Herpetische Eruptionen als Vorstadium eines Hautcarcinoms neben Herpes zoster.

Von

Prof. Dr. **Adolf Schmidt.**

(Hiezu zwei Fig. im Texte und Taf. XVIII.)

Folgender Krankheitsfall, der wegen des Nebeneinanderauftretens herpetischer Vorstadien sekundärer Hautcarcinome und eines echten Herpes zoster einiges dermatologische Interesse beanspruchen dürfte, kam vor kurzem auf meiner Abteilung zur Beobachtung:

Bertha C., 62 J., Almosenempfängerin aus Dresden, aufgenommen am 19./V. 1903.

Anamnese: Außer Kinderkrankheiten im Wesentlichen gesund gewesen. 4 gesunde eheliche Kinder. Vor 7 und 5 Jahren je einmal Lungenentzündung. Seit zwei Jahren kleine Drüsenschwellungen in den Oberschlüsselbeingruben, seit einem Jahr Abmagerung und Kräfteverfall. Atembeschwerden. Vor kurzem Anschwellungen beider Arme.

Stat. praes. Mittelgroße, magere Frau von blassem, nicht eigentlich kachektischem Aussehen. Kein Fieber, *keine Exantheme*, kein Ödem der Beine, geringes der Hände und Vorderarme. Leichte Cyanose. Keine auffällige Dyspnoe, aber leichter Striktor. Starke Venenschlängelung auf der vorderen Brustwand.

Oberhalb beider Claviculae zwischen den Köpfen der Sternocleidomastoidei verschiedene erbsen- bis kleinwallnußgroße harte Drüsen, desgleichen im Jugulum und in beiden Achselhöhlen. Einzelne, höchstens bohnen große Drüsen in der Inguinalgegend.

Über dem Manubr. sterni verkürzter Perkussionsschall, sonst normaler Perkussionsbefund. Hinten und beiderseits etwas Giemen. Kein Auswurf. Stimme etwas heiser, ausgesprochene Parese des r. Stimmbandes. Bei der Röntgendurchleuchtung sieht man unterhalb des Manubr. sterni und beiderseits ca. 2 Fingerbreit über dieselbe hinausragend einen starken Schatten.

Herz und Gefäßsystem, abgesehen von mäßiger Arteriosklerose, normal. Blutbefund: Hämoglobin 90%. R. Blutkörperchen 4 Millionen, weiße (meist polynukleär) 5400. Keine Poikilocytose.

Zunge belegt. Rachen und Mundhöhle frei. Etwas Meteorismus. Leberrand fühlbar. Urin frei von Eiweiß, Albumosen und Zucker. Appetit schlecht. Stuhlgang genügend.

Der r. Bulbus oculi ist etwas zurückgesunken. Geringe Verengerung der r. Lidspalte. R. Pupille etwas enger als linke, beide reagieren auf Lichteinfall und auf Schmerzreize. Nervensystem im übrigen intakt.

Die Diagnose mußte nach diesem Befunde auf einen malignen Tumor des vorderen Mediastinums gestellt werden. Derselbe übte einen Druck auf die großen Venenstämme und die Trachea aus, hatte bereits den r. nervus recurrens vagi und das r. Zervikalgeflecht des Sympathicus umwuchert und ferner einen großen Teil der regionären Lymphdrüsen ergriffen. Die Therapie bestand zunächst in Arsen innerlich, später in Injektionen von kakodylsaurem Natron.

Der Verlauf zeigte anfangs Neigung zu schneller Progredienz, insofern die Drüsenschwellungen und das Oedem der Arme zunahmen. Dann aber schien es, als ob unter dem Einflusse des kakodylsauren Natriums alle Erscheinungen sich besserten. Diese Besserung hielt indes nur kurze Zeit an.

Bemerkenswert waren vor allem die sich alsbald ausbildenden Hautveränderungen, die zunächst beschrieben sein mögen.

Nachdem am 21./VI. ein Schüttelfrost vorausgegangen war, bildete sich zwischen 28./VI. und 3./VII. ein typischer Herpes zoster im Bereiche des 5. bis 7. linken Zervikalwurzelgebietes, also an der Radialseite des ganzen l. Armes (vergl. das Schema, bei I) aus. Es waren zahlreiche Bläschengruppen, auch am Daumen, vorhanden, die Haut war in toto hyperästhetisch. Vom 3. bis zum 25./VII. heilte dieser Herpes völlig ab.

Am 3./VII., während also dieser Herpes zoster in voller Blüte stand, bildete sich eine neue Bläscheneruption in kreis-

förmiger Anordnung auf der r. vorderen Brustseite aus (Schema, bei II), zwischen oberem Rand der 3. und oberem Rand der 7. Rippe, nach r. von der Mamillarlinie, nach links vom r. Sternalrande begrenzt. Auch diese Herpeseruption ist schmerzhaft, doch ist die Haut zwischen den Bläschen nicht überempfindlich.

Unmittelbar danach entsteht eine weitere Herpeseruption oberhalb des Jugulums, welche kettenartig den ganzen vorderen und die seitlichen Teile des Halses umzieht (Schema, bei III). Dieser Herpes ist wenig schmerzhaft, die Haut ist ebenfalls nicht hyperästhetisch. Anatomisch unterscheiden sich die 2. und 3. Herpeseruption dadurch ein wenig von der ersten, daß die Bläschen nicht in Gruppen, sondern in Bänderform angeordnet sind; im übrigen ist zunächst keine Differenz zu finden. Dieselbe dokumentiert sich erst im weiteren Verlaufe. Während nämlich Eruption I, wie schon erwähnt, bis 25./VII. völlig abheilt und auch später keine anderen Hautveränderungen nach sich zieht, bleibt bei II und III nach dem Eintrocknen der Bläschen und dem Verschwinden der ersten Hautrötung eine papulöse Infiltration an der Stelle der Bläscheneruption zurück. Dieselbe wächst allmählich, rötet sich von neuem und bildet sich zu flachen Hauttumoren aus, welche mit den tieferen Gewebsschichten, aus denen sie hervorgegangen sind, fest verwachsen sind und sich allseitig ausbreiten. Schließlich ulzerieren sie und gewähren den Anblick eines Krebsgeschwüres. Von dem Gebiete II wird so die ganze r. Mamma, von dem Gebiete III der größte Teil des Halses okkupiert. In der Peripherie dieser Geschwürsflächen und zwischen ihnen an den verschiedensten Stellen des Thorax bilden sich zeitweise neue, atypische Herpeseruptionen, welche später dieselbe Umbildung erfahren. Eine Vorstellung des endlichen Resultates gibt die, allerdings nicht besonders gut geratene Photographie auf Tafel XVIII.

Aus dem übrigen Verlaufe ist noch hervorzuheben, daß die Dämpfung über dem Manubr. sterni sich langsam vergrößerte und die Dyspnoe zunahm. Die Achseldrüsen wuchsen stark und machten eine Hautdrainage an den hochgradig ödematösen Armen notwendig. Die Rekurrenzlähmung

wurde komplett und doppelseitig. Der Blutbefund änderte sich nicht. Unter zunehmender Kachexie starb Pat. am 5./X. Die Sektion wurde leider nicht gestattet. Doch durften wir aus der Umgebung der r. Mamma ein Stück Haut excidieren, welches die peripheren Ausläufer der Infiltration umfaßte.

Die mikroskopische Untersuchung dieses Hautstückes ergibt zunächst, daß die Geschwulstmassen, welche aus der Tiefe gegen die Oberfläche hervorwachsen, als Carcinomgewebe zu betrachten sind. Es sind durch bindegewebige Septa getrennte, unregelmäßig begrenzte Zellhaufen von ausgesprochen epithelialeem Charakter. Sie unterscheiden sich von den Zellen des Rete Malpighi durch intensivere Färbung. Wo sie bis an die Oberfläche vorgedrungen sind, verschmelzen sie mit den Retezellen und überwuchern sie. Der Ursprung des Krebses bleibt leider unaufgeklärt. Nach dem klinischen Bilde muß das vordere Mediastinum als Ausgangspunkt angesehen werden, doch sind primäre Carcinome dieses Gewebes, welche dann wahrscheinlich von Thymusdrüsenresten ausgehen, immerhin sehr selten¹⁾. Anhaltspunkte für den Ursprung aus dem Endothel der Pleura haben wir nicht gewinnen können.

Sodann zeigt sich an den Schnitten (vergl. die Skizze auf Taf. XVIII), daß das periphere Wachstum in der Haut ganz auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt. Selbst die feinsten Lymphspalten sind mit Krebszellen ausgestopft. Die letzten Bläschen des herpetischen Vorstadiums waren einige Tage vor dem Tode bereits wieder eingetrocknet. An den Schnitten ist von denselben nichts mehr zu erkennen; der Lage nach fallen sie etwa an das äußerste linke Ende der Skizze.

Versuchen wir eine Erklärung der bei unserer Kranken beobachteten eigentümlichen Hautveränderungen, so kann wohl kein Zweifel daran aufkommen, daß der Herpes zoster des linken Armes und die unmittelbar darauf folgenden Herpeseruptionen auf der r. Brust und am Halse grundverschiedene Prozesse sind, welche nichts weiter mit einander gemein haben, als das äußere Ansehen der Effloreszenzen. Durch ihre Lokalisation im Bereiche des 5. Zervikalwurzgebietes, die gruppen-

¹⁾ Lohrlich. Ergebnisse d. allg. Pathologie etc. VII. 1901. p. 912.

förmige Anordnung der Bläschen, die Hyperästhesie der Haut und das spurlose Verschwinden im Verlaufe von ca. 3 Wochen charakterisiert sich die Hautveränderung des linken Armes als ein echter Herpes zoster, welcher offenbar dem Drucke der Geschwulst auf die entsprechenden Nervenwurzeln seine Entstehung verdankt. Im Gegensatze dazu ließen die späteren Eruptionen eine Anordnung nach Wurzelsegmenten durchaus vermissen, es fehlten die Gruppenbildung und die Sensibilitätsstörungen der Haut, die Veränderungen bildeten sich nicht völlig zurück, sondern es folgte nach dem Eintrocknen der Bläschen eine dauernde Krebsinfiltration. Wir haben es also hier mit einem herpetischen Vorstadium der (sekundären) Krebsentwicklung zu tun, das allerdings wegen seiner kreisförmigen Anordnung eine ungewöhnliche Erscheinung darstellt.

Daß bei Geschwülsten der Haut, insbesondere bei der Leukämie und Pseudoleukämie, entzündliche Erscheinungen der eigentlichen Geschwulstentwicklung vorausgehen können, ist bekannt. Am häufigsten sind derartige „Vorstadien“ übrigens bei der Mykosis fungoides beobachtet worden, u. zw. werden sie hier als ekzematöse oder urticariartige Eruptionen von manchmal sehr langer Dauer geschildert. Ob bei dem Hautkrebs — abgesehen von Pagets eigenartigen „disease of the nipples“ — etwas ähnliches vorkommt, ist mir nicht bekannt. Bei einer flüchtigen Durchsicht der Literatur finde ich keine ausdrücklichen Hinweise darauf. Ebensowenig habe ich Angaben über herpetiforme Vorstadien bei einer der genannten Affektionen angetroffen.

In unserem Falle könnte man sich die Entstehung der Bläschenbildung vor der eigentlichen Krebsentwicklung auf 2 verschiedene Weisen erklären.

Einmal wäre es denkbar, daß die in den Lymphbahnen der Haut überall sich ausbreitenden Krebszellen zeitweise eine Lymphstauung in der äußersten Peripherie hervorgerufen haben. Dagegen spricht indes die flüchtige Erscheinung der Eruption und die Rötung der Haut an der Basis der Bläschen. Vermutlich würde man auch, wenn diese Auffassung richtig wäre, ähnliche Bilder öfter antreffen, da ja der geschilderte Ausbreitungs-

modus bösartiger Geschwülste in der Haut ein ganz gewöhnlicher ist.

Sodann kann man — und das dürfte wohl eher zutreffen — an eine atypische Herpeseruption nach Analogie des Herpes labialis resp. progenitalis denken. Nach der Auffassung maßgebender Autoren ist bei diesen Formen des Herpes der Sitz der Läsion äußerst peripher, an einem feinen Nervenästchen der Haut zu suchen und nicht, wie beim Herpes zoster, an den hinteren Wurzeln. Neisser¹⁾ weist ausdrücklich auf die Bedeutung traumatischer und anderer Irritationen der Hautnerven für die Entstehung dieser atypischen Herpeseruptionen hin. Es ist durchaus möglich, daß bei dem Emporwuchern des Krebses aus der Tiefe einzelne Hautnerven derartigen Insulten ausgesetzt wurden, bevor die Haut selbst krebsig infiltriert war. In die durch die Bläschenentwicklung gelockerte Epidermis könnten dann die Krebszellen leichter vorgedrungen sein, so daß sie nun zuerst gerade an der Stelle der inzwischen eingetrockneten Bläschen erschienen.

Die Erklärung der Abbildung auf Taf. XVIII ist dem Texte zu entnehmen.

¹⁾ Krankheiten der Haut in Ebstein-Schwalbes Handbuch III., 2, pag. 312.