Das Rhinophyma.

Von

Dr. H. v. Hebra,

Docent für Dermatologie in Wien.

(Hiezu Tafel IV und 2 Holzschnitte.)

Mit dem Namen Rhinophyma belegt man ein Neoplasma an der Nase, welches eine wesentliche Intumescenz derselben hervorruft. Die Verdickung erfolgt selten gleichmässig an allen Stellen, sondern meist ungleichmässig, wodurch sich eine gelappte, höckerige Oberfläche entwickelt. Diese Lappen sitzen manchmal mit breiter Basis auf, in anderen Fällen sind sie gestielt, wodurch sie eine gewisse Labilität erlangen und bei jeder Bewegung des Kopfes schlottern. Je nachdem, ob sich diese Lappen seitlich oder an der Spitze mächtiger entwickeln, bekommt die Nase eine grössere Breite oder Länge. Im ersteren Falle kann sie so breit werden, dass die Lidspalte dadurch theilweise gedeckt wird, im zweiten so lang, dass sie bis über die Oberlippe herabreicht. Die Menge und Grösse der Lappen sind grossen Verschiedenheiten unterworfen. Man findet Nasen, an denen nur 3 grosse (2 seitliche und 1 vorderer) Lappen sich befinden, und wieder andere, bei denen die Zahl der Auswüchse 10 und mehr sind.

Die Farbe solcher Nasen ist nicht stets dieselbe; meist ist sie roth, blauroth, zu anderen Malen aber auch schiefergrau, in seltenen Fällen weicht sie von der normalen Färbung kaum ab. Bei genauer Besichtigung findet man meist breite, rothe, blaurothe Streifen an der Oberfläche, die sich als stark ausgedehnte Blutgefässe erkennen lassen; diese Erscheinung kann aber auch vollkommen fehlen.

Die Consistenz dieser Tumoren ist eine teigig weiche. Die Oberfläche ist glänzend, sehr fett, mit zahlreichen kleineren und grösseren Poren versehen, aus denen sich bei dem geringsten Drucke grosse Mengen Talg entleeren lassen, der einen unangenehmen, ranzigen Geruch verbreitet.

Das Gebilde ist meist auf die Nase allein beschränkt und nimmt von der Spitze gegen die Nasenwurzel an Intensität der Entwicklung ab. In seltenen Fällen werden auch die benachbarten Partien der Wangen und der Augenbrauenbogen davon ergriffen. Ausser dem Gefühle der Schwere und der Behinderung im Sehen und den Bewegungen des Mundes, in hochgradig entwickelten Fällen, hat der davon Befallene keinerlei unangenehme Empfindungen.

Die ersten Anfänge der Intumescenz erfolgen sehr langsam, bald aber wächst sie rascher und entwickelt sich im Verlaufe weniger Jahre zu beträchtlicher Grösse, auf der sie dann durch sehr lange Zeit so ziemlich unverändert persistirt. Vereiterung oder geschwüriger Zerfall wurde nie beobachtet. Bei jugendlichen Individuen wird das Uebel nicht beobachtet, das reifere Alter, um die Fünfziger herum, ist es, in welchem diese Erscheinungen auftreten.

Ihre Bekanntschaft ist eine keineswegs neue, wie verschiedene satyrische Epigramme des classischen Alterthums beweisen, von denen das auf Pompilius das bekannteste ist. Dagegen existiren von jener und noch viel späterer Zeit keine Beschreibungen in medicinischen Werken, und wenn auch von *Acne rosacea* mit Schwellung und Gedunsensein des Gesichtes die Rede ist, so ist doch stets aus dem Anführen von gleichzeitig vorhandenen Pusteln zu ersehen, dass das *Rhinophyma* dort nicht gemeint sein kann.

Erst Sennert ¹⁾ schildert ein Individuum, dessen Nase und Wangen in oben geschilderter Weise ergriffen war.

Er schreibt: *Summum Tubercula ista interdum incrementum, ut facies inaequalis et horrida evadat, et nasus valde augeatur.*

Vixit ... non procul a Dresda vir, cui hoc malo affecto nasus ita incrementum sumsit, ut eum in legendo impediret; quod malum ipsum eo adegit, ut anno 1629 particulas quasdam de naso sibi amputari curaret.

¹⁾ Pract. med. Lib. V. pars. I cap. 31.

Fast 150 Jahre später behandelt Lorry¹⁾ das Uebel selbstständig, da er nicht im Capitel de Gutta rosea, sondern unter de rubore et Tumoribus in cute narium sich folgendermassen verlauten lässt: Sed si nulla excitetur inflammatio, si sola congestio humoris fiat, si augeatur illa sensim, tunc agglomerati tumores figuram nasi prorsus deturpant, ipsique dant difformes appendices Sed saepe non una appendix nasum dehonestat.

Alle späteren Autoren, bis auf den heutigen Tag handeln im Gegensatze zu Lorry unsere Neubildung stets bei der Acne rosacea ab.

So sagt Batemann²⁾: die Nase schwillt vorzüglich auf.... und im höheren Lebensalter vergrössert sie sich zuweilen zu einer ungeheuren Gestalt.

Alibert erwähnt nur vorübergehend mit einigen Worten des Vorkommens; Cazenave und Schedel führen es gar nicht an.

Dagegen gibt Rayer³⁾ eine sehr präzise Schilderung pag. 643: Enfin dans quelques cas plus rares, la couperose n'étend pas son siège audelà des ailes du nez, sur lequel s'élèvent des tumeurs rugueuses, d'un rouge livide, plus ou moins considérables. Tous les tissus élémentaires de cet organe se gonflent au point de donner à cette partie de la face une dimension double et triple de celle qui lui est ordinaire.

Josef Frank, der dem „Kupferhandel“ nur 11 Zeilen widmet, erwähnt dieser Tumoren gar nicht. Fuchs⁴⁾ beschreibt sie kurz: Die anfangs kleinen Erhabenheiten werden immer grösser, zu förmlichen Auswüchsen und Höckern und endlich treibt sich das Unterhautzellgewebe der Nase auf, sie schwillt beträchtlich an und verunstaltet mit ihren oft erbsen- und bohnergrossen Anhängseln und ihrer lividen Röthe das Gesicht.

Biett schreibt Rayer's Schilderung fast wörtlich ab.

¹⁾ Tractatus de morbis cutaneis, Paris 1777. pag. 647.

²⁾ Praktische Darstellung der Hautkrankheiten nach Willan's System bearbeitet. Uebersetzt von Abraham Hanemann in Hamburg. Halle 1815, pag. 416.

³⁾ Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 2. Auflage. Paris 1835.

⁴⁾ Fuchs Conrad Heinrich. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840. pag. 216.

Gustav Simon ¹⁾, Maurie Chaussit ²⁾, Duchesne-Duparc ³⁾, Sam. Plumbe ⁴⁾, Gibert ⁵⁾, A. Todd Thomson ⁶⁾, Hardy ⁷⁾, Rochard ⁸⁾ u. viele A. geben zutreffende Beschreibungen. Hebra ⁹⁾ hat diese Affection abgebildet und auf S. 73 des begleitenden Textes geschildert; dort ist es, wo der Name Rhinophyma, der nun der gebräuchliche geworden ist, das erstmal angetroffen wird, während frühere und gleichzeitige Autoren, wie die vorgenannten, von Acne hypertrophica sprechen.

In seinem Lehrbuche (pag. 626) fehlt der Name Rhinophyma und wird von einer Acne rosacea 3. Grades gesprochen, der die Charaktere jenes attribuiert sind. Alle Schüler Hebra's haben in ihren Werken dieselbe Eintheilung beibehalten: es würde den

¹⁾ Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. 2. Aufl. Berlin 1851. pag. 362.

²⁾ Traité élémentaire des maladies de la peau. Paris 1853, pag. 215.

³⁾ Traité pratique des Dermatoses. Paris 1859, pag. 215.

⁴⁾ A practical treatise on the Diseases of the Skin. London 1837, pag. 74. In einer Note: Lastly, in more rare cases, euperose does not extend beyond the alae of the nose, on which are elevated rugous livid tumors. All the elementary tissues of this organ swell, so as to give it double or treble the dimensions which it usually has.

⁵⁾ Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1840, pag. 197.

⁶⁾ A practical treatise on Diseases affecting the Skin. London 1850, pag. 410. — The nose swells to a great size, acquires a fiery redness, the nostrils become distended and patulous, and the ala divided into lobes, and so disfigured as to hang down, not unlike the appendage over the beak of a turkey-cock. Under such circumstances the tubercular pustules become darker red, and more livid; and when they suppurate, ulcers, difficult to heal, are formed. Letztere Bemerkung wird von keinem anderen Autor constatirt.

⁷⁾ Leçons sur les maladies de la peau, publiées par Moysant. 2. Aufl. pag. 115, unter Acne hypertrophica.

⁸⁾ Traité des maladies de la peau. Paris 1860, pag. 334. L'état tuberculeux (de l'acné rosacée) peut passer à l'état hypertrophique. Ce qui contribue le plus à caractériser cet état hypertrophique, c'est qu'à l'extension constante de cette forme d'acné rosacée se joint en outre un épaississement considérable de la peau, une exagération du volume des glandes sébacées, et l'intumescence du tissu cellulaire sousjacent; le tout est surmonté de veines bleuâtres et considérablement dilatées, qui donnent à ces tumeurs un aspect d'un rouge violacé.

⁹⁾ Atlas der Hautkrankheiten. Heft 7, Tafel 6.

Leser ermüden, wenn wir die einander sehr ähnlichen Beschreibungen citiren wollten.

Die einzige Ausnahme unter den Autoren macht Erasmus Wilson ¹⁾. Er beschreibt die Pfundnase nicht als *Acne rosacea*, hat ihr den Namen *Spargosis* gegeben und begründet diese Neuerung folgendermassen:

The Greek appellation *Spargosis*, signifying a state of swelling, has been very appropriately applied to this affection.... The kind of swelling intended to be distinguished by this word is a condition of Hypertrophy involving principally the areolo-fibrous tissue, but nevertheless one in which however the vascular element of the organ likewise participates.

Wilson gebraucht aber seine Bezeichnung nicht nur für unser Neugebilde an der Nase, sondern er wendet sie auch an bei ähnlichen Affectionen an anderen Körperstellen, was aus den Worten hervorgeht: thus, we can conveniently employ the terms *Spargosis nasalis*, *Spargosis penis*, *scrotalis*, *cruralis*, *brachialis* and so forth. Ja auf Seite VIII in der Einleitung und auf S. 178 ist sogar zu lesen: *Spargosis*, or *elephantiasis Arabum*.

Wilson ist, wie man sieht, im Widerspruche mit allen anderen modernen Autoren, da er die in Rede stehende Krankheit nicht in Verbindung mit der *Acne rosacea* bringt, sondern sie als eine Hypertrophie auffasst, wie sie auch an anderen Localitäten, Haut und Unterhautzellgewebe ergreifen kann. Die Argumente, die Wilson anführt, sind freilich nicht sehr bedeutend und eher aprioristisch zu nennen, da die Resultate von mikroskopischen Untersuchungen nicht vorliegen. Und dennoch hat, wie wir glauben, Wilson mit seiner Trennung beider Uebel das Richtige getroffen, wenn auch seine Auffassung als eine *Elephantiasis Arabum* nicht zulässig erscheint, was unsere weiter unten angegebenen Untersuchungen zeigen sollen.

Gustav Simon war der erste, der von der mikroskopischen Investigation einer mächtig angewachsenen Nase Mittheilung macht ²⁾. „Ich habe die Nase eines Trunkenboldes untersucht, die

¹⁾ Lectures on Dermatology delivered in the Royal College of Surgeons of England in 1874—1875. pag. 469.

²⁾ l. c. pag. 362.

mit mächtig grossen von *Acne rosacea* herrührenden Höckern besetzt war. Die Höcker sollen im Leben dunkel geröthet und stark prominirend gewesen sein, an der Leiche war indess die Röthe unbedeutend, ein Hervorragen der Anschwellung über das Niveau der Haut aber doch deutlich zu erkennen. Die Verdickung rührte hier vom völlig ausgebildeten Bindegewebe her, welches sich in grösserer Menge vorfand, als an anderen nicht aufgetriebenen Hautstellen; — ausserdem waren alle Talgdrüsen der Nase stark erweitert und mit festem Hauttalg angefüllt. Als die Nase einige Zeit in Weingeist gelegen hatte und der hiedurch locker gewordene Hauttalg aus den Bälgen genommen worden war, erschien die Haut derselben durch die stark dilatirten Drüsenmündungen wie siebförmig durchlöchert.“

Zwar hat Hebra schon im Jahre 1845 ¹⁾ erkannt, dass im Gegensatze zur *Acne vulgaris*, bei der ein entzündlicher Process, eine *Folliculitis* platzgreift, bei der *Acne rosacea* eine Neoplasie vorherrscht; denn er sagt: „Gewöhnlich reiht man unter die *Acne*-Arten die sogenannte *Acne rosacea*, die jedoch in keinem Exudativprocesse, sondern in einer Gefäss- und Zellgewebs-Neubildung ihr Entstehen findet und oft mit *Acne disseminata* combinirt vorkommt, daher bei den Neubildungen erwähnt werden wird“. Und wirklich finden wir bei den „aus Zellgewebsfasern bestehenden Wucherungen“ die *Acne rosacea* eingereiht. Dennoch hat später Hebra in seinem Lehrbuche die *Acne rosacea* in der 4. Classe nach der *Acne vulgaris* abgehandelt, auf pag. 624 aber den Satz hinzugefügt: dass die Besprechung der *Acne rosacea* eigentlich in dem Capitel über Neubildungen stattfinden sollte und nur aus Gründen der Aehnlichkeit mit der *Acne vulg.* und um nicht nur Ein Kriterium als Eintheilungsgrund gelten zu lassen, mit dieser letzteren *Acneform* abgehandelt wird.

In den meisten übrigen Werken über Hautkrankheiten wird diese Reservation so gut wie übergangen und fehlen in ihnen histologische Daten über das *Rhinophyma*.

¹⁾ Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten von Dr. Ferd. Hebra. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte. 2. Jahrgang. I. Band. pag. 145 und 216.

Rokitansky bespricht es unter den Hypertrophien; auf pag. 55, II. Band, findet sich: „Endlich gehören hierher (Hypertrophie der Lederhaut) die gemeinlich mit Varicosität und reichlicher Gefäßneubildung, mit Erweiterung der Talgfollikel ausgestattete wuchernde Nase.“

In den wenigsten Handbüchern über pathologische Anatomie wird davon überhaupt Erwähnung gethan.

Biesiadecki ¹⁾ hat in den Berichten der Krakauer Akademie eine Reihe von histologischen Untersuchungen veröffentlicht. Aus den beigegebenen Abbildungen und aus einigen lateinischen Worten konnten wir bemerken, dass auf pag. 38 die Acne rosacea abgehandelt wird, aber leider konnten wir den polnisch geschriebenen Aufsatz nicht lesen. Kaposi's ²⁾ Citat dieser Arbeit zufolge bestehen die lappigen und geschwulstartigen Neubildungen aus neugebildetem, gallertartigem Bindegewebe, welches einer Organisation zu festem, bleibendem Gewebe fähig ist. Ferner lässt sich Ausdehnung und Hypertrophie der Talgdrüsen, sowie Blutgefäßneubildung und Ectasirung constatiren.

Aus Voranstehendem ersieht man, dass eine allen Anforderungen entsprechende pathologische Anatomie des Rhinophyma noch nicht existirt; wir haben es daher unternommen dazu beizutragen und waren durch das Vorkommen einiger dazu geeigneter Fälle unterstützt.

Die zur Untersuchung verwandten Hautstücke stammen von zwei Männern her, die ihr Leiden schon durch viele Jahre getragen hatten. Dem entsprechend finden wir auch in den Bildern der mikroskopischen Schnitte zumeist das vorgeschrittene Stadium, das fait accompli. Die Anfangsformen zeigen sich nur da, wo die Neubildung von Geweben über die alten Grenzen hinaus sich zu erstrecken sucht. An diesen Stellen sind Vorgänge zu erwarten, welche den Anfangsformen nahe liegen. Man kann aus diesem Grunde die Frage bezüglich der Entstehung des Gewebes unserer Difformität nur aus den randständigen, jüngsten Bildun-

¹⁾ Anatomija patologiczna gruczołów skórnych przez Prof. Alfreda Biesiadeckiego, 1874.

²⁾ Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen. Wien 1880, pag. 459.

gen beantworten und nicht aus den Anfangsformen der ganzen Neubildung, da wir diese nicht zur Untersuchung bekommen konnten. Bei der seltenen Geneigtheit der verunstalteten Individuen aber, eine Operation vornehmen zu lassen, ist es heute noch gar nicht abzusehen, wann wir wieder in den Besitz geeigneten Untersuchungsmateriales gelangen würden und es möge daher die Schilderung des anatomischen Befundes dieses ausgebildeten Rhinophymas vorläufig erscheinen.

Wenn man genauere Einsicht in die histologischen Verhältnisse dieser Neubildung nimmt, so ist vor Allem auffallend, dass man ganz dieselben Elemente wiederfindet, welche in der Haut im normalen Zustande enthalten sind; nur, und darin liegt eben der abnorme Zustand, — ist die Anordnung dieser Elemente insoferne eine andere, als sie stellenweise massenhafter vorkommen, während sie an anderen Orten wieder spärlicher zu sehen sind, als es den physiologischen Verhältnissen entsprechen würde.

Man sieht das schon an Zupfpräparaten genau. Bereitet man sich solche von einem abgeschnittenen Stücke eines Rhinophyma, so findet man sowohl in den oberflächlichsten als auch in den tiefsten Schichten nichts Anderes, als bindegewebige Elemente, theils in Entwicklung begriffen, d. i. mit Kernen und Fortsätzen versehene Elementarorganismen, neben ihnen vollständig ausgebildetes Bindegewebe, — theils solche Gebilde mit einem verhältnissmässig starken Protoplasma, kleinem Kerne, polygonal geformt, als Inhalt von Talgdrüsen, und endlich Elemente aus den Wandungen der Gefässe, kurz, es sind durchwegs Gebilde, wie sie den normalen Geweben an der Haut der Nase entsprechen.

Uebersichtlich und daher interessanter gestalten sich die Verhältnisse, wenn wir die verschiedensten Partien eines Rhinophyma auf möglichst dünnen Schnitten untersuchen.

Schon bei geringer (5maliger Lupen-) Vergrösserung (Fig. 1) kann man beobachten, dass der Durchschnitt einer solchen Hautpartie vorwiegend Talgdrüsen der verschiedensten Grösse enthält, die einen mehr oder weniger weiten Ausführungsgang (*c*) besitzen. Wie sehr diese Drüsen in ihren Dimensionen variiren, erkennt man, wenn man die grössten Räume (*a*) mit in Betracht zieht, da ja diese gleichfalls die Zellen einer vergrösserten Talgdrüse beherbergten, welches Contentum beim Härten und Schneiden herausfiel.

Behufs Erläuterung dieser Zeichnung (Fig. 1) ist zu bemerken, dass die randständigen Vertiefungen und Erhöhungen den Grenzen der einzelnen Lappen entsprechen. Epidermis (*d*) und Rete Malpighii (*e*) sieht man nicht wesentlich verändert; stellenweise, besonders an den umgebogenen Rändern etwas verdickt. Das oberflächlichste Stratum der Cutis zeigt an der Berührungsfläche mit dem Epithellager eine mehr oder weniger höckerige Oberfläche (*f*). Die tieferen Lagen der Cutis sind gleichfalls reich von Drüsenpacketen (*b*) durchsetzt.

Bei stärkerer Vergrößerung ist in der Epidermis und dem Malpighischen Netze nichts Auffallendes zu finden, was mit den anomalen Vorgängen bei der Bildung und Vermehrung der Talgdrüsen in Zusammenhang gebracht werden könnte. Man sieht die einzelnen aufeinanderfolgenden Schichten in beiden Lagen der Epithelialdecke nahezu normal. Stellenweise zeigt sich die Malpighische Schichte verdickt, welche Stellen besonders den Vertiefungen in der oberflächlichsten Lage der Cutis entsprechen. Am mächtigsten wird sie aber an jenen Stellen, wo eine Fortsetzung der Epithelialschichten in die Haarwurzelscheiden sich vorfindet. Häufig erscheinen die tieferen Epidermislagen mächtiger, als de norma, was wohl darin seinen Grund finden mag, dass die Epidermiszellen länger kernhaltig bleiben.

In der Cutis begegnet man einer grösseren Anzahl von Durchschnitten erweiterter Gefässe, die theils quer, theils der Länge nach getroffen sind. Besonders auffallend aber sind die Bündel von Drüsen, welche in ihrer Beschaffenheit und in ihrem Aussehen den vergrößerten Talgdrüsen entsprechen, von den normalen sich jedoch dadurch unterscheiden, dass sie eine grössere Anzahl von Läppchen besitzen, die durch mächtige Bindegewebszüge (Fig. 2 *S*) von einander getrennt sind.

Diese Trennung kann jedoch nicht als eine vollständige angesehen werden, da man sich überzeugen kann, dass die diversen Lappen und Läppchen gegen das Lumen des gemeinschaftlichen Ausführungsganges hin, gemeinsam ausmünden. Die Bindegewebszüge innerhalb der Drüsen stehen in directem Zusammenhange mit dem Bindegewebe der Cutis. Da dasselbe innerhalb der Drüse kernhaltig ist, kann man es als ein Gewebe jüngerer Bildung betrachten und ferner noch desshalb, weil von ihm aus die kleineren Triebe,

welche fächerartig in verschiedenen Richtungen zwischen die Enchymzellen der Talgdrüsen hineinziehen, — abgegeben werden.

Man kann diese Bindegewebsfortsätze als charakteristisch für die pathologisch veränderte Talgdrüse ansehen und sie scheinen, wie wir bald auseinandersetzen werden, das Primäre bei der Neubildung zu sein, insoferne sie als formbildend bei der Veränderung der Drüse angesehen werden können. Im Ganzen ist die Cutis auffällig verdickt und enthält, wie schon oben erwähnt, viel mit Kernen versehenes embryonales Bindegewebe. In Fig. 3 ist ein kleiner Abschnitt bei stärkerer Vergrößerung zu sehen. Man findet stellenweise Zellen und Kerne, welche die Stätte für Bindegewebsneubildungen abgeben und an die von Kusnezoff und Obersteiner beschriebenen Nester erinnern.

Es erübrigt noch die Structur der Wandung des Ausführungsganges einer so mächtig vergrößerten Talgdrüse zu untersuchen. In Fig. 4 findet sich ein solcher Ausführungsgang bei starker Vergrößerung abgebildet. Man sieht dort 2 Comedonen gemeinsam an der Oberfläche ausmünden, da die, die einzelnen Drüsenlappen umgebenden Bindegewebs - Züge in der mittelsten Partie nicht so weit nach oben reichen, als an den beiden seitlichen.

Bis auf die Ausmündungsstelle der Comedonen sind die einzelnen wahrnehmbaren Structurverhältnisse der Gewebe in Uebereinstimmung mit den in Fig. 2 dargestellten. Wie oben schon angedeutet, erkennt man hier (in Fig. 4) sehr deutlich, dass die Enchymzellen der Talgdrüsen kernhaltig bleiben, bis nahe an die Ausmündungsstelle, wo sie ihre Kerne verlieren und die deutliche Begrenzung der Contouren ihres Protoplasmas schwindet. Innerhalb des Ausführungsganges sieht man daher eine schmierige, feinkörnige Masse, welche dunkel pigmentirte Partikelchen trägt. Bei noch stärkerer Vergrößerung zeigt sich in der That, dass hier, entsprechend dieser dunklen Partie, Zellen und Zellreste enthalten sind, die zahlreiche dunkle Körnchen besitzen und von der Wand des Ausführungsganges herrühren.

Fig. 5 *K Z* stellt diese Körner-Zellen dar.

Als Ergebniss dieser unserer Untersuchungen, darf behauptet werden, dass zur Entwicklung des Rhinophyma die Bindegewebsneubildung, nebst den aus den vermehrten und dilatirten Blutgefässen etwa stammenden Gewebselementen, die Hauptursache

abgibt. Durch Vermehrung der Faserzüge, Verdickung des Unterhautzellgewebes und des bindegewebigen Antheiles der Haut allein muss eine Massenzunahme hervorgerufen werden; durch die vielfältige Theilung der einzelnen Drüsenlappen in mehrere Läppchen, gleichzeitige Proliferation von Drüsenelementen und Production von ganz erstaunlichen Mengen von Talg, der nur äusserst träge entleert wird und so durch Rückstauung eine weitere Ausdehnung der Drüsenwand hervorruft, — erreicht die Neubildung ihre monströsen Formen. Wir finden daher, dass der Process als eine Hyperplasie der Haut der Nase und der angrenzenden Bezirke der Wangen und Stirnhaut angesehen werden muss. Mit Ausnahme derjenigen epithelialen Gebilde, welche die Bedeckung der Lederhaut bezwecken, participiren sämmtliche Gewebe an dieser Hyperplasie. Am meisten ist selbe in den Talgdrüsen entwickelt, die zu cystenartigen Gebilden umgewandelt sind.

Der Ansicht von Wilson zuwider, sprechen wir uns aber gegen eine Gleichstellung des Rhinophymas mit der Elephantiasis Arabum aus. Schon klinisch lässt sich der Unterschied constatiren, dass ersteres nie unter entzündlichen Erscheinungen beginnt. Ohne dass jemals ein Erysipelas vorangegangen wäre, nur bei bestehender stärkerer Injection durch die dilatirten kleinen Blutgefässe, tritt das Rhinophyma auf, vergrössert sich langsam und stetig und auch während des ganzen Bestandes der von uns beobachteten Fälle war nie Erysipel zur Entwicklung gekommen. Bei der eigentlichen Elephantiasis Arabum besteht aber der Process bekanntlich vorwiegend in einer Vermehrung des Bindegewebes in Folge von chronisch sich wiederholenden erysipelartigen Entzündungen, wirklichen, recidivirenden Erysipelen und in deren Gefolge eintretendem chronischem Oedeme.

Es lässt sich demzufolge auch das Rhinophyma durch Compression nur soweit verkleinern, als es der Menge des verdrängten Blutes entspricht und sofort nach Aufhören des Druckes stellt sich das alte Mass wieder her, — während eine von Elephantiasis Arabum ergriffene Partie durch systematisch angebrachten Druckverband auf längere Zeit wesentlich verkleinert werden kann, wenn das Oedem, sei es ein gewöhnliches oder ein lymphatisches, verringert wird. Auch der histologische Befund variirt in beiden Affectionen.

Bei der Elephantiasis Arabum prävalirt das Oedem so sehr, besonders bei noch nicht gar zu langem Bestande des Uebels, dass bei Einschneiden in das erkrankte Gewebe sofort zuerst eine grössere Menge stark eiweisshaltiger Flüssigkeit entleert wird, was beim Rhinophyma nie der Fall ist. Das Gewebe ist bei letzterem daher auch nie sulzig, nie zeigen sich Lücken, die von Flüssigkeit allein oder von vollgetränkter Gewebsmasse erfüllt sind, sondern das Bindegewebe ist nur mit einer reichen Infiltration embryonaler Zellen versehen, die als solche wohl dem Blutgefässsystem entsprungen sein mögen.

Während bei der Elephantiasis Arabum das Corium und der Papillarkörper wenig, dagegen das subcutane Bindegewebe in sehr hohem Grade erkrankt sind, stellt sich beim Rhinophyma das verkehrte Verhältniss heraus. Demzufolge ist auch das Knochengestütze der Nase stets intact und normal und auch an dem knorpeligen Gerüste scheinen keine Veränderungen einzutreten. Bei längerem Bestande von Elephantiasis Arabum tritt in Folge von Periostitis stets Knochenneubildung ein, was besonders von der Tibia schon seit Langem constatirt ist und auch in neuerer Zeit bei einem höchst seltenen Fall von exquisiter Elephantiasis der Nase sichergestellt werden konnte ¹⁾.

Die Annahme einer Eigenartigkeit der Entwicklung des Rhinophyma erscheint aus diesen Momenten gerechtfertigt.

Bezüglich der Aetiologie unserer Neubildung sind unsere Kenntnisse noch keineswegs vorwurfsfrei. Wir glauben hier sofort erwähnen zu sollen, dass es absolut nicht statthaft ist, in jedem Falle den übermässigen Genuss von Spirituosen als den Grund zur Entwicklung der Pfundnase hinzustellen. Diese Ansicht ist eine so allgemein verbreitete, dass wir bei jeder Beschreibung des in Rede stehenden Uebels angeführt finden, dass es nur bei Säulern vorkomme. Unter den von uns operirten vier Fällen traf diese Supposition kein einziges Mal zu; ja die weibliche Person, die das erste Substrat zu unserem therapeutischen Eingriffe abgab, versicherte, nie in ihrem Leben einen Tropfen Wein,

¹⁾ Elephantiasis der Nase, combinirt mit plexiformem Neurom und allgemeiner Neuromatose. Von Dr. Heinrich Schuster. Prager medicin. Wochenschrift. 1880. Nr. 21, 22 und 23.

Branntwein oder Bier genossen zu haben. Ueber einen anderen Fall (Herr Ritter von V..., ehemaliger Bürgermeister einer Provinzialhauptstadt) konnten wir sichere Erkundigungen einziehen, die gleichfalls die Bestätigung grosser Mässigkeit ergaben.

Die zwei letzten Patienten (Herr A. B., Advokat aus Vercelli, und Herr F., Brauereibesitzer aus Nicolajeff) negirten in der bindendsten Weise, dem Abusus geistiger Getränke je gehuldigt zu haben.

Da wir im Gegentheile aber häufig genug sehen, dass Trinker rothe, geschwellte Nasen bekommen und solche durch Jahre unverändert tragen, ergibt sich ein weiterer Stützpunkt für unsere Ansicht, dass die Acne rosacea und das Rhinophyma zwei verschiedene Uebel seien.

Von allen therapeutischen Massnahmen glauben wir nur des operativen Eingriffes erwähnen zu sollen, weil durch ihn allein ein dauernder Erfolg erzielt wird.

Zweimal in der Literatur finden wir Angaben, dass die Auswüchse der Nase abgetragen wurden.

Das erste Mal bei Sennert ¹⁾, das zweite Mal bei Chausit ²⁾, welcher erwähnt: Mr. Cazenave a souvent cité dans ses leçons cliniques l'exemple d'un homme auquel son nez hypertrophié et énorme avait acquit une sorte de célébrité et qui fut heureusement opéré par Sanson. In keinem dieser Fälle aber ist eine Beschreibung der Art des Eingriffes geliefert, so dass wir nicht wissen, ob keilförmige Stücke excindirt und die Wundränder wieder vereinigt wurden, ob bloss die Auswüchse abgetragen worden waren, oder vielleicht nach Entfernung der ganzen Nase eine Plastik zur Deckung des Substanzverlustes vorgenommen worden sei.

Ueber die zwei ersten nach der sofort zu erwähnenden Methode operirten Fälle, bei denen ich assistirte, hat Hebra ³⁾ seinerzeit geschrieben. Wir selbst haben seither zweimal die Operation in der Weise vorgenommen, dass wir einfach Alles entfernen, was der Nase die Missgestalt verursachte, ohne die Substanz-

¹⁾ l. c.

²⁾ Traité élémentaire des maladies de la peau par Maurice Chausit. Paris 1853, pag. 215.

³⁾ Zur Therapie der Acne rosacea, von Prof. F. v. Hebra, 1879, Nr. 1, Wiener medic. Wochenschrift.

verluste zu decken. War man in den ersten Fällen mit grosser Vorsicht vorgegangen, so konnten wir, durch den Erfolg kühner gemacht, später in energischerer Weise handeln und dadurch in weit kürzerer Zeit auch Heilung erzielen.

Nachdem wir den Zeigefinger der linken Hand soweit als möglich in das Nasenloch eingeführt hatten, um stets sofort die

Dicke des Nasenflügels erforschen zu können, schnitten wir mit dem Scalpell die Excrescenzen an den beiden Seitentheilen der Nase an ihrer Wurzel ab. Sind die Stiele dünn, so ist dieser Theil der Operation rasch vollendet und auch mit weit weniger

Gefahr, zu tiefe Schichten abzutragen, verbunden; bei breit auf-sitzenden Wülsten dauert die Entfernung länger und ist Vorsicht

vonnöthen. Hat man in dieser Weise die Nase von beiden Seiten her verschmälert und bleibt nur noch die Intumescenz der Spitze über, so hat man besseren Anhaltspunkt zur Entfernung dieser letzteren, kappt auch sie ab und gleicht sodann die entstandenen Ecken nach und nach aus.

Die durch den Eingriff entstehende Blutung ist, wie wegen der bedeutend dilatirten Blutgefässe zu erwarten, stets sehr intensiv und oft Schuld, dass die Operation nicht in einer Sitzung vollendet werden kann, sondern dass später noch Nachbesserungen vorgenommen werden müssen, da das Blut die genaue Beurtheilung beeinträchtigt. Wir waren aber stets in der Lage, die Hämorrhagie mittelst Tamponade zu stillen und hatten in keinem Falle eine Nachblutung. Es wurden die Wundflächen mit Charpie bedeckt, sodann ein faustgrosser Ballen Charpie darüber gethan und mit Zirkeltouren einer Flanellbinde an die Unterlage gedrückt.

Vorstehende Abbildung zeigt das Resultat der Behandlung eines monströs entwickelten Rhinophymas. Pat. wurde am 15. August 1879 operirt und konnte am 11. September die Heimreise wieder antreten. In einem der zwei ersten Fälle wurde, aus Furcht vor zu heftiger Blutung von der Nasenspitze her, der Tumor an dieser mittelst elastischer Ligatur entfernt, wobei freilich keinerlei Hämorrhagie statthatte. Dieses Verfahren hat aber mehrere Inconvenienzen. Erstlich dauert es lange, bis dieses Gewebe durchtrennt ist, in jenem Falle 14 Tage, und wird dadurch die Behandlungs-Zeit unnütz verlängert; dann aber ist auch noch der von dem nekrosirenden Gewebe ausgehende üble Geruch sehr zu berücksichtigen, der, unmittelbar an der Mündung des Geruchsorganes sich entwickelnd, das Individuum in hohem Grade belästigt.

Die Nachbehandlung ist stets eine vollkommen symptomatische. Wir wandten anfänglich in 2% Carbollösung getauchte Watte an und applicirten später blos Ung. Diachylon. Schon nach wenigen Tagen sieht man in den Wundflächen zahlreiche Epidermisinseln sich abheben, die von den bis tief in das subcutane Bindegewebe reichenden Resten von Talgdrüsen herrühren. Im Verlaufe von wenigen Wochen, meist schon in 14 Tagen confluiren die einzelnen Inseln und die Wunde erhält einen Epithelial-

belag, der von der Norm nicht merklich abweicht, nur hie und da narbige Structur erkennen lässt.

Wir hatten Gelegenheit, den abgebildeten Fall nach einem Jahre wiederzusehen und konnten uns von dem Bestande des vorzüglichen Resultates überzeugen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel IV.

Fig. 1. Uebersichtsschnitt bei fünfmaliger Vergrösserung:

- a) grosse leere Räume, die Lumina von Talgdrüsen repräsentirend, deren Contentum beim Härten und Schneiden herausfiel;
- b) Packete weniger vergrösserter Drüsen, besonders in den tieferen Lagern der Cutis vorfindlich;
- c) deren Ausführungsgänge;
- d) Epidermis;
- e) Rete Malpighii, besonders an den Umbiegungsstellen etwas verdickt;
- f) Cutis, an der Oberfläche höckerig ausgetrieben.

Fig. 2. Schnitt von derselben Gegend bei Hartnack. Oc. 2. Obj. 7.

E Epidermis,

R M Rete Malpighii,

H S Haarwurzelscheide,

I T Talgdrüsen junger Entwicklung,

A T alte Talgdrüsen mit in Verfettung begriffenen kernhaltigen Zellen prall angefüllt, durch starke

S Bindegewebsstränge in zahlreiche Lappen gesondert,

V Gefässdurchschnitte.

Papillarkörper, Cutis und subcutanes Bindegewebe mit zahlreichen embryonalen Zellen angefüllt.

Fig. 3. Partie der Cutis, die sich zur Entwicklung von Talgdrüsenlappen in solche hineinzieht. Entwicklung von neuen Bindegewebsfibrillen aus embryonalen Zellen, die in Nestern beisammen liegen.

Oc. 3. Obj. 9. (Imm.)

Fig. 4. Durchschnitt durch zwei aneinandergelagerte Talgdrüsen mit zwei Comedonen, die gemeinsam an der Oberfläche münden. Oc. 3. Obj. 7.

Man sieht die Fettzellen bis nahe an den Ausführungsgang kernhaltig, im Ausführungsgange selbst mit einer feinkörnigen Membran reich angefüllt.

Fig. 5. Stück der Talgdrüsenwandung gegen den Ausführungsgang zu.

Oc. 3. Obj. 9. (Imm.)

K Z Körnchenzellen.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 5.

KZ.