

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1892.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer Schiff.

Mracek zeigt ein Mädchen, dessen Affection er für Impetigo contagiosa halten möchte. Vor 6—7 Wochen soll das Mädchen und ihre zwei Schwestern, die die gleiche Affection haben, dieselbe vom Lande mitgebracht haben. Der Vater will früher nichts dergleichen an den Kindern bemerkt haben. Es handelt sich um einen circulären Ausschlag von Thalergrösse am behaarten Kopf, von mit Haaren verfilzten Krusten bedeckt. Eine ähnliche Form zeigt das Kind am Nacken, wo jedoch die Entzündung nur oberflächlich ist. So soll der Beginn aller Efflorescenzen gewesen sein. Interessant aber ist, dass die Form später eine circuläre wird. Wenn man nun berücksichtigt, dass die 3 Kinder nach einander die Affection bekommen haben, so liegt die Diagnose Impetigo contagiosa nahe, obzwar ich diese serpiginöse Form in dieser Ausdehnung noch nicht gesehen habe, wie sie hier am Gesäss und in der Unterbauchgegend auftritt. Ich habe in den letzten Tagen ein Salicylpflaster aufgelegt, worauf sich die Krusten bereits oberflächlich abgelöst haben und das Ganze trockener geworden ist, obzwar das Infiltrat noch in der Oberhaut sitzt.

Neumann stimmt mit der Diagnose von Mracek vollkommen überein und bemerkt, dass er gerade heuer zahlreichere Fälle von Impetigo contagiosa gesehen hat. Tritt die Affection an anderen Körperstellen auf, so ist allerdings die Diagnose leichter. An der Gesichtshaut ist diese Form sehr selten.

Kaposi stimmt ebenfalls mit der Diagnose überein und führt gerade die Grösse der Kreise als interessant an. Das Auftreten von so grossen Kreisen in concentrischer Anordnung mit Blasen hat auch Veranlassung gegeben, dass das Bild einzelnen Collegen für Herpes tonsurans imponirte. In diesem Falle dürfte es in Folge von Kratzen zu tieferen Veränderungen gekommen sein, so dass vielleicht eine Narbe zurückbleibt. Das ist aber etwas zufälliges. Die Efflorescenz als flache, rasch eintrocknende Blase ist jedenfalls charakteristisch.

Kaposi zeigt einen Patienten mit einer ungemein seltenen Form von Psoriasis vulgaris. In der Dermatologie liebt man es nicht, sich mit Anamnesen abzugeben, man lässt sehr gerne das Krankheitsbild auf sich einwirken, weil nur die unmittelbare Beobachtung Befriedigung ge-

währt. Von dem vorgestellten Falle weiss ich nur, dass der Kranke an verschiedenen Orten sich wegen seiner Krankheit behandeln liess, die verschieden aufgefasst wurde. In einer deutschen Universitätsstadt sagte ihm ein sehr tüchtiger Fachmann, er habe eine Augenentzündung (man sieht jetzt noch Spuren eines Processes an den Lidern), und da er Gefahr laufe, sein Auge zu verlieren, solle er zu einer Einreibungscur nach einem Curorte gehen. Die Affection wurde also als Syphilis aufgefasst. Zugleich sagte aber der College dem Kranken, eigentlich wisse er aber nicht, was ihm fehle. Ebenso konnte auch ein anderer College keine Diagnose machen. Die Inunctionscur wurde begonnen, bald aber trat Salivation, Schwäche und Uebelkeit ein. Der Kranke weigerte sich deshalb, die Cur fortzusetzen. Ein sehr berühmter Oculist hat dann nach Untersuchung des Auges die Sache für unbedenklich erklärt und warme Fomentationen verordnet. Früher will der Patient nie krank gewesen sein; im vorigen Jahre wurde er von einem Pferde am Unterschenkel verletzt, man habe ihn mit Jodoform behandelt, worauf er ein schuppendes Ekzem bekam, das längere Zeit bestand, auf den Unterschenkel sich beschränkte und wieder gut wurde. Im Mai dieses Jahres habe er eine Eruption am Rücken bekommen, nichts dagegen angewendet; vor 8—14 Tagen kam er nach Wien. Ich sah ihn vor 3 Tagen. Um Ihnen einen Begriff davon zu geben, wie der Kranke damals aussah, sage ich Ihnen: Angezogen, wie er war, machte er auf mich den Eindruck einer Lepra tuberosa. Gedunsenes Gesicht, geschwellte Lippen und Nase, Stirn runzelig, bedingt durch eine Menge bis kleinnussgrosser Knoten, viele derselben mit mächtigen Krusten bedeckt, dazwischen kleinere rothe, mit mehr oder weniger dicken Krusten am Kopf, wo die Haare meist ausgefallen waren. Am Körper dagegen, wie man es heute noch sieht, waren die auffallendsten Erscheinungen eine kolossale Zahl von knopfförmigen Erhabenheiten, an den Extremitäten besonders am Vorderarm, Handrücken, Unterschenkel, Fusssohle, die sich scharfrandig 2—3 Mm. über die Haut erhoben, pfennig- bis über thaler-gross waren, zum grössten Theil mit dachziegelförmigen schmierigen rupiaähnlichen Krusten bedeckt; wo dieselben eingerissen waren, ein leicht blutender Papillarkörper, drusiges Gewebe zu Tage liegend. In der nächsten Umgebung dieser Tumoren die Haut vollständig normal. Flachhand und Fusssohle trugen theils solche warzige mit Krusten bedeckte oder warzige Excrescenzen theils tiefere abscessähnliche Bildungen, Pusteln u. s. w. Zwischen diesen am Stamme nicht so zahlreichen knotenförmigen champignonartigen Gebilden, die sich mässig derb anfühlten, nicht schmerzhaft waren, hat der Kranke ausserordentlich zahlreiche linsengrosse und grössere rothe, lebhaft rothe, unter dem Fingerdruck ablassende und mit dünnen Krüstchen und Schüppchen bedeckte Stellen. Ich habe nicht einen Augenblick daran gezweifelt, dass es sich um Psoriasis vulgaris handelt, nur dass es schon von Anfang an eine Ps. verrucosa geworden ist, wie man sie sonst nur an den Unterschenkeln und Fusssohlen sieht. Denn die kleinen Flecken haben ganz den Charakter der gewöhnlichen Psoriasis u. zw. jener Form, die gar nicht so selten ist, wo die

Schuppen etwas dicker sind, indem etwas mehr seröses Exsudat dazu kommt und die Leute mehr gelbe Flecken bekommen. Ferner sieht man am Bauch und an den Unterschenkeln, dass die Efflorescenzen zumeist den Follikeln entsprechen, wie wenn jemand Pyrogallus oder Theer angewendet hätte und sich nun Folliculitiden auf psoriatischer Basis entwickelten. Das Bild ist jedenfalls ein überraschendes. Ich glaube, dass gerade so, wie ich, noch Keiner so etwas gesehen hat. Die Gedunsenheit des Gesichtes ist heute schon viel geringer, die Krusten fehlen meist, nur am Stamm habe ich sie nicht abgenommen. Die Plaques sind schon viel flacher geworden und auch die papillaren drusigen Partien nicht mehr so charakteristisch.

Interessant ist das Bild am Penis und Scrotum, wo Bildungen vorhanden waren, die breiten Condylomen ähnlich sahen. Die alte Knochennarbe des Unterschenkels sieht aus wie Mycosis fungoides. Auf der Schulter sitzen grosse Plaques, die im Centrum eingesunken sind und aussehen wie narbige Atrophie bei Lues. Die Nägel degenerirt.

Neumann hält die Diagnose für nicht so leicht. Die Partien an der hinteren Fläche der Oberschenkel sind eigentlich diejenigen, die zumeist zur Diagnose Psoriasis führen. Dass eine Psoriasis elevirt ist, mit Krusten, nicht mit Schuppen und dass dieselben zerfallen, ist ein Unicum. Er könnte höchstens 2 von ihm gesehene Fälle damit vergleichen, einen zur Zeit Siegmund's und einen zweiten, den er vor kurzer Zeit vorgestellt hat. Er glaubt, dass der weitere Verlauf lehren wird, ob überhaupt die Efflorescenzen als solche auftreten, ob sie im Centrum zerfallen, ob sie Borken bilden, oder ob sie bloss artificiell sind, durch Chrysarobin oder graue Salbe hervorgerufen. Er stimmt mit der Diagnose Psoriasis vulgaris ganz überein.

Lang hat einen ähnlichen Fall in Innsbruck gesehen. Es waren aber nur einzelne Efflorescenzen, manche münzengross. Damals gelangte er nach längerem Schwanken zur Diagnose Psoriasis vulgaris. In einem excidirten Stück fanden sich Chlorophyllkörner, was ihn anfangs verwirrte; später klärte sich die Sache dahin auf, dass die Patientin Pflanzenumschläge gemacht hatte und auf diese Weise Chlorophyllkörner hineingerathen waren. Der Fall wurde in dem betreffenden Jahresbericht von Innsbruck mitgetheilt. Ueber den weiteren Verlauf solcher ungewöhnlicher Psoriasisformen würde er sich jeder Vermuthung enthalten, man muss jedenfalls auch auf einen ganz aussergewöhnlichen Verlauf gefasst sein.

Mracek bespricht den von Neumann beobachteten Fall. Derselbe war damals als ein Unicum undiagnosticirbar, später hat er (Mracek) sich aus dem weiteren Verlaufe für Psoriasis entschieden, welcher Diagnose auch Neumann beistimmte. Es waren die Efflorescenzen zu mächtigen crustösen Auflagerungen umgewandelt, so dass das Bild einer Rupia entstand. In dem eben demonstirten Fall finden sich einzelne solche Efflorescenzen am Rücken. Interessant sind ferner die mächtigen Granulationswucherungen in der Nähe des 1. Sprunggelenkes. Wenn er diese haselnussgrosse Efflorescenz allein ausieht, möchte er sie für eine

Anhäufung einer Granulationsmasse halten, wie sie aus jeder anderen schlecht behandelten oder vernachlässigten Wunde entstehen kann. Ein Unicum sind dagegen die Protuberanzen, die nicht zum Zerfall geführt haben, wie an der Stirne und den Zehen, die zwar protuberieren wie Warzen, jedoch nur mit flachen trockenen Schuppen bedeckt sind.

Ehrmann meint, dass dies Extreme von jenen Fällen sein dürften, die wir namentlich bei vernachlässigten und schlecht genährten Individuen sehen. Er führt einen ähnlichen Fall an, der auch lange Zeit undiagnosticirbar war; derselbe betraf einen Knaben von 15 Jahren, der wegen Familienzwistigkeiten in die Fremde (nach Frankreich) kam. Als er den Kranken sah, schloss er aus dem Aussehen der Streckseite des Unterschenkels auf Psoriasis. Er gab dem Kranken sehr schwache Sublimatbäder und liess in der Zwischenzeit Fett einreiben. Es traten dann ganz neue Efflorescenzen von Psoriasis punctata und gyrata auf. Er weist ferner darauf hin, dass in Folge der Lockerung der Epidermis der Eintritt von anderweitigen Krankheitserregern begünstigt wird, so dass sich zur Psoriasis Eiterung zugesellt u. zw. um so leichter, je weniger widerstandsfähig das Individuum ist. Auf dem letzten Congress in Leipzig war ebenfalls eine solche Psoriasis diffusa zu sehen, dabei war aber in der Inguinalfalte ein irisartiges Ekzem. Die meisten Herren hielten die Affection für eine beginnende Mycosis fungoides.

Hebra hat vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall gesehen. Es sind drei solcher Fälle beschrieben, zwei oder drei aus Amerika und einer von ihm. Letzterer, der aus der Rheinprovinz stammte, wurde noch zu Zeiten seines Vaters beobachtet. Er hatte eine sehr hartnäckige Psoriasis. Als er (Hebra) den Kranken nach einiger Zeit wiedersah, war er ganz erstaunt über das veränderte Bild. Merkwürdig ist, dass sich alle diese Formen von Psoriasis später in Epitheliome umwandelten, was gewiss auch bei dem eben demonstirten Patienten eintreten wird.

Neumann. Die Sache ist auf eine andere Seite hinübergespielt worden, auf das Nässen und auf die papillären Wucherungen. In dem Moment, wo bei einer universellen Psoriasis die Haut nässt und der Papillarkörper durchscheint, kommt es überhaupt nicht mehr zur excessiven Bildung von Epidermis, sondern nur eine ganz dünne Lage ist es, die den Papillarkörper stützt, das sind jene Fälle, die an Pneumonien zu Grunde gehen. Das Nässen liegt in der Natur der Erkrankung. In Bezug auf die um das Knie- und Sprunggelenk sichtbare Wucherung des Papillarkörpers kann man nicht an eine Mycose denken; die Papillen erscheinen dabei manchmal wie die Haare einer Bürste, darüber bilden sich neue Lagen von Epidermis. Es sind die anatomischen Verhältnisse, die aber eine solche Wucherung bedingen.

Kaposi. Die Diagnose Psoriasis hat mir keine Schwierigkeiten gemacht, da ich dieselbe aus der Stufenleiter der Erscheinungen stellen konnte. Ich habe aber sofort auch an jene Fälle gedacht, die eben Hebra hervorhob, hatte aber bei der Demonstration des Falles keine Veranlassung, dieselben zu berühren. Indem ich aus der Stufenleiter, der

Intensitätsscala der Erscheinungen allein die Diagnose machen konnte, habe ich mir auch diese Erscheinungen aus der anatomischen Grundlage, die der gewöhnlichen Psoriasis zu Grunde liegen, erklärt. Das Auffallende ist die grosse Zahl und die Acnität. Wenn Jemand jahrelang Psoriasis an den Unterschenkeln hat, wird die Haut förmlich elephantiasisch mit Varicositäten; in der grossen Meinungsdivergenz in Bezug auf das Primäre und das Consecutive bei Psoriasis habe ich immer die Meinung vertreten, dass der entzündliche Vorgang das Primäre und die Epidermishyperplasie die Consequenz ist. Nun sehen wir oft, dass derselbe Psoriatische einmal dieselbe rupiaförmige Psoriasis in einer acuten Form darbietet, indem zu den Schuppen auch noch viel Serum kommt. Eine gewöhnliche Psoriasis mit rupiaförmigen Plaques am Rücken ist ja nichts Seltenes. Die Papillen können hier durch seröse Infiltration oder Hyperplasie in die Höhe getrieben worden sein; sie sind schon in den paar Tagen viel flacher geworden. Ich betrachte demnach die Entstehung dieser Papillargebilde als ein in geringerem Grade auch bei gewöhnlicher Psoriasis an einzelnen Stellen (bes. bei chronischen Fällen) zu beobachtendes Fortgeschrittensein des entzündlichen Processes in der Papillen- und Rete-schicht. Keineswegs möchte ich das Auftreten von gelben und schmutzigen Krusten, obgleich ich das Vorkommen derselben bei cachektischen Individuen zugebe, in diesem Falle aus einer solchen Grundlage ableiten. Der Mann ist durchaus nicht cachektisch, sondern befindet sich ganz wohl. Ich kann dies daher, da ich es nur als Ausdruck der Intensität des örtlichen Vorgangs betrachte, möglicher Weise bedingt durch medicamentöse Behandlung, nicht zurückführen auf äussere eitererregende Momente, kann daher auch nicht von einem Zerfall des Gewebes sprechen. Was die von Hebra in Aussicht gestellte Epitheliomentwicklung anbelangt, so ist diese Möglichkeit natürlich vorhanden, sobald sich Papillome entwickeln. Aber die beobachteten Fälle sind doch zu wenige. Uebrigens ist dem Kranken gerade schon in den paar Tagen besser geworden. Von einer örtlichen specifischen antipsoriatischen Behandlung kann kluger Weise nicht die Rede sein. Dagegen gebe ich ihm bereits Arsenik innerlich und werde mir erlauben, den Fall später wieder vorzuführen.

Schiff fragt, ob in der Anamnese von früheren Efflorescenzen etwas bekannt ist.

Kaposi erwidert, dass der Patient früher nie krank gewesen sein soll. Brom hat er nie genommen. Die Schleimhäute werden noch näher untersucht werden. Die Heiserkeit des Patienten besteht seit einiger Zeit.

Ehrmann stellt einen Fall vor, bei dem am Stamm und an den Extremitäten in Gruppen angeordnete hirsekorn- bis haufkorn-grosse, schuppende, um die Haarfollikel situierte Efflorescenzen zu sehen sind. Ehrmann erklärt diesen Fall für Lichen scrophulosorum. Eine Anzahl solcher Gruppen ist unter interner und localer Behandlung mit Leberthran (seit $1\frac{1}{2}$ Monaten) geheilt, man sieht noch die Spuren derselben, an anderen Stellen u. zw. da, wo die älteren Gruppen sassen eine rostbraune Pigmentirung, durch welche man die dilatirten Capillaren

der Papillaren sieht. An beiden Unterschenkeln hat der Kranke seit 8 Jahren bestehende rostbraune Pigmentirungen mit ebensolchen Gefäss-ectasien. E. bezieht dies auf chronische Stauung und Gefässalteration. Der mikroskopische Befund wird nachgetragen.

Schiff zeigt ein Kind, das an der rechten Halshälfte 3 Stellen darbietet, wo ausgedehnte Substanzverluste waren mit unterminirten Rändern, speckig käsig eitrigem Belag. Ich dachte mir, dass dieser Fall vielleicht geeignet ist zur Hebra'schen Behandlung mit Thiosinamin-Injectionen. Nach 5 Injectionen verlor sich die Unterminirung, die Basis reinigte sich, womit die Indication zur weiteren Anwendung dieses Mittels entfällt. Das Resultat ist ein sehr befriedigendes.

Neumann zeigt einen jungen Mann mit einem serpiginösen Geschwür am Penis, das, bei der Aufnahme in die Klinik nur linsengross, schon nach einigen Tagen weitergriff und jetzt die ganze untere Fläche des Präputiums befallen hat. Diese serpiginösen Geschwüre sind jetzt seltener als früher. Ein ähnlicher Fall war im vorigen Jahre auf der Klinik, bei dem das Geschwür sich von der Spina ant. sup. bis zum Scrotum erstreckte. Trotz Aetzung mit Nitras argenti u. s. w. schritt auch hier das Geschwür weiter. Im demonstrirten Fall ist die Geschwürsbasis schon rein. Das Individuum hat überdies ein Vitium cordis. Das Geschwür ist sehr schmerzhaft, zeigt seit 8 Tagen eine leichte Besserung.

Grünfeld bemerkt, dass früher serpiginöse Geschwüre häufiger waren als jetzt. Je mehr man ätzte (bes. den Rand, ev. auch die Fläche desselben), desto mehr breitete sich immer das Geschwür aus. Wir ätzten daher in den letzten Jahren nicht mehr, sondern behandelten local mit milden Mitteln und kamen damit rasch zum Ziele, so besonders in einem Falle, wo die Geschwüre nach rückwärts bis über die Glutaei griffen. Einen ähnlichen Fall wie den demonstrirten sah G. nach einer Circumcision. Die Cutis penis ging vollständig verloren, wir machten Transplantationen nach Reverdin, worauf sehr rasch Vernarbung erfolgte. G. würde auch im vorgestellten Falle nicht ätzen, möglichst selten den Verband erneuern, das Geschwür rein halten und eine Transplantation vornehmen, die fast in allen solchen Fällen zur Heilung führt.

Cehak führt aus, dass das Geschwür von Anfang an conservativ behandelt wurde, dass aber rapid ein Wall sich bildete und in der Mitte Zerfall eintrat. Trotz antiseptischer Behandlung ging das Geschwür weiter (Jodoform, Gypstheer). Nun wurde der Rand paquelinisirt, darauf ging die Infiltration am Rande zurück. Nach 5—6 Tagen war aber der Rand plötzlich wieder infiltrirt und das Geschwür griff weiter. Nach dem letzten Paquelinisiren bleibt es ungefähr 10 Tage lang stationär, zeigt kolossale Granulationen, die bei der leisesten Berührung bluten. In der letzten Zeit kamen vier solche Fälle auf der Klinik vor. Bei einem trat nachträglich ein tuberculöses Geschwür am Penis auf (der Mann ging später an Tuberculose zu Grunde). Bei einem anderen Fall griff das Geschwür bis über die Regio publica weiter und verheilte erst nach sehr

langer Zeit. Im vorgestellten Fall hat sich nach der Aetzung das Geschwür begrenzt.

Koch gibt zu bedenken, ob das Geschwür auf spezifische Infection oder bloss auf den Marasmus des Individuums zurückzuführen sei. Er selbst hat einen ähnlichen Fall mit dem scharfen Löffel und dann antiseptisch behandelt und einen Erfolg erzielt. Er hält diese Geschwüre für durch spezifische Infection bedingte.

Ehrmann spricht sich in Bezug auf den vorliegenden Fall für eine Mischinfection aus und führt einen Fall an, wo das Geschwür tief längs des Bindegewebes des Frenulums in die Urethra frass, dann über die ganze Glans nach oben weitergriff. Eine damals vorgenommene Paquelinisirung hatte nur theilweisen Erfolg. Nach einiger Zeit bekam der Patient ein pustulöses Exanthem. In manchen Fällen wieder ist keine Spur von consecutiven Erscheinungen vorhanden. Es steht also wohl so, dass zu dem Virus eines weichen oder dem eines syphilitischen Geschwürs ein zweites Virus kommt, welches den Charakter verwischt. Natürlich ist dies bloss eine Wahrscheinlichkeit.

Neumann erwähnt bezüglich der Behandlung, dass gewiss Niemand mehr als er conservativ zu behandeln versucht und nur dann den Paquelin anwendet, wenn nichts anderes mehr nützt. Das Experiment lehrt, dass Ueberimpfung von solchem Geschwürseiter auf ein gesundes Individuum zu eben solchen weichen Geschwüren führt. Er wird, nachdem hier im Centrum schon schöne Granulationen vorhanden sind, im Sinne Grünfeld's Transplantationen vornehmen, muss aber ihm gegenüber ausdrücklich bemerken, dass ihn die conservative Behandlung immer im Stiche gelassen hat.

Paschkis erwähnt Fälle, in denen er nur mit einer Einreibungscur zum Ziele kam, obwohl gar kein Grund vorlag, an constitutionelle Syphilis zu denken; andere Fälle wieder heilten unter dem zufälligen Auftreten von Erysipel; durch Transplantationen wird die Heilung immer sehr beschleunigt.

Neumann bestätigt die Erfolge der Einreibungscur in manchen solcher Fälle, bemerkt aber, dass nicht alles, was serpiginös ist, Syphilis ist, sondern dass auch Mischformen mit Tuberculose vorkommen.

Ehrmann führt einen Fall an, der sicher ein Gumma war.

Cihak hält das Geschwür für jetzt als noch viel zu schmerzhaft, um Transplantationen vorzunehmen.

Ullmann hat vor einem Jahre einen ähnlichen Fall demonstriert, wo Transplantationen Erfolg hatten.

Kaposi hat eine grosse Zahl solcher Fälle gesehen, glaubt aber, dass diese serpiginösen Geschwüre nicht immer dasselbe sind. Manche Fälle sind nach 3—4jähriger Dauer erst nach medicamentöser Zerstörung des Randes geheilt, andere heilten erst, wenn man sie in Ruhe liess. Vor circa 2½ Jahren sah er einen Fall, wo aus einem weichen Geschwür ein kolossales serpiginöses Geschwür entstanden war und man von constitutioneller Syphilis nicht sprechen konnte; derselbe heilte auf graues

Pflaster und Decoctum Zittmanni vollkommen. Aus ähnlichen Geschwüren haben sich sogar Carcinome entwickelt. Im vorliegenden Fall ist der Versuch einer Transplantation selbstverständlich indicirt. Sollte derselbe nicht gelingen, so könnte man vielleicht an prolongirte Wasserbäder denken, die allerdings wegen eines Vitium cordis im vorliegenden Falle bedenklich erscheinen könnten.

Neumann zeigt einen Mann, der seit 2 Jahren an Syphilis leidet. Im August 1890 Primäraffect, maculöses Exanthem, im März 1891 pustulöses Exanthem, Lichen syphiliticus, 15, nachträglich 10 Einreibungen, 12 Sublimatbäder. August bis Mitte September 1892 ähnlicher Zustand wie jetzt: Dct. Zittmanni, Sublimatbäder, Galvanisation, wesentlich gebessert entlassen. Seit 3 Wochen der Zustand verschlechtert, Pat. kann nicht gehen, kann nicht den Harn im Strahl entleeren, unfreiwilliger Stuhlabgang, seit dieser Zeit ein gummöses Geschwür an der Zunge. Gang vorwiegend ataktisch, etwas spastisch. An den ob. Extremitäten keine Störung. An den Stammuskeln und den unteren Extremitäten fibrilläre Zuckungen. Sensibilität intact. Patellarreflex lebhaft gesteigert, ebenso der Plantarreflex. Parese der Blase und des Sphincter ani. An den Hirnnerven keine Veränderung. Pupillen reagiren auf Licht und Convergenz. Faradische Erregbarkeit an den unt. Extremitäten links grösser als rechts, an den ob. viel geringer als an den unteren.

Lang zeigt einen Mann mit Muskelgummien und eine Mou-lage von venerischen Papillomen am Genitale in sehenswerther Ausbreitung. In der Umgebung des Anus entstehen bei solcher Ausdehnung grosse Narben, die den Sphincter wie einen Schlussbeutel öffnen, wodurch derselbe insufficirt wird. Man muss dann nach Abtragung durch Naht den Verlust decken.

Cehak führt aus, dass bei oberflächlicher Abtragung kein Hautdefect entsteht.

Kaposi zeigt den Fall von Gumma des Triceps aus der letzten Sitzung; von dem Gumma ist kaum ein Drittel mehr vorhanden, Perforation ist verhütet worden und die Fluctuation ist wesentlich geringer. Behandlung: Empl. Hydrargyri und Dct. Zittmanni, ferner einen zweiten Fall mit exulcerirten Hautgummien an der rechten unteren Extremität, über dem Knie und nach aussen von demselben lochförmigen Geschwüre, an den übrigen Theilen der Extremitäten und am Stamm ein gruppirtes papulöses, zum Theil exulcerirtes Syphilid.

Sitzung vom 16. November 1892.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Schiff.

Kaposi zeigt den in der Gesellschaft schon vorgestellten Fall von Pemphigus foliaceus universalis. Während wir früher diese Fälle rasch durch Exitus letalis verloren, gelingt es jetzt, den grösseren Theil derselben zu einer relativen Heilung zu bringen. Von den auf der Klinik

befindlichen 11 Fällen haben wir keinen Exitus letalis gehabt. Die Mehrzahl derselben wurde sehr gebessert entlassen. Von diesen 11 ist nur mehr einer hier, eine Frau, die wieder im Gesicht und am übrigen Körper diese serpiginösen fortschreitenden eingerissenen Linien zeigt, während dieselben am behaarten Kopfe fehlen; überall Fetzen von Epidermis, die sich loshebt, wo ein Nachschub von Blasen kommen sollte, aber es nicht dazu kam, weil die Epidermis zu dünn ist und sofort einreisst. An einzelnen Stellen, in der Magengegend, am Unterleib ist recht feste Epidermis. Körpergewicht und Ernährung haben zugenommen, der Schlaf ist gut. Die Patientin wird sich hoffentlich noch mehr erholen.

Neumann zeigt einen jungen Mann, der bei seiner am 31. Oct. 1892 erfolgten Aufnahme in die Klinik eine Sclerose hatte, ein Exanth. papulos., Psoriasis palmar. et plantaris, Oedem im Gesicht und den unteren Extremitäten. Die Harnuntersuchung ergibt grosse Eiweissmengen, zahllose Leucocyten, Nierenepithelien, hyaline und granulierte Cylinder. Harnmenge sehr verringert (700 Cm.); Pat. erhält am 4. Nov. Jodkali, seither Abnahme der Eiweissmenge und der Cylinder, Harnmenge jetzt 2400 Cm.

Ueber Eiweiss im Harn im 3.—4. Monat nach der Infection hat Schwimmer auf dem dermatolog. Congress gesprochen. Nach Aufzeichnungen in den letzten Jahren von Syphilis im recenten Stadium fand sich in 21 Fällen Eiweiss im Harn. Es ist das auch nicht zu verwundern, da ja andere Infectionskrankheiten ebenfalls mit Albuminurie sich verbinden. Dass aber eine solche Menge von Cylindern u. s. w. im Harn vorkommt, ist selten. Dass in späteren Stadien bei Gummen in den Nieren sich Eiweiss findet, ist selbstverständlich. Man könnte fragen, ob das Eiweiss im Harn im recenten Stadium nicht ein zufälliger Befund ist. Das ist noch nicht entschieden. Immerhin ist es aber auffallend, dass 21 Fälle in den letzten Jahren eine solche Eiweissmenge im Harn zeigten. Weiters ist auffallend, dass die Erscheinungen nach so kurzer Zeit (im Ganzen 16 Tage) nach Jodkaligebrauch geschwunden sind.

Mraček hat schon beim Congress über diese Frage gesprochen. Die Sache ist von grosser Tragweite. Wir finden in der Literatur Fälle, bei denen man auf einfache Eiweissbefunde hin Nierensyphilis diagnostizierte. Seitdem wir aber genauere Eiweissbestimmungen im Urin kennen, müssen wir klinisch unterscheiden Eiweissmengen, die eine grössere Bedeutung haben und event. mit Formelementen zusammen vorkommen, und solche, die nur in Spuren vorhanden sind. Letztere sind wohl einfach darauf zurückzuführen, dass die infectiöse Erkrankung eine bedeutende Störung in der Bluthbereitung setzt, speciell in dem irritativen, productiven Stadium während der Efflorescenzbildung und Drüsenschwellung. Er erinnert an die verschiedenen, sehr leichten, einfachen, nicht mit Fieber einhergehenden Erytheme, bei denen man bei genauer Untersuchung Spuren von Eiweiss im Harn findet. An Bedeutung gewinnen die Fälle erst dann, wenn grössere Eiweissmengen, namentlich mit Formelementen, vorhanden sind. Dass es pathologisch-anatomische Veränderungen in den

Nieren in diesem Stadium geben würde, dafür haben wir gar keinen Beweis. Anders verhält es sich freilich mit den Nierenveränderungen in den späteren Stadien. Er möchte also mit grosser Reserve sich gegen die Annahme verhalten, dass die Syphilis als solche im recenten Stadium patholog. Veränderungen in den Nieren erzeugt und glaubt es nur vorübergehenden Störungen in diesem Stadium zuschreiben zu sollen, wenn sich solche Eiweissmengen im Harn finden.

Ehrmann führt einen Fall an von multipler Neuritis im acuten Stadium der Syphilis. Der Mann hatte ein grossmaculöses Exanthem und breite Condylome an den Genitalien, ferner eine ausgesprochene Nephritis, Blut im Harn, Cylinder, ungef. $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Infection. Wohl können wir in einem solchen Fall nicht von einer Nierenentzündung sprechen, aber es wird sich wahrscheinlich um solche Hyperämien gehandelt haben, wie sie im acuten Stadium in tiefen Organen überhaupt vorkommen; in diesem Falle im Periost, an den Gelenkbändern, im Medianus, im Ulnaris, Peroneus. Es ist ganz gewiss eine Veränderung des Blutes da. Und sicher setzt jede solche eine wenn auch geringe Veränderung der Gefässe, die vielleicht nicht dauernd ist. Sonst könnten wir ja in diesem Falle nicht das Auftreten der rothen Blutkörperchen im Harn verstehen. Diese so schnell vorübergehenden Veränderungen bestehen wahrscheinlich bloss in Protoplasmaveränderungen einer Reihe von Endothelien. Höchst unwahrscheinlich ist es, dass auch eine Veränderung der Glomeruli besteht. An einer wenn auch noch so geringen Veränderung der Gefässwände müssen wir jedenfalls festhalten.

Neumann. Dieses Capitels haben sich die Internisten bemächtigt, namentlich Rosenstein. In keinem einzigen Falle hat man eine anatomische Veränderung gefunden. Wenn aber eine solche Nephritis so rasch zurückgeht, könnte man vielleicht an einen Zusammenhang mit Syphilis als solcher denken. Die Eiweissmengen im Productionsstadium haben dieselbe Bedeutung wie bei anderen Infectiouskrankheiten, namentlich Scarlatina; anatomische Veränderungen sind da nicht vorhanden, in den späteren Stadien sind die gummösen Erkrankungen gewiss zweifellos. In diesem Falle ist der Zusammenhang mit Syphilis nur deswegen nahelegend, weil doch nicht gewöhnlich ein so acutes universelles Oedem in so kurzer Zeit zugleich mit dem Exanthem verschwindet.

Grünfeld hat zur Zeit, als Ultzmann Assistent bei Heller war, zahlreiche Untersuchungen auf Eiweiss bei syphilitischen Individuen gemacht; in zahlreichen Fällen fehlte das Eiweiss, in wenigen war es vorhanden. In manchen Fällen recenter Syphilis fanden sich grosse Eiweissmengen. Zur Erklärung dieser letzteren nahmen wir keine Nierenveränderungen an, sondern bloss irritative Processe in der Niere ohne anatomische Veränderungen, wie sie vorkommen an der Schleimhaut des Mundes, der Gallenblase (als deren klinisches Symptom sich Icterus zeigt), an der Iris. Wenn spätere Formen grössere Eiweissmengen darbieten, so beruht dies allerdings auf den anatomischen Veränderungen der tertiären Syphilis.

Cihak hat vor 3 Jahren eine solche Untersuchungsreihe ausgeführt und zwar vor, während und nach der Pruraption. Als Eiweissprobe wurde die schärfste angewendet, die mit Ferrocyankalium. Einmal fand sich Eiweiss, ein anderesmal keines. Im demonstrierten Falle sind die schweren Erscheinungen auf Jodkali rapid zurückgegangen. Jodkali ist zwar ein Diureticum, dass aber die kolossalen Mengen von Eiweiss im Harn und die Oedeme in so kurzer Zeit verschwinden, ist auffallend und man muss daran denken, ob nicht vielleicht die Entzündung auf spezifischer Basis beruht.

Horowitz hat einen ähnlichen Fall unter Auspitz behandelt. Es war eine Frau mit Papeln am Körper, die nach drei Injectionen sich gegen eine weitere Injectionsbehandlung sträubte. Sie wurde entlassen und kam nach $\frac{1}{2}$ Jahr wieder mit Eiweiss im Harn, Leucocyten, Nierenepithelien, daneben Oedeme an den unteren Extremitäten. Bei interner Behandlung mit Protojoduretum Hydrargyri waren die Oedeme nach 14 Tagen geschwunden, im Harn weder Eiweiss noch geformte Elemente mehr zu finden.

Ehrmann bemerkt, dass in dem von ihm citirten Fall ein Icterus vorhanden war, der ebenfalls auf Jodkali zurückging.

Neumann zeigt 1. einen jungen kräftigen Mann mit Sclerodermie an der Aussenseite des rechten Ober- und Unterschenkels in Form eines lichter gefärbten, derber sich anfühlenden weissen Streifens. Die Beweglichkeit der Extremität gehindert. Anästhesie oder Hyperästhesie fehlt. Der weisse Streifen ist unter der Beobachtung breiter geworden. Er führt einen Fall an, wo die betreffende Person die Extremität nur unter einem spitzen Winkel beugen konnte.

Kaposi meint, ob nicht Zeichen einer Periphlebitis in der Mitte dieser verdickten Partie zugegen gewesen wären.

2. Einen hochgradig anämischen Mann mit Erythema iris und multiforme. Erster Spitalsaufenthalt im Mai 1891 mit derselben Affection, bekam tägl. 10 Tropfen Sol. fowleri. Zweiter Spitalsaufenthalt im September 1891. Dieselbe Erkrankung und Therapie. Namentlich interessant sind die Efflorescenzen an der Gesichtshaut. An der Streckfläche des Ellbogen- und Kniegelenkes Schwielen, die mit der Krankheit als solcher nichts zu thun haben. Localisation und Farbe der Efflorescenzen sind hier beachtenswerth. Im Gesicht und an den Oberarmen sind noch etwas recentere Efflorescenzen, während an den anderen Stellen tiefe Pigmentirungen zurückgeblieben sind. Sehr geringer Hämoglobingehalt des Blutes (45%).

Hebra kennt den Pat. schon aus früherer Zeit; damals diagnostisirte er Urticaria xanthomatodes. Das Bild ist jetzt aber etwas verändert. Allerdings sind an den älteren Efflorescenzen wieder harte Knoten vorhanden.

Kaposi. Hier handelt es sich um die Constatirung des ganzen Charakters des Processes und da muss man den Typus der Localisation des Erythema multiforme festhalten. Es gibt doch solche Erytheme, wo

die Efflorescenzen monatelang dieselbe Stelle besetzt halten und kaum serpiginös fortschreiten, so dass eine kolossale dunkle Pigmentirung entsteht, weshalb weniger Erfahrene diese Fälle für Syphilis annularis ansehen könnten, dann ist in der Mitte die scheinbare Depression mit Borkchen und der harte, derbe Rand. Das derb machende Oedem erfüllt die Papillen bis in die Tiefe. Nun wissen wir ja, dass es Leute gibt, die Jahre hindurch fortwährend Recidiven ihres Erythema multiforme bekommen, indem die Anfälle entweder mit Unterbrechungen auftreten oder ein Anfall dem andern die Hand reicht, oder dass fort und fort in derselben Region Nachschübe folgen. In einzelnen solcher Fälle hat man ursächliche Momente nachweisen können. So kenne ich einen Fall, der, so oft seine chronische Urethritis schlechter wurde, frisches Erythema bekam. Eine Frau wieder bekam durch 6—8 Jahre fortwährend Erythem, immer wenn sie Eiweiss im Harn hatte. Vielleicht war auch letzteres ein Ausdruck des Processes. In anderen Fällen konnte ich keine specielle Ursache nachweisen, so bei einem Wärter der Irrenanstalt, der 2—3 Jahre an der Affection leidet, so wie Herpes iris am Handrücken und Nacken oder im Munde jahrelang recidivirt. Den Typus des Erythema multiforme müssen wir jedenfalls constatiren und voraussagen, dass in Anbetracht der dicken Epidermis des Patienten die Pigmentirung noch dunkler wird. Da solche Personen gewöhnlich auch locale Asphyxien darbieten (an Handrücken, Fussrücken, Ohren), so bekommen sie auch leicht von localen Stauungen herrührende Epidermisschwielen. Die Affection am Ellbogen ist davon ganz unabhängig.

Schiff glaubt, dass in diesem Falle an der Gesichtshaut und an der Haut des behaarten Kopfes die Efflorescenzen von den Talgdrüsen ausgehen. Er macht auf einen Fall aufmerksam, wo eine Frau mit einer sehr perniciosösen Acne gleichfalls an einem oft recidivirenden Erythema multiforme leidet. Er glaubt, dass es Fälle von Acne auf angioneurotischer Basis gibt, die recidiviren und vergesellschaftet sind mit einer Art angio-neurotischer Erytheme.

Hebra möchte den Fall nicht so einfach als polymorphes Erythem ansehen. Er führt Fälle an, die er in Paris gesehen hat, die mit Ausnahme des verschiedenen Alters ein ähnliches Bild darboten. Damals waren es 2 kleine Kinder mit sehr dünner Epidermis, durch die die gelbe Farbe der Knoten sehr deutlich durchschien. Besonders hervorzuheben ist hier das progredirte Fortschreiten in der Peripherie, es ist überhaupt ein ganz eigenthümliches, noch sehr selten beobachtetes und daher auch sehr wenig gekanntes Leiden. An beiden Oberschenkeln ist eine grosse Menge ziemlich harter Knoten, die sich wegen ihrer Härte wie tiefsitzende Schrottkörner anfühlen, also gewiss eine, ich möchte sagen sclerotische bindegewebige Neubildung, wie sie nach chronischen Entzündungen zurückbleibt. Dies kommt wohl nie vor bei polymorphen Erythemen; die gelbe Farbe der Knoten liefert wieder nur eine Aehnlichkeit mit dem Xanthom. Hier ist ferner auch von keinem Recidiv die Rede, indem seit 4 Jahren die Efflorescenzen continuirlich auftreten. In Bezug

auf die angeführten Fälle von Urethralaffection kennt H. auch einen ähnlichen, wo der Patient immer, wenn die Strictur eine gewisse Enge erreicht hatte, Verdauungsbeschwerden bekam, bei anderen leidet wieder die Haut, dabei ist aber der Verlauf nicht continuirlich. Wir haben es hier jedenfalls mit einem ganz eigenthümlichen, bis zu einem gewissen Grade dem polymorphen Erythem ähnlichen Bild zu thun.

Cehak. Die Erscheinungen an dem Patienten treten immer dann besonders hervor, wenn er sich Temperaturextremen aussetzt. Als C. denselben das erstemal sah, diagnosticirte er Lepra. Die Knoten schwanden dann wieder vollständig.

Neumann beharrt bei seiner früheren Diagnose Erythema multiforme. Wir machten ja die Diagnose aus den Efflorescenzen, die sich unter unseren Augen entwickeln. In diesem Falle haben sich die Efflorescenzen am Rücken, am Oberarm und im Gesicht unter unseren Augen gebildet als umschriebene linsengrosse Flecke mit einem Knötchen, das in den centralen Partien zu einer Borke vertrocknet, entsprechend einem Erythema papulatum. Schreitet dies weiter, so wird es ein Eryth. Iris. Wer mit Infectionskrankheiten zu thun hat, kann beobachten, dass namentlich dieses Erythem verschiedene Ursachen hat. Die Localisationen an Hand- und Fussrücken, Unterschenkel sind ohnedies bekannt. Wenn sie unregelmässig angeordnet sind, können wir nur manchmal das ätiologische Moment nachweisen. Die Syphilis ist eine solche Infectionskrankheit, die sehr häufig mit einem solchen Erythema iris combinirt ist, wo auch die Efflorescenzen nicht regelmässig angeordnet sind. Noch viel häufiger haben recidivirende Carcinome diese Eigenthümlichkeit (ein Fall bei Billroth nach Amputation der Mamma mit Erythema iris über die ganze Hautoberfläche, mit Jucken, Schlaflosigkeit, Frostanfällen). Diese Fälle sind unregelmässig in ihrer Anordnung. In dem demonstirten Falle ist kein ursächliches Moment aufzufinden, in den inneren Organen ausser hochgradiger Anaemie nichts Abnormes. Die hochgradige Pigmentirung ist nicht das gewöhnliche, es ist eben ein unregelmässiger Fall. Solche Pigmentirungen bleiben oft zeitlebens. Der weitere Verlauf wird hier entscheiden.

Kaposi. Die Diagnose stützt sich hier auf die Form der Efflorescenzen und die Art der Entwicklung. Dass hier ein dunkleres Pigment auftritt als in anderen Fällen, ist nichts besonderes. Es hängt dies von der individuellen Beschaffenheit der Haut ab; bei diesem marantischen Individuum sind die Gefässe viel durchgängiger für rothe Blutkörperchen, abgesehen davon, dass auch Hämorrhagien bei diesem Prozesse auftreten können. Ich habe auch gesagt, dass weder die Grösse des Herdes einen Unterschied macht, noch die Derbheit des Randes, noch die dunkle Pigmentirung, noch die Auflagerung von hornigen Epidermismassen, weil das ja bei typischem Erythema multiforme auch zu sehen ist. Es ist aber eine Bemerkung von Hebra gefallen, die festgehalten werden muss. Er spricht von harten Knoten in der Tiefe, weswegen er die Diagnose Urticaria xanthomatodes macht. Das ist freilich etwas ganz anderes. Ich für

meine Person kann nun von solchen Knoten nichts fühlen, sondern nur die derben Infiltrate; und ich muss darauf aufmerksam machen, dass diese Infiltrate, die ich ja histologisch nachgewiesen habe, dem Erythema papulatum angehören, flüchtiger Natur sind und einzig und allein auf Oedemen beruhen.

Hebra zeigt einige ganz blasse, sehr harte Knoten, welche er für charakteristisch hält. Er erinnert an die Publication von Pöns gen in Heidelberg über ähnliche Erscheinungen am Handrücken und in der Schulterhöhe. H. machte hier die Diagnose nur aus den klinischen Symptomen. Dieser Fall muss jedenfalls gesondert werden von der chronischen Urticaria und dem multiplen Erythem. Dass die Knoten an der Streckseite der Finger und am Ellbogen hier dauernd sind, ist sicher, da er selbst sie vor einem Jahre gesehen hat. Er hat damals dieselbe Diagnose gemacht wie jetzt.

Ehrmann zeigt: 1. einen Fall von Morbus Addisonii bei einem 27jährigen Patienten, Schmied. Die Eltern starben zu 73 und 63 Jahren, von 9 Kindern derselben blieben 3 am Leben, 3 starben an Verletzungen, 3 als Kinder an unbekannten Krankheiten. Patient hatte als Kind ein juckendes Hautleiden durch 2 Monate, sonst war er gesund bis vor einem Jahr. Um diese Zeit traten Magenbeschwerden auf, die der Kranke auf eine Indigestion zurückführt und welche 4 Wochen dauerten. Vor 3 Monaten traten wieder Magen- und Darmerscheinungen auf: Erbrechen, Verdauungsstörung, Obstipation, zugleich bemerkte der Kranke zum ersten Male eine dunkle Färbung seiner Haut. Nach fünfwöchentlichem Spitalsaufenthalt im Wiedner Krankenhaus trat eine relative Besserung ein; sobald aber der Kranke zu arbeiten versuchte, begannen die Beschwerden, und ein sehr bedeutendes Schmerzgefühl stellte sich ein, so dass er wieder das Krankenhaus aufsuchen musste (I. medicin. Abtheilung des Allg. Krankenhauses). Hier erholte er sich wieder ein wenig (er bekam wegen der Drüsenschwellung Jodkali); bei Wiederaufnahme der Arbeit stellten sich wieder die Erscheinungen ein. Auffallend ist die Pigmentirung am Hoden und Penis, ferner pigmentirte Flecke am Zahnfleisch, an der Lippe, dem Gaumen und der Wangenschleimhaut. Es ist ein beginnender Morbus Addisonii. In ätiologischer Hinsicht könnte man vielleicht den Zusammenhang mit den Plexus des Darmkanals hier besser erkennen.

2. Einen Mann, der ohne Fieber über Nacht gruppenweise angeordnete Hämorrhagien auf beiden Unterextremitäten bekam. Diese Hämorrhagien sind wohl als Folge einer Stauung in den kleineren Gefäßen anzusehen, hervorgerufen durch die Anämie des Kranken, indem durch letztere die Gefäße alterirt sind. Keine Spur von Fieber, keine Gelenkschmerzen.

Kaposi. Das Erythema multiforme ist ein von Meister Hebra so gut beschriebener Krankheitsprocess, dass wir uns an seine Beschreibung halten sollen und nicht jede Nuance des Bildes als etwas anderes ansehen dürfen. Bei allen Erythemem kanu es Hämorrhagien geben, deswegen

bleibt es doch derselbe Process. Es muss nicht jeder Fall von Erythema multiforme am Fuss besondere Erscheinungen haben, jeder Purpurakranke Gelenksaffectionen, jede Variola Fieber darbieten. Der Fall ist nach seiner Auffassung ein Erythema multiforme; wenn viel Hämorrhagien da sind, ist es Purpura. Der Kranke zeigt auch an den Oberschenkeln Erythema annulare. Wenn jemand Erythema multiforme hat, wird er ja eher an den Unterschenkeln Hämorrhagien haben, weil jeder Mensch am leichtesten an den Unterschenkeln Hämorrhagien bekommt.

Ehrmann erinnert an einen Fall, der 8 Jahre an den unteren Extremitäten Flecken hatte und noch immer Hämorrhagien bekommt. Ein Erythem wiederholt sich wohl nicht 8 Jahre lang. In einem anderen Falle kamen auch Jahre lang immer Hämorrhagien, die Pigmentirungen hinterliessen. Das Erythem entsteht ja aus inneren Ursachen, geht mit Jucken und Brennen oder mit Fiebererscheinungen einher. Für ein Erythema multiforme hält er den Fall nicht, weil die polymorphen Erscheinungen fehlen. Keinesfalls aber handelt es sich um Peliosis rheumatica.

Lang meint, dass die Diagnose Purpura nicht viel aussagt, und hält es für berechtigt, neue Gesichtspunkte, wie Hämorrhagien in der Haut sie darbieten, zu einer exacteren Diagnose herbeizuziehen.

Neumann. Nach seiner Meinung bedeutet der Fall eine Mischform von Erythem mit Purpura. Ein Fall hat aber mehr Hämorrhagien, ein anderer weniger.

Kaposi. Die Bemerkung Lang's über die Diagnose Purpura ist ja richtig. Ueber die Vergleiche Ehrmann's mit anderen Fällen habe ich kein Urtheil, da ich diese Fälle nicht gesehen habe. Wenn jemand durch 8 Jahre an den Unterschenkeln Hämorrhagien hat, muss das nicht Erythem sein, es ist eben Purpura. Das Erythem hat noch etwas eigenthümliches: Wenn nämlich Hämorrhagien dazu kommen, geht der einzelne Fleck in der Regel nicht weiter (wie z. B. beim Erythema variolosum); man sieht dies auch bei exquisitem Erythema multiforme. Meine Diagnose ist mit Rücksicht auf Localisation, Form der einzelnen hämorrhagischen Flecke und Acuität des Falles Erythema multiforme mit Hämorrhagien; ob letztere in localen oder allgemeinen Verhältnissen bedingt sind, will ich nicht entscheiden, aber der Typus des Processes ist der des Erythems.

Hebra sieht den Fall an für Purpura simplex; bei genauem Zusehen sieht man, dass die Hämorrhagien um die Follikel liegen. Vielleicht sind hier mehr Gelegenheitsursachen zur Entwicklung von P. simplex vorhanden gewesen. Eine ununterbrochene Reihe von minimalen Hämorrhagien durch Jahre hindurch hat er auch einigemal gesehen; in diesen Fällen entwickelte sich eine ockergelbe Färbung und leichte Desquamation.

Ehrmann. Er habe überhaupt keine Diagnose gemacht, den Fall nur beschrieben und die Hämorrhagien als Folgen der Stauung und Gefässveränderung bezeichnet, die wahrscheinlich auf die Anämie und Schwäche des Individuums zurückzuführen sind. Als Purpura rheumatica könne er den Fall ebensowenig wie Hebra ansehen. Der Ausdruck Purpura ist, wie ja von allen Seiten zugegeben wird, keine ätiologische

Diagnose; gegen den Ausdruck als solchen habe er sich überhaupt nicht ausgesprochen.

Neumann erklärt den Fall bestimmt für *Purpura rheumatica* u. zw. aus der Localisation und dem acuten Auftreten. In einigen Tagen werden die Flecke noch dunkler werden.

Kaposi zeigt einen jungen Mann mit Psoriasis, der seit 18 Monaten sich an der Klinik befindet. Während dieser Zeit erschienen immer, wenn irgend eine Behandlung eingeleitet wurde, Hunderte und Hunderte von Pusteln am Körper. Die Gefässe kommen nie zur Contraction, es bleibt immer eine Parese derselben zurück, wie bei Pemphigus. Jetzt sieht man die Pusteln wieder am behaarten Kopf. Die inneren Organe sind ganz normal. Die Oberschenkel infiltrirt und mit Pusteln besetzt.

Sitzung vom 30. November 1892.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Schiff.

Kaposi zeigt einen 63jährigen Mann mit Elephantiasis Arabum in Combination mit Melanosarcom. Nach einer angeblichen localen Erkältung (Durchwaten eines Flusses) begann die Krankheit am linken Bein, das immer dicker wurde; der linke Fuss wurde polsterartig aufgetrieben, der Unterschenkel wurde mehr cylindrisch, nach oben nimmt die Intensität der Veränderungen in Haut- und Unterhautzellgewebe immer mehr ab. An den Zehen Elephantiasis verrucosa, oberhalb des inneren Knöchels eine mehrere Centimeter breite und lange, scharf umrandete, oberflächlich von normaler Haut bedeckte, 3 Mm. hohe, lappige, weich elastische Geschwulst, von der Mitte des Oberschenkels angefangen anstatt der braunen Pigmentirung die Farbe immer mehr normal, die Verdickung immer geringer, dieselbe in der plica inguinalis ziemlich scharf sich abgrenzend. Die Inguinaldrüsen kaum geschwellt. Erst nachträglich soll die rechte Unterextremität krank geworden sein. Bei seiner Aufnahme bot die Gegend seines r. Knies ein etwas anderes Bild als jetzt. Die vordere und innere Kniegegend mit kleineren linsen- bis haselnussgrossen, theils zerstreuten, theils zu Haufen gedrängten Geschwülsten besetzt, die theils roth, theils schwarzbraun bis blauschwarz sind; einzelne solcher Knoten auch an der äusseren Fläche des Knies, ebenfalls theils disseminirt, theils zu grossen Geschwülsten conglomerirt. Aussen und innen von diesen Herden nahezu flachhandgrosse Substanzverluste von geschwürigem Charakter, im Grunde derselben theils rothe Granulationen, theils halbmondförmig begrenzte exquisite gangränöse Stellen. Während das äussere Geschwür wie aus zwei halbmondförmigen sich zusammensetzt mit der Sehne nach oben, dem Bogen nach unten, hat das innere Geschwür eine unregelmässige, zackige Begrenzung, die Umgebung jetzt nicht mehr infiltrirt. An dem einen oder anderen der Ränder ein paar Knollen theils missfärbig und gangränös, theils in moleculärem Zerfall begriffen. An der Innenfläche des Unterschenkels ein bohnergrosser, am

Oberschenkel zerstreute bohnen- und erbsengrosse, schwarzblau oder lebhaft roth gefärbte sehr derbe, theils ins Corium eingebettete, theils über das Hautniveau hervorragende Knoten. Die Knoten sind noch nicht histologisch untersucht, es handelt sich aber gewiss um ein melanotisches Sarcom. Dieser Fall unterscheidet sich von dem vor einiger Zeit von mir als idiopathisches multiples Pigmentsarcom vorgestellten, indem bei letzterem die rothe derbe Infiltration auftrat, als noch gar keine Knoten vorhanden waren, während an anderen Stellen Knoten auftreten, wo sie gewöhnlich erst spät erscheinen (an den Ohren, ad nates).

Die Knotenbildung im vorliegenden Falle gehört wohl dem Typus an, bei dem z. B. aus einer Warze längs der Lymphgefässe zahlreiche Knoten sich entwickeln, oder, wie ich einen Fall kenne, wo ohne irgend eine frühere Localisation sofort am ganzen Stamm zerstreute Knoten auftreten, die sich theilweise wieder resorbiren können, aber im Ganzen doch zunehmen, auch sehr gefässreich werden können; beide Typen führen regelmässig zum Exitus letalis. Ueber dem linken Oberschenkel ebenso zahlreiche disseminirte, bis erbsengrosse blauröthliche Knötchen.

Der Zusammenhang der Elephantiasis am linken Bein mit diesen Gebilden wäre zu erwägen. Räthselhaft bleibt jedenfalls die grosse Anzahl der Tumoren über dem rechten Knie. Während des Stägigen Aufenthalts des Patienten auf der Klinik hat die Zahl der Knoten deutlich zugenommen.

Neumann stimmt der Diagnose Pigmentsarcom und Elephantiasis Arabum bei. Den von Kaposi angeführten Fall hatte er weiter zu beobachten Gelegenheit. Albert hatte die Operation verweigert; als N. den Fall sah, sassen am ganzen Körper linsen- bis haselnussgrosse, schwarze derbe Knoten, wobei der Kranke sich anscheinend wohl befand, nur über etwas rheumatische Schmerzen klagte; es bildeten sich immer neue Efflorescenzen; während dessen schwoll die Leber an, die endlich bis zum Nabel reichte, allgemeiner Hydrops trat ein. Hautscarificationen wurden vorgenommen, einmal auch Punction der Bauchhöhle. Exitus letalis. Also ein acuter Verlauf einer allgemeinen Hautsarcomatose mit bloss 5monatlicher Dauer. Hämoglobingehalt 75.2%, rothe Blutkörperchen 4,830.000; weisse 19.700.

Hebra zeigt 1. ein Mädchen mit Pityriasis rubra pilaris Devergie. Krankheit seit 5 Wochen. Zahlreiche kleine epidermoidale Elevationen, die vom Gesicht nach abwärts an Quantität abnehmen. Seit 2 Tagen hat die Zahl derselben stark zugenommen. Das Bild ist einer Psoriasis ähnlich, bei der jedoch so zahlreiche, kleine Efflorescenzen sich nicht finden. Am Nacken das typische Bild der Pityriasis rubra pilaris von Devergie. Am Gesicht und an der Vola manus die Haut mit einer grossen Menge kleiner Schuppen besetzt, die offenbar von früher isolirten Efflorescenzen herrührt, an beiden Volae manus harte Schwielen. Das Mädchen, das immer dieselbe Beschäftigung gehabt hat, will bis vor 5 Wochen noch ganz glatte und gesunde Hände gehabt haben. An der Streckseite sind die Efflorescenzen spärlicher, wegen der schwächeren Behaarung. An den Knien will

das Mädchen nichts haben. H. wird eine expectative Behandlung mit Sol. fowlei in kleinster Dose einschlagen.

Neumann zeigt 1. einen Mann, den er vor fast 3 Jahren mit Pityriasis pilaire vorgestellt hat. Die Diagnose konnte bloss aus dem Verlaufe gestellt werden, der bei Lichen ruber und Pityriasis pilaire sich verschieden gestaltet. Die Haut ist weich, dünn und elastisch, nicht wie nach Lichen ruber pigmentirt und derb, eine leichte Abschuppung noch sichtbar, die Schwielen an der Vola und Planta geschwunden, die später gebildeten weissen pigmentlosen Stellen wieder mit normalem Colorit. Bei dem Falle Hebra's würde N. ebenfalls lieber aus dem weiteren Verlaufe die Diagnose zu stellen suchen, wenn z. B. an den Phalangen Knötchen auftreten würden.

Hebra macht aufmerksam, dass die Affection beim Falle Neumann's mit einer universellen Röthung begonnen hat, so dass man zuerst an ein Arzneiexanthem dachte. Ebenso trat zuerst bei dem Mädchen zuerst eine Röthung auf, die so stark war, dass der Hausarzt an Scarlatina dachte. H. konnte für ein Arzneiexanthem absolut keinen Anhaltspunkt gewinnen. Die Röthung war wirklich der erste Anfang der Krankheit. Interessant ist jedenfalls die Coincidenz in beiden Fällen.

Hebra zeigt 2. einen Mann mit einer Art Sclerem mit starker Pigmentablagerung. Efflorescenzen an der linken Stirnhälfte, braun, elevirt, scharf absetzend, seit einem Jahre bestehend. H. dachte zuerst an ein Syphilid. Am übrigen Körper nichts Pathologisches.

Ehrmann macht auf einen Fall mit ähnlichen, ziemlich symmetrisch gelagerten Efflorescenzen am Genitale und den Oberschenkeln aufmerksam. Der betreffende Pat. hatte einen Tic douloureux (links). Man könnte da vielleicht an einen Zusammenhang denken.

Kaposi möchte diese Erscheinungen vergleichen mit fortschreitender Melanosis bei ganz flachen Pigmentflecken, die scheinbar bis ins 20. Lebensjahr sich nicht verändern und erst später dunkler werden und fortschreiten. Er führt einen Fall an, wo eine früher braune Stelle geradezu schwarz wurde, trotzdem dieselbe ausgekratzt wurde, schreitet dieselbe immer weiter, so dass die ganze Schläfengegend von derselben jetzt eingenommen ist. Bei älteren Individuen schreiten oft solche melanotische Flecke weiter fort; es ändern sich ja alle angeborenen Pigmentosen, Warzenmale ein Nävus pilus, N. pigmentosus während des Lebens, indem sie grösser, dunkler werden. Der Patient hat wohl auch an anderen Stellen kleine Pigmentflecke, wie er auch andere kleine Wärzchen hat. An der r. Wange sitzt z. B. ein Nävus pigmentosus mollusciformis. Dieselben können sich gegebenenfalls auch zu Melanosarcomen u. s. w. entwickeln.

Hebra möchte diese Entstehungsweise wegen der diffusen, mehr gleichmässigen Verfärbung des Gesichtes und besonders der unteren Lider nicht für richtig halten. Nur einzelne verfärbte Stellen sind scharf gerandet, mit teigiger Consistenz und leichtem Elevirtsein. Bei Tageslicht sieht man einen rothen Schimmer in dem Braun, wie wenn es ein altes

Syphilid wäre. Da die Affection erst ein Jahr besteht, so dürfte sie nicht mit früheren Pigmentflecken zusammenhängen. Es dürfte also eine circumscribed Sclerodermie mit Pigmentablagerung sein. Der Fall von Ehrmann unterstützt diese Ansicht; bei demselben befand sich über der Spina ant. sup. eine anfangs rosenrothe, etwas elevirte Stelle mit blassem Rand, die immer dunkler, endlich schwarz wurde; ein solcher Fleck fand sich auch am Präputium und einer am Scrotum. Aehnliche Fälle kennt er noch von früher her. Im demonstirten Falle ist die Localisation frappirend und das Bild des Uebergangs vom entwickelten Sclerem zum Pigmentfleck.

Ehrmann. In dem von H. beobachteten Falle wäre das Röthliche und zugleich das Bläuliche der Pigmentirung hervorzuheben. Bei solchen bläulichen Verfärbungen ist die Epidermis verdünnt, wodurch eben die bläuliche Farbe zu Stande kommt.

Neumann. Die Diagnose kann wohl nicht mit Bestimmtheit gestellt werden. Gegen Nävus spricht der Mangel einer Begrenzung durch weisse Flecke. Ferner sind die Naevi gewöhnlich behaart und gewöhnlich genau halbseitig. Ebenso aber sprechen hier alle Erscheinungen gegen Sclerem. Die Haut ist allerdings dick, aber weich und elastisch, allerdings infiltrirt, aber durchaus nicht derb. Ferner ist die Pigmentirung bei Sclerodermie nur etwas Zufälliges. In der Regel sind im Gegentheil die elevirten Stellen weiss, anämisch, nicht pigmentirt. Vielleicht wird der weitere Verlauf eher Aufschluss geben.

Hebra. Ein Sclerem hat ja verschiedene Farben während seines Verlaufes. Oft ist der Ausgang eines solchen nichts Anderes als eine Pigmentirung, wenn nämlich die Glätte, der Glanz und die Härte geschwunden ist; allerdings ist die Pigmentirung selten so tief wie hier.

S. Kohn zeigt einen 65jährigen Mann mit einem Epitheliom der glans penis in Form von harten, excoriirten Knoten; keine Drüsenanschwellungen in der Leistenbeuge.

Lang zeigt: 1. Einen Mann mit Psoriasis vulgaris in Form einer Corona, ferner Psoriasisefflorescenzen an glans und praeputium, und überdies eine frische exulcerirte Sclerose.

2. Einen Mann mit sehr mildem Lupus und einem frischen Syphilid, einzelne Efflorescenzen theils innerhalb der leprösen Narben, theils in den lupösen Infiltraten.

3. Einen Mann mit Lepra; stammt aus Montenegro; es ist eine Mischform von Knoten- und Nervenlepra. Da der Mann noch nicht alt ist, sind die Erscheinungen der Nervenlepra nicht so ausgesprochen. Die Knoten sind überall ganz deutlich, unter den Augen des Beobachters sind neue aufgetreten. Die Behandlung besteht in Thiosinaminjectionen nach Hebra. In der Jugend wurde der Patient fort und fort antiluetisch behandelt.

Neumann zeigt: 2. Einen Mann mit einem venerischen Geschwür an der Wade. Probeimpfungen ergaben Impfgeschwüre am Oberarm; er erwähnt Fälle mit venerischen Geschwüren am Finger und Drüsenabscessen.

Lang bemerkt, dass man aus dem Haften eines Geschwüres noch nicht schliessen dürfe, dass es venerisch ist.

Neumann. Wenn ein Geschwür aufgeworfene, infiltrirte Ränder, speckig belegten Grund u. s. w. hat, so entspricht das nach unseren jetzigen Begriffen einem venerischen Geschwür. Er zeigt: 3. Einen Mann mit Psoriasis, bei dem nach 10 Injectionen von 10% Sol. Fowleri die Abschuppung sich sehr verringerte, besonders in der Region der Injectionen. Das ist nichts gewöhnliches.

Kaposi zeigt:

2. Einen Knaben mit streng halbseitig begrenzter circumscripiter Sclerodermie der rechten Gesichtshälfte u. zw. an der Schläfe, am Ober- und Unterkiefer, in der Halsregion, in der Nasolabialfurche, am inneren und äusseren Augenwinkel. Am Nacken eine Stelle im Stadium scleroseos mit alabasterähnlichem Glanz, hie und da an der Oberfläche eingesunken, weil an dieser Stelle das Scleroderma in das cicatricielle Stadium tritt. Stellenweise nur intensive Pigmentirung des Randes. In einzelnen Fällen hat K., wie er schon an anderen Orten erwähnte, die Congruenz der Sclerodermie mit dem Ausbreitungsgebiet peripherer Nerven gesehen, aber immer betont, dass dies nicht berechtigt, die Krankheit sei es mit einer materiellen Neuritis in Beziehung zu bringen oder sie als Trophoneurose aufzufassen. In diesem Falle besteht eine Congruenz mit dem Ausbreitungsgebiet des Trigeminus, bei einem anderen Falle, einem Mädchen, war die Localisation gleich der eines Zoster cervico-brachialis dexter, in einem dritten mit dem 1. Ast des Trigeminus, einmal mit dem 3. Ast, und endlich wieder mit dem Ischiadicus verlaufend. Eher dürfte diese Congruenz auf das betreffende Gefässgebiet zu beziehen sein, von dem ja Pfeifer dargethan hat, dass es grösstentheils mit den Nerven gebieten congruent ist, um so mehr als ja bei Sclerodermie die Gefässerkrankung wahrscheinlich die anatomische Grundlage des Processes bildet.

3. Einen Mann mit einem Geschwür an der Nase. Die ulcerösen Vorgänge daselbst sind oft sehr schwierig zu diagnosticiren, bes. schwierig ist oft die Unterscheidung zwischen Lues und Tuberculose, weil sich oft nicht die miliaren Knötchen am Rande und im Grunde vorfinden und sich erst später spärlich entwickeln. Das demonstrirte Geschwür hat einen grösseren Theil der häutigen Nase und des Septums zerstört und schreitet flach serpiginiös weiter. Im Gegensatz zu dem voriges Jahr vorgestellten Falle von Folliculitis necroticans, die sofort nekrosirte, ist hier ein Fortschreiten mit feinzackigen Rändern, wie es gewöhnlich bei Tuberculose zu sehen ist. Lange wurde der Fall von uns als Lues behandelt, ohne irgend einen Erfolg; jetzt erst wird es etwas besser bei mehr indifferenter Behandlung mit Jodol, etw. Acid. Salicyl. Das Geschwür ist sehr schmerzhaft, was ebenfalls für Tuberculose spricht.

4. Einen Mann mit einem scharf begrenzten Substanzverlust am linken Nasenflügel. Die Nachbarschaft nicht infiltrirt, das Geschwür mehr roth, schlapp granulirend, während im Septum cutaneum feinzackige Geschwüre sitzen, so dass es sich wahrscheinlich auch um

Tuberculose handelt. Das Aussehen ist nicht das von zerfallenden Gummien.

Vortrag von Paschkis.

Therapeutische Mittheilungen.

Die erste Mittheilung bezieht sich, meine Herren, auf die Methode der Tätowirungen. Zu meinen diesbezüglichen Arbeiten bin ich angeregt worden durch die Beobachtung einer Tätowirten, der Belle Irène, die sich vor 2—3 Jahren hier zeigte. An derselben fiel mir auf, dass ganze Flächen wie mit einem breiten Pinsel angelegt waren, während man sonst distincte Punkte sieht. Die Person zeigte auch ein Instrument, mit dem diese Tätowirung vorgenommen worden sein soll, und ich habe nun ein ähnliches benützt, um bei Pigmentmangel und bei abnorm pigmentirter Haut Tätowirungen durchzuführen. Eine von den Versuchspersonen, die ich tätowirt habe, stelle ich hier vor. Die Person hat am Fusse zahlreiche Stellen, die ich tätowirte.

Bei Anlegung einer solchen Tätowirung war es mir natürlich darum zu thun, die geeignete Farbe zu finden. Man hat bisher mit einer grossen Anzahl von Farben tätowirt, mit Zinnober, Indigo, Carmin, Tusche, Russ, Schiesspulver. Zinnober allerdings ist verwendbar, und schon Schuh hat ihn bei der Cheiloplastik verwendet. Tusche, Berlinerblau und Indigo passen zur Herstellung natürlicher Hautfarben nicht. Ich habe nun die Farben verwendet, die in der Oelmalerei zur Herstellung des Fleischtönen dienen. Von denselben kann aber das Neapelgelb nicht gebraucht werden, da es giftig ist. Das Weiss war für mich das Allerschwierigste. Nach vielen Versuchen fand ich den schwefelsauren Baryt, der in Wasser unlöslich und nicht resorbirbar ist, am zweckmässigsten. Er hat aber eine verhältnissmässig geringe Deckkraft. Geschlemmte Kreide ist absolut nicht zu gebrauchen. Dann versuchte ich Zinkoxyd, weil derselbe ein ausserordentlich schönes Weiss gibt, sowohl das chemisch reine als das Käufliche (Schneeweiss), das etwas Zinkcarbonat enthält und viel weisser ist. Das Zinkoxyd erzeugte immer eine Dermatitis an der Stelle der Tätowirung, dieselbe dauerte 8—14 Tage, nach Abfall der Borken war die Haut noch immer roth, die Tätowirung war aber nicht zu sehen. Die Tätowirung mit Barytweiss hält. Von den übrigen Farben habe ich die sog. Erdfarben, die Ockerfarben genommen, Ocker-gelb, Ockerbräun und rothen Ocker. Mit diesen Farben reicht man vollkommen aus, zur Unterstützung des Effectes kann man einmal Zinnober, einmal Ultramarin nehmen. Die Methode der Tätowirung ist sehr einfach. Eine Anzahl von abgeschnittenen und in einem Stiel befestigten Nähnadeln wird mit einer Mischung von Weiss und einer winzigen Spur von der anderen Farbe, die auf einer Glasplatte oder einem Teller durch Verreiben mit etwas Wasser bereitet wird, imprägnirt. Das Weiss dient als Verdünnung und als Vehikel für die Farbe; nimmt man etwas mehr als eine Spur von der Farbe, so bekommt man dunkle Tinten, die durch die Haut violett durchscheinen.

Ich möchte noch hinweisen auf die Versuche, die ich an mit Pigmentfehlern Behafteten, zuerst an teleangiectatischen Naevis, anstellte. Da ist mir die Tätowirung nur mit grosser Mühe nach sehr langer Zeit und nicht vollkommen gelungen. Es gelingt aber durch Combination des elektrolytischen Verfahrens und des Tätowirens ein sehr gutes Resultat hervorzubringen. Wenn man solche teleangiectatische Naevi durch Elektrolyse zerstört, bleibt oft ein brauner Fleck zurück, der dann ausgezeichnet zu tätowiren ist. Dagegen gelingt es vortrefflich, braune Naevi ferner farblose Narben, z. B. ausgedehnte Impfnarben so zu tätowiren, dass sie der Haut sehr ähnlich sehen. Es gehört dazu natürlich etwas Uebung und wenn ich mir den Ausdruck erlauben darf, etwas künstlerischer Blick in der Farbe. Auf der Palette sieht die Farbe anders aus als unter der Haut. Die zweite Mittheilung bezieht sich auf Versuche, welche namentlich in Hinblick auf die sog. Kühlalben mit verschiedenen Fetten und Salben angestellt wurden. Dieselben wurden auf die Haut einge-
rieben und darnach auf thermoelektrischem Wege mit Hilfe eines Spiegelgalvanometers eine eventuell bewirkte Veränderung der Temperatur untersucht. Es zeigte sich, dass weder nach wasserfreien Fetten eine Erhöhung noch nach reichlich wasserhaltigen Salben eine Erniedrigung der Temperatur bei gleichbleibender Versuchszeit zu beobachten war. Es scheint, dass der Eindruck einer Temperaturveränderung von den sensiblen Hautnerven in vorläufig noch nicht aufgeklärter Weise vermittelt wird. Die Versuche werden fortgesetzt.

Schliesslich zeigt P. einen magistraliter zu verschreibenden Firniss vor, welcher auf der Haut einen in 2–3 Min. trocknenden, durchscheinenden Ueberzug liefert. Die Magistralformel ist folgende:

Rp. Amyl. 27,0	Amyl. 30,0
Sapon. neutr. 5,0	Sapon. neutr. 5,0
Aqu. destill. 10,0	Aqu. destill. 18,0
Alum. acetolart. 5,0	Al. acetolart. 2,0
Alb. ovar. 1,0	Sulfur (od. Ol. Rusci) 5,0
	Alb. ovar. 1,0
