Zur Kenntniss der Acne frontalis seu varioliformis (Hebra), Acne frontalis necrotica (Boeck).

Von

Prof. F. J. Pick in Prag.

(Hiezu Tafel V.)

Es ist nicht leicht zu sagen, was die Autoren unter dem Namen *Acne varioliformis* verstehen. Wenn man auch von dem Umstande absieht, dass französische Dermatologen nach dem Vorgange Bazin's diese Bezeichnung noch immer für die nun allgemein als *Mollusum contagiosum* oder *Epithelioma mollusum* benannte Krankheit gebrauchen, so ist doch anderseits sicher, dass diese Benennung noch für ganz verschiedene Krankheitsprocesse angewendet werde. Schon die Erklärungen, welche für das Epitheton „*varioliformis*“ gegeben werden, lassen die Verwirrung ahnen. Bald sollen die Efflorescenzen Aehnlichkeit mit den bei der Variola haben und dies durch den Namen ausgedrückt werden, bald wieder soll die Krankheit durch die Hinterlassung von Narben, wie nach Variola, den Beinamen verdienen, bald soll beides zusammen den Grund für die Bezeichnung abgegeben haben.

Es steht schlimm nach dieser Richtung mit der Belehrung, deren wir aus den Hand- und Schulbüchern theilhaftig werden. Nicht alle Verfasser sind so offen wie E. Veiel, der in Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten II. Th., S. 223, nach einigen kurzen Angaben, die er Hebra's Handbuch entnommen hat, schliesslich erklärt, er habe diese Krankheit nie gesehen. Augenscheinlich befanden sich auch die meisten anderen Verfasser in

derselben Lage, allein sie lassen uns doch im Zweifel darüber, ob die mancherlei einander widersprechenden Angaben von ihnen selbst ermittelt wurden, oder von anderwärts stammen und woher.

Es war deshalb sehr zeitgemäss, dass Prof. Boeck¹⁾ durch die Mittheilung eines sehr interessanten Falles die Discussion über diese „versäumte Krankheit“ eröffnete und zugleich zur Kenntniss derselben einen erfreulichen Beitrag lieferte.²⁾

Die Mittheilungen von Boeck erweitern jedoch die Charakteristik, welche Hebra von seiner *Acne varioliformis* gegeben hat in vielen wesentlichen Punkten ganz bedeutend, die Angaben beider weichen von einander derart ab, dass es Jedermann klar sein muss, dass es sich bei Boeck um eine andere Form der Krankheit handelt, als die, welche Hebra im Auge hatte.

Im Nachfolgenden werde ich zwei Fälle mittheilen, welche dieses Verhältniss klarstellen werden. Ich wähle dieselben aus einer grösseren Zahl von Fällen, weil sie jeder in seiner Art typisch sind für die eine oder die andere Form.

Fall 4. (Hiezu die Abbildung auf Tafel V.) *Acne varioliformis* Hebra.

D. F., 30 Jahre alt, Kaufmann, kommt in die klinische Ambulanz wegen eines Ausschlages im Gesichte, der wegen seiner Aehnlichkeit mit Blattern seine Kundschaft ängstigt, ihn deshalb verhindert im Laden anwesend zu sein und auf diese Weise materiell schädigt.

Die Krankheit soll vor einem halben Jahre plötzlich mit der Entwicklung kleiner rothbrauner Knötchen auf der Nase begonnen haben, denen nach einigen Tagen ähnliche Knötchen auf den Wangen und an der Stirne folgten. Von da an bis zum heutigen Tage dauert der Process ununterbrochen fort, indem sich immer neue Knötchen bilden, während die älteren mit Hinterlassung von Narben zur Rückbildung gelangen.

---

¹⁾ Cäsar Boeck: „Ueber *Acne frontalis seu necrotica*.“ Dieses Archiv 1889, Heft I.

²⁾ Ich hatte gerade eine Mittheilung für das Archiv über denselben Gegenstand vorbereitet und die meiner Arbeit beigegebene Tafel war schon ausgeführt, als mir der Artikel des Herrn Collegen Boeck zur Aufnahme in das Archiv zukam. Ich habe seiner Arbeit den Vortritt gelassen, weil ich in vielen wesentlichen Punkten zu denselben Resultaten gekommen war und nicht den Verdacht auf mich laden wollte, Herrn Collegen Boeck die Priorität schmälern zu wollen.

Die Eltern des Patienten leben und sind gesund. Die Mutter ist 68 Jahre alt, der Vater 70. Von sechs Geschwistern leben vier, eine Schwester starb im 2. Lebensjahre an Variola, eine zweite war skoliotisch, starb im 22. Lebensjahre an Erstickung aus ihm unbekannter Ursache, die übrigen stehen im Alter von 33, 35, 41 Jahren und sind gesund. Patient ist der jüngste von ihnen, litt vor seinem 16. Lebensjahre häufig an Furunculosis, in diesem Jahre überstand er Variola. Vom 20. Lebensjahre an leidet er an mässiger Seborrhoea capillitii, die zu theilweisem Haarausfall führte. Zum Militär kam er nicht wegen starker Varicositäten an den Unterextremitäten.

Vor etwa zehn Jahren litt er durch sechs Wochen an Gonorrhöe. Anderweitige venerische oder syphilitische Infectionen hatte er nicht. Dagegen leidet er seit seiner Jugend häufig an Halsentzündungen, die fast regelmässig zweimal des Jahres auftreten und mit stärkerem Fieber einhergehen. Patient ist zum zweiten Male verheiratet, aus der ersten Ehe stammt ein Knabe, der zwar schwächlich, aber sonst gesund sein soll, in zweiter Ehe ist er mit einer Witwe, die selbst zwei Kinder hat, verheiratet, aus dieser Ehe stammt ein Kind, das jetzt acht Monate alt und vollkommen gesund ist. Abortus hat niemals bei seinen Frauen stattgefunden, die erste Frau starb an Tuberculose.

In der Familie sind ausser Variola keinerlei Ausschläge vorgekommen, auch jetzt leidet weder Frau noch Kinder an einem ähnlichen Ausschlage wie er. Er ist kein Alkoholiker.

Status: Patient ist mittelgross, mässig kräftig gebaut, Musculatur schwach, Panniculus gering. Die Haut des Stammes und der Unterextremitäten zeigt, ausser mehreren pigmentirten Nävis, mehreren Mollusca fibromatosa und einem kleinen Angiom, keinerlei pathologische Veränderungen.

Die Haut des Gesichtes, der Stirne, insbesondere an der Haargrenze, den Ohrmuscheln, aber auch im behaarten Theile des Kopfes und zwischen den Barthaaren, zeigt äusserst reichlich, stecknadelkopf- bis linsengrosse, rothbraune, das Niveau beträchtlich überragende Knötchen und Knoten, deren Oberfläche theils gleichmässig gefärbt und glatt ist, theils central eine trockene braune Borke trägt.

Diese Borken haften sehr fest an ihrer Unterlage, erscheinen unter das Niveau des Knötchens eingesunken und werden an der Peripherie von dem nicht vertrockneten Theile des Knötchens umsäumt. Nach Entfernung der Borken liegt ein Substanzverlust zu Tage, von dem aus man mit der Sonde unter die unterminirten Ränder der Hautinfiltration gelangt. Unter der rechten

Augenbraue ist eine grössere Zahl der Knötchen zu einer fast zusammenhängenden Geschwulst von 2 Mm. Länge und 1 Mm. Breite vereinigt.

Nur an sehr wenigen Efflorescenzen sieht man ausnahmsweise an der Spitze einen gelben Eitersaum die Borke umgeben und das Knötchen selbst, das in diesem Falle eine beträchtliche Grösse erreicht, mit einem rothen Entzündungshofe versehen, gewöhnlich sind die braunrothen Knötchen scharf umschrieben und heben sich ebenso scharf von der sie umgebenden und unverändert aussehenden Haut ab.

Zwischendurch, ganz besonders an der Haargrenze, findet man der Grösse der Knoten oder Knötchen entsprechende tiefe, theils noch braunroth gefärbte, theils schon seröse Narben.

Ausser den angeführten Knötchen findet man zwischen denselben ähnliche, scheinbar unter der Haut liegende hanfkorn- bis kleinerbsengrosse Knoten, über denen die Hautdecke unverändert oder nur livid roth erscheint. Solche Knoten finden sich vorwiegend an den Seitentheilen des Halses, an den Handrücken und Vorderarmen.

Ein Zusammenhang mit den Haarbälgen ist selbst am behaarten Theile des Gesichtes und am behaarten Kopfe nicht ermittelbar. Ebenso wenig ist ein Comedo nachweisbar oder an den Knötchen der Ausführungsgang einer Talgdrüse angedeutet.

Drückt man mit einem Bergh'schen Comedonenquetscher, von der dem Umfang des Knötchens angepassten Grösse, dasselbe umgreifend auf die Umgebung, so ist man im Stande, das ganze Knötchen oder den Inhalt desselben herauszuquetschen. Derselbe erweist sich als ein Körper von gelblicher wachsartiger Beschaffenheit, der zurückbleibende Substanzverlust erscheint seicht, die Blutung ist gering.

Wie schon aus der Abbildung ersichtlich ist, beginnt der Process mit den kleinen, stecknadelkopfgrossen braunrothen, leicht elevirten Knötchen, welche sich scharf von der Umgebung abheben und entweder als solche schon den Rückbildungsprocess eingehen oder sich langsam und verhältnissmässig wenig vergrössern.

Nach kurzem Bestande, oft schon an den kleinsten Knötchen, sieht man die centrale Borkenbildung, durch welche eben das

Centrum des Knötchens gegenüber dem Rande einsinkt und die Efflorescenz ein dellenförmiges genabeltes Aussehen erhält.

Die Borke bleibt gewöhnlich sehr lange liegen und fällt, wenn sie nicht vorher mechanisch entfernt wurde, erst ab, wenn sich unter ihr die Vernarbung vollzogen hat. Die Vernarbung geschieht zumeist ohne Eiterung unterhalb des Schorfes oder es kommt um den Schorf herum zu eiteriger Entzündung, in welchem Falle auch die äussere Form der Efflorescenzen sich ändert, indem sie bedeutend grösser werden, die Delle einbüssen, sich zuspitzen und um den Schorf herum eine gelbe, durch die Haut durchscheinende eiterige Flüssigkeitsansammlung zeigen und gewöhnlich, namentlich bei den grösseren Pusteln, einen rothen Entzündungshof darbieten.

Diese Entzündung greift viel tiefer als die Knoten reichen und hinterlässt dementsprechend auch viel tiefere Narben.

Durch innerliche Behandlung liess sich der Process in keinerlei Weise beeinflussen. Patient hatte, ehe er an die Klinik kam, durch viele Monate Jodkali und Solut. Fowleri genommen ohne die geringste Wirkung.

Ich habe die Knoten mit Bergh's Comedonenquetscher ausgedrückt oder mit dem scharfen Löffel entfernt, wodurch ich die vorhandenen Krankheitsherde am raschesten beseitigte.

Fall 2. *Acne necrotica*, Boeck. Der Fall betrifft den einundzwanzigjährigen, ledigen Knecht F. K., aufgenommen am 6. April 1889, sub Nr. 4337. Der Vater des Patienten leidet seit zwei Jahren an einem arthritischen Processe, die Mutter und zwei Geschwister sind gesund, eine Schwester leidet an Epilepsie, vier Geschwister starben in früher Jugend. Patient selbst ist nie ernstlich krank gewesen, doch leidet er an seinem Ausschlage der im fünften Lebensjahre begann, in den folgenden Jahren periodisch wiederkehrte, um in den letzten Jahren häufiger und unregelmässiger aufzutreten. Die Angaben des Patienten über das Auftreten des Ausschlages sind ganz genaue. Er sagt:

Vom fünften bis zum neunzehnten Lebensjahre trat der Ausschlag alljährlich im Monate April im Gesichte auf und heilte nach vierzehntägigem Bestande vollkommen ab, während dieser ganzen Zeit war der Ausschlag mit keinerlei Beschwerden verbunden.

Im Jahre 1887 stellte sich der Ausschlag schon im Monate März ein, heilte in vierzehn Tagen ab, trat aber im April zweimal auf, sobald Patient wieder zur Arbeit ging. Der Ausschlag war diesmal mit Röthung und Schmerz in den Augen verbunden.

Im Jahre 1889 erscheint das Exanthem schon Ende Januar, zugleich besteht eine starke Augenentzündung, sobald Patient wieder zur Arbeit geht, kehrt der Ausschlag nach wenigen Tagen im Monate Februar, März und April je zweimal wieder; Anfangs März war er mit einer so heftigen Augenentzündung verbunden, dass Patient nicht allein gehen konnte, damals liess sich Patient in das H . . . . Spital und später auf die dermatologische Abtheilung aufnehmen. Der letzte Ausschlag im Monate April heilt nicht, wie die früheren nach vierzehntägigem Bestande aus, sondern besteht bis zum Herbst.

Im Jahre 1889 tritt das Exanthem am 20. Januar auf der linken Wange auf, besteht acht Tage, zugleich sind die Augen stark geröthet, am 14. Februar erscheint es wieder und dauert zwölf Tage, Ende Februar durch acht Tage hindurch.

Status vom 6. April: Körper klein, schwächlich gebaut, schlecht genährt, Musculatur wenig entwickelt, der Panniculus spärlich, die Hautfarbe blassbräunlich, das Haupthaar blond, schütter, die Haut des behaarten Kopfes, besonders in der Stirn- und Scheitelgegend mit sehr reichlichen trockenen, kleienartigen Schuppen bedeckt, die Haut im Allgemeinen schlecht gepflegt, gut eingeölt und normal durchfeuchtet.

Im Gesichte und am Stamm wenig, an den unteren Extremitäten sehr stark behaart, die extremen Körperteile livid roth verfärbt. Hände und Füsse kühl anzufühlen, in den Hohlfächen abnorm feucht.

Vollkommen symmetrisch localisirt, im ganzen Gesichte mit Ausnahme der Stirn, Lippen und Lider, besteht ein eigenartiges Exanthem. Dasselbe stellt sich der Hauptsache nach dar als circa linsengrosse, trockene, braunrothe Schorfe, die auf einem seichten Substanzverluste an der Spitze einer wenig elevirten und infiltrirten Partie ziemlich fest aufsitzen. Am Kinn und in der Regio parotidea beiderseits confluiren diese Schorfe zu grösseren Borken, auch kommt es daselbst aus dem stark gerötheten, infiltrirten und erodirten Corium zu einem Ergüsse seröser Flüssigkeit an die Oberfläche, wo dieselbe zu blätterartig an einander geschichteten Krusten eintrocknet. Die Anfangsstadien dieses Processes findet man augenscheinlich an beiden Ohrmuscheln und am oberen Rande der erkrankten Partien nach aussen vom linken äusseren Augenwinkel, und zwar stellen sich dieselben dar als gruppenweise zusammengedrängte, durch furchenartige Ein-

schnürungen von einander getrennte knötchenförmige Erhebungen von 4—5 Mm. an der Basis, dieselben besitzen einen ziemlich lebhaften Glanz, sind blassroth und gelblich durchscheinend. In der Tiefe des einzelnen Herdes sieht man meist mehrere violette Punkte und Streifen durchscheinen. Eine Localisation an die Talgfollikel ist in diesem Stadium nicht bemerkbar, insoferne die einzelnen Erhebungen über eine grosse Zahl von Follikelöffnungen ausgedehnt sind. Als Uebergangsstufe zwischen den beiden beschriebenen Formen des Exanthems bemerkt man nun einzelne solche Erhöhungen, die keine so pralle Spannung mehr darbieten, vielmehr abgeflacht sind, matt aussehen, zum Theil noch die erwähnten violetten Punkte durchschimmern lassen, oder schon einen opaken, bräunlichen, dünnen Schorf an der Spitze besitzen. Die Haut der Stirn und der Nase zeigt einen starken fettigen Glanz, ist fettig anzufühlen, im Bereiche der Nasenspitze und Flügel etwas geröthet, die Follikelöffnungen erweitert, mit Talgpföpfen verstopft, die Drüsenkörper der Talgdrüsen schimmern durch die dünne Haut als hirsekorn-grosse weisse Körner hindurch.

Im Harne keine abnormen Bestandtheile, überhaupt am übrigen Körper nichts Pathologisches.

13. April. Die Schorfe haben sich sämmtlich abgelöst, unter denselben flache Narben. Die frischen Efflorescenzen in der linken Schläfengegend haben sich derart verändert, dass sie allmählig weniger prall erscheinen, etwas opak sich färbten, statt der violetten Punkte im Innern eine gleichmässig braune Färbung annahmen und oberflächlich zu einem Schorfe eintrockneten.

21. April. Patient ging gestern aus dem Zimmer. Heute unter Jucken frische Efflorescenzen am Kinn und in der Gegend der unteren Augenlider aufgetreten.

22. April. Gestern Spaziergang. Heute an den Wangen frische Efflorescenzen aufgetreten.

24. April. Annähernd in derselben Ausdehnung wie bei seinem Spitaleintritte erscheint nun die Haut des Gesichtes besetzt mit zahlreichen, oft dicht gedrängten, blassgelblichen Erhebungen von durchscheinender Beschaffenheit, welche den obersten Schichten angehören und in ihrer Tiefe zum Theile wenigstens jene violetten Punkte und Streifen erkennen lassen und, wie be-

sonders am behaarten Theile der Oberlippe wahrnehmbar ist, sicher nicht ausschliesslich an die Haarbälge gebunden sind. Bei seitlichem Druck wird schliesslich die Epidermisdecke durch ausgepresste seröse Flüssigkeit in Blasenform abgehoben und zum Platzen gebracht, beim seitlichen Anstechen der einzelnen Erhebungen entleert sich, gleichfalls erst durch seitlichen Druck, etwas Flüssigkeit. Entfernt man nach Aufhören des Druckes die Epitheldecke, so kommt ein blutig imbibirtes Corium zum Vorschein.

25. April. Das Exanthem, besonders im Bereich der linken Jochbein- und Wangengegend hat zum grössten Theile, in Folge nachfolgender Blutungen, eine mehr gleichmässige violette oder braune Färbung erhalten.

26. April. Die Efflorescenzen sind fast vollständig zu Krusten oder Schorfen eingetrocknet.

27. April. Sämmtliche Efflorescenzen eingetrocknet, die Haut an der Kinnlippenfurche, Nase, den Ohrmuscheln, Wangen mit mehr weniger umfänglichen Krusten und Schorfen bedeckt.

7. Mai. Das letzte Exanthem ist vollständig abgeheilt, neuerdings mit Hinterlassung zarter, wenig vertiefter, glatter weisser Narben. Gestern und heute schon hielt sich Patient eine Zeit lang im Freien auf. Heute Nachmittags erscheint die Haut des Gesichtes im Bereiche der Nase, der Wangen, der Ohrmuscheln und der Kinnfurche geröthet, glänzend, an der Nase und den Nasolabialfalten, sowie am Kinn stark fettig anzufühlen, die Temperatur derselben erhöht. Im Bereiche der linken Wange sieht und tastet man mehrere stumpfkegelförmige, annähernd hanfkorngrosse Erhöhungen von etwas durchscheinender Beschaffenheit.

9. Mai. Die Zahl der niedrigen, derben, gelblich durchscheinenden Erhebungen hat im Bereiche der beiden Wangen zugenommen, ist aber noch immer relativ gering. In der Kinnfurche und an den Ohrmuscheln sind einzelne neue aufgetreten, an mehreren zeigen sich bereits die eigenthümlichen, punktförmigen Blutaustritte, die besonders nach dem Abstreifen der blasenartigen Decke mit grosser Deutlichkeit hervortreten.

10. Mai. Heute sind keine neuen Eruptionen aufgetreten.

19. Mai. Der Kranke klagt über Schmerzhaftigkeit und

Sehstörung am rechten Auge. Es zeigt sich auf der rechten Cornea eine centrale, punktförmige, graue Trübung. Leichte pericorneale Injection.

24. Mai. Viel stärkere pericorneale Injection.

29. Mai. An beiden Ohrmuscheln sind mehrere von Anfang an violette oder braun gefärbte Efflorescenzen aufgetreten.

Von nun an wurde der Kranke wieder im Zimmer zurückgehalten, es kamen weiter keine frischen Efflorescenzen zur Entwicklung und unter indifferentem Salbenverbande kam der Process wieder zu vollständiger Abheilung. Nachdem die Borken abgefallen waren, wurde ein Gelatinverband verordnet, seither sind bis zur Entlassung des Kranken, 26. Juni, keine frischen Nachschübe aufgetreten.

Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass es sich im ersten Falle um eine *Acne varioliformis seu frontalis* im Sinne Hebra's handelt. Seine Beschreibung von dieser Krankheit stimmt, ausser seinen Angaben von der ausschliesslichen Localisation „im Gesichte und auch da nur an der Stirne, hauptsächlich zunächst der behaarten Kopfhaut, sowie auch an letzterer hie und da zerstreut“ vollständig mit unserem Bilde überein. Nach Hebra äussert sich diese Form der *Acne* theils durch mehr flache, hanfkorn-grosse Knötchen, theils durch Pustelbildung, beherbergt im Innern keinen Comedo, bekommt an der Spitze ein flaches, scheibenförmiges Krustchen, welches den untergelagerten Theilen fest adhärirt und später unter das Niveau des übrigen Knötchens gelangt, so zwar, dass der Rest des letzteren das centrale scheibenförmige Borkchen allenthalben in Gestalt eines erhabenen Randes umgibt und hinterlässt, wenn die Borke abfällt eine Narbe, die gegen die Umgebung vertieft ist.

Abweichend von diesen Angaben ist, wie schon bemerkt, die Ausbreitung des Processes im Gesichte auf die Wangen und den behaarten Theil desselben, sowie auf die Ohrmuscheln, den Hals und die oberen Extremitäten.

Wie ich gezeigt habe, ist die Pustelbildung eine nur secundäre, offenbar nur durch die Infection mit Eitercoccen an einzelnen Stellen um die verschorften Partien eingetretene Erscheinung.

Wie die mikroskopische Untersuchung der ausgedrückten Knoten erweist, anderes Material ist mir nicht zur Verfügung gestanden, handelt es sich um Neubildung von Epithel, welches alsbald einer eigenartigen Degeneration verfällt, verschorft, während sich, wenn diese Neubildung in die Tiefe gegriffen, in der Umgebung der epithelialen Neubildung vom Chorion aus eine kleinzellige Infiltration entwickelt und zur Narbenbildung führt. Es ist mir nicht gelungen, Beziehungen zwischen den neugebildeten Epithelknoten und den Talg- oder Haarbälgen nachzuweisen. Auch über die Degenerationsvorgänge an den neugebildeten Epithelien bin ich bisher nicht in der Lage etwas Bestimmtes auszusagen.

Immerhin bin ich der Ansicht, für diesen Process den Namen *Acne varioliformis* vorerst beizubehalten, weil er für das klinische Bild äusserst charakteristisch ist.

Ebenso unzweifelhaft ist es, dass es sich im zweiten Falle um jenen Process handelt, der mit dem in Boeck's Falle identisch ist, und dem er im Gegensatze zu Hebra's *Acneform* den sehr zweckmässigen Namen *Acne necrotica* gegeben hat.

Ich acceptire den Namen für diese Krankheitsform, aber auch nur für diese, mit Vergnügen.

Sie charakterisirt sich ganz besonders durch die von Boeck treffend hervorgehobenen kleinen, staubförmigen, hämorrhagischen Pünktchen, die zusammen einen kleinen violettrothen Fleck bilden, ferner durch die ödematös imbibirte Oberhaut und die stellenweise viel stärkere und tiefer gehende Verschorfung.

Sie mit der *Acne varioliformis* Hebra zu identificiren, bin ich nicht in der Lage.

Inwiefern diese beiden Krankheitsformen nahe verwandte oder zusammengehörige Processe darbieten, werden erst weitere Beobachtungen lehren.

Erklärung der Tafel im Texte.