Aus der medizinischen Poliklinik der Universität Greifswald.
(Direktor: Herr Professor Dr. Strübing.)

Herpes zoster mit generalisierter Lokalisation.

Von

Dr. **Beyer**,
Assistenzarzt.

Ende der 80er Jahre beschrieben französische Autoren eine Abnormität des Herpes zoster, die darin bestand, daß sich der typische Ausschlag nicht nur im Gebiet des hauptsächlich und primär erkrankten Nerven zeigte, sondern daß sich über den ganzen Körper unregelmäßig verstreut eine verschieden große Zahl von mehr oder weniger einzelstehenden Bläschen entwickelte. Letztere lagen aber nie so dicht zusammen, daß man an eine gleichzeitige Affektion mehrerer Nerven durch das Virus des Zoster hatte denken können: sie verdankten ihre Existenz wohl vielmehr der neuritischen Reizung bloß einzelner Nervenendigungen in der Haut, oder höchstens der kleinsten Nervenäste. Da diese Veröffentlichungen in der deutschen Literatur im ganzen nur geringe Beachtung gefunden haben, ist es wohl von Interesse, auf die Ergebnisse der französischen Arbeiten kurz einzugehen.

Besonders hervorzuheben ist die schon kurz erwähnte unregelmäßig zerstreute Lage der „Vésicules aberrantes“, wie Fournier und andere diese Abnormität benannten. Die Zahl derselben schwankt in den bisher veröffentlichten Fällen zwischen einer einzigen und einigen vierzig. Während ein Teil der Bläschen im Bereich des primär affizierten Nerven recht häufig

hämorrhagisch, ja selbst gangränös zu werden pflegt, ist nach Molinié dies bei den „falsch lokalisierten“ nie der Fall. Häufig erfolgt die Entstehung der „Vésicules aberrantes“ schubweise. Was weiter die Häufigkeit dieser Erscheinung anbetrifft, so glaubte Tenneson sie in 90% sämtlicher Zosterfälle nachweisen zu können. Molinié beschränkte sich schon auf die Behauptung, daß „ausgedehnte Zosteren stets, mittlere häufig“ „Vésicules aberrantes“ zeigten. Auch Mraček schreibt einmal beiläufig, daß diese verirrtten Bläschen nicht allzu selten zur Beobachtung kämen. In der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe ich jedoch kaum ein Dutzend derartige Beobachtungen gefunden.

Wenn die „Vésicules aberrantes“ in besonders großer Zahl auftreten, ist es offenbar unmöglich, zwischen ihnen und dem sogenannten „Herpes zoster universalis“ einen scharfen Unterschied zu machen; sind ja auch diese beiden Krankheitsbilder schließlich nur graduell verschieden. Am meisten dürfte es sich empfehlen, den Ausdruck „Zoster universalis“ nur für die ausgedehntesten, alle oder doch wenigstens die meisten großen Nervenstränge affizierenden und in deren Gebiet den bekannten Bläschenausschlag in der typischen Form hervorruhenden Zosteren zu reservieren. Typische Fälle dieser Art sind allerdings äußerst selten: am bekanntesten ist die Colombinische Beobachtung (man findet eine Abbildung auch in Mračeks Handbuch II, p. 622): neben den drei Trigeminusästen waren fast sämtliche Spinalnerven affiziert; der Ausschlag war vollkommen symmetrisch. — Wie auch aus der Abbildung ersichtlich ist, besteht ein weiteres interessantes Moment bei der Colombinischen Beobachtung darin, daß die einzelnen Bläschenbänder um den Thorax herum immer durch einen Streifen unveränderter, gesunder Haut getrennt waren: man konnte also bei jeder einzelnen Effloreszenz mit Bestimmtheit feststellen, der Erkrankung welches Nerven es seine Entstehung verdankte, oder mit andern Worten ausgedrückt: der Patient hat statt eines einzigen Zoster deren mehrere gehabt.

Ganz anders ist die Haslundsche Publikation, der dieser Autor — der Ausdruck „Vésicules aberrantes“ war damals noch nicht geprägt — die Überschrift gab: „Herpes zoster

mit generalisierter Lokalisation“: Zu einem Zoster lumbodorsalis sinister traten nacheinander einzelne Bläschen am übrigen Rumpf, am Gesicht, an den oberen und in geringerem Grade auch an den unteren Extremitäten, ferner an der Gaumenschleimhaut und dem linken Zungenrand.

Diese Beobachtung dürfte doch mit Bestimmtheit unter die Rubrik der „Vésicules aberrantes“ gezählt werden, zeigt sie doch alle Eigentümlichkeiten derselben. Vor allem beachte man im Gegensatz in dem Falle Colombinis das unregelmäßige Zerstreutsein „einzelner“ Bläschen über den ganzen Körper.

Entsprechende Veröffentlichungen sind in allerdings recht geringer Zahl auch von andern Autoren erfolgt. Auch in der hiesigen medizinischen Poliklinik kam ein ähnlicher Fall zur Beobachtung, der jedoch in seinem weiteren Verlauf eine bemerkenswerte Verschiedenheit zeigte. Derselbe soll hier kurz beschrieben werden:

Am 23./X. 1903 suchte der Händler V. P., 45 Jahre alt, die Hilfe der medizinischen Poliklinik nach. Die Familienanamnese ergab, daß der Vater im Alter von 74 Jahren an Alterschwäche gestorben, die Mutter zirka 30 Jahre alt der „galoppierenden Schwindsucht“ erlegen sei. Als Kind hat P. Masern und Scharlach, später im Alter von 23 Jahren einen schweren Typhus überstanden. Vor einigen Jahren litt er an halbseitigem Kopfschmerz, der auf Antipyrin prompt zurückging.

Nachdem sich P. vor 8 Tagen auf der Jagd erkältet hatte, bekam er in der darauffolgenden Nacht starke Schmerzen in der rechten Seite des Thorax, welche auf einen Prießnitzumschlag in keiner Weise reagierten, sich jedoch im Verlauf von 6 Tagen ohne Behandlung sehr besserten. In der Nacht vom 20.—21./X. erschien dann ein typischer linksseitiger Intercostalzoster. Da die Schmerzen nicht ganz verschwanden und auch noch Magenbeschwerden auftraten, stellte sich P. am 23./X. in der medizinischen Poliklinik vor.

Die Untersuchung ergab an diesem Tage folgenden Status:

Status praesens: Mittelgroßer, grazil gebauter, mäßig genährter Mann mit schlaffer Muskulatur und dürtigem Fettpolster.

An Herz und Lunge nichts pathologisches nachweisbar.

Urin: S-A.

Reflexe: Patellarreflex lebhaft, Ulnar- und Radialreflex beiderseits deutlich, ebenso Cremasterreflex. Kein Fußklonus.

In Höhe des 7. bis zum 10. Intercostalraum erstreckt sich auf der linken Thoraxhälfte von der Wirbelsäule bis zur vorderen Medianlinie ein typischer Bläschenausschlag: die Bläschen sind von einem typischen

roten Hof umgeben, so daß in Höhe des Halbkreises sich überhaupt keine normale Haut befindet. Die Breite dieses Gürtels beträgt auf dem Rücken bis zu 10 cm, auf der Brust bis zu 7 cm. Die Bläschen zeigen z. T. noch wasserhellen Inhalt; dagegen ist ein großer Teil, vor allem die zentral gelegenen schwärzlich verfärbt. Diese Farbe ist bedingt durch den blauroten flüssigen Inhalt.

Außerdem finden sich noch an verschiedenen Stellen des Körpers vereinzelt stehende Bläschen, und zwar: ein solches 2 cm unterhalb der linken Mammilla; in Höhe der V R dicht neben dem Sternum je eins ober- und unterhalb derselben und zwischen beiden 2 cm nach links noch eins. Ferner finden sich am Abdomen 5 cm nach unten und links vom Nabel ein einzelnes Bläschen, ein ebensolches ungefähr 4 cm über der Mitte des linken Lig. Pouparti, ungefähr in der Mitte zwischen beiden 5 cm nach links drei dicht zusammengelagerte Bläschen. Auf der Vorderseite des Rumpfes ist also eine vollkommene Immunität der rechten Körperhälfte zu konstatieren: dagegen ist auf dem Rücken die rechte Körperseite eher etwas stärker als die linke befallen. Es finden sich hier Bläschen an folgenden Stellen: 4 cm nach rechts von dem zwölften Brustwirbel drei in Dreiecksform ziemlich dicht zusammengelagerte, denen an gleicher Stelle links ein einzelnes entspricht, ferner über der Glutaealmuskulatur rechts vier Bläschen in einer Reihe; auch hier findet sich an der homologen Stelle links ein einzeln stehendes Bläschen, welches jedoch bereits livide Verfärbung des Inhalts zeigt.

Am Kopf finden sich dicht über der rechten Augenbraue, ihr parallel gelagert, zwei Bläschen, unterhalb des linken Auges ebenfalls zwei, deren oberstes dem Foramen infraorbitale entspricht, während das untere 1.5 cm tiefer liegt. Außerdem findet sich entsprechend dem linken Foramen zygomaticum ein bereits blauschwarz verfärbtes Bläschen.

Was nun die obere Extremität anbetrifft, so findet man an der rechten, ungefähr der Ansatzlinie des *Musc. pectoralis maior* entsprechend drei in einer Reihe gelagerte Bläschen, ferner auf der Rückseite ein einzelnes entsprechend dem Durchtritt des *N. cutaneus brachii lateralis* durch die Fascie und ein ebensolches links über dem distalen Ansatz des *Musc. deltoideus*.

Von den untern Extremitäten ist die linke am meisten affiziert: die 6 Bläschen finden sich sämtlich im Bereich der *Nn. cut. fem. ant.* Am rechten Knie finden sich zwei Bläschen, deren oberstes der Durchtrittsstelle des *N. intrapatellaris* durch die Fascie entspricht, während das untere 1.5 cm tiefer liegt.

Die Therapie berücksichtigte bloß den ausgedehnten Intercostal-zoster und war eine symptomatische.

Während in den nächsten Tagen die Temperatur normal blieb und die Bläschen an der Stirn bereits einzutrocknen begannen, zeigten am 26./X. das oberste der beiden am rechten Knie und auch zwei der an der fünften Rippe neben dem Sternum gelegenen einen blaurot verfärbten Inhalt.

Am 29./X. beginnen die nicht gangräneszierten Bläschen einzutrocknen, die andern haben ihre Decke abgestoßen und es liegt hier die rote, eiterig belegte Cutis frei.

Am 7./XI. sind die Effloreszenzen gut zurückgebildet, an Stelle der nach und nach abgestoßenen Krusten ist normal gefärbte Haut ohne Narbenbildung erschienen. Lediglich an Stelle der gangräneszierten Bläschen befinden sich noch granulierende Substanzdefekte, an deren Stelle am 26./XI, als sich P. wieder vorstellte, inzwischen kleine, oberflächlich gelegene strahlige Narben entwickelt hatten.

Wenn ich die Abweichungen dieser Beobachtung von dem Verlauf eines typischen Zoster noch einmal kurz zusammenfasse, so sind hier folgende Punkte hervorzuheben: Die im Gebiet anderer, als des primär und hauptsächlich affizierten Intercostalnerven gelegenen Bläschen stehen im allgemeinen vereinzelt, höchstens zu zwei oder drei zusammen, unregelmäßig über den ganzen Körper verstreut, so daß man wohl berechtigt ist, die Diagnose auf Herpes zoster intercostalis gangraenosus mit „Vésicules aberrantes“ zu stellen. Er weicht jedoch nicht unwesentlich von dem durch Tenneson und Molinié gezeichnetem typischen Bild der „verirrten Bläschen“ ab. Auf den Umstand, daß die Entstehung der „Vésicules“ hier nicht „schubweise“ erfolgte, dürfte weniger Gewicht zu legen sein, da P. erst am dritten Tage nach Erscheinen des Bläschenausschlags in die Behandlung der Medizinischen Poliklinik kam. Trotzdem die Bläschen gleichaltrig zu sein schienen, kann es ja doch nicht mit absoluter Bestimmtheit ausgeschlossen werden, daß dieselben sich zu verschiedener Zeit entwickelt hätten oder daß gar die zuerst erschienenen zur Zeit der Untersuchung sogar bereits wieder eingetrocknet gewesen wären. Außerdem ist aber auch in den Krankengeschichten, die von französischen Autoren mitgeteilt wurden, keineswegs immer ein „schubweises“ Erscheinen der Vésicules aberrantes zu konstatieren.

Dagegen sind bei keinem der bisher beschriebenen Fälle verirrte Bläschen gangränös geworden und mit Narbenbildung abgeheilt. Bei P. waren noch drei Monat nach Ablauf des Zoster, als er sich zum letzten Mal in der Poliklinik vorstellte, an Stelle der gangränös gewordenen Bläschen des Intercostalzosters, wie auch der gangränösen „Vésicules aberrantes“ deut-

liche, oberflächliche Narben sichtbar. In diesem Umstand vor allem dürfte das Interesse dieser Beobachtung beruhen.

Auch an dieser Stelle möchte ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Strübing, für gütige Überlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank sagen.

L i t e r a t u r.

Colombini. Caso singularissimo di Herpes zoster universale. Siena 1893.

Haslund. Über Zoster bei Gelegenheit eines Falles mit generalisierter Eruption. Nordiskt. med. Arkiv. 1891.

Molinié. Des vésicules aberrantes dans le zona. Thèse. Paris 1895.

Fournier. Zona généralise à la presque totalité de la moitié gauche du corps. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1895.

Tenneson. Traité clinique de dermatologie. 1893.

Ein ausführlicheres Literaturverzeichnis findet sich in meiner Dissertation, Greifswald, 1905.