenden Stämmen, nicht bei denen des Inneren (!?) Sie sei von Walfischfängern eingeschleppt worden.

Ich muß mich meinen Beobachtungen zufolge den dänischen Berichten anschließen und ebenfalls behaupten: Es gibt keine Syphilis in Grönland. Mit Scheube-Griez (l. c.) übereinstimmend möchte ich auch den Grund in erster Linie in der Ausschaltung des Landes vom Weltverkehr suchen. Erst in zweiter Linie möchte ich die vorgeschriebene Untersuchung anführen, welcher sich jeder Grönland-Reisende aussetzen muß, bevor er dieses Polarland bereisen darf. Es muß dabei konstatiert werden, daß er frei von Lues und allen anderen Infektionskrankheiten ist, falls er die Erlaubnis zum Reisen erhalten soll. Hinsichtlich der Lues ist wohl aus vielerlei zur Genüge bekannten Gründen ein solches Examen nicht unbedingt verläßlich. Trotz dieser Vorsichtsmaßregeln von Seite der Regierung ist aber doch Gonorrhoe im Distrikt von Julianehaab 1897 und 1901 eingeschleppt worden, wie wir von Dr. Meldorf (9) erfahren. Übrigens ist es auch nicht zu vermeiden, daß dennoch nicht Untersuchte nach Grönland kommen; Schiffbrüchigen und an Kohlenmangel leidenden Seefahrern ist es nämlich selbstverständlich gestattet, so lange auf Grönland zu verweilen, bis sie auf irgend eine Weise weiter befördert werden können. Reys (l. c.) Bemerkung aber ist insoferne unrichtig, da es überhaupt keine Bewohner des Inlandes gibt, weil dort nur Inlandeis vorhanden ist. Es dürfte sich hier um eine Verwechslung mit Labrador-Eskimos handeln, bei denen ebenso wie bei den Eskimos auf den Aleuten [Scheube-Griez (l. c.)] Syphilis vorkommen soll.

Ulcus venereum wurde in Grönland niemals konstatiert. Es findet sich nirgends in der Grönland-Literatur eine darauf bezügliche Andeutung. Übrigens hat mir Professor Dr. Eduard Ehlers in Kopenhagen in einer Unterredung im Früh-

jahr 1906 mitgeteilt, daß diese Affektion in den skandinavischen Ländern, d. i. Dänemark, Schweden, Norwegen und Island derzeit gänzlich unbekannt sei.

C. Aus der dänischen Literatur ist zu entnehmen, daß Hautkrankheiten in Grönland sehr verbreitet sind. Von Karl Lange (l. c.) erfahren wir, daß sie nach der Lungentuberkulose die häufigsten Affektionen darstellen und zwar in folgender Reihenfolge: 1. Skabies, 2. Ekthyma, 3. Ekzema, 4. Eczema impetiginosum, 5. Furunkulosis. Der Autor bemerkt hiebei ausdrücklich, daß die einzelnen Furunkel sehr groß werden. Den Berichten Dr. Kjaers (4) zufolge, der lange Zeit Distriktsarzt in Grönland war, trifft man auch sehr oft Favus, Tinea trichophytina, Impetigo und Ekzem bei Kindern an der Haargrenze an. Dieser Autor erwähnt ferner, daß Herpes zoster und Varizellen durchaus keine Seltenheit seien, hingegen Morbilli und Skarlantina niemals vorkommen. Nach dem übereinstimmenden Urteile von Karl Lange (l. c.) und Kjaer (l. c.) kommt Lupus vulgaris (was übrigens von allen Seiten bestätigt wird) in Grönland niemals vor. Skorbut ist nach Kjaer (l. c.) auch eine ziemlich gewöhnliche Erkrankung, besonders bei der einheimischen Bevölkerung der dänischen Kolonie Jakobshaun. Als ursächliches Moment betrachtet unser Gewährmann die nahezu ausschließliche Fischnahrung der Eskimos. Die Krankheit trete zumeist in den Monaten Februar und März auf und beginne mit Nasenbluten. Von Tumoren der Haut finde ich bei Kjaer (l. c.) das Keloid des Ohrläppchens als häufiges Vorkommnis besonders erwähnt. Über sein Zustandekommen unterrichtet uns Meldorf (9) ausführlich:

„Sie (die Keloide) sind wahrscheinlich auf Irritation beim Durchbohren des Ohrläppchens und auf die Ohringe zurückzuführen.“ Dann heißt es weiter: „Das Loch im untern Teile des Ohres wird — nach dem mir in Grönland Mitgeteilten — gewöhnlich schon in der Kindheit mit einer Schneehuhnfeder gestochen und die Operation wird häufig in der Kindheit von einem

anderen Mädchen vorgenommen, nachdem es erst das Ohrläppchen zwischen seinen Zähnen tüchtig bearbeitet hat, um es weich zu machen, damit es sich leichter mit der Schneehuhnfeder durchbohren lasse. Diese läßt man nach dem Durchbohren längere Zeit im Ohr sitzen, um das Loch im Ohrläppchen daran zu verhindern wieder zusammen zu wachsen.“

Hastrup (2) erwähnt, er habe das Keloid niemals bei Männern gesehen, obwohl diese auch Ohringe tragen.

Die Ursache der Häufigkeit der Hautkrankheiten erblickt Karl Lange (l. c.) in folgenden Umständen: 1. In der Unreinlichkeit der Grönländer, 2. in der Kleidung (Reizung der Haut durch Vogelbälge). Das Oberkleid der Grönländer bestand damals und besteht auch heute zumeist aus Vogelbälgen. Der Verfasser nimmt an, daß die Zahl der Hautkrankheiten bei den Grönländern seit Einführung der europäischen Tracht abnehme. Das ist auch sehr wohl erklärlich, da das Tragen von Leinwand in Form von Hemden die Haut weit weniger reizen mag, als Tierfelle, welche bei der original grönländischen Tracht mit der Haut direkt in Berührung kommen. Ich glaube, daß es jetzt schon beinahe keinen Grönländer mehr gibt, der nicht ein Hemd trüge.

Der Verlauf der Hautkrankheiten gestaltet sich nach Meldorf (8) wohl etwas anders, als bei uns. Die Dermatosen werden nämlich dadurch gewöhnlich verschlimmert, daß auf exkorierte Stellen der Haut Eidervogelfelle, mit der behaarten Seite der Haut zugekehrt, gelegt werden. Dieses Verfahren gelte nämlich als Volksheilmittel.

Ich selbst habe folgendes konstatiert: Ich fand viele Fälle von *Pediculosis corporis*, *pediculosis capitis*, *Furunculosis* und *Skabies*, alle diese Affektionen häufig mit Ekzem kombiniert. Die *Skabies* tritt, wie mir schien häufig als *Scabies agria*, aber niemals als *Scabies norwegica* auf. Ich konnte wie die erwähnten Autoren niemals einen Fall von *Lupus vulgaris* konstatieren. Es ist dies umso erstaunlicher, da Tuberkulose, besonders als Lungentuberkulose ungemein häufig ist und da die Haut der Grönländer infolge ihrer auffallenden Unreinlichkeit wohl zu allen Affektionen sehr disponieren muß. Ob die Ursache hievon

in klimatischen Verhältnissen oder in einem Verhalten des Tuberkelbazillus der Haut gegenüber gelegen ist, möchte ich nicht zu entscheiden wagen. Wenn ich Epistaxis häufig beobachtete, so könnte dies möglicherweise mit Skorbut in Zusammenhang gebracht werden und diese Erscheinung vielleicht in manchen Fällen als Vorbote eines spätern Skorbut aufgefaßt werden. Als ich nämlich eine ungefähr 14 Tage lange Bootsreise mit einer 15 Köpfe starken Rudermannschaft zu machen hatte, war jeden Tag zum mindestens einmal Epistaxis bei irgend einem der Leute zu konstatieren. Selbstverständlich wirken hier auch die ganz gewöhnlichen jedem Laryngorhinologen bekannten Ursachen mit (*locus Kieselbachii*); zur Erklärung der ungewöhnlichen Häufigkeit des Phänomens erscheinen sie mir jedoch nicht ausreichend. Klimatische Verhältnisse allein können hier wohl nicht maßgebend sein; denn ich habe an mir und an meinem europäischen Reisegefährten sowie an andern Europäern nicht ein einziges mal Epistaxis wahrnehmen können.

Zum Schluß erübrigt es mir noch, Herrn Dr. Walther Pick in Wien für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung meiner Arbeit bestens zu danken.



1.



2.

Trebitsch: Dermatologische Beobachtungen aus West-Grönland.