Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.
(Vorstand: Prof. Dr. K. Kreibich.)

Über einen eigenartigen Fall von Lupus erythematodes.

Von

Dr. H. Guth,
Sekundärarzt der Klinik.

(Hiezu Taf. VI.)

Unter den mannigfaltigen Bildern, unter denen Lupus erythematodes auftreten kann, hatten wir Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der — wie es scheint — eine noch nicht verzeichnete Abart des Leidens darstellt.

Am 10./II. 1911 wurde auf die Klinik eine fünfzehnjährige Patientin mit einer Gesichtsaffectation aufgenommen; die Familienanamnese ergab keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose. Patientin hat außer Masern keine Erkrankung durchgemacht. Sie gibt an den Beginn ihrer Erkrankung vor drei Jahren bemerkt zu haben. Diese begann beiderseits neben den äußeren Augenwinkeln als roter, erhabener Fleck, der nicht juckte. Die Affectation soll nicht schubweise, sondern ganz allmählich vorwärtsgeschritten sein und wurde verschiedentlich behandelt. Menses regelmäßig; zum ersten Male traten sie im Juli 1910 auf. Kein Husten, kein Nachtschweiß, Appetit, Stuhl normal.

Status praesens.

Mittelgroße, gut entwickelte Patientin. Herz und Lungenbefund normal. Ein großer Teil des Gesichtes ist eingenommen von einer Affectation, deren Sitz beide Wangen sind und die nach abwärts bis in die Höhe der Mundspalte reicht, nach außen etwa ein Querfinger vor den Ohrmuscheln und $1\frac{1}{2}$ Querfinger vor dem Unterkieferwinkel sich begrenzend. In der Höhe der Augenwinkel setzt sich die Affectation an der Schläfenhaargrenze ab; von da nach aufwärts erstreckt sich die Affectation auf die Stirne in der Weise, daß beiderseits oberhalb der äußeren zwei Drittel

der Augenbrauen von $1\frac{1}{2}$ cm breiter Querstreifen befallen ist; ferner ist die Haut beider Augenlider ergriffen. Unterhalb der Glabella, oberhalb der Nasenspitze zieht eine $1\frac{1}{2}$ cm breite Brücke quer über den Nasenrücken, die beiderseitigen Herde verbindend. Diese Herde sind ziemlich scharf gegen die Umgebung abgegrenzt u. zw. in großen, stellenweise in kleinen Bogenlinien.

Die Farbe der Herde ist im unteren Teile ein lebhaftes Rot mit einer Beimischung von Gelb, nach oben hin ein helles gelblich-braun mit schwacher rötlicher Beimischung. Die Farbe des an der Nasenwurzel lokalisierten Herdes steht im ganzen zwischen diesen beiden Farben.

Es fällt nun aber beim Anblicke der Herde vor allem eine eigenartige gyrierte Zeichnung auf. Diese kommt durch ein doppeltes Verhalten zustande.

Es durchziehen nämlich den Gesamtherd 1—3 mm breite, lebhafter gefärbte Bänder, lebhafter gefärbt jeweils im Sinne der vorhin angegebenen Farbentöne. Diese Bänder verlaufen in konzentrischer Weise. Das Zentrum der streng kreisförmigen Zeichnung in der Augenbrauengegend (siehe Tafel) liegt ungefähr im Mittelpunkte der Augenbrauen. Ein zweites Zentrum bilden die Augenhöhlen selbst und um diese gruppieren sich im großen ganzen die Herde der Wangen. Im unteren Teile des Wangenbezirkes ist diese konzentrische Anordnung kaum mehr ausgesprochen; man hat hier vielmehr den Eindruck, als wären hier eigene Zentren für derartige konzentrische Bildungen vorhanden. Dieses Gesamtverhalten des Krankheitsbildes ist links deutlicher als rechts. Die Begrenzung der roten Züge ist eine nicht ganz scharfe; übrigens auch am peripheren Rande nicht schärfer als an der der Mitte zugekehrten Begrenzungslinie. Eine Erhabenheit der Züge über die Umgebung ist eben noch erkennbar. Dasselbe gilt von der in das konzentrische System sich einfügenden roten Grenze des Gesamtherdes.

Das zweite Element, das in dem Gesamtbilde auffallend hervortritt, ist eine Schuppung; diese ahmt in Gestalt von 1—2 mm breiten, feinen, abgehobenen Schuppensäumen im großen und ganzen die roten Linien nach. Der abgehobene Raum des Schuppensaumes ist jedesmal dem Zentrum des Kreisbogens zugekehrt. In bezug auf die roten Linien liegt der einer solchen Linie offenkundig zugehörige Schuppensaum ausnahmsweise ihr peripher an, in der Regel zentral; in manchen Fällen deckt er sie oder zieht in breiteren Stellen in ihrer Mitte dahin. An den Oberlidern ist die Schuppung weit schwächer als in den übrigen befallenen Hautanteilen. Die Schuppen sind leicht ablösbar und zeigen keine Fortsätze an ihrer Unterfläche.

Spannt man die Haut etwas fester an, so legt sie sich überall in feine dem Zuge entsprechende Linien, welche letztere jedoch nirgends einer Atrophie der Haut entsprechen, sondern nur Faltungen anzeigen, welche in der offenbar schon in Ablösung — Schuppenbildung — begriffenen obersten Hornschichtslamelle zustande kommen.

In dem ganzen befallenen Hautgebiete besteht deutliche aber geringe Infiltration der Haut.

Die Conjunctivae palpebrarum sind etwas stärker injiziert. Mundrachen Schleimhaut ohne Besonderheiten.

Die Haut des Gesichtes außerhalb des beschriebenen Herdes ist normal bis auf erweiterte Gefäßreiser an den Nasenflügeln und eine auffallende Seborrhoea oleosa an den Ohrmuscheln.

Körper- und Extremitätenhaut normal. Nur die Hände sind bläulich-rot, schwitzen leicht; ebenso die Fußsohlen.

Im Harn Albumen in geringer Menge nachweisbar; im Sediment keine Zylinder.

Unter Ichthyol- später Salizylpflasterbehandlung blassen die Krankheitsherde rasch ab. Atrophie wurde auch nach Ablösung der Schuppenlamellen, die sich übrigens bei Aussetzen der Behandlung immer wieder erneuerten, nicht sichtbar. Eine Injektion von Tuberkulin vetus 3 mg (28./II.) führte zu einer Temperatursteigerung bis 38.4. Örtlich trat vermehrte Rötung auf und die schon im Abblassen begriffenen Ringe wurden deutlicher. Es ist wahrscheinlich, daß bei dieser Erscheinung einfach die durch Fieber erzeugte Hautrötung mit ins Spiel kam.

Der Fall konnte von vornherein nicht anders denn als Lupus erythematodes aufgefaßt werden.

Ekzema seborrhoicum hätte sich nicht in dieser Weise im langsamen Fortschreiten entwickelt, hätte nicht — wie aus der Anamnese ersichtlich — jahrelang bestanden, ohne irgend einmal zu akuten oder irgendwelchen subjektiven Erscheinungen zu führen. Auch die Lokalisation wäre für dieses Leiden höchst ungewöhnlich. Die vorhandenen Schuppen sind nicht seborrhoisch und außer den Vorderflächen der Ohrmuscheln zeigte kein Teil der Haut, auch nicht der Haarhoden, seborrhoischen Charakter.

Psoriasis konnte bei dem ganz andersartigen Charakter der Schuppung, wohl auch angesichts der langen Dauer eines fast unveränderten Zustandes und bei dem Mangel entsprechender Infiltration von vornherein ausgeschlossen werden.

Für die Diagnose Lupus erythematodes spricht hingegen die charakteristische Lokalisation, die Gestalt des Herdes, die Chronizität der Erkrankung, die scharfe Begrenzung des Krankheitsherdes, schließlich die der Affektion eigene Farbe einer akuten Erkrankung bei chronischem Verhalten; auch die Albuminurie, die bei Lupus erythematodes wiederholt beobachtet worden ist, fügt sich hier ohne Schwierigkeiten ein.

Daß Abweichende und Eigenartige in unserem Falle ist nun die Bildung von scharf hervortre-

tenden konzentrischen, roten Ringen und von in gleicher Weise verlaufenden Schuppensäumen.

Nichts ungewöhnliches dagegen und nichts, was an der Diagnose irremachen könnte, ist die Tatsache, daß im Laufe von drei Jahren bei unserem Falle im erkrankten Hautanteile keine Atrophie eintrat. Solche Fälle, die wohl zuerst von Leredde¹⁾ eingehender gewürdigt worden sind, stellen — wie dies besonders Jadassohn betont — „die leichtesten Fälle des chronischen Lupus erythematodes dar“; sie sind von Brocq als Erythème centrifuge bezeichnet worden. Aus denselben Gründen ist der Mangel an graugrünen Schuppen oder Borken mit Fortsätzen an ihrer Unterfläche keine wesentliche Besonderheit unseres Falles.

So ließen positive und negative Merkmale es nicht zu, das durch einige neue Züge ausgezeichnete Krankheitsbild einer anderen Erkrankung als dem Lupus erythematodes unterzuordnen. Unsere Erwartung dagegen, unseren Fall innerhalb dieser Gruppe an andere bereits beschriebene Beobachtungen gleicher Art angliedern zu können, erfüllte sich nicht. Leredde²⁾ beschreibt zwar Fälle von Lupus erythematodes, denen er eine gewisse Ähnlichkeit mit dem polymorphen Erythem zuspricht und die insofern an unseren Fall erinnern, als dabei nebst Mangel an erheblicher Infiltration und Atrophie konzentrische, der gewohnten Art der Schuppenbildung entsprechende rote — übrigens auch violette — Ringe vorhanden sind; doch handelte es sich bei diesen Beobachtungen stets um ganz vorübergehende Zustände.

Es wäre nun von Interesse gewesen, sich eine Vorstellung darüber machen zu können, in welcher Weise der Entzündungsprozeß, den wir vor uns hatten, dieses eigenartige Bild hervorbringt. Unter den vorhandenen Möglichkeiten läge am nächsten die, daß es sich um ein Weiterschreiten einer Entzündungswelle von einem Zentrum her und um immer wieder erfolgende Nachschübe solcher Stellen von diesem Punkte aus handle. Nun ist weder aus der Anamnese etwas Sicheres über den Mechanismus der Entstehung und die Art des Fortschreitens ersicht-

¹⁾ Jadassohn, Mraček Handbuch. Bd. III. p. 301.

²⁾ La Semaine medicale. 1905. pag. 5.

lich, noch konnte Herr Dr. E. Schindler (Eger), der den Fall ein Jahr lang beobachtet hat — nach einer uns freundlich gemachten Mitteilung — Nachschübe der vermuteten Art beobachten. Die Verschiedenheit der Lagebeziehung der Schuppensäume zu den roten Ringen wies zwar auf Schwankungen in der Lage oder Breite der letzteren hin, war aber zur Lösung der aufgeworfenen Frage nicht zu verwerten. Während der Beobachtungszeit in der Klinik war von vornherein nur ein Rückgang der Entzündungserscheinungen zu beobachten. Nur einmal zeigte sich nach Applikation von mitigiertem Quecksilberpflaster eine medikamentöse Reizung in der Weise, daß alte Erythemringe sich wieder stärker röteten oder über die ursprüngliche Begrenzung hinaus vielleicht ein oder der andere frische Ring auftrat. Sämtliche Ringe zeigten wie die spontan entstandenen den zentralen Schuppensaum und perstierten länger als es der Quecksilberpflasterwirkung z. B. auf normaler Haut zukommt. Auch diese Überempfindlichkeit gegen äußere Reize spricht für unsere Auffassung des Lupus erythematodes als eines in einer überempfindlichen Zone lokalisierten perstierenden Erythems, das seinen Grund in inneren (toxischen) Ursachen haben mag, in dessen Lokalisationsgebiet aber auch durch äußere Schädlichkeit eine Reizung im gleichen Sinne eintreten kann. Unter den mannigfachen Varianten, unter welchen dieses Erythem, als welches wir den Lupus erythematodes auffassen, auftritt, würde unser Fall eine oberflächliche, parakeratotische, nicht zur Atrophie führende Form darstellen.

Als nach Ablassung und Einschränkung des befallenen Hautbezirkes wieder ein Rückschlag eintrat, welcher letzterer teilweise durch das Aussetzen der Therapie bedingt war, hatten wir doch Gelegenheit, uns über die Bildungsweise der roten Ringe ein Urteil zu bilden. Es schob sich tatsächlich der Rand des Herdes täglich mit deutlichen Fortschritten wieder peripheriwärts vor, wobei er an seiner zentralen Seite ablassend immer den Charakter eines Bandes behielt. Zu gleicher Zeit trat in dem bereits geheilten Gebiete wieder ein selbständiger Herd auf, dessen Rand gleichfalls zentrifugal vorrückte. Die sich bildende Zeichnung entsprach nicht der bei früherer Gelegenheit photographisch fixierten. Indem eine zungenförmige

Ausstülpung des peripher fortschreitenden Randes gegen diesen mit ihrer Spitze umbog und mit ihm verschmolz, entstand auch ein kreisförmiger Herd, der die obenerwähnte, außergewöhnliche Lokalisation des Schuppensaumes an der peripheren Seite seines Randes aufwies.

Die Affektion ist jetzt (5./V. 1911) unter vorsichtiger, örtlicher Behandlung, namentlich mit Ichthyol und Schwefel, sowie innerlicher Darreichung von Arsen, fast vollständig geschwunden.

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

Guth: Lupus erythematoses.

Lichtdruck v. Max Jaffé, Wien.