(Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie [Vorstand:
Hofrat Prof. Dr. G. Riehl].)

Beitrag zur Differentialdiagnose der Lues der Nase und Umgebung.

Von
Dr. Herbert Fuhs,
Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 18. März 1922.)

Es gibt bekanntlich eine ganze Reihe von Syphiliden, die eine große Ähnlichkeit mit anderen Dermatosen haben, und die Nasenschleimhaut und ihre Umgebung (Wangen, Lippen usw.) sind mit Vorliebe Sitz dieser Formen. Diese Eigenschaft der Syphilide hat seit jeher die Differenzialdiagnose erschwert und darin ihren Ausdruck gefunden, daß die älteren Autoren die Syphilide gewöhnlich nach der Ähnlichkeit mit anderen Hautkrankheiten zu benennen pflegten wie Lichen syphiliticus, Aene syphilitica usw. Erwähnt seien nur z. B. die seborrhoischen Papeln im Bereiche der Nasolabialfalte (*Unna, Ehrmann*), das Syphilide acnéique du nez (*Horand*), sowie die tertiäre gummöse Hautlues dieser Lokalisation. Die rein klinische Unterscheidung jener Formen der Lues von ebenso angeordneten, ähnlichen Manifestationen wie Aene vulgaris und rosacea, Impetigo, seborrhoisches Ekzem, Psoriasis, Lupus erythematosus, Rhinosklerom, Lepra, Cancroiden u. a. m. ist in der Regel leicht zu treffen. Dagegen kann die klinische Differenzierung mancher Syphilide von gewissen Tuberkuloseformen (Skrophuloderm, Acnitis, Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi, Lupus vulgaris) bisweilen großen Schwierigkeiten begegnen, ja vielleicht erst überhaupt im Verlaufe der Erkrankung und ex juvantibus möglich sein. Dies gilt besonders für die Abgrenzung gewisser kleinknotiger, tertiärer Syphilide des Gesichtes, namentlich der Nase und Umgebung, von rasch zerfallenden Tuberkulose- und da vor allem Lupusformen. Bei letzteren kommt ja auch der die lupöse Erkrankung u. a. so charakterisierende schleppende Verlauf in Wegfall. Es ist daher auch nicht zu wundern, daß in früheren Jahren manche Praktiker und sogar auch Kliniker zu dem Auskunftsmittel der Diagnose „Lupus syphiliticus“ griffen und sich dadurch in zweifelhaften Fällen nach beiden Seiten gegen Lupus und Syphilis decken wollten. *Kaposi, Lang, Neumann* wandten sich bereits gegen diese

Verlegenheitsbezeichnung derartig unklarer Krankheitsbilder und empfohlen, die Diagnose so lange in suspenso zu lassen, bis die weitere Beobachtung Klarheit gebracht habe.

Auch an der Klinik gelangten in Verlaufe der letzten Jahre 5 Patienten zur Aufnahme, deren zunächst recht unklare Hautaffektion Syphilis und Tuberkulose nicht so ohne weiteres auf klinischem Wege differenzieren ließ. Erst bei Heranziehung aller übrigen Untersuchungsmethoden (bakteriologischer, immunbiologischer und chemotherapeutischer) zum klinischen Befund konnte eine sichere Diagnose gestellt werden.

Der eine der Patienten zeigte eine Verbindung von tertiär-luetischer und tuberkulöser Hautaffektion. Bei ihm entwickelte sich im Anschluß an ein kleinknotiges Syphilid der Nase und Umgebung ein ulceroserpiginöser, zentral cicatrisierender Lupus: also kleingummöse Lues und Lupus vulgaris ulceroserpiginosus kombiniert. Der Fall verdient auch deshalb Interesse, da, wie schon *Jadassohn* betont, die lokale Symbiose von Syphilis und Tuberkulose vom rein dermatologischen Standpunkt aus noch nicht oft sicher konstatiert wurde. *Jadassohn* verweist dabei auf die wenigen wirklich verwertbaren, einschlägigen Fälle in der dermatologischen Literatur (*Leloir, Elsenberg, Neisser, Haslund, Harttung, Longin* u. a.). Die Krankheitsherde der anderen 4 Patienten erwiesen sich im Laufe der Beobachtung als syphilitischer Natur, und zwar als klinisch zunächst wenig ausgesprochene, kleinknotige, lupusähnliche Syphilide. Bei 2 Fällen überwog die Infiltration in Form von vereinzelten und konfluerten Knötcheneffloreszenzen über den Zerfallsprozeß: infiltrierendes, kleingummöses Syphilid. Das Krankheitsbild der beiden restlichen Patienten beherrschte dagegen ein ausgedehnteres zentrales Geschwür wenig typischer Natur: zentral exulcerierendes, kleingummöses Syphilid.

Kleingummöse Lues und Lupus vulgaris ulcero serpiginosus kombiniert.

M. G., 48 Jahre alt, Hafensteuermann, E.P.: 1270, K.G.Ra.St.: 5. Anamnese: Eltern und Geschwister gesund; als Kind Scharlach; 1913 wegen Polypen der Nase in laryngologischer Behandlung (Ätzung mit Milchsäure), keine Besserung, zunehmende Rötung und Schwellung der Nase am linken Flügel. In der Folge in Intervallen 8 malige Bestrahlung mit Röntgenstrahlen mit wenig Erfolg. Infektion mit Lues wird negiert. Status (1. IV. 1914): Die Nase des Patienten ist in ihrem mittleren und unteren Anteil knollig aufgetrieben, im linken und mittleren Drittel des Nasenrückens auf den linken Flügel übergreifend besteht ein tiefer, mit dem Naseninnern kommunizierender Substanzverlust, der mit einer dicken, gelblichen Kruste bedeckt ist. Der vordere Anteil des Septums ist teilweise konsumiert. Die Farbe des Herdes ist bläulichbraun, die Oberfläche infolge der Konfluenz von Knötcheninfiltraten höckerig und mit spärlichen Schuppen bedeckt. Wassermannreaktion: positiv. Interner Befund: ohne Besonderheiten. Pirquetreaktion: positiv. Eine Probeexcision aus der befallenen Hautpartie am 17. IV. 1914 ergibt folgenden histologischen Befund:

H.P. 2185, M.G. (Hämalaun-Eosin): Der Epithelüberzug mit Ausnahme einer kleinen Partie, in der die Cutis, die mit einem zarten Fibrinbelag bedeckt ist, zutage tritt, ist überall vorhanden. In geringem Grade erscheint das Str. corneum verdickt — eine zarte Hyperkeratose. In der Cutis, und zwar sowohl im Papillarkörper, als auch in den tiefen Anteilen liegt ein Entzündungsprozeß vor. Die Papillen sind etwas verschmälert, nicht alle, aber einzelne zeigen ein hauptsächlich aus Rundzellen bestehendes Infiltrat, die zentralen Anteile aber nur an der einen oder anderen Stelle eine knötchenförmige Anhäufung von epitheloidzellenähnlichen Gebilden. Die Bindegewebsfibrillen sind verdickt, bläulichrot sich färbend, dem senilen Degenerationsprozeß gerade in der Haut entsprechend. Im Str. reticulare der Cutis, nach abwärts in die Höhe der Schweißdrüsenregion sich erstreckend, recht ausgeprägte Entzündungsprozesse. Lymphocyten und weniger zahlreiche Plasmazellen bilden das vielfach perivaskulär angeordnete Infiltrat. An einer Stelle treten auch bläulich sich färbende, größere polygonale, geschichtete Gebilde beginnender Verkalkung auf. Die Gefäße in den Entzündungsherden, und zwar kleine Arterien und auch Venen erscheinen in ihrer Wand verdickt, ihr Endothel springt teilweise ins Lumen vor, so daß also auch endothelial proliferierende Prozesse sich abspielen.

Eine bestimmte Diagnose auf Grund der histologischen Veränderungen läßt sich nicht stellen; es handelt sich um einen Entzündungsprozeß unspezifischer Art, wobei allerdings die Lues auf Grund der perivaskulären Gefäßveränderungen besonders in Differenzialdiagnose kommt.

Unter antiluetischer Behandlung (Neosalvarsan: Gesamtdosis 4,80 g, 10 Hg bicyanat-Injektionen à 0,03 g und 10 Hg-Einreibungen schwindet die Infiltration recht schnell. Das Ulcus hat sich bis auf einen kleinen, zentralen Defekt überhäutet mit Zurückbleiben einer kleinen, schmalen Perforationsöffnung. WaR. (7. VI. 1914): positiv; Pat. wird gebessert, entlassen. Status (10. II. 1917): Hypertrophische Granulationswucherung im mittleren Anteile des harten Gaumens auf dem Boden eines Ulcus und geringe Infiltration der Umgebung, von der laryngologischen Klinik als tuberkulöse Affektion gedeutet. Neuerliche Anschwellung und Auftreibung der Nase im Bereich eines blaubraunroten Infiltrates. Mehrfach kleinere bis linsengroße Ulcerationen, die zum Teil mit Krusten bedeckt sind. WaR.: positiv; zweite Kur (Neosalvarsan: Gesamtdosis 3,60 g und 30 Hg-Einreibungen). Pat. wird gebessert entlassen. Das Infiltrat hat sich wesentlich abgeflacht, die Ulcerationen sind zum Großteil epithelisiert. Im Mai 1918 dritte Kur mit 30 Modelinjektionen; Status (Jänner 1919): Die Nase, die angrenzenden Wangen- und seitlichen Oberlippenpartien im Umfang von Handtellergröße sind eingenommen von einem mäßig derben, blaubraunroten Infiltrat. Im Bereich des Infiltrates ist die Haut mit konfluierenden Knoten, zum Teil auch an deren Stelle mit kleinen, unregelmäßig begrenzten Ulcerationen übersät, die mit Krusten und Schuppen bedeckt sind. Im Bereiche des früheren Substanzverlustes am linken Nasenflügel ein Spalt, der mit dem Naseninneren kommuniziert und dessen Ränder überhäutet sind. Das Zahnfleisch des Oberkiefers ist gerötet, geschwollen und an verschiedenen Stellen von grauroten, hirsekorngroßen Knötchen bedeckt. Pirquetreaktion: stark positiv. Interner Befund: normal. Probeexcisionen aus den erkrankten Partien der Nase am 15. II., 3. III. und 17. III. 1919 zeigen folgendes Gewebsbild:

H.P.: 3036, M.G. (Hämalaun-Eosin) und 3057, M.G. (Hämalaun-Eosin): Die ganz kleinen Excisionen, von Epidermis überzogen, weisen einen Entzündungsprozeß in den oberflächlichsten Cutisschichten auf. Über die tieferen Partien kann wegen der Oberflächlichkeit des Excisionschnittes nichts ausgesagt werden. Auffallend erscheint das Auftreten von reichlichen Knötchen, die vielfach miteinander konfluieren, ausschließlich aus Epitheloidzellen bestehen und am Rande

von spärlichen Lymphocytenwällen eingeschlossen sind. Das Auftreten von großen Riesenzellen mit randständigen Kernen läßt sich in diesen Excisionen schon feststellen.

H.P.: 3068, M.G. (Hämalun-Eosin); letzte Excision, 14 Tage später ausgeführt: Das entfernte, fast 2 cm lange Gewebstück, das sämtliche Schichten der Haut bis ins subcutane Fettgewebe umfaßt, ist im überwiegenden Anteil von Epidermis überzogen, doch wird an einzelnen Stellen der Epidermistüberzug bereits so dünn, daß er nur mehr aus wenigen Lagen von Epithelzellen besteht, ja an der einen oder anderen direkt fehlt. Ein reichlicher Entzündungsprozeß, vor allem im Str. reticulare, aber auch nach aufwärts in den Papillarkörper sich erstreckend, bildet die hauptsächlichsten Veränderungen. In diesem finden sich reichliche Anhäufungen von Epitheloidzellen, teils zu kleineren, teils zu größeren, durch Konfluenz entstandenen Knoten angeordnet; sie werden von einem Lymphocytenrandsaum umschlossen. Während im Zentrum stellenweise eine gewisse Armut an Zellkernen und dadurch eine mehr homogene Rotfärbung resultiert, finden sich an den Randpartien auch gegen die Tiefe zu bis in die Höhe der Schweißdrüsenregion reichlich Zellen. Diese haben zum Teil den Typus der *Langhansschen* Riesenzellen, sind kreisrund oder oval und besitzen peripher angeordnete Kerne. Plasmazellen sind nur spärlich vorhanden.

Auf Grund der Excisionen, die einen Zeitraum von ungefähr 5 Jahren umfassen, ergibt sich, soweit aus histologischen Veränderungen überhaupt in der in Rede stehenden Differenzialdiagnose ein Schluß gezogen werden kann, die Diagnose einer Hauttuberkulose vom Bilde des Lupus vulgaris, der an verschiedenen Stellen exulceriert, wobei aber diese Diagnose erst aus dem letzten großen, excidierten Gewebstück gestellt werden kann. Denn im Gegensatz zu dieser Excision steht das erste (H.P.: 2185), wobei unspezifische Erkrankungsprozesse, die vielleicht mehr an Lues erinnern, sich feststellen ließen; die in der Zwischenzeit ausgeführten histologischen Untersuchungen stellen die Verbindungsbrücke zwischen der ersten und vierten Excision im Gewebsumbau vor. Nach insgesamt 3,6 g Neosalvarsan und 20 Modenolinjektionen nur teilweiser Schwund des Infiltrates und zentrale Vernarbung konstatierbar. Infolge der auf gleichzeitige Tuberkulose verdächtigen, letzten histologischen Befunde trotz negativem Tuberkelbacillenbefund in sämtlichen vier Präparaten (Färbung nach *Ziehl-Neelson*) und der in den vernarbten Partien in der Folge auftretenden braunroten Knötchen wird die Diagnose auf Lupus vulgaris auf dem Boden eines zurückgebildetenluetischen Herdes erweitert und Pat. einer 10monatigen Radiumbestrahlung unterzogen; darunter weitere Abflachung der Infiltrate, größtenteils Vernarbung bis auf spärliche, aus einzelnen Knötchen zusammengesetzte Hautinfiltrate und vereinzelte Knötcheninseln in der vernarbten Mitte des Herdes.

Status (März 1921): Neuerliche Exacerbation des Prozesses. Nase und Umgebung von einem central cicatrisierenden, serpiginös fortschreitenden, weichen Infiltrat von braunroter Farbe eingenommen, das namentlich an den Rändern, doch auch im Bereiche des narbigen zentralen Antelles intakte Knötchen und solche mit Ulcerationen und matschen, wuchernden Granulationen, die am Grunde mit Krusten bedeckt sind, aufweist. In der Mitte der Submentalgegend findet sich ein ungefähr fünfkronengroßer Hautbezirk, in dessen Bereich die Haut zentral von einer zarten, gefälteten Narbe eingenommen ist, in die vereinzelte, braunrote Knötchen eingesprengt sind. Die wallartig erhabenen, mit weißgrauen kleienförmigen Schuppen bedeckten Randpartien setzen sich bei näherer Zursicht aus einer Anzahl rotbrauner, weicher, hirsekorngroßer Knötchen zusammen. In der näheren Peripherie des Herdes sind einzelne derartige Knötchen in der gesunden Haut sichtbar. Das Zahnfleisch des zahnlosen Kiefers ist gerötet, geschwollen und zeigt zahlreiche durchscheinende Knötchen. Desgleichen bieten die angrenzende

Lippenschleimhaut, sowie die mittleren Anteile des harten und weichen Gaumens bis zur Uvula höckrige, weiche, durchscheinende Wucherungen dar, in die zahlreiche, stecknadelkopfgroße Knötchen eingesprengt sind. Neben diesen sind auch unregelmäßig begrenzte, flache Ulcerationen und weißgraue Leukoplakien an den betreffenden Schleimhautpartien wahrnehmbar; neuerliche Radiumbehandlung. Nach zwei Sitzungen ist am 17. V. 1921 folgender Befund zu erheben: Das an die Nase angrenzende Gebiet beider Wangen ist im Zentrum fast völlig vernarbt, nur spärlich eingestreute, meist intakte Knötcheninseln sind noch vorhanden, die Randpartien sind abgeflacht, die Ulcerationen gereinigt und nahezu sämtlich überhäutet. Die Nasenspitze erscheint in ihrem rechten Anteile abgegriffen, ist narbig eingezogen, in der Gegend des linken Nasenflügels besteht ein längsovaler, von narbig veränderter Haut überzogener Spalt, der durch eine hellgraubraune Masse (Reste einer Nasenprothese) ausgefüllt wird.

Aus der vorliegenden Krankengeschichte ist ersichtlich, daß bei unserem Patienten eine Mischung von Lues und Tuberkulose vorliegt.

Der Fall ähnelt je einem von *Haslund* und *Neisser*¹⁾ unter der gleichen Diagnose beschrieben. Bei ersterem traten im Anschlusse an die tuberkulöse Erkrankung der Nasenschleimhaut und des Gaumens akute Knotenausbrüche des Gaumens auf, die nach Gebrauch von Jodkali stets bis zu einem gewissen Grade schwanden, um dann gar nicht mehr beeinflußt zu werden und allmählich dem Bilde eines ulceroserpiginösen Lupus zu weichen. Bei letzterem heilte ein tuberöses Syphilid im Gesichte durch Jodkali; restierende Lupusknötchen, die durch die Tuberkulinreaktion und durch den Bacillenbefund (*Sasakawa*) als solche bestätigt wurden, zeigten seine Doppelnatur. Später trat bei ihm auch noch ein syphilitisches Rezidiv auf, das auf spezifische Therapie wieder zurückging.

Während zunächst ein diagnostisch ziemlich unklares Bild vorlag, das sowohl an Lues als auch an Tuberkulose denken ließ, haben die serologischen Untersuchungen, das für Tuberkulose wenig charakteristische Bild der ersten Biopsie, der negative Tuberkelbacillenbefund, endlich die prompte Beeinflussung des Krankheitsprozesses durch die antiluetische Kur die Diagnose zugunsten der Lues entschieden. Doch reagieren speziell auf Salvarsan auch manche Fälle von Lupus vulgaris in Form deutlicher Herdreaktion und mit rascherer Überhäutung ulceröser Partien (*Herxheimer, Altmann, Bernhardt*). Es wurden dabei, allerdings in Verbindung mit Tuberkulin, bedeutende Besserungen, nicht aber wirkliche Lupusheilungen erzielt (*Lewandowsky*). Noch bessere Erfolge als bei Lupus wurden bei Tuberkuliden mit Salvarsan gesehen (*Ravaut, Arnault, Tsank und Pelbois*), doch waren auch sie nicht so rasch und eindeutig, daß daraus sichere Schlüsse zu ziehen wären. Immerhin scheint infolge obenerwähnter Tatsache bei einer Differenzialdiagnose zwischenluetischer und tuberkulöser Dermatoe ex juvantibus, wenn sie sich nur auf den günstigen Einfluß einer antiluetischen Kur stützt, besonders Vorsicht geboten. Wie sich in der Folge zeigte, lagen die Verhältnisse auch in unserem Fall etwas komplizierter, indem bereits

¹⁾ Zitiert bei *Jadassohn* in *Mraček's* Handbuch der Hautkrankheiten Bd. IV/1, S. 314. Hölder, Wien 1907.

bei neuerlichem Erscheinen des Kranken an der Klinik der Schleimhautbefund auf eine tuberkulöse Affektion des Gaumens und der Nase hinwies. Trotzdem an der äußeren Haut ein für Tuberkulose sprechendes Bild auch damals nicht vorhanden war, die Wa.R. wieder positiv ausfiel, besteht doch in der minder schnellen und vollständigen Beeinflussung der Ulcerationen und Infiltrate durch eine neuerliche antiluetische Kur die Vermutung, daß damals schon neben der Lues ein tuberkulöser Prozeß an dem Aufbau des Krankheitsherdes in der Haut beteiligt war. Eine Biopsie aus dieser Zeit liegt nicht vor. Der Befund im Januar 1919 ließ kaum mehr Zweifel daran aufkommen, daß im Bereich des früheren kleinknotigen Syphilids ein Lupus vulgaris zur Entwicklung gekommen war. Obgleich der Bacillenbefund im histologischen Schnitte (Färbung nach Ziehl-Neelson) auch nun nicht erbracht werden konnte, ließen verschiedene andere Momente in der Gestalt des Krankheitsbildes bereits die tuberkulösen Veränderungen in den Vordergrund treten. Auch nun zeigte sich nur ein teilweiser Rückgang der Erscheinungen auf weitere antiluetische Therapie und traten in der Folge im Bereich der narbig veränderten Stellen einzelstehende und gruppierte Knötchen (Rezidive) auf, was bei Syphilis nicht der Fall zu sein pflegt. Diese Partien zeigten erst unter der Radiumbehandlung einen prompteren Heilungsverlauf. Die Konsistenz des vorhandenen Restinfiltrates war bedeutend vermindert gegenüber der in früheren Stadien der Dermatoze. Das histologische Bild der Probeexcision vom 17. III. 1919 wies in seiner Zusammensetzung von teils kleineren, teils größeren knotenförmigen Ansammlungen von Epitheloidzellen und Langhansschen Riesenzellen, die von einem Wall von Leukocyten umgeben sind, sowie dem spärlichen Vorkommen von Plasmazellen ein eher für Lupus vulgaris typisches Gepräge auf. Allerdings muß man sich dabei vor Augen halten, daß bestimmte Fälle von sog. lupusähnlichem Syphilid anatomisch ein den tuberkulösen Formen nicht unähnliches Aussehen nahezu konstant zeigen (*Nicolas und Faure*). Auch das klinische Bild der erkrankten Stellen entspricht bereits ganz dem eines Lupus vulgaris serpiginosus der Nase und Umgebung. Zu den Kombinationsformen von Lupus und gummösem Syphilid wie in oben beschriebenem Falle gehören auch die von *Osselsberg, Deutsch, Cabrol* und *Cortel* publizierten Fälle, die durch Hg-Injektionen gebessert wurden. Die spezifische Kur konnte eben hier wie dort nur den luetischen Anteil der Erkrankung günstig beeinflussen, während eine vollständige Heilung erst durch eine konsequente, gegen den Lupus gerichtete Therapie, in unserem Falle Radium mit folgenden Höhensonnenbelichtungen zu erreichen sein dürfte.

Über die zeitliche Aufeinanderfolge von Entwicklung und Verlauf der beiden differenten Erkrankungen bei unserem Falle glauben wir uns auf Grund der Anamnese, der vorgenommenen Untersuchungen

und des Erfolges der eingeleiteten Therapie ungefähr folgendes Bild machen zu können: Der Beginn des Leidens mit polypoiden Wucherungen der Nasenschleimhaut, von der der Lupus vulgaris am häufigsten (*Audry, Lewandowsky*) oder zumindest sehr oft (*Kaposi*) seinen Ausgang zu nehmen pflegt, deutet darauf hin, daß die tuberkulöse Affektion den Anstoß zur Weiterentwicklung des geschilderten Krankheitsprozesses gegeben hat. Ein rhinologischer Befund aus dieser Zeit liegt nicht vor, doch lassen die damaligen Ätzungen der Nasenschleimhaut mit Milchsäure auf den spezifischen Charakter schließen. Der schon länger bestehende Reiz des tuberkulösen Infiltrates der Nasenschleimhaut sowie jener der dagegen angeordneten Milchsäureätzung mag ein Aufflackern restierender Spirochätenherde einer weiter zurückliegenden, vom Patienten übersehenen Luesinfektion hervorgerufen haben (Syphilis und Reizung). Dies äußerte sich entsprechend dem allergischen Zustand des Organismus als tertiäres Syphilid, welches denn auch auf Hg und Salvarsan sehr gut reagierte. Im weiteren Verlauf wies die nur teilweise Besserung des Krankheitsprozesses durch die antiluetische Therapie bereits auf ein Übergreifen der Schleimhautaffektion auf die Haut der Nase und Umgebung, wenngleich klinisch noch kein klares Bild zutage trat. Erst in den folgenden Jahren ließ der völlige Rückgang des lupusähnlichen Syphilids unter der intermittierenden Hg-Salvarsan-Behandlung, sowie die zunehmende Entwicklung des tuberkulösen Krankheitsherdes in der Haut letzteren in Form eines ziemlich typischen ulceroserpiginösen, zentral cicatrisierenden Lupus vulgaris hervortreten.

Infiltrierendes kleingummöses Syphilid.

M. F., 37 Jahre, Z. 33, K.G.Pr.: 135, J.-Nr. 29 060.

1911. Anamnese: Eltern und 6 Geschwister des Pat. leben und sind gesund, 7 Geschwister starben im Kindesalter; Krankheit unbekannt. Als Kind hatte Pat. Masern. Vor 7 Jahren bekam er ein Geschwür am Glied und rechtsseitige Leistendrüsenverdickung. Beginn der nunmehrigen Affektion im Juli 1911 mit „Wimmerln“ des rechten Nasenflügels und folgender Rötung und Schwellung der Nase. Es wurde von einem Arzt Rotlauf konstatiert und Salben verordnet. In der Folge bildeten sich Pusteln und Krusten im entzündeten Hautbezirke; Pat. wurde vom Spezialisten kauterisiert; trotzdem trat Vermehrung der Efflorescenzen ein. Die Affektion ist indolent, nur zeitweilig besteht Jucken. Seit einem Jahre leidet Pat. an einem hartnäckigen Nasenkatarrh.

Status: Kleiner, kräftiger Patient, gut genährt. An der Haut des rechten Nasenflügels ein bohngroßer, höckeriger Tumor, der aus einzelnen, gelblichroten, hanfkorngroßen, mäßig derben Knötchen auf entzündlich geröteter Basis zusammengesetzt ist. Ein ähnlicher Tumor, nur flacher und weicher findet sich am linken Nasenflügel. An Vorder- und Unterfläche des Nasenbeines sieht man zum Teil serpiginös angeordnete, gelbrote, hanfkorngroße, derbe Knötchen, daneben vereinzelte Pusteln, gegen die Mitte des ganzen Herdes zu gelbliche Borkenauflagerungen, nach deren Entfernung vereinzelte, scharfrandige Ulcerationen mit einer drüsig papillären Basis, herrührend von nekrotisierenden Knötchen, hervortreten. Nasenspitze nach unten leicht eingesunken; Nasenrücken dadurch leicht abgeflacht,

rechts stärker als links. Zwischen dem rechten Nasenflügel und Naseninnern sowie quer über dem Nasenrücken leicht eingezogene Narben, von therapeutischen Maßnahmen herrührend. Herd hellrot bis livid, deutliche bläuliche Verfärbung entsprechend den quer verlaufenden Narben. Nase im ganzen verbreitert, plumper, in toto leicht infiltriert. Einzelne derbere, flache Nuchaldrüsen links; WaR.: ++. Interner, Augen- und Ohrenbefund ohne Besonderheiten. Anti-luetische Kur: 30 Hg.-Einreibungen und Altsalvarsan 0,40 g; darauf fast vollkommene Reinigung der Nasenoberfläche; sämtliche Tumoren sind im Rückgang begriffen, beginnende Narbenbildung; zur ambulatorischen Behandlung entlassen. Die Biopsie am 7. X. 1911 aus der erkrankten Nasenpartie ergibt folgenden Befund:

H.P. 1148, M.F. (Hämalaun-Eosin): Epidermis fast überall erhalten; in der Cutis bis in die tiefen Schichten hinein ein außerordentlich mächtiges Infiltrat meist perivascular, aber auch gleichmäßig das Gewebe infiltrierend. Lymphocyten und Plasmazellen, ganz vereinzelte Riesenzellen, setzen dasselbe zusammen.

Unspezifische Entzündung, Lues nicht auszuschließen.

Pat. ist seither bis zum 14. III. 1921 nicht erschienen. WaR. (14. III.): negativ. Im Bereich des ehemaligen kleingummösen Syphilides ist die Haut größtenteils in Form unregelmäßig begrenzter weißlicher Narben leicht eingesunken. Die narbigen Partien sind von Telangiectasien durchzogen. Keinerlei Infiltratreste oder sonstige Erscheinungen sind mehr nachweisbar; Lumbalpunktion wird verweigert.

P. A., 51 Jahre, Marqueur, E.P.: 2612.

Anamnese: Mutter an Lungentuberkulose mit 40 Jahre gestorben, Vater endete durch Selbstmord; ein Bruder an Lungentuberkulose, einer an einem Kehlkopfleiden gestorben; Frau des Pat. starb mit 40 Jahren; hat nie abortiert. An eine venerische Erkrankung in früheren Jahren kann sich Patient nicht erinnern; 1910 Gelenkrheumatismus. Das gegenwärtige Leiden datiert seit November 1920 und entstand angeblich im Anschluß an einen Stirnhöhlenkatarrh, mit dem Pat. in privater Behandlung stand; später Ekzem des Naseneingangs mit allmählicher Rötung, Schwellung und Pustelbildung an der Nase. Status (April 1921): großer Pat., von gutem Ernährungszustand. Interner, Augen- und Ohrenbefund normal. Nasenbefund: chronische Rhinitis; kein Anhaltspunkt für eine spezifische Erkrankung. Die Nase ist in ihrem distalen Anteile verbreitert, geschwollen und eingenommen von einem blauroten, mäßig derben Infiltrat mit braunem Beiton. Gegen den Rand zu im Bereich der Nasolabialfalten, Nasenrücken und seitlichen Nasenflügel in einem Abstand von 1—2 cm von der Nasenspitze löst es sich in zahlreiche stecknadel- bis hanfkorngroße, solitär und gruppiert stehende Knötchen auf. Die Knötchen haben teils intakte Oberfläche, teils sind sie erweicht und ulceriert, die Ulcerationen mit Krusten bedeckt. Nach Abhebung der Krusten treten tiefe, ziemlich scharf begrenzte, unregelmäßige, stecknadelkopf- bis hirsekorngroße Substanzverluste zutage. Die Grenzen des Herdes gegen die normale Haut sind unscharf und unregelmäßig; WaR. (27. IV. 1921): positiv. 3. V. Kultur-luetin (Noguschi): in den nächsten Tagen schwache, ungefähr linsengroße Papelbildung von einem kleinemünzengroßen Hof umgeben. Liquor: in sämtlichen Reaktionen negativ. 4. V. Biopsie aus den Randpartien des Infiltrates am linken Nasenflügel.

H.P. 3765, P.A. (Hämalaun-Eosin):

Epidermis teilweise das excedierte Stück überziehend; Epithel auch in der Tiefe (Flachschnitt); Entzündungsprozeß in der Cutis, vereinzelte knötchenförmige Anhäufungen von Epitheloidzellen ähnlichen Gebilden mit eingestreuten Riesenzellen verschiedenster Form, meist nicht dem Typus der *Langhansschen* Riesenzellen entsprechend. Neben diesen knötchenförmigen Prozessen ist auch das

übrige Gewebe von vorwiegend kleinen Lymphocyten und stellenweise Plasmazellen durchsetzt.

Histologisch unspezifische Entzündung; Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose nicht mit Sicherheit durchzuführen.

Pirquet: positiv; zwei in Intervallen von 2 Tagen vorgenommene subcutane Injektionen von Alttuberkulin Koch (I: 0,01 mg; II: 1,0 mg) verliefen negativ. 4. V. 1921: Beginn der antiluetischen Kur, unter der schneller Rückgang der Krankheitserscheinungen erfolgt. Drei Monate nach Abschluß der Kur (Neosalvarsan, Gesamtdosis: 3,60 g und 12 Hg bicyanat.-Injektionen à 0,030 g) Infiltrat geschwunden, Nasenhaut noch mäßig injiziert und verdickt, an Stelle der Knötcheninfiltrate flach eingesunkene, blaße, stecknadelkopfgroße bis hanfkorn-große, scharf begrenzte, zackige Narben.

Auch diese beiden Fälle boten bei der ersten Betrachtung ein klinisch wenig markantes Bild, wobei speziell die Differentialdiagnose zwischen tertiärem Syphilid und Lupus hypertrophicus et exulcerans in Schwebe blieb. Wohl sprachen bei näherer Betrachtung die verhältnismäßig schnelle Entwicklung der Krankheitsherde, das Fehlen der charakteristischen Lupusknötchen, eine gewisse Derbheit der Infiltrate, die scharf umgrenzten, tiefen Substanzverluste mehr für erstere Annahme. Doch können auch atypische Formen von Lupus hypertrophicus, ulcero serpiginosus ab und zu unter den gleichen Erscheinungen verlaufen. Die Tuberkulose in der Familie bei dem einen Patienten, der langwierige Nasenkatarrh in beiden Fällen, mit welchem sich ein Lupus der Nase häufig einzustellen pflegt, gemahnten weiters zur Vorsicht. Die vorausgegangene venerische Affektion sowie die positive Cutireaktion mit Luetin in einem Falle, die positive WaR. bei beiden boten bereits gewisse Anhaltspunkte für erstere Annahme. Indes können Cuti- und Seroreaktion auch bei älteren Fällen von Lues latens ein positives Resultat ergeben und braucht dies nur auf eine nebenbei bei dem Patienten bestehende, aber derzeit keine manifesten Erscheinungen zeigende Lues hinzuweisen. Die Beobachtung des Verlaufes der Erkrankung an der Haut, das rasche Schwinden der Efflorescenzen auf die antiluetischen Kuren in unseren Fällen deutet im Verein mit den Immunreaktionen wohl mit Sicherheit auf den syphilitischen Charakter des Leidens hin. Der negative Ausfall der diagnostischen Tuberkulinreaktion bei dem letzten Patienten, der negative Bacillenbefund im Schnitt, der indes, wie Fall 1 beweist, auch bei Lupus negativ sein kann, und zudem das für Lupus wenig charakteristische histologische Bild bei beiden Fällen ergänzten in obigem Sinne die Diagnose.

Histologisch ist im allgemeinen infolge annähernd gleicher unspezifischer Zusammensetzung des Infiltrates eine Differenzierung zwischen kleinknotigem Syphilid und atypischen Formen von Lupus vulgaris nur schwer oder überhaupt nicht möglich. Immerhin sprechen gewisse Momente mehr für das eine oder andere Krankheitsbild. Die diffuse Infiltration der Cutis, die vielfach perivaskuläre, im übrigen aber ziemlich

regellose Anordnung der Epitheloid-, Lymph- und Plasmazellen, das Fehlen oder nur spärliche Auftreten von Riesenzellen verschiedenster Formen, die meist nicht dem *Langhans*schen Typus entsprechen, dürften hauptsächlich das Bild der tuberosen Syphilide wiedergeben. Dazu kommen die Verdickung und Endothelproliferation an den kleinen Gefäßen, die diffuse Durchsetzung des Gewebes mit einer größeren Zahl von Plasmazellen, eine Anordnung, wie wir sie doch eher bei Lues als bei den gewucherten Lupusformen anzutreffen gewohnt sind. Allerdings kann die pathologisch-anatomische Grundlage nur als Unterstützungsmittel unter vielen anderen bei sonstigen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten in manchen Fällen mit zur Entscheidung herangezogen werden. Das Ergebnis der Biopsie allein kann nicht nach der oder jener Richtung ausschlaggebend sein, wie aus dem histologischen Präparat des Falles 5 mit seiner tuberkuloiden Struktur und seinem auch sonst in manchem der Tuberkulose ähnlichen Bild in der Folge noch hervorgehen soll.

Zentral-exulcerierendes, kleingummöses Syphilid.

T. P., 42 Jahre, E. P.: 2886.

Anamnese: 1906 andernorts mit luetischen Papeln behandelt (30 Hg-Einreibungen); seither unbehandelt. Drei Kinder leben und sind gesund; kein Abortus. Beginn des gegenwärtigen Hautleidens im Januar 1921. Status (3. III. 1921): schwächliche Pat.; am linken Nasenflügel ein im Zentrum geschwürig zerfallender Herd, der auf Nasenspitze und Nasenseptum übergreift und einen teilweisen Defekt der knorpeligen Nasenscheidewand und des linken Nasenflügels hervorgerufen hat. Das Geschwür ist ziemlich scharf begrenzt und mit wallartigem Rand versehen, der sich aus zahlreichen, konfluierten, stecknadelkopf- bis linsengroßen, braunroten Knötchen zusammensetzt, die teils an der Spitze eine Borke tragen, teils auch von Schuppen bedeckt sind. Der Geschwürsgrund zeigt stark zerklüftete, glasige Granulationen, ist mit speckig-eitrigen Massen belegt und dehnt sich bis in die Höhlung des linken Nasenloches aus. Um die ulcerierte Hautpartie besteht ein mehr als 2 cm breiter, braunroter Hof, in dessen Bereich die Haut infiltriert und mit bläulichen Knötchen in unregelmäßiger Anordnung besetzt ist. Die Konsistenz der Krankheitsherde ist mäßig weich; Drüsenschwellungen fehlen. Spirochäten und Tuberkelbacillen im Sekret der Ulceration nicht nachweisbar. Interner, Augen- und Ohrenbefund ohne Besonderheiten; WaR.: ++++, Pirquetreaktion: negativ. Auf subcutane Verabreichung von 0,01 und 1,0 mg Alttuberkulin (*Koch*) im Intervall von 2 Tagen keine Herd- und Allgemeinreaktion. Liquor: in allen Reaktionen negativ. Auf intravenöse Jodtherapie gehen sämtliche Hauterscheinungen schnell zurück, das Ulcus reinigt und überhäutet sich und Pat. wird mit geringer Pigmentation und Infiltration im Bereiche des Herdes zur ambulatorischen Behandlung entlassen. Eine Probeexzision mußte infolge Weigerung der Pat. unterbleiben.

21. X. 1921: Pat. zur Kontrolle ihres Krankheitszustandes vorgeladen. An Stelle des großen Geschwüres findet sich eine flache, ziemlich scharf begrenzte, weiße, feingestrickte Narbe. Im Bereiche des Dorsums der Nasenspitze sieht man außerdem vereinzelte, ungefähr stecknadelkopfgroße, bläulichweiße, leicht deprimierte Nörbchen. Die neuerliche Liquoruntersuchung ergab wie die erste ein negatives Resultat. WaR.: +++, Nervenbefund: o. B.

T. M., 33 Jahre, E.P.: 3001.

Anamnese: Eltern sind beide tot; Mutter starb an Schlaganfall, Vater an Enteritis. Drei Geschwister leben und sind gesund. Mit 8 Jahren bestand Pat. eine Lungenentzündung, sonst war sie gesund. Venerische Affektion wird negiert. Seit dem Sommer 1920 leidet Pat. an einem chronischen Katarrh der Nase. Das gegenwärtige Leiden begann im Januar 1921 mit einigen Knötchen im Bereiche der Nase; bald darauf gesellte sich hierzu eine ausgedehntere Entzündung der Haut von Nase und Umgebung. Pat. erhielt vom Arzt eine Salbe, später wurde sie mit Quarzlicht bestrahlt. Einige gewucherte Hautstellen am Nasenrücken und rechten Nasenflügel wurden im Juni 1921 vom Hausarzte ausgekratzt; seit der Zeit hat sich der Zustand noch verschlechtert und ist speziell der geschwürige Zerfall fortgeschritten.

Status (22. X. 1921): Die rechte Nasenhälfte und die angrenzenden mittleren Wangenpartien zeigen livide Verfärbung und mäßige Schwellung und Infiltration der Haut; der Herd geht nach außen mit unscharfer Begrenzung in die normale Haut über. Innerhalb der geröteten Partien finden sich stecknadelkopfgroße bis linsengroße, unregelmäßig begrenzte, flach eingesunkene, blaße Narben, auch wenig erhabene, ungefähr ebenso große Knötchen von relativ weicher Beschaffenheit, teils einzeln stehend, teils, namentlich in der Gegend der äußeren Partie des rechten Nasenflügels, konfluieren. In letzterer Region sieht man einen längsovalen, gegen den Ansatz des Nasenflügels zu muldenförmig eingedellten, über bohnen-großen Substanzverlust. Dieser setzt sich von der Haut der Wange und dem äußeren Rand des Nasenflügels auf die Schleimhaut des Bodens der Nasenhöhle fort. Der Grund des Defektes ist uneben, höckerig, und mit matschen, rötlichen Granulationen bedeckt, die an der Oberfläche spärliches, mit nekrotischen Massen durchsetztes, blutig-eitriges, zum Teil auch eingedicktes Sekret aufweisen. Der Rand des Ulcus ist leicht eleviert, mit ungefähr stecknadelkopfgroßen Knötchen von blaubraunroter Farbe besetzt. Sie sind zum Teil überhäutet, zum Teil mit Blutkrustchen versehen. Der Substanzverlust setzt sich medial aufwärts auf den unteren Rand des rechten Nasenflügels bis zum Septum sowie von der Oberlippe auf die Schleimhäute des Bodens der Nasenhöhle fort. Das Gewebe im Bereich des Herdes ist verhältnismäßig weich, bei Anämisierung durch Fingerdruck treten vereinzelte, kleine, gelblichbraune Einlagerungen in der blauen Haut zutage. Spirochäten: in Ausstrichen von Sekret nicht nachweisbar. Pirquetreaktion: +; die in Abständen von 2 Tagen verabfolgten, subcutanen Injektionen von 0,010 und 1,0 mg Alttuberkulin (*Koch*) ergaben eine schwachpositive Lokal- bei fehlender Herdreaktion und mäßiger Temperatursteigerung bis 37,5°. Liquor: Globuline: ++, Nissl: 0,3%₁₀₀, 119 Zellen, Goldsolreaktion: ++, Mastixreaktion: ++, WaR. aktiv: 0,10 $\pm$, 1,0 ++++, inaktiv: 0,1 —, 1,0 ++++. Nervenbefund: normal, Augen- und Ohrenbefund: normal. Interner Befund: Beiderseits Schrumpfung der Lungenspitzen neben geringer Infiltration. Laryngo-rhinoskopischer Befund: Nase, Nasenrachenraum und Larynx frei; keine pathologischen Veränderungen bis auf eine beiderseitige Schwellung des Septums ohne Reaktion. Probeexcision am 25. X. 1921.

H.P. 4013, T.M. (Hämalaun-Eosin): Die Excision aus den Randpartien des Geschwüres selbst und den elevierten Rand umfassend zeigt auf der einen Seite noch den erhaltenen Epithelüberzug, an den sich dann ein von Kerndetritus und Fibrin bedecktes Geschwür anschließt. Soweit die bis in die quergestreifte Muskulatur reichende Probeexcision erkennen läßt, findet sich neben einer Rundzelleninfiltration noch eine Knotenbildung. An dem Übergang vom geschwürigen Anteil gegen die benachbarte gesunde Partie überwiegen die Knötchen, die von einer Art Bindegewebskapsel umgeben, in den tieferen Schichten der Cutis gelegen,

im Innern eine große Zahl Riesenzellen enthalten, die teils dem Typus der *Langhansschen*, teils dem Typus der Fremdkörperriesenzellen gleichen. Eine Art Gegensatz zu diesen Knötchen bildet eine Anhäufung von ausschließlich aus Plasmazellen bestehenden, untereinander in Herdform oder auch in längeren Zügen zusammenhängenden Zellkomplexen. Beide Bilder vereinigen sich am Geschwürsgrunde und kommen als dritte Zellkomponente auch noch Rundzellen, allerdings untermengt mit Plasmazellen, hinzu. Charakteristische, blaßgefärbte Epitheloidzellen sind nur ganz vereinzelt wahrnehmbar. Die Knötchen können miteinander konfluieren und werden dann vom Bindegewebe kapselartig umschlossen. An den oberflächlich geschwürig veränderten Partien findet man aber auch in den tieferen Schichten Gefäße, deren Wände eine beträchtliche Verdickung zeigen, deren Endothel proliferiert ist und die oft von einem Rundzellmantel umschlossen sind. Mag auch auf den ersten Blick manches im histologischen Bild an die Tuberkulose erinnern — zweifelsohne liegt eine tuberkuloide Struktur vor — so sind doch der außerordentliche Reichtum an den verschiedenartigsten Riesenzellen, die besonders an den Randpartien sich einstellende Proliferation des Bindegewebes, das herdwweise Auftreten von typischen Plasmazellen alles Feststellungen, die an der Diagnose tuberkulöse Erkrankung manchen berechtigten Zweifel aufkommen lassen. Zu einer einwandfreien Klarstellung des Falles auf Grund der Gewebsveränderungen wird wohl schwer zu gelangen sein und können dieselben am besten als tuberkuloide Gewebsbilder, wie wir sie bei späteren abheilenden Formen der Lues so häufig feststellen können, mit größter Wahrscheinlichkeit gedeutet werden.

Unter einer kombinierten Jod-Hg-Neosalvarsanbehandlung gehen die Hauterscheinungen rasch zurück, das Ulcus reinigt und überhäutet sich. Nach 10 Novasurol-, 4 intravenösen Jod- und 7 Neosalvarsaninjektionen (Gesamtdosis 4,05 g) ist am 30. XI. 1921 das Infiltrat in der Umgebung des Ulcus nahezu geschwunden, die Haut nur mehr blaß gerötet; an Stelle der Knötchen sind unregelmäßig eingezogene, blasse Narben zu sehen. Das zentrale Geschwür ist überhäutet, die Ränder sind nur mehr wenig infiltriert und schuppig, die Mitte des Substanzverlustes grubenförmig eingesunken. Pat. wird zur ambulatorischen Behandlung entlassen.

Wie aus den letztangeführten 2 Krankengeschichten hervorgeht, beherrscht ein ausgedehnter zentraler, ziemlich oberflächlicher Geschwürsprozeß das klinische Bild. Der Charakter des Ulcus und der dasselbe umgebenden Randinfiltrate in bezug auf die Unterscheidung von Lues und Tuberkulose erwies sich auch in diesen beiden Fällen zunächst als zweifelhaft. Die recht scharfe Begrenzung der zerfallenen Partie, der wallartig elevierte, mit braunroten, zum Teil konfluierenden bis linsengroßen Knötchen besetzte Rand deuteten klinisch eher auf ein tertiäres ulceröses Syphilid vom kleinknotigen Typus. Für die tuberkulöse Natur des Leidens sprechen allenfalls der Sitz der Herde im Bereiche des knorpeligen Nasenanteiles, die verhältnismäßig weiche Konsistenz des Infiltrates, die matschen Granulationen. Dazu kommt noch die unregelmäßige Anordnung der Knötchen in der Peripherie des Ulcus. Zudem ergibt sich aus der Anamnese der beiden Patientinnen kein Anhaltspunkt für eine in früheren Jahren stattgehabte venerische Affektion und war bei dem einen Fall ein länger dauernder Nasenkatarrh in der Vorgeschichte zu erheben, der, im Verlaufe der Erkrankung

aufgetreten, evtl. an Tuberkulose denken lassen konnte. Die nun vorgenommene rhinologische Untersuchung der Nase ergab ein in dieser Richtung völlig negatives Resultat. Der Lungenbefund sowie die diagnostische Tuberkulinimpfung bei beiden Fällen ließ ausgesprochen tuberkulöse Veränderungen nicht nachweisen. Dagegen führte die weitere Untersuchung nach der anderen Seite zu positiven Ergebnissen. Die WaR. war bei beiden Patientinnen stark positiv; in einem Falle zeigte auch der Liquor erhebliche Vermehrung der Zellen, starke Globulinflockung und intensivste Verfärbung der Goldsole. Letzterer Befund eines hochpositiven Liquors bei tertiärer Lues mit Haut-Schleimhautmanifestationen, reiht sich den von *Kyrle*, *Arzt* und *Fuhs* u. a. erwähnten Fällen an, die der Annahme eines Antagonismus in der Empfänglichkeit von Haut-Schleimhaut einerseits, des Nervensystems andererseits gegen dasluetische Virus mit Vorsicht begegnen lassen. Ob nun auch in diesem Falle der spätere Verlauf des spezifischen meningealen Prozesses infolge des höheren allergischen Zustandes der Haut ein milderer sein wird, wie es *Kyrle* an der Hand von Punktionsergebnissen bei 2 Tabikern mit gummösen Hautveränderungen nachweisen konnte, müßte erst eine länger dauernde Beobachtung ergeben. Eventuell könnte bereits der trotz intensiven Liquorumbaus negative klinische Nervenbefund der Patientin vorläufig in diesem Sinne gewertet werden.

Der negative Spirochätenbefund im Ausstrich aus den Randpartien der Ulceration besagt nichts gegen die Annahme einerluetischen Affektion, da ja in tertiären Syphiliden der Erreger nur spärlich vorhanden und daher auch nur selten nachweisbar ist. Die prompte Beeinflussung aller Erscheinungen durch die antiluetische Kur (Jod im einen, Hg und Neosalvarsan im anderen Falle) entscheiden des weiteren ex juvantilibus die Diagnose zugunsten der Lues. Das histologische Bild, welches trotz des negativen Tuberkelbacillenbefundes im Schnitt (*Ziehl-Neelson*) bei seiner ausgesprochen tuberkuloiden Struktur viel für Tuberkulose Sprechendes enthielt, ist in diesem Falle, wie schon oben betont, für die Differentialdiagnose nicht recht verwertbar. Die verschiedene Gestaltung der Riesenzellen, das herdweise Auftreten von typischen Plasmazellen genügt nicht zu einer einwandfreien Differenzierung eines tuberkuloid gebauten Luesherdes von ähnlichen Formen der Hauttuberkulose.

An der Hand der Krankengeschichten von 5 Patienten mit einem zunächst klinisch nicht sicher feststellbaren, kleinknotigen Syphilid von Nase und Umgebung lassen sich somit folgende Typen dieser tertiärluetischen Hautmanifestation festlegen:

1. Eine *Kombination* von kleingummöser Lues mit Lupus vulgaris.
2. Das *infiltrierende kleingummöse* Syphilid mit mehr oder minder typisch ausgeprägten Infiltraten und nur vereinzelt zerfallenden Knötchen.

3. Das *zentral exulcerierende, kleingummöse, serpiginöse Syphilid* mit einer das Krankheitsbild beherrschenden, zentralen, größeren Ulceration, die von einem mehr-minder breiten Infiltrationsgürtel oben geschilderter Art umzogen ist.

Die Lokalisation, der oberflächliche Sitz, das Vorkommen von braunroten, stechnadelkopf- bis linsengroßen, solitären und konfluierten, bald intakten, bald nekrotisierten Knötchen soll auch ohne klinisch charakteristische Ausprägung des Herdes bei der Diagnosestellung Lues in Erwägung ziehen lassen.

Literatur.

Arzt und Fuhs, Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **136**, 212. 1921. — Arnault, Frank und Pelbois, Ann. de dermatol. et de syphiligr. **25**. 1914. — Bernhardt, Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **114**, 401. 1912. — Cabrol, zitiert bei Wolff und Mulzer. — Cortel, zitiert bei Wolff und Mulzer. — Deutsch, zitiert bei Wolff und Mulzer. — Herzheimer und Altmann, Dermatol. Wochenschr. 1911, S. 441. — Herzheimer und Altmann, Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **110**, 249. 1911. — Horand, Ann. de dermatol. et de syphiligr. **6**, 385. 1885. — Jadassohn in Mraceks Handbuch der Hautkrankheiten IV/1, S. 314ff. Hölder, Wien 1907. — Jarisch-Matzenauer, Die Hautkrankheiten. Hölder, Wien 1908. — Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien 1899. — Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis. Enke, Stuttgart 1891. — Kyrle, Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **131**, 69. 1921. — Kyrle, v. Graefes Arch. f. Ophthalmol. **105**, 390. 1921. — Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Bergmann, Wiesbaden 1896. — Lewandowsky, Die Tuberkulose der Haut. Springer, Berlin 1916. — Mracek, Handbuch der Hautkrankheiten. Hölder, Wien 1907. — Neumann, Syphilis. Hölder, Wien 1896. — Nicolas und Faure, Osselsberg, zitiert bei Wolff und Mulzer. — Ravaut, Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1913, S. 470. — Wolff und Mulzer, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Enke, Stuttgart 1914.