Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Juni 1905.

Vorsitzender: Ehrmann.

Schriftführer: Brandweiner.

Ehrmann demonstriert einen Fall von Dermatitis sklerotisans nuchae.

Spiegler berichtet, daß er das Krankheitsbild im Bereich des behaarten Gesichtsanteiles beobachtet habe, eine anerkanntermaßen sehr seltene Lokalisation.

Ehrmann bemerkt, daß er in einem Fall die Affektion auch an Lippe und Kinn gesehen hat.

Spiegler demonstriert 1. einen Fall von Lupus vulgaris und 2. einen Fall von Lupus pernio.

Weidenfeld erwähnt, daß er durch therapeutische Eingriffe (Lapisstift) neue Lupus pernio-Knoten entstehen sah.

Ullmann verweist auf die Verwandtschaft dieser Prozesse mit den Tuberkuliden.

Löw hat einen Fall von Lupus erythematoses gesehen, der zu Perniobildungen an Fingern und Ohrläppchen geführt hat, einen ganz charakteristischen Fall, wie ihn **Kaposi** beschrieben hat.

Nobl demonstriert: 1. Bei einem 24jährigen Mädchen eine in differentialdiagnostischer Hinsicht bemerkenswerte Veränderung des linken Ohrläppchens, sowie der angrenzenden Teile des Muschel-saumes. Diese Teile werden von einer gleichmäßig geröteten, höckerig-nivellierten, sich derb und prall anfühlenden Infiltrationsmasse eingenommen. Reichliche ekstatische Gefäßreiser, die von der Peripherie her den Herd umkreisen, festhaftende seborrhoische Schuppenmassen, sowie leicht eingesunkene, weißliche Narbenstreifen ergänzen die klinischen Charaktere des seit 2 Jahren bestehenden Krankheitsprozesses. An der Hand der gegebenen Merkmale spricht **Nobl** die Läsion als jene bekannte Form des Lupus erythematosus an, welche mit knotiger Induration resp. mit plastischem Ödem des subkutanen Zellgewebes einherzugehen pflegt.

Ehrmann möchte lieber die Diagnose Lupus vulgaris stellen.

Nobl möchte gegenüber der Bemerkung **Ehrmanns** hervorheben, daß der Mangel einer jedweden Exfoliation, resp. Destruktion

bei einer zweijährigen Krankheitsdauer, sowie das indurierte Gefüge des diffusen, die Knötchenbildung nur durch Follikularelevation vortäuschenden Krankheitsherdes doch wesentlich zu Gunsten der Annahme in die Wagschale fallen, daß hier eine reich vaskularisierte, mit Gewebsverdickung einhergehende Varietät des *L. erythematosus* vorliegt.

Ullmann bemerkt, daß er den *Lupus erythematosus* in die Gruppe der Toxituberkulide einreihen möchte.

Weidenfeld schließt sich der Diagnose Nobls an.

Ehrmann anerkennt die Zugehörigkeit des *Lupus erythematosus* zu den bei Tuberkulösen vorkommenden Dermatosen, bemerkt jedoch, daß er im histologischen Bild niemals Tuberkel und Riesenzellen gesehen habe. Trotz der großen Unterschiede rechnet auch er den *L. eryth.* zu den Toxituberkuliden.

2. Eine regionäre Lupusmetastase in Form des *Lupus miliaris disseminatus*. Die Wahrnehmung betrifft eine 44jährige Frau, welche 2 Jahre hindurch wegen eines Geschwürsprozesses der rechten Nasenhälfte in rhinologischer Behandlung stand.

Im Anschlusse an diesen Zustand ist vor 3 Monaten eine sich rasch vermehrende Knötchenausssaat im Bereich des Gesichtes zum Ausdruck gelangt. Der Schleimhautbelag der r. unteren Nasenapertur ist von einem tiefreichenden, lupösen, vielfach zerfallenen, von umfangreichen Ulzerationen durchsetzten Infiltrat eingenommen. Den Nasenrücken, die Flügel, sowie die angrenzenden Wangenpartien besetzen in dichtester Einstreuung, meist gleich große, den Umfang von Stecknadelköpfchen kaum erreichende, gelblichbraune, colloidähnlich glänzende, transparente glatte Knötchen.

Weidenfeld bemerkt, daß er *Blastomyceten* in einem typischen Fall von *Lupus* des harten Gaumens gefunden habe.

3. Eine 54jähr. Frau mit plastisch gedeckten Defekten des Gesichtes nach radikaler *Lupus*exstirpation. Einen, im Anschlusse an spezifische Erkrankung des Tränen-Nasenkanals, zur Entwicklung gelangten, über fünfkronestückgroßen, an der linken Infraorbitalgegend lokalisierten *Lupus tumidus*, hatte N. vor 5 Jahren exstirpiert und den Substanzverlust mit Thierschen Lamellen gedeckt. Eine 3 Jahre später in der Präauriculargegend aufgetretene, im Durchmesser 2 cm betragende exfolierende Metastase wurde mit dem gleichen Eingriffe beseitigt. Beide Stellen zeigen ein, von weißglänzender, glatter, geschmeidiger und fein faltbarer Oberfläche eingenommenes, völlig normales Aussehen. Ein isoliertes, seit mehreren Wochen bestehendes, erbsengroßes, außerhalb der Plastik gelegenes Infiltrat ist nicht als Randrezidive aufzufassen. In der bei einiger Schulung leichten Ausführbarkeit, in der kurzen, sich kaum auf mehr als 8 Tage erstreckenden Heilungsdauer, sowie in dem Dauernerfolg des chirurgischen Vorgehens erblickt N. Vorteile, deren jeder für sich geeignet erscheint, in dem Vergleiche mit den Ergebnissen der Phototherapie die völlige Unzulänglichkeit der letzteren auf diesem Indikationsfelde darzutun. Das seitens der Radiologen stets ins Feld geführte Moment, mit ihren Behelfen kosmetisch zu wirken, müßte neidlos anerkannt werden, wenn nicht hinter den schönen, glatten Narbendecken die stets zu neuem Durchbruch bereiten *Lupus*nester des tiefen *Coriums* unbeeinflusst weiter dauern würden.

Ullmann. Gegenüber den in dieser Gesellschaft schon öfters und teilweise ziemlich weit auseinandergehend mitgeteilten Ansichten über Stellung und Wert der verschiedenen modernen *Lupus*behandlungen,

halte ich es nur als im Interesse der Sache begründet, meine Ansicht diesbezüglich ganz präzise zu äußern. Für die Wahl der Methode müssen verschiedene Gesichtspunkte und auch unsere bisherigen Erfahrungen maßgebend sein. Letztere zeigen, wie schon mehrere hier von mir vorgestellte Fälle von Lupus der Extremitäten und Tbc. verrucosa der Finger dartun, daß auch die Röntgenbehandlung eine vollständige, definitive, dabei kosmetisch unvergleichbar schöne Art der Heilung erzielen läßt. Von Gefahr einer Schädigung kann hierbei, wenn nur die lupöse Fläche behandelt und dabei richtig dosiert wird, wohl heute nicht mehr die Rede sein. Eine solche ist unbedingt vermeidbar. Handelt es sich um tiefer greifende lupös-tuberkulöse Erkrankungen der Haut mit Beteiligung der darunter liegenden Knochen, Periost etc. oder um ausge dehnte vom Nasenrachenraum ausgehende Formen des Gesichtslupus, dann leistet eine korrekte Röntgenbehandlung oder Lichtbehandlung in der Mehrzahl der Fälle erst recht alles das und meist noch viel mehr, wenigstens in Bezug auf Raschheit und Kosmetik des Verfahrens, als die Exstirpation oder gar minderwertige, blutige Eingriffe. Denn in solchen Fällen, zumal den vorgeschrittenen, kann ohnedies von einer radikalen Entfernung aller lupösen Partien kaum jemals die Rede sein. Auch handelt es sich zu oft um Individuen, die noch anderwärts tuberkulöse Herde besitzen, so daß der eigentlich angestrebte Zweck, das Individuum durch eine radikale Operation von allen seinen Tbc.-Bazillen zu befreien, ohnedies kaum durchführbar erscheint. Selbst der hier vorgestellte, scheinbar einfache Fall von lokalisiertem Gesichtslupus, vom Vortragenden gewiß sehr vorsichtig und radikal operiert, beweist also viel mehr für meine als für seine Ansicht. Aus dem Gesagten wird wohl jeder objektiv Denkende mit mir folgern, daß die Auffassung, die Röntgen- und Photo-Therapie seien als minderwertige Methoden zu betrachten, und statt dessen andere, hauptsächlich operative Methoden anzuwenden, eine durchaus theoretische, weder durch die Tatsachen noch durch die Erfolge beider Methoden begründete sei. Vielmehr glaube ich, daß die beiden, derzeit wohl als die besten Methoden der Lupusbehandlung zu bezeichnenden u. zw. die operative Behandlung einerseits, die Röntgen- und Lichtbehandlung andererseits ihre ganz bestimmten speziellen Indikationen haben.

Nobl demonstriert 4. Eine durch perkutane Applikation von Thallium provozierte, toxische Alopecie bei einem Kaninchen. Die Versuchsanordnung entsprach dem jüngst von Vignolo Lutati an der Klinik Majocchi eingeschlagenen Weg (Giorn. ital. de mal. ven. et de pelle. 1905. Fasc. 1). An zwei aufeinanderfolgenden Tagen wurde der Nacken des Tieres an einer talergroßen Stelle mit einer Traumaticinlösung von 20% Thall. acet. eingepinselt. 8 Tage später machte sich spontan im bepinselten Areale ohne entzündliche Begleitphänomene ein Ausfallen der Haare geltend. In den nächsten Tagen steigerte sich das Defluvium bis zur völligen Kahlheit der Stelle und ihrer Peripherie, so daß heute eine kindshandtellergroße, scharf umgrenzte, kahle Fläche zu verzeichnen ist. Die ausgefallenen Haare zeigen keinerlei Alteration im Schaft oder Bulbus.

Der auf die lokale Einwirkung des von Buschke intern explorierten Präparates zustandekommende Haarausfall dient der Annahme als Stütze, daß es sich bei der Thalliumalopecie um eine toxische Erscheinung handelt, welche durch die direkte Einwirkung des Giftes auf die Haut zustandekommt. Bettmanns interessante Experimente mit Abrin, haben schon mit großer Wahrscheinlichkeit dargetan, daß es sich bei all diesen toxischen Alopecien um eine lokale Giftbindung in der Haut handeln müsse. Die derart erzielten Alopecien stellen stets nur einen temporären Zustand dar, indem nach einigen Wochen eine vollständige Regeneration der Behaarung zu erwarten steht.

Freund bemerkt, daß alopecische Stellen nicht bloß durch Thallium erzeugt werden. Er und Oppenheim haben ähnliches durch Injektion anderer reduzierender Substanzen erzeugt. Übrigens möge man bei der Beurteilung vorsichtig sein, da bei Kaninchen zu gewissen Zeiten „Mau-serungsphänomene“ auftreten.

Spiegler akzeptiert die Möglichkeit einer Thalliumalopecie, mahnt jedoch zur Vorsicht, da derartiges auch durch andere Schädigungen hervorgerufen werden kann.

Ehrmann bemerkt gleichfalls, daß Alopecie durch andere Stoffe hervorgerufen werden könne.

Nobl weist auf das Circumscripte der demonstrierten Alopecie hin und gibt zu, daß diffuser Haarausfall auf verschiedene Weise zustandekommen kann.

Spiegler stellt einen Fall von Vitiligo vor.

Ehrmann fragt, wie man das weiße Pigment zur Anschauung bringen könne.

Spiegler verweist darauf, daß man dies durch Erhitzung (über 100°) leicht könne, da das Pigment sehr resistent sei.

Ehrmann bemerkt, daß die weiße Farbe der Haare durch Luft eintritt, nie aber durch Einlagerung weißen Pigmentes hervorgerufen wird. Verdrängt man durch gelindes Erwärmen diese Luft, dann werden weiße Haare durchsichtig, was nicht möglich wäre, wenn ein weißer Körper eingelagert wäre.

Freund, L. stellt einen Fall von Rhinosklerom aus der Klinik des Herrn Prof. Finger vor. Die Affektion besteht seit 5 Jahren. Bei der Aufnahme des Kranken auf die Klinik am 9. Nov. 1904 erschien die Nase in ihren vorderen und seitlichen Anteilen, insbesondere die Nasenflügel, verdickt und derb, die Gegend der Nasenwurzel verbreitert und den übrigen Anteilen gegenüber etwas eingesunken. In den Nasenlöchern sah man Wucherungen bis zu Bohnengröße, der Introitus war links bis auf eine 1 mm breite Spalte eingeengt, die Rhinoscopia anterior ergab rechterseits einen von der unteren Muschel ausgehenden ulzerierten Granulationswulst. Das Nasenatmen war nur rechts möglich, die linke Nase erwies sich vollkommen stenosiert. Die Oberlippe war bis zur Nase geschwollen, derb und vorgewölbt. Sowohl Nase als Oberlippe erschienen leicht gerötet. Die Gaumensegel waren beiderseits mit den Tonsillen und der Uvula verlötet, vom oberen Anteile der Tonsillen zogen symmetrisch von beiden Seiten Narbenstränge zur Uvula.

Der Kranke wurde bis zum 19. April 1905 mit Röntgenstrahlen behandelt, und zwar in 4 Bestrahlungsserien insgesamt 23mal je 6 Minuten lang exponiert. Während dieser ganzen Behandlung trat bis auf eine intensive Pigmentation keine nennenswerte stärkere Reaktion auf. Nach Aussetzen der Behandlung wurden die derben Hautpartien wesentlich weicher, die Infiltrate schwanden. Gegenwärtig erscheint die Nase bis auf ein geringes Infiltrat am linken Nasenrücken fast vollständig normal, ebenso die Oberlippe. Die Physiognomie hat den außergewöhnlichen Charakter verloren, der Patient atmet durch beide Nasen gleich gut, seine Beschwerden sind vollständig geschwunden. Dieser Erfolg der Röntgentherapie bei einer Affektion, welche sonst keinen therapeutischen Eingriff wesentlich beeinflußt wurde, ist jedenfalls bemerkenswert. Ähnliche günstige Resultate sind schon früher von Ranzi und Weinberger mitgeteilt worden.

Ullmann. Fall von Erythema multiforme mit typischer ausschließlicher Lokalisation an beiden Handrücken.

Der vorgestellte 30jährige Mann zeigt typische, ziemlich reichliche und frische Erythemflecken auf beiden Handrücken. Es ist erwähnenswert, daß der Patient bereits viermal in verschiedenen Jahren mit demselben Leiden behaftet war und mit Bestimmtheit beobachtet haben will, daß der Ausbruch des Exanthems stets nach intensiver Sonnenbelichtung erfolgt war. Die typische Lokalisation auf dem Handrücken, die besonders intensive Ausbildung gerade in dieser Gegend, wenn andere Körperstellen gar nicht oder nur schwach befallen sind, legt tatsächlich die Vermutung nahe, daß bei demselben die photochemische, reizende Wirkung des Sonnenlichtes eine zumindest auslösende Wirkung bei solchen Individuen ausübe. Eine genaue Urinuntersuchung bei diesem Patienten ergibt Nichtvorhandensein von größeren Mengen von Indikan und normales Verhalten der Ätherschwefelsäuren zur Gesamtschwefelsäure des Harnes. 1 zu 93:10, statt normal 1 zu 10, also auch hier, wie fast in allen Fällen meiner Beobachtung solcher typischen Erytheme haben diese keinen Zusammenhang mit dem Darm, der übrigens auch klinisch keinerlei Störungen aufweist.

Zweitens einen Fall von Urticaria bei einer 28jährigen Frau. Auch bei diesem typischen Fall von Urticaria, der ganz plötzlich vor sechs Wochen aufgetreten, und seither allabendlich hartnäckig wiederkehrt, läßt die Harnuntersuchung vollständig im Stich. Auch bestehen keinerlei Darmstörungen, nicht einmal Obstipation. Man muß wohl annehmen, daß Urticaria, sowie das gleichzeitig hier bestehende Symptom der Cutis graphica wie in den meisten Fällen aus inneren Ursachen, die jenseits des Darmes liegen, vielleicht im intermediären Stoffwechsel begründet sind.

Finger demonstriert einen mit Syphilis geimpften Affen (*Cynocephalus hamadryas*), bei dem es zum Auftreten sekundärer Effloreszenzen in zwei Schüben kam. Da sich dieselben in der Umgebung der bereits verheilten Primäraffekte vorfinden, muß man sich ihre Entstehung durch regionäre Wanderung nicht hämatogen vorstellen. 3 bis 4 Wochen nach Abheilung der Primäraffekte entstanden in der Umgebung der peripher pigmentierten Narben zunächst serpiginöse Infiltrate und einige Wochen nach deren Abheilung weiter peripher zweierb infiltrierte, mit Borken bedeckte Knötchen, welche durch zentrale Abheilung Ringformen annahmen und sich peripherwärts vergrößerten.

Ullmann verweist auf die längst beobachteten analogen Erscheinungen bei humaner Syphilis.

Finger bemerkt, daß man von regionärer Wanderung nur dann sprechen darf, wenn die Initialaffekte in Ausheilung begriffen sind und die Infiltrate in der Nachbarschaft erst einige Wochen später entstehen.

Ehrmann erklärt das Aufschließen papulöser Effloreszenzen in der Nachbarschaft des Primäraffektes kurze Zeit vor Ausbruch des Allgemeinexanthems ebenfalls als durch regionäre Wanderung bedingt.

Oppenheim demonstriert 1. einen Fall von Purpura rheumatica, 2. einen Fall von Atrophia cutis idiopathica.

Diskussion zum Vortrag S. Grosz: Über nichtgonorrhoeische Urethritis.

Finger stimmt im allgemeinen den Ansichten Grosz zu. Die nichtgonorrhoeische Urethritis unterscheidet sich von der postgonorrhoeischen dadurch, daß bei der ersteren der Morgentropfen fast zellfrei ist, während sich bei der Pseudoblennorrhoe reichlich Eiterzellen, Epithelien

und eine reichliche Bakterienflora findet. Die Hartnäckigkeit der postgonorrhoeischen Katarrhe wird durch die Epithelmetaplasie hervorgerufen. Das an der Stelle der alten Infiltrationsherde gebildete Plattenepithel gibt für Saprophyten, die vom Orificium einwandern, einen guten Nährboden ab. Sind diese Partien von der Fossa navicularis durch Brücken normaler Schleimhaut getrennt, dann gelingt die Ausheilung meist durch Anwendung desinfizierender Lösungen, hängen sie jedoch mit der Fossa navicularis durch metaplasiertes Epithel zusammen, dann wandern die Keime immer wieder von hier ein und unterhalten den Katarrh. F. konnte auch in 2 Fällen eine durch Bakt. coli erzeugte Urethritis beobachten, die auf die Frau des Patienten überging.

Nobl muß an der Hand von umfangreichen bakteriologischen Untersuchungen für die Existenz primärer nicht blennorrhoeischer Urethritiden beim Manne eintreten. Unter den häufiger wiederkehrenden mikrobiellen Befunden scheint der Gegenwart des Bact. coli eine besondere Bedeutung beizulegen sein. In einer Reihe von ausnehmend hartnäckigen Fällen hat Nobl mikroskopisch und kulturell nur der Coli-Gruppe angehörende Keimeinschlüsse nachweisen können, die mit keiner weiteren Mikrobensorte in Symbiose anzutreffen waren und in mehrmonatlichen Intervallen immer wieder für sich allein zum Vorschein resp. zur Aussaat gelangten. Für ihre provokatorische Bedeutung konnte indes ebensowenig der Nachweis erbracht werden, als wie für ihre Übertragung auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs. Sicher spielt bei all den Katarrhen nicht blennorrhoeischer Natur die Cohabitation das auslösende Moment, nur ist hiebei die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß die mit dem Akte einhergehende Hyperämie, sowie chemische und mechanische Schleimhautreizung für sich allein schon ausreichend sind, um die saprophytisch vegetierende reiche Bakterienflora des vorderen Harnröhrenabschnittes — zu abnormer Wucherung anzuregen und hiedurch indirekt an dem Entstehen der Oberflächenentzündung mitzuwirken. Daß durch vorübergehende üppige Vegetation von Schmarotzern der Glaus und Fossa navicularis-transitorische eitrig Katarrhe auch ohne vorangehende Cohabitation provoziert werden können, lehrt die alltägliche Erfahrung.

Bezüglich der Pseudodiphtheriebazillen nimmt N. den gleich vorsichtigen Standpunkt wie Grosz ein, obschon die häufig angetroffene endolecocytäre Gruppierung der Mikroben, als ausschließliches Angehen in der Kultur und ihre isolierte Wiederkehr in den häufig rezidivierenden Attacken der Urethritiden, nach mehr als einer Richtung ihre ätiologische Bedeutung unterstützen. Freilich steht auf der anderen Seite das ubiquitäre Auftreten sowie der Ausfall der Tierpathogenität einer ähnlichen Auffassung im Wege.

Deutsch: Ich halte den Gedanken für keinen glücklichen, der Herrn Grosz an die Spitze seiner Ausführungen jenen Brief Ricords stellen ließ, auf Grund dessen auch die geschäftigste Phantasie des Arztes oder des Laien kaum eine Veranlassung namhaft machen kann, welche

keine Urethritis zur Folge haben könnte. Wir stünden darnach auf dem Standpunkte, daß der eine seine Urethritis bekam, weil er Krebsseß, das wäre eine innere Ursache, und der andere, weil er gegen den Wind schiffte — eine äußere Ursache. Die Beispiele mögen kraß gewählt sein, aber sie zeigen umso deutlicher, welche Folgerungen der Ricordsche Brief zuläßt und haben überdies den Vorteil, daß sie tatsächlich der Laienphantasie entstammen.

Da ich aber die Überzeugung habe, daß Grosz sehr gut wußte, daß der Brief zu solchen Auslegungen verlocken mußte, so glaube ich auch, daß es ihm mehr um eine Art schmückender Einleitung hiemit zu tun war. Ich schöpfe diese Überzeugung aus dem Umstande, daß Grosz in seinen weiteren Ausführungen auf das Wesentliche in diesem Briefe, den ich als historisches Dokument ja voll anerkenne, nicht zurückkommt, daß er uns keine weiteren Andeutungen über die Urethritis aus inneren Ursachen macht, sondern sich bloß auf die Urethritis *venerea non gonorrhoeica* beschränkt. Diese betreffend hält er sich wörtlich an die von Waelsch angegebenen Symptome, betont die Prägnanz derselben, die es gestattet, den Typus zu fixieren, der als eigene Krankheitsform zu Recht besteht.

Diese Symptome, nach Waelsch zitiert: 1. das lange Inkubationsstadium; 2. der von allem Anfang an exquisit-chronische Beginn und Verlauf; 3. die geringfügigen subjektiven und objektiven Symptome; 4. der stets auch in den allerersten Stadien der Erkrankung negative Gonokokkenbefund; 5. der langwierige chronische Verlauf mit in keinem Falle und mit keiner auch der modernsten Behandlungsmethoden zu erzielenden vollkommenen Heilung, daher die schlechte Prognose *quoad durationem et sanationem*, bilden aber meiner Anschauung nach nur dann ein wirklich streng umgrenztes, von der gonorrhoeischen Urethritis abzutrennendes Krankheitsbild, wenn man den Forderungen Barlows, zumindest den beiden ersten derselben, Rechnung trägt. Eine derselben, wohl die allerwichtigste, die, wie Waelsch selbst sagt, das Um und Auf der neuen Krankheit bildet, hat er auch in seinen Symptomenkomplex aufgenommen, es ist das absolute Fehlen von Gonokokken. Aber auch den anderen Forderungen Barlows verschließt sich Waelsch keineswegs, er akzeptiert sie *de facto*, wenn er auch die Schwierigkeiten beleuchtet, die sich der exakten Beobachtung entgegenstellen. Deshalb hält auch er daran fest, daß es sich in allen hieher gehörigen Fällen um erste Infektionen handeln müsse, trotzdem wir in dieser Beziehung auf die Anamnese und damit auf die Glaubwürdigkeit des Patienten angewiesen sind. Es ist auf dieser Forderung umsomehr zu bestehen, als sonst so mancher geneigt wäre, das ganze große Heer der postgonorrhoeischen Katarrhe mit in den Kreis der Betrachtungen zu ziehen, wie dies ja von Dreyer in seiner Arbeit „Über Enterokokkenurethritis“ (Monatsber. für Urologie IX, 7) bereits geschehen ist. Meine Herren! In keinem einzigen der Fälle Dreyers ist der Beweis erbracht, daß der *Enterococcus* wirklich der Erreger der Krankheit wäre, vielmehr gibt der Autor ohneweiters zu,

in allen Fällen Gonokokken gefunden zu haben, und der einzige Fall, den er als genuin ansprechen möchte, litt an dem Katarrh zur Zeit, da der Autor ihn kennen lernte, wie ich glaube, seit 5 Jahren, ein Zeitraum, der wohl allen möglichen Einwänden Recht gibt. Ich kann alle diese Fälle nur als postgonorrhöische Katarrhe ansehen, in deren Sekret ein Saprophyt, hier der Enterococcus, auf Kosten der übrigen Bakterienflora und mit Unterdrückung derselben fast ausschließlich das Feld beherrscht. Ich glaube, es kann gegen die Einbeziehung dieser Formen in die nicht gonorrhöische Urethritis nicht strenge genug Stellung genommen werden. Grosz aber neigt im Gegenteil entschieden dem Dreyerschen Standpunkte zu; denn er begnügt sich damit in seinen Fällen anamnestisch und klinisch Gonorrhöen, aber bloß in ihren Residuen auszuschließen. Ob dies wirklich in so präziser Weise gelingt, wie er angibt, möchte ich noch dahingestellt sein lassen und vermag auch in dieser Beziehung mich der Anschauung Fingers nicht anzuschließen.

Was nun meine eigenen Erfahrungen über die nicht gonorrhöische Urethritis betrifft, so stammen die ersten derselben noch aus meiner Assistentenzeit an der Abteilung Lang, liegen also 7—8 Jahre zurück und gehen der Zeit nach mehrere Jahre auch der ersten Waelsch'schen Publikation voraus. Auch in meinen ersten Fällen — es sind deren zwei oder drei — handelte es sich um Mediziner. Die Symptome stimmen mit dem von Waelsch beschriebenen Krankheitsbilde überein, ich habe dem eigentlich nichts hinzuzufügen. Nur kam ich nicht soweit, auch die schlimme Prognose zu bestätigen, weil die betreffenden Herren schließlich der Behandlung fern blieben. Daß es sich hierbei um eine nicht gonorrhöische Urethritis handelte, also um einen wie damals, wenn wir von chemischen und traumatischen Einflüssen absehen, unbekannten Krankheitszustand, dachte ich allerdings nicht, es war mehr persönliches Interesse an der Sache, daß ich durch Wochen beim regelmäßigen ambulatorischen Erscheinen der betreffenden Kranken immer wieder Präparate anfertigte und auf Gonokokken fahndete, ohne je weiche zu finden. Ich kann aber nicht umhin hier auf die ja nicht unbekannte Form der gonorrhöischen Urethritis aufmerksam zu machen, die in allen Symptomen mit der von Waelsch geschilderten übereinstimmt, von vornherein rapid einsetzt, in der Regel eine lange Inkubationsdauer aufweist und bei den ersten Untersuchungen entweder überhaupt keine Gonokokken oder doch recht spärliche ergibt. Ja ich erinnere mich eines Falles, in welchem ich bei täglicher Sekretabnahme erst ungefähr am 20. Tage Gonokokken aufzufinden vermochte. Daß gerade diese torpiden Gonorrhöen prognostisch viel schwerer einzuschätzen sind, als die akut einsetzenden, ist bekannt.

Und nun komme ich noch auf einen wichtigen Punkt zu sprechen, und das ist der Bazillenbefund; und da ergibt sich die merkwürdige Tatsache, daß der als Paradigma hingestellte, ausführlich geschilderte Fall des Vortragenden, der in allen Symptomen mit dem von Waelsch aufgestellten Typus übereinstimmt, in diesem wesentlichsten Punkte

davon differiert, also diesem Typus nicht angehört. Denn Waelsch sagt ausdrücklich: „Einen spezifischen Mikroorganismus oder einen solchen, welchen ich als spezifisch hätte auch nur vermutungsweise deuten können, konnte ich im Sekrete weder finden, noch aus demselben züchten.“ Nach dem Bazillenbefunde schloße sich der besprochene Fall dem Typus der Bockhartschen Pseudogonorrhoe an, die sich durch ihren raschen gutartigen Verlauf auszeichnet. Hier nun spricht auch Waelsch von seinen Bazillenfunden, die er nur, wie in dem Fall Grosz, der Pseudodiphtheriegruppe einreihen kann. Danach will ich nicht gesagt haben, daß etwa aus diesem Grunde dem Groszschen Falle auch die günstige Prognose der Bockhartschen Pseudogonorrhoe zukommen müßte; vielmehr würde es mit meiner aus der Praxis gewonnenen Überzeugung übereinstimmen, daß das Gebiet der nicht gonorrhöischen Urethritiden mit diesen beiden Typen keineswegs erschöpft ist, sondern daß eine ganze Kette von Übergangsformen beide Typen verbindet, Formen, die weder die ganz günstige Prognose des einen Typus, noch die ungünstige des zweiten zulassen, sondern, wie wir es bei der veritablen Gonorrhoe ja auch sehen, manchmal kürzere, manchmal längere Zeit zur völligen Heilung erfordern.

Und nun noch eine Frage: Sind diese Urethritiden infektiös? Waelsch getraute sich die Frage nicht direkt zu beantworten; Grosz hat durch die Bezeichnung Urethritis venerea non gonorrhoeica eigentlich die Antwort vorweggenommen. In einem Falle von Waelsch, einen Arzt betreffend, der sich verheiratet, trat nach Angabe dieses Kollegen keine Übertragung auf die Frau ein. Da es sich in allen Fällen um geschlechtsreife Individuen handelt, so ist es weiter nicht Wunder zu nehmen, daß einmal nach einem Coitus die Krankheit einsetzt. Dagegen muß allerdings betont werden, daß bis jetzt noch keine Beobachtung nicht gonorrhöischer Urethritis bei Knaben vorliegt. Sicherlich aber handelt es sich um Bazillen, die zumindest der größeren Mehrzahl nach ziemlich ständige Gäste der Harnröhre sind, und die Frage spitzt sich demgemäß so zu, unter welchen Umständen diese Bazillen pathogen werden können. Aber, meine Herren, gleichzeitig nach diesen Gründen suchen, bzw. bakteriologischen Ursachen der Urethritis nachgehen und auf der anderen Seite alle mystischen Vorstellungen, wie sie der Brief Ricords wachruft, in den Vordergrund stellen, schien mir ein Widerspruch, auf den ich nachdrücklichst hinweisen wollte.

Sachs bespricht seine Untersuchungen über die bei chronischer Gonorrhoe vorkommenden Bakterien, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Virulenz für den Tierkörper. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 10 Fälle von postgonorrhöischer Urethritis. Von den in Reinkulturen gezüchteten Bakterien erwiesen sich *Staphylococcus pyogenes albus*, *Staphylococcus pyogenes aureus*, ferner grampositive Diplokokken, für Kaninchen und weiße Mäuse als nicht virulent, während gramnegative Diplokokken,

ferner Bazillen zur Koli- und Pseudodiphtheriegruppe gehörige nach 3—4 Stunden den Tod der Versuchstiere herbeiführten. Die Bakterien wurden in Aufschwemmungen mit steriler physiologischer Kochsalzlösung in einer Quantität von $\frac{1}{2}$ —1 ganzen Pravazschen Spritze teils subkutan, teils intravenös, teils intraperitoneal injiziert.

Allgemeine, für den menschlichen Körper gültige Schlüsse können aus dieser kleinen Versuchsreihe nicht gezogen werden.

Die meisten Autoren geben ihrer Ansicht dahin Ausdruck, daß die Bakterien der postgonorrhoeischen Urethritiden als die Saprophyten der normalen Harnröhre anzusehen sind, die in dem durch die Gonokokkeninfektion veränderten Medium neue Wachstumsbedingungen gefunden haben und selbst pathogen werden können.

Ullmann. Die Rücksicht auf die vorgeschrittene Zeit verbietet es mir in diesem Augenblicke auf meine eigenen, wie ich glaube nicht belanglosen, mehrfachen Beobachtungen von nicht gonorrhoeischer Urethritis und Epididymitis ausführlich einzugehen. Ich will nur daran erinnern, daß ich schon im Jänner des Jahres 1905 einen Fall einer derartigen Epididymitis ohne vorausgegangene Gonorrhoe und ohne bestehende Dyskrasie, mit akutem Verlaufe, unter meinen Augen entstanden, in dieser Gesellschaft vorstellen konnte und ausdrücklich darauf hinwies, daß sich erst im Anschlusse an die Epididymitis eine Urethritis mit spärlichem Sekrete entwickelte, in welchem durch das hiesige pathologische Institut wohl verschiedenartige Bakterien aber mit Ausschluß von Gonokokken, im Sekrete Eiterzellen und Blutelemente aber nur spärliche Epithelien nachgewiesen werden konnten. (Dieses Archiv 1895, Band XXXI, pag. 111.) Als Ursache konnten hier nur langwährende sexuelle Aufregungen herbeigezogen werden. Seither habe ich eine Reihe ähnlicher akut verlaufender Epididymitisfälle beobachtet, die alle nach Maßgabe genau erhobener Sekretbefunde anamnestischer Daten und nach ihrem klinischen Verlauf bestimmt nichts mit einer vorangegangenen Gonorrhoe zu tun hatten, damit weder Gonokokken nicht nachweisbar oder eine Gonorrhoe überhaupt nicht vorangegangen oder wenn auch eine solche vorangegangen, dieselbe aber durch viele viele Jahre vollständiger Gesundheit dazwischen gefolgt war. Als Erreger waren meist septische Bakterien, so *Bac. colli*, *Staphylo-* und *Streptokokken* festgestellt worden. Aber auch mehrere Fälle von Urethritis mit subchronischem Verlauf, nach dem Typus der von Waelsch und Grosz beschriebenen mit und ohne Vorhandensein von Pseudodiphtheriebazillen standen seither bzw. stehen noch in meiner Beobachtung. Ich berufe mich u. a. auf einen Fall, den ich erst vor wenigen Tagen Herrn Prof. Finger übersandte und bei dem sich zeitweilig ebenfalls im hiesigen path. Institut unter anderen Bakterien auch höchst wahrscheinlich Pseudodiphtheriebazillen, dagegen keine Gonokokken nachweisen ließen. Sowie der Herr Vortragende glaube auch ich, daß der Pseudodiphtheriebazillus, wenn er in solchen Fällen von Anfang an und konstant gefunden wird, nicht als unschuldiger und zufälliger Pseudoparasit zu betrachten sei. Nur bleibt es mir unverständlich, daß er trotz

seiner regelmäßigen Befunde an Pseudodiphtheriebazillen im Sekrete bei Menschen und trotz seiner positiven Befunde aus Sekretpräparaten bei 2 damit geimpften Affen, die er aus Urethralflocken gewann, dennoch zu der Annahme gelangen konnte, „dem Vorhandensein des Pseudodiphtheriebazillus bei seinen Fällen chronischer, nicht gonorrhöischer Urethritis, sei eine Bedeutung nicht beizulegen“.

Meine Ansicht geht vorläufig dahin, daß die Frage der nicht gonorrhöischen Urethritis mit der Aufstellung des Waeltschen Typus in klinischer Hinsicht mit den Befunden von Pseudodiphtheriebazillen in bakteriologisch-etiologischer Hinsicht keineswegs als erledigt zu betrachten sei und daß als Entstehungsursache vorwiegend gar nicht eine exogene Infektion, sondern meist innere Traumen oder Autoinfektionen von der Prostata und Darms her, mit verschiedenartigen Bakterien als Ursache zu gelten haben.

Grosz bemerkt im Schlußwort noch ausdrücklich, daß der bakterielle Befund bei den postgonorrhöischen Urethritiden inkonstant ist, wodurch er sich von der nongonorrhöischen prinzipiell unterscheide.