Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Jänner 1900.

Vorsitzender: Kaposi.

Schriftführer: Kreibich.

1. **Ehrmann** stellt ein universelles Leukoderma syphiliticum vor.

Es ist bekannt, dass bei Leuten, welche hohen Wärmegraden ausgesetzt sind, ein Exanthem häufiger mit Hinterlassung von Leukodermaflecken verläuft. In diesem Falle handelt es sich um einen Arbeiter am Donauquai, welcher im Sommer bis zum Gürtel entblösst oder nur vom Hemd bekleidet die von Ungarn gekommenen Getreideschiffe abladet, und Sie sehen, nachdem er vor einem $\frac{1}{2}$ Jahre sich inficirte, auf dem dunkel pigmentirten Rumpf, namentlich aber am Halse und Nacken, in der Gegend der vorderen und hinteren Achselhöhlenfalte und in der Taille inmitten der stärksten Pigmentirung dichtgedrängte, linsengrosse helle Flecken.

Die dunklere Pigmentirung am Nacken und in der vorderen Achselhöhlenfalte, sowie in der Taille erklärt sich zum Theile durch den längeren Einfluss der Wärmestrahlen sowie der atmosphärischen Luft und durch die länger dauernde mechanische Reibung von Seite der Kleider. Das Pigment, um welches es sich hier handelt, ist das melanotische Pigment, welches nicht in den Gewebsinterstitien, sondern in den Zellen liegt, welche durch die mechanischen, thermischen und Lichtreize zur Pigmentproduction und Vermehrung angeregt werden, durch den Syphilisprocess im weiteren Verlaufe aber zu Grunde gehen können; in der Peripherie der erkrankten Hautstelle kann Steigerung der Pigmentbildung gleichzeitig mit Zerfall der Pigmentzellen im Centrum synchron stattfinden. Die Entwicklung des Leukoderma setzt vorhergehende Pigmentirung der Haut voraus. Je stärker ein Individuum von Haus aus pigmentirt ist, desto mehr markirt sich diese Zunahme des Pigmentes, resp. die Abnahme desselben. Das Pigment ist in den Zellen enthalten, von denen ich immer wieder hervorheben muss, dass sie weder Leukocyten noch gewöhnliche Bindegewebskörperchen sind, dass sie bei vollkommen albinotischen Individuen gänzlich fehlen und dann nie durch äussere Einflüsse,

weder thermischer, noch chemischer Art, zur Pigmentbildung gebracht werden können (ausser etwa durch Hämorrhagien, bei welchen sich aber dann nicht melanotisches Pigment, sondern Hämosiderin bildet). Ich nenne diese Zellen melanoblastisch. Sie haben bei allen Thierclassen eine bestimmte Lagerung in der Haut, die mit ihrer Entwicklung zusammenhängt, sie sind beim Menschen nur in der Epidermis, im Papillarkörper und im Stratum reticulare der Haut vorhanden; deshalb findet man auch selbst bei viel tiefer greifenden Affectionen der Haut das melanotische Pigment nur in diesen Schichten. Bei blonden Individuen sind sie in geringer, bei brünetten Individuen in grosser Anzahl vorhanden. Wenn nun äussere Einflüsse wie Licht Wärme, Reibung einwirken, so werden bei albinotischen Individuen keine Melanoblasten getroffen, bei Blonden nur wenig, bei Brünetten viel. Daher die stärkeren Pigmentirungen bei brünetten Individuen am Halse, Nacken, Achselhöhlenfalten, Taille. Dass Pigmentirungen auch ohne die oben erwähnten Reize wie bei Morbus addisonii, bei melanotischen Tumoren, bei Arsenmelanose entstehen können, ist bekannt. Da sind es toxische Einwirkungen, welche eine Vermehrung der Melanoblasten bewirken, deren angeborenes Vorhandensein hier ebenso Voraussetzung ist, wie bei Ephelides und Xeroderma pigmentosum.

Das häufige Vorhandensein des Leukoderma bei Frauen am Halse und Nacken hängt mit deren Bekleidung zusammen, die den Hals vorne bis zur Claviculargegend, hinten bis zum 7. Halswirbel frei lässt, wohin ja Syphilide des Stammes reichen. Bei Männern dagegen wird man Pigmentirung bloss auf den oberen Theil des Halses etwa bis zur Höhe des Ringknorpels beschränkt finden, in welcher Gegend Syphilide doch seltener sind. Selbstverständlich gibt es beiderseits Ausnahmen.

Kaposi gesteht ebenfalls den Sonnenstrahlen einen gewissen Einfluss auf die Pigmentbildung zu: so erscheinen die Epheliden im Sommer dunkler und im Winter blässer. Auch das eigenthümliche melanotische Pigment bei den letzthin demonstirten Kindern mit Xeroderma pigmentosum dürfte mit der intensiven Belichtung zusammenhängen, wenn auch bei den aus Italien bekannt gewordenen Xerodermafällen kein solches Pigment beobachtet wurde. Beim Leukoderma aber scheint dieses Moment eine viel geringere Rolle zu spielen; auch bei jenen Frauen, die hochgeschlossene Krägen tragen, kommt es zur Leukodermabildung. Vielmehr scheint die Leukodermabildung am Halse damit zusammenzuhängen, dass die Vitiligo, der Pigmentverlust, sehr häufig ihren Ausgang von Punkten nimmt, welche sehr viel Pigment enthalten, namentlich von pigmentirten Naevi. Dunkelpigmentirte Personen haben viel häufiger Vitiligo als blässere Personen, und bei Negern kommen Pigmentverluste ziemlich häufig vor; oft sieht man um den Naevus herum einen pigmentfreien Saum. Der Hals hat nun ein dunkleres Pigment als die übrigen Körperstellen, auch bei Frauen mit weisser Haut. Wenn ein Anstoss zur Pigmentresorption gegeben ist, so stellt sich mit Rücksicht auf das eben angeführte allgemeine Princip die Vitiligo an den pigmentreicheren

Stellen, wie am Halse, eher ein als an den Hautstellen mit gleichmässig vertheiltem Pigment.

Ehrmann führt aus, dass das melanotische Pigment, in welchem kein Eisen nachweisbar ist, das aber doch vom Blutfarbstoffe herrührt, niemals ausserhalb der Zellen vorkomme, während das eisenhaltige Pigment (Hämosiderin) auch in den Interstitien liege. Dass die Belichtung bei der Pigmentvertheilung massgebend sei, erhellt aus dem verschiedenen Stande der Pigmentgrenze bei Männern und bei Frauen; beim Manne steht sie viel höher als beim Weibe. Bei der Pigmentvermehrung spielen neben der Belichtung übrigens auch toxische Einflüsse eine Rolle, wie beim Xeroderma pigmentosum und beim Morbus Addisonii, und Zelltheilungsvorgänge, wie bei den melanotischen Tumoren.

Neumann betont, dass das Leukoderma am Halse unter dem Einflusse äusserer Reize, namentlich Wärme und Licht, entstehe; auch die Reibung durch Kleidungsstücke kann dazu gehören. Man findet deshalb die Leukodermabildung nicht bloss bei brünetten, sondern auch bei blonden Personen. Die Pigmentirung ist übrigens verschieden, je nachdem ein maculöses oder ein papulöses Syphilid vorausgegangen ist; bei ersterem geht die Pigmentirung vom Centrum gegen die Peripherie, bei letzterem von der Peripherie gegen das Centrum, so dass in der Mitte ein Fleck sichtbar bleibt. Dieses Pigment liegt in den Rundzellen als diffuses oder als körniges Pigment.

Ehrmann bemerkt noch, dass auch die blonden Individuen nicht pigmentlos sind; man findet oft blonde Haare, welche an ihrer Wurzel stark pigmentirt sind.

Neumann demonstirt:

1. Einen 33jähr. Schlosser mit gruppirten Gummata cutanea. Syphilis seit März 1898; damals papulo-pustul. Syphilid. Jetzt zeigt derselbe an den Unterschenkeln kreuzer- bis guldenstückgr. Geschwüre mit scharfen, derb infiltrirten Rändern, die zu dem speckig belegten Grund abfallen. Viele derselben zeigen ausgesprochene Nierenform oder haben durch Confluenz mehrerer benachbarter einen polycyclischen Contour. Zerstreut an den Oberschenkeln und Streckflächen der Vorderarme subcutane bis haselnussgrosse Knoten. In der Crena ani gruppirt in flach-handgrossen Ringen erbsengrosse, elevirte Efflorescenzen.

2. Einen 37jähr. Kranken mit Syphilis maligna praecox, der im Herbst 1899 Syphilis acquirirte und damals 40 Einreibungen gemacht hat. Jetzt zeigt er unter der rechten Scapula ein kindsflechthandgrosses, kreisrundes Geschwür mit wallartigen speckig belegten, steil abfallenden Rändern und bereits granulirendem Grund; nur in der Mitte lagern derselben noch nekrotische Gewebsetzen auf. Ringsum in weiter Ausdehnung stehen radiär gestellterbsengrosse, nicht ulcerirte halbkugelig vorspringende derbe Knötchen zerstreut an der gesamten Körperhaut, besonders am Rücken und den Vorderarmen finden sich kreuzer- und guldenstückgrosse Geschwüre mit einem breiten umgebenden Infiltrat und einem trichterförmig sich vertiefenden Grund. Ausserdem theils in der Mitte bereits erweichende, theils noch derbe, erbsen- und haselnussgrosse knotige Infiltrate. Psoriasis plantaris et palmaris. Rachengebilde frei.

3. Einen 47jähr. Kranken mit einem serpiginösen Syphilid am Scrotum, dessen Syphilis auf 20 Jahre zurückdatirt. An der rückwärtigen Scrotalhaut und am Perineum in Bogenlinien angeordnete,

schmale, aber derbe Infiltrate von dunkelrothbrauner Farbe, welche an ihrer concaven Seite eine depigmentirte hart narbige Haut umschliessen. In der Umgebung der Infiltrate in spärlicher Zahl erbsen- bis halbbaselnuss-grosse, knotig vorspringende Infiltrate und sepiabraune Pigmentirungen nach bereits involvirten. Schleimhaut der Unterlippe und der Wangen weisslich verdickt, trocken. (*Psoriasis mucosae oris*.)

4. Einen 22jähr. Kranken mit einer frischen Eruption von *Psoriasis vulgaris*. Sämmtliche Efflorescenzen, deren Grösse von Stecknadelkopf- bis über Kreuzergrosse variirt, haben einen lebhaft rothen Halo. An der Stirnhaargrenze zu Wellenlinien confluirte und mit mörtel-artigen Epidermismassen bedeckte Plaques.

5. Einen 32jähr. Kranken mit acuter Urethritis und einem *Copaivaexanthem*. Die ganze Körperhaut übersät mit linsen- bis kreuzergrossen hochrothen Flecken, wovon jene an den unteren Extremitäten in der Mitte bereits eine livid cyanotische Färbung angenommen haben. Auch an Penishaut, Flachhand und Fusssohlen finden sich reichlich cyanotische Flecke. Am Rücken und namentlich der Brust sind dieselben zu einer diffusen Röthung confluit.

6. Die schon in der letzten Sitzung demonstirte Kranke mit dem universellen Lichen *ruber planus*, die seither 74 Injectionen mit *Natrium kakodylicum* erhalten hat; anfangs durch 14 Tage 4·0:20·0, in der letzten Zeit 6·0:20·0. Wo früher die Haut mit einzeln stehenden Lichenknötchen wie chagriniert ausgesehen hat, ist sie derzeit vollständig normal. Wo früher Plaques und Gummen bestanden haben, sind dieselben ins Hautniveau eingesunken oder vollständig geschwunden mit Hinterlassung von schiefergrauen Pigmentirungen.

7. Ein 27jähr. Dienstmädchen mit extragenitaler Sclerose am Zahnfleisch und einem maculo-papulösen Syphilid. Sonst kein Primäraffect. Am Zahnfleisch des Oberkiefers entsprechend den zwei vorderen Schneidezähnen bis zum rechten Eckzahn besteht ein nach oben hin sichelförmig begrenztes Geschwür mit einem scharf begrenzten aufgeworfenen steil abfallenden derben Rand und speckig belegtem Geschwürsgrund, welcher die Zahnwurzeln sämmtlicher Schneidezähne an den Vor- und Rückseiten blossgelegt hat. Frenulum der Oberlippe verdickt, livid, Oberlippe selbst ödematös. Submentaldrüse über nussgross, Unterkieferdrüsen beiderseits zu einem apfelgrossen, mit dem Unterkiefer selbst fest verwachsenen Tumor geschwellt. Auch die Präauriculardrüsen zu tasten. Ausserdem ein maculo-papulöses Syphilid.

8. Eine 22jähr. Kranke mit einem ulcerösen Frühsyphilid. Vor 3 Monaten Sclerose local behandelt. Im Gesicht rechts an Wange und Nasenflügel kronengrosse, mit blutig tingirten Borken bedeckte Geschwüre. An der Stirnhaargrenze und allenthalben an der behaarten Kopfhaut kreuzer- bis guldenstückgrosse Geschwüre mit mächtigen graubraunen Borken, unter denen sich auf Druck schwappender Eiter entleert. Unter dem Sternum und der rechten Schulter je ein kreuzergrosses Geschwür, das von einem breiten lebhaft rothen Entzündungshof umgeben ist. *Lymphomata colli* tbe., anämischer Habitus, kein Eiweiss im Urin.

9. Eine 26jähr. Näherin mit 7—8 Monate alter unbehandelter Syphilis, deren ganze Körperhaut bedeckt ist mit theils noch recenten Infiltraten von Linsen- bis über Kreuzergrosse, theils sepiabraunen bis schwärzlichen Pigmentirungen, so dass namentlich Rücken und Brust wie gescheckt aussehen. Ueber den Schultern und seitlich am Halse stehen ringförmige und sichelförmige Infiltrate, die sich aus hanfkorngrossen, derben, gelbröthlichen Knötchen zusammensetzen und eine narbig eingesunkene braunpigmentirte Haut im Centrum einschliessen. An der Stirnhaargrenze *Corona venerea*. In der Lumbalgegend und an der seitlichen Bauchwand in grösseren Gruppen stehende stecknadel- bis schrot-

korngrösse, conisch zugespitzte Knötchen von gelbbraunlicher Farbe, die durchwegs den Follikeln entsprechen und an der Spitze ein festhaftendes Schüppchen tragen. Nässende elevirte Papeln am Genitale. An sämtlichen Zehen beider Füsse bohnen- bis kreuzergrosse Geschwüre mit wallartig aufgeworfenen, aufs Dorsum pedis hinaufreichenden, sehr derb infiltrirten bogenförmigen Rändern und diphtherid belegtem Grund.

10. Ein 10jähriges Kind mit Lupus vulgaris an der Nasenspitze und Perforation des häutigen Nasenseptums.

11. Ein 18jähr. Mädchen gleichfalls mit Lupus vulgaris an der Nase, deren äussere Haut von drusig unebener, warzig zerklüfteter schmutziggrauer Oberfläche ist, von teigig weicher Consistenz. An den Randpartien spärliche braunrothe Knötchen in die Cutis eingesprenkt. Naseneingang beiderseits mit Krusten bedeckt oder narbig verändert. Septum cartilagineum intact.

12. Ein 25jähr. Dienstmädchen mit Lupus des Gesichtes, des harten und weichen Gaumens und scrophulösen Narben am Unterkiefer. Die oberen Schneidezähne fehlen, das Zahnfleisch ist von einem drusigunebenen Geschwür mit dünnem, leicht abstreifbarem eitrigem Belag eingenommen, welches bis auf die Lippenschleimhaut übergreift. Rechts vom Frenulum besteht im Oberkiefer selbst eine kleine Perforationsöffnung, durch welche die Sonde durch den Knochen von aussen bis auf die Innenseite durchdringt. Unmittelbar hinter den Schneidezähnen am harten Gaumen beginnt eine grobhöckerige livide Ulcerationsfläche mit dazwischen liegenden inselförmigen übernarbten Stellen, die bis zum Uebergang zum weichen Gaumen reicht und hier ein $\frac{1}{2}$ kreuzergrosses tiefgreifendes, den Knochen blosslegendes Geschwür formirt. Geschwürsgrund besteht aus schwammigem Granulationsgewebe. Ränder stellenweise buchtig unterminirt.

13. Eine 32jähr. Frau mit einem serpiginösen Syphilid am rechten grossen Labium. Syphilis bisher unbehandelt. 2 Kinder sind innerhalb der ersten Wochen gestorben. Das rechte grosse Labium beträchtlich vergrössert, zeigt nach abwärts einen flachhandgrossen, sichelförmigen, wallartig aufgeworfenen, steil abfallenden Geschwürsrand, an dessen Innenseite sich eine glatte depigmentirte pergamentartig derbe Narbe anschliesst. Das rechte kleine Labium ödematös. An seiner Innenseite gegen das Präputium clitoridis zu zeigt es ein nussgrosses Geschwür mit sinuös unterwühlten dünnen Rändern. Am rechten Unterschenkel in flachhandgrosser Gruppe kreuzergrosse braunrothe, leicht abschilfernde Infiltrate.

Matzenauer demonstriert aus Hofrath Neumann's Klinik

1. Einen 51jährigen Mann mit einem gangränösen Geschwür an der Glans penis und auf's innere Vorhautblatt übergreifend von über Guldenstückgrosse, das einen Theil des Penisschwellkörpers consumirt hat, so dass ein etwa halb nussgrosses Loch gebildet ist. Dicht daneben im Sulcus und an der Glans penis selbst stecknadel- bis kleinlinsengrosse Geschwüre, die sämtlich oberflächlich mit einem nicht abstreifbaren grünlich weissen Belag bedeckt sind, glatte nicht unterminirte, scharf gezeichnete Ränder haben und von einem schmalen, lebhaft rothen Halo umgeben sind.

Durch seine Charaktere unterscheidet sich ein gangränöses Geschwür distinct vom Ulcus venereum, welchem ein drusig unebener, wie wurmstichiger Geschwürsgrund und zackig contourirte, unterminirte, wie ange nagte Ränder eigenartig sind. Das gangränöse Geschwür dagegen ist in der Mitte mit einem dichten, oft mehr als 1 Cm. hohen, schmutzig grauen, aus nekrotischen Gewebsetzen bestehenden Belag bedeckt und hat, so lange es progredient ist, einen schräg vom Geschwürsgrund aufsteigenden, nicht unterminirten, grünlich weiss verfärbten Rand, der von einem schmalen,

lebhaft rothen Hof umgeben ist. Sobald die Gangrän sich nicht mehr weiter ausbreitet, schwindet der schräge grünlich weisse Rand und der rothe Hof, die Ränder fallen dann steil ab, sind wie mit dem Messer ausgeschnitten, die Gangrän hat sich demaskirt. Die Gangrän kann sowohl zu einer bereits vorhandenen Genitalaffection sei es *Ulcus venereum* oder Sclerose dazu treten, als auch vollständig unabhängig davon und selbständig auftreten, indem ihr als Eintritts- und Haftungsstelle irgend ein kleiner Substanzverlust, Erosion- oder Epithelverlust dienen. Matzenauer erinnert an ein bereits im Vorjahr vorgestelltes Mädchen mit einem über flach-handgrossen gangränösen Geschwür am Oberschenkel und Genitocrural-furche, bei welcher keinerlei venerische Affection gleichzeitig bestand.

Der Destructionsprocess bei diesen Geschwüren ist ungeheuer. Innerhalb weniger Tage führen sie zu ausgedehnten und tiefgreifenden Gewebszerstörungen, so dass der halbe Penis consumirt oder die *Corpora cavernosa penis* zerstört und die Urethra blossgelegt sein können. Vor kurzem kam ein Mädchen auf der Klinik Hofrath Neumann's zur Aufnahme, bei welcher die ganze Analgegend vom Kreuzbein bis zum Perineum zerstört war, das Geschwür griff bis über den Sphincter ani aufs Rectum über, so dass *Incontinentia alvi* in Folge Zerstörung des Schliessmuskels eintrat. Aber ebenso rapid als die Gangraen sich ausbreitet, ebenso rasch pflegt sie auch auf antiseptische Behandlung auszuheilen. Während das *Ulcus venereum* seinen cyklischen Verlauf nimmt, demaskirt sich die Gangrän speciell unter Jodoformverband gewöhnlich schon nach 24 Stunden, rasch stösst sich auch der nekrotische Belag ab, das Geschwür hat sich in eine rein granulirende Wunde umgewandelt. Derartige Geschwüre, welche wahrscheinlich mit der alten *Nosocomialgangrän*, dem Hospitalbrand identisch sind, sehen wir alljährlich, wenn gleich selten doch wiederholt. Matzenauer hat seit 3 Jahren regelmässige bakteriologische Untersuchungen gemacht und von 9 Fällen immer mehrere Hautstücke excidirt, derart, dass noch im gesunden Gewebe der Schnitt geführt wurde. In sämtlichen Präparaten aller 9 Fälle fand sich immer fast ausschliesslich nur eine bestimmte Bacillenart oder doch in so überwiegender Zahl, dass dagegen keine anderen Bakterien in Betracht kommen. Die Bacillen liegen zu Tausenden im Gewebe selbst; im nekrotischen Belag sind sie spärlich, schlecht gefärbt und zeigen vielfach Degenerationerscheinungen; statt ihrer finden sich hier reichlich andere Bakterien und Coccen. Der Einwand, dass die Bacillen — etwa Fäulnisbakterien — vielfach nachträglich in das bereits nekrotische Gewebe eingewandert seien, wird dadurch entkräftet, dass die Bacillen eben hauptsächlich im gut färbbaren Gewebe selbst liegen und namentlich auch schon zu finden sind in bloss entzündlichem, noch nicht nekrotischem Gewebe. Matzenauer demonstirt Bacillenpräparate und verweist besonders auf ein stecknadelkopfgrosses oberflächliches Geschwür, welches er aus der Glans penis excidirt hatte; aus dem 1. histologischen Präparat ersieht man, dass hier nur Entzündung, keine Gewebsnekrose besteht, in dem 2. auf Bacillen nach Gram gefärbten Präparate sieht man die Bacillen bereits reichlich vorhanden.

Die culturellen Verhältnisse des *Bacillus* bedürfen noch weiterer Untersuchungen, weshalb sie Matzenauer lieber unerörtert lassen will.

Matzenauer demonstriert

2. Eine 54jährige Frau mit Paget's disease.

Rings um die rechte Mamilla besteht ein kreisrundes, flachhandgrosses, lebhaft roth glänzendes plattes Geschwür, von welchem klares Serum absickert. Der Rand ganz leicht elevirt, scharf gegen die normale Haut abgesetzt ohne entzündlichen Hof. Die ganze Wundfläche von pergamentiger Resistenz. Die Mamilla selbst wird nur durch ein leicht vorspringendes Knötchen markirt, das aber in die grosse Wundfläche aufgegangen ist. Im äusseren Quadranten der rechten Mamma ausser dem Bereich des Geschwürs im Drüsengewebe selbst ein derber nussgrosser Knollen zu tasten. Axilla frei von Drüsen. Die Affection, welche keine Schmerzen, kein Jucken verursacht, besteht seit 3 Jahren und begann mit einer kleinen nässenden wunden Stelle, die sich mit Krusten bedeckte; seit einem Jahre verschiedene Salbenbehandlung.

Vom Eczem unterscheidet sich die Affection schon durch die scharfe Begrenzung, das Fehlen von Entzündungserscheinungen in der Umgebung, von Knötchen, Bläschen oder Pusteln, Fehlen von Jucken oder Kratzeffecten und durch den hartnäckigen Widerstand gegen Eczemtherapie. Vom Gumma unterscheidet sie sich durch ihre Oberflächlichkeit, durch die lebhaft rothe Farbe, durch den Mangel eines eigentlichen Infiltrates oder tieferen Geschwürsprocesses. Das Ulcus rodens schreitet mit einem serpiginösen, wallartig aufgeworfenen, derben, grobhöckerigen Rand weiter, während die centralen Partien zur Ueberhäutung kommen; in diesem Falle dagegen ist die ganze Wundfläche lebhaft geröthet, nässend, der Rand nur kaum merklich über die angrenzende normale Haut elevirt.

Nach Darier kann man 2 Stadien unterscheiden; im 1. Stadium ist die Haut nässend, lebhaft geröthet oder fein granulirt (*période éczémiforme*), im 2. Stadium ist das Gewebe grobhöckrig, mehr dunkelroth, oft von kleinen Hämorrhagien durchsetzt, stärker exulcerirte Partien wechseln mit inselförmigen glatten nässenden oder überhäuteten Stellen. Die Mamilla wird retrahirt, das Brustdrüsengewebe selbst wird carcinomatös infiltrirt.

3. Einen 17jährigen Kranken mit Röntgendermatitis nach Behandlung eines Gesichtslupus. Die ganze rechte Gesichtshälfte von der Mitte der Ober- und Unterlippe bis gegen das Ohr und vom Jochbein bis zum Unterkieferwinkel reichend ist intensiv geröthet, geschwellt, glatt glänzend und zeigt in der Mitte ein kindsfachhandgrosses, schmutzig-grauweisses, aus nekrotischem Gewebe bestehendes Geschwür, das allmählig in die entzündlich infiltrirte Haut übergeht, die spontan, wie besonders auf Druck schmerzhaft ist. Die Haare in der rechten Schläfengegend fehlen, die Haut ist hier schmutziggrau braun verfärbt. An den Randpartien des ursprünglichen Lupus herdes braunrothe Knötchen eingesprenkt.

Nobl demonstriert einen Fall von Gummabildung am harten Gaumen mit cariöser Zerstörung des rechten Alveolarfortsatzes.

Die luetische Infection des 24jährigen Kranken datirt in das Jahr 1894 zurück; damals wurden 15 Ueberstreichungen mit grauer Salbe nach der Methode von Welander gemacht, und war der Patient bis vor 3 Monaten von jeder Recidive frei.

Spiegler stellt eine 24jährige Patientin aus dem Kaiser Franz Josefs-ambulatorium vor.

Dieselbe hat an der rechten Wange einen kindshandgrossen, leicht erhabenen Herd, der sich teigig infiltriert anfühlt und an der glatten Oberfläche von Teleangiektasien durchzogen erscheint.

Die imbecille Pat. führt seine Entstehung auf eine vor 6 Jahren erlittene leichte Verbrennung zurück, doch handelt es sich zweifelsohne um eine congenitale Form von Elephantiasis, die mit Bindegewebshypertrophie einhergeht nach Art der Eleph. teleangiektoides Virchows.

Kaposi stellt vor:

1 Lues ulcerosa bei einer 49jährigen Handarbeiterin, die seit 2 Monaten eine Geschwulst am rechten Oberschenkel bemerkte, welche vor einer Woche unter starker Eiterung aufbrach. Von vier Kindern der Pat. starben drei angeblich an Diphtherie, Hydrocephalus und „Lebensschwäche“, eines lebt und ist gesund.

An der Beugeseite des rechten Oberschenkels findet sich handbreit über dem Kniegelenke ein thalergrosses Geschwür mit aufgeworfenem, durch Infiltration gebildetem Rande, scharf umschrieben, kraterartig ca. 1½ Cm. in die Tiefe gehend, oberflächlich bedeckt von einem eitrig imbibirten detritusartigen speckigen Belag; in der Umgebung eine braunrothe Infiltration in der Ausdehnung von ½ Cm. Die ganze Partie fühlt sich mässig verdickt an und ist mit der Haut verschieblich.

2. Einen Fall von Pemphigus vulgaris serpig. bei einer 47jährigen Weichenwärtersgattin.

Anamnese. P. erkrankte vor ca. zehn Wochen unter Fiebererscheinungen und Blasenruptionen an der Haut.

Stamm reichlich bedeckt mit Pigmentflecken von annulärer Form und dunkelbrauner Farbe; dazwischen einzelne blasse Efflorescenzen sichtbar neben stecknadelkopfgrossen miliaren Bläschen in Irisform angeordnet, an anderen Stellen wieder serpiginös circinär.

Am rechten Vorderarm erscheinen dieselben am intensivsten entwickelt, daneben zahlreiche geplatzte Bläschen.

An den unteren Extremitäten zahlreiche Pigmentflecke, an den Unterschenkeln frische Erscheinungen; es zeigen sich daselbst dicht gedrängte Bläschen bis zu Haselnussgrösse, theils klaren, theils trüben Inhaltes. Wo dieselben geplatzt sind, liegt die Epidermis in Fetzenform über der nässenden Fläche.

3. Varicellen, die in typischer Form bei einem 26jähr. Bäcker unter heftigem Fieber auftraten.

4. Einen Fall von Sclerodermie. 53 Jahre alte Frau. Rechte Schulter, mittlerer Antheil des Rückens, obere und untere Extremitäten zeigen sich dunkel pigmentirt, in diesen dunkler pigmentirten Antheilen finden sich glänzende, seidenartige, oft handtellergrosse Herde von weissgrauer oder direct weisser Farbe. Auffallend erscheint das Fehlen der bretharten Beschaffenheit der Haut, die sich nur etwas verdickt anfühlt.

5. Pemphigus foliaceus: Dauer 5 Monate. Die Krankheit begann mit einigen Blasen am Halse, später folgten solche an der Brust und Stamm. Gegenwärtig ist das ganze Gesicht, die Rückenfläche, die Brust, die Arme bis zur Mitte des Oberarmes befallen. Die Haut ist roth und von serpiginös begrenzten nässenden Herden durchsetzt, die am Rand eine deutlich unterminirte Epithelfranse erkennen lassen. Dort, wo das Secret eingetrocknet ist, finden sich reichliche gelbe Borken und Krusten. Hie und da schlappe Blasen am Rande obiger Stellen und am Abdomen zeigen das vorhergehende Stadium des P. vulgaris

Löwenbach stellt aus der Klinik von Hofrath Neumann einen 29jährigen Fiakerkutscher mit Sycosis parasitaria vor. Die Affection

entwickelte sich im Anschluss an Rasiren mit einem unreinen Messer, in Form multipler maiskorn- bis linsengrossen, serösen oder eitrigen Bläschen am bebarteten Theil der Wangen und des Halses. Im Laufe kurzer Zeit trockneten diese Bläschen ein, ihr Grund aber begann in Form condylomatöser Vegetationen zu wuchern, so dass sich tumorartige, bis kleinapfelgrosse Granulome entwickelten. (Demonstration der Moulage dieses sowie einiger weiterer Fälle.) Durch Application von Diachylon- und Borsalbe sind die Tumoren gegenwärtig stark regress: flacher, blässer, nicht unter Eiter secernirend, nahezu geheilt.

Es gelang sehr leicht, aus den aus den Tumoren ausgepressten Gewebsspröpfen Trichophyten zu züchten (Demonstration von Reinculturen).

Auch in mikroskopischen Schnitten gelang der Nachweis der Trichophyten. Die Tumoren bestehen nicht lediglich aus Granulationsgewebe, sondern es zeigt sich auch eine Wucherung der Epidermoidalgebilde, speciell der Haarbälge. Die Trichophyten liegen in diesen gewucherten Haarbälgen, im Granulationsgewebe kommen sie nicht vor. (Demonstration mikroskopischer Präparate.)

Sitzung vom 24. Jänner 1900.

Vorsitzender: Neumann.

Schriftführer: Kreibich.

Neumann stellt vor: 1. Einen 33jährigen Mann aus Croatien mit Perforation des harten Gaumens und des knöchernen Nasenseptums, sowie Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand. Dabei bestehen derzeit keine frischen Ulcerationen, sondern durchwegs narbige Veränderungen.

Der Kranke stammt aus einer Gegend, wo die Syphilis endemisch vorkommt und als Skerljevo bezeichnet wird, d. i. aus jenem südwestlichen Theile Croatiens, der die alte Militärgrenze bildet. Vor circa 40 Jahren wurde Pernhofer nach Portoré entsendet, um die Krankheit zu studiren; er fand aber, dass unter diesem Namen kein einheitliches Krankheitsbild, nicht nur Syphilis, sondern auch andere chronisch verlaufende Hautkrankheiten, wie Psoriasis, Lupus u. s. w. inbegriffen waren. In gleicher Weise wurde vor 15 Jahren Auspitz nach Dalmatien entsendet. Vor 3 Jahren suchte der Vortragende im Auftrage der Regierung die Hauptherde der Skerljevo in den Kreisen Bihač, Krupa, Časin und Petrovac auf, um danach entsprechende sanitäre Massnahmen treffen zu können.

Der vom k. u. k. Reichskriegsministerium an seine Klinik commandirte k. u. k. Fregattenarzt Dr. Hugo Zechmeister habe ihm bereits vor einiger Zeit mitgetheilt, dass er anlässlich der Assentirungen im vergangenen Jahre im croatischen Litorale mehrere Fälle von Skerljevo (unbehandelter tertiärer Syphilis) zu Gesicht bekommen und bei dieser Gelegenheit vom Comitatsphysikus des Modruš-Fiumaner Comitates Dr. Brodsky erfahren habe, dass im Lika-Krbavaer Comitате, wo der-

selbe früher als Amtsarzt thätig war, ganze Ortschaften mit Skerljevo-kranken vorkommen.

Der vorgestellte Kranke stammt aus dem vollständig verseuchten Orte Dabar im Lika-Krbavaer Comitatz und bestätigt, dass zahlreiche Bekannte und Verwandte von den gleichen Krankheitsformen afficirt sind. Charakteristisch für alle diese Fälle sei das Auftreten schwerer tertiärer ulceröser Processe, Erkrankungen der Nasen- und Mundhöhle, Einsenkungen des Nasengerüsts, Zerstörungen des knöchernen Gaumens, Verwachsungen mit der hinteren Rachenwand.

2. Einen 26jährigen Schlosser mit Herpes iris an der Streckfläche der Vorderarme, des Hand- und Fussrückens, woselbst sich kreuzergrosse, schlaflle Blasen finden, welche bereits in der Mitte zu Krusten eintrocknen und über livid verfärbter Haut stehen. Dazwischen kleinere linsengrosse Flecke, die im Centrum cyanotisch, peripher von einem zinnoberrothen Hof umgeben sind.

3. Einen 25jährigen Kranken mit crustösem Syphilid auf dem Kopfe, welcher im Sommer 1899 Syphilis acquirirte und im October mit 30 Einreibungen wegen eines papulo-pustulösen Syphilides behandelt wurde.

Derzeit zeigt er kreuzer- und kronengrosse Geschwüre, die sich kraterförmig auf dem speckig belegten Grunde vertiefen oder mit Borken bedeckt sind, wie namentlich auf dem Kopf und in den Naso-labialfurchen.

4. Einen 25jährigen Mann mit Naevus vasculosus. Die ganze rechte Gesichtshälfte von den Augenlidern bis zum Unterkiefer ist wulstig verdickt, von röthlich brauner Farbe, setzt scharf vor dem Ohr in einer geraden Linie ab, ist schmerzlos ohne acute Entzündungserscheinungen. Im Bereiche der Schwellung sind die Follikelmündungen beträchtlich erweitert, von ectatischen Gefässen durchzogen, auf Compression lässt sich die Schwellung nicht verkleinern. Auch die Innenseite der Wangen und Conjectiven ist verdickt und geröthet.

Kaposi bemerkt, dass hier ein Naevus mollusciformis vorliege, der hemilateral ausgebildet sei. Bei stärkerer Ausbildung komme es dazu, dass die Naevi den Wachstumsrichtungen, der Haut entsprechend, die Richtung von Hautnerven nachahmen. Einzelne Partien können sich durch Schrumpfung zurückbilden, andere wieder stärker hypertrophiren; in letzterem Falle kommt es zur Entstehung einer Ichthyosis hystrix.

Lang führt an, dass auch bei Mitbetheiligung der Nerven an der Geschwulstbildung die Nerven selbst intact bleiben.

5. Eine 54jähr. Kranke mit Carcinoma faciei in basi luposa. Die rechte Wange, Oberlippe und Nasenhälfte ist von einer fast faustgrossen Geschwulst eingenommen, die grösstentheils jauchig zerfallen ist und einen tiefen grobhöckerigen und missfärbig belegten Substanzverlust in die Wange gesetzt hat. Die Ränder, namentlich auf der Oberlippe, springen 1—2 Cm. vor, sind grobhöckerig, von gelbröthlicher Farbe. In der unmittelbaren Umgebung, wie allenthalben im Gesicht, Nase, Wangen und Ohren ist die Haut mit braunrothen, eingestreuten Knötchen wie gesprenkelt, oder aber zart narbig, seidenglänzend. Die Nasenspitze fehlt vollständig und ist von einer mit Lupusknötchen durchsetzten glatten Narbe bedeckt. Ebenso fehlt das Ohrläppchen. Die übrige Ohrmuschel von Lupusknötchen durchsetzt. Der Lupus im Gesichte besteht seit frühester Kindheit und wurde schon vor 41 Jahren von Hebra behandelt. Ebenso so vor 25 Jahren auf der Klinik Kaposi. Die Geschwulst im Gesicht hat sich innerhalb des letzten Jahres rapid entwickelt.

Kaposi weist darauf hin, dass für die Entwicklung von Carcinom auf Lupus die rapide Entwicklung und die rasche Metastasirung charakteristisch sei. Nach seinen histologischen Untersuchungen sei dies dadurch zu erklären, dass oft beim Lupus ein starkes zapfenförmiges Hineinwuchern von Epithel in die tieferliegenden Schichten vorkomme, so dass das Carcinom im Lupusgewebe gleichsam vorgebildet sei.

6. Eine 35jähr. Frau mit Lupus am rechten Nasenflügel, welche im Jahre 1882 auf der Klinik Kaposi wegen Lupus auf der linken Nasenhälfte in Behandlung stand. Jetzt ist linkerseits nur eine glatte Narbe ohne frische Lupusknötchen.

7. Eine 32jähr. Frau mit Gumma nasi. An der Oberlippe gegen den Naseneingang liegt eine dicke schmutzigbraune Borke, nach deren Entfernung ein dellig vertieftes, speckig belegtes Geschwür vorliegt mit steil abfallenden, derb infiltrirten Rändern, welches sich soweit sichtbar in den Naseneingang fortsetzt. Häutiges und knöchernes Nasenseptum vollständig fehlend, Nasenrücken sattelförmig eingesunken. Nasenbeine am Oberkieferfortsatz des Stirnbeines verschieblich. Vomer und Siebbeine fehlend. Der weiche Gaumen fehlt, die hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand verwachsen. Bisher unbehandelte Syphilis.

Matzenauer stellt das in der Sitzung vom 8. November 1899 demonstrirte Mädchen mit Pemphigus vegetans vor; die Wucherungen sind nummehr eingesunken, so dass das Krankheitsbild ganz einem Pemphigus foliaceus gleicht.

Neumann demonstrirt eine Frau mit concentrischen Kreisen an beiden Vorderarmen, die in ihrer Peripherie aus miliaren Knötchen gebildet sind; auch am Stamme finden sich ähnliche Kreise, die eine gewisse Aehnlichkeit mit Herpes tonsurans besitzen. Neben diesem circinären Roseola-Syphilid besteht ein chronischer Morbus Brightii.

Kaposi bemerkt dazu, dass derartige Ringformen nur durch concentrische Vergrößerung beim papulösen Syphilid vorkämen, nicht aber bei Roseola annulata, bei der die einzelnen Roseolaflecken nur derartig gruppirt seien und daher mit Unrecht als annularis bezeichnet werden. Es handelt sich hier nicht um Roseolaflecken, sondern um Papeln, deren Infiltrat in Folge der Anämie der Kranken sehr flach und daher weniger sichtbar ist. Echte syphilitische Roseolen können sich nicht vergrößern im Gegensatze zu nicht specifischen Erythemflecken, die sich peripher ausbreiten können.

Neumann führt aus, dass das orbiculäre Syphilid an solchen Stellen aufträte, wo vorwiegend Talgdrüsen sind. Deshalb treten bei der in den ersten Lebensmonaten erscheinenden hereditären Lues kreisförmige Efflorescenzen auf, weil sich in den Talgdrüsen entsprechende Knötchen erheben, nicht aber vielleicht weil im Centrum früher die Heilung beginne. Die histologische Untersuchung zeige auch beim orbiculären Syphilid Infiltration um die Talgdrüsen.

Lang meint, dass man die Roseola annularis oft wirklich in Kreisform, nicht bloss gruppirt sehe. Und sowohl bei Betastung als bei histologischer Untersuchung ist in solchen kreisförmigen Efflorescenzen das

Infiltrat zu finden. Sie finden sich besonders als Spätformen selbst Jahre nach der Infection.

Finger spricht sich ebenfalls für die Existenz kreisförmiger Roseolaefflorescenzen aus, die sich auch vergrössern können. Erst in der letzten Zeit habe Fournier auf die Bildung solcher grossen Kreise als Spätrecidiv, namentlich bei vernachlässigten Fällen hingewiesen.

Neumann unterscheidet mehrere Formen von *Roseola annulata*. Die eine kann sich aus einem nicht behandelten maculösen Syphilid bilden, bei dem die einzelnen Flecke grösser geworden. Die zweite Form tritt nicht vor dem fünften Monat post infectionem auf und zwar als Recidiv-exanthem. Auch hier sind die grossen maculösen Efflorescenzen häufig zu Ringformen gruppiert. Je älter die Syphilis ist, desto grösser und spärlicher zeigen sich ringförmige Roseolen, oft zugleich mit *Psoriasis palmaris* und *plantaris*. Endlich gibt es eine echte *Roseola annularis* als Spätrecidiv nach mehrjähriger Krankheitsdauer in thaler- bis flach-handgrossen Kreisen, die im Centrum normale Haut einschliessen. Ein Infiltrat ist klinisch weder sichtbar, noch fühlbar, mikroskopisch natürlich finden sich namentlich um die Gefässe geradeso wie beim maculösen Syphilid Infiltrationszellen.

Ehrmann verweist auf die von Unna beschriebenen Neurosyphilide.

Kaposi betont nochmals, dass bei der syphilitischen *Roseola* nie eine Confluenz vorkomme im Gegensatze zu den nicht syphilitischen, die sich vergrössern und mit einander confluiren.

Ullmann knüpft speciell an die früher erwähnten Beziehungen der recentsyphilitischen Exantheme zu den Talgdrüsen an. Dieselben sind oft beobachtet und beschrieben z. B. die im Verlaufe der Infection auftretende Seborrhoe des Capillitium und der Körperhaut, sei es im Anschlusse an abgelaufene Syphiliserscheinungen oder gleichzeitig mit ihnen, wie dies offenbar bei den in Rede stehenden serpiginösen Syphiliden der Fall ist. In allen von Neumann angeführten Formen, sowohl bei den im Kindesalter als auch bei Erwachsenen speciell so häufig auf der Haut des Kopfes und Gesichtes, an der Nasolabialfalte, Stirne etc. typisch localisirten und kreis- und bogenförmig fortschreitenden Syphilisefflorescenzen sind ja zweifelsohne die Talgdrüsen in erster Linie theilhaft. Oft aber sind, wie bekannt, auch grössere, unregelmässig vertheilte oder diffuse Gebiete des Capillitium oder der Körperhaut von gerötheten, schuppenden, am Rande elevirten und scharf absetzenden syphilitischen Infiltraten befallen, so zwar, dass man geradezu unwillkürlich an gewisse Formen des seborrhoischen Eczems erinnert wird. Es liegt nun bei einem solchen klinischen Verhalten nahe, nicht nur das Vorhandensein normaler Talgdrüsen an und für sich im Bereiche der ergriffenen Hautpartien, sondern die in denselben oft sehr reichlich vorhandenen abgestorbenen und in Zersetzung befindlichen Zellmassen mit ihrem constanten Reichtum an Fettbakterien als die eigentliche Ursache dieser besonderen, von den gewöhnlichen maculo-papulösen und gummösen abweichenden Efflorescenzen anzusehen. Es scheint nun schon aus dem analogen Ver-

halten anderer Dermatosen höchst wahrscheinlich, dass dieses flächenhafte Ausbreiten der schuppenden serpiginösen Syphilide durch einen von den zahlreichen Talgdrüsen als Centren ausgehenden speciellen chemischen Reiz der Stoffwechselproducte der Bakterien bedingt ist, die also dem Syphilisprocesse selbst nicht angehörig, aus ihrem ubiquitären innocenten Dasein aber durch die Hyperämie des syphilitischen Processes eine gewisse Pathogenität erlangen. Sind ja die Talgdrüsen im Verhältnisse zur Ausbreitung des ganzen Processes bloss anatomisch betrachtet gewissermassen nur als mathematische Punkte nicht im Stande, eine so flächenhafte Veränderung hervorzurufen. Die Bakterien selbst jedoch sind ja oft genug und in unanfechtbarer Weise von Unna, Sabouraud u. A. im Inhalte der normalen Follikel, Comedonen wie seborrhoeischen Producte nachgewiesen und auch von mir wiederholt darin gesehen worden. In diesem Sinne würden die von Neumann angeführten Talgdrüsen als Centren des Processes ja nur eine Bestätigung, wenn auch in etwas erweiterter Form, erhalten.

Neumann wendet sich entschieden gegen diese Hypothese; die Erkrankung der Talgdrüsen gewisser Hautpartien erkläre sich viel einfacher aus der Erfahrungsursache, dass die Syphilis sich überhaupt besonders an den weniger widerstandsfähigen Stellen manifestire.

Kaposi stellt vor

1. einen in seiner Art wohl seltenen Fall eines ausgebreiteten Naevus hemilateralis.

Dichte Gruppen von röthlichbraunen, kleineren und bis linsengrossen, auf Druck ablassenden Knötchen finden sich zwischen atrophischen Narben an der rechten Stirnhälfte, Schläfe, der rechten, namentlich hinteren Halsseite. Aehnliche Knötchen nun liegen mehr oder weniger von einander entfernt, im ganzen aber in einer im Zickzack, zum Theile gerade, zum Theile bogenförmig verlaufenden, vielfach unterbrochenen Linie über der rechten Rückenfläche und der Kreuzbein-Steissgegend, dann an der Aussenfläche des rechten Oberschenkels und der Wade. In der Mittellinie der Planta pedis zieht in Form einer stellenweise exulcerirten Kette ein Naevus striatus verrucosus bis zur Mitte der vierten Zehe.

2. Eine schön ausgeprägte Lues circinata bei einer 27jährigen Köchin, die weder einen Primäraffect noch ein Exanthem zuvor bemerkt hatte. Auf der Stirne vier nahezu guldengrosse, kreisrunde, mit Krusten bedeckte, rothbraun infiltrirte Herde, von denen einer in seinem Innern einen kleineren, concentrischen Kreis aufweist.

3. Ein Epithelioma frontis, das innerhab von fünf Jahren die ganze linke Stirnhälfte und Schläfengegend bis zum oberen Augenlid und der Ohrmuschel ergriffen hat.

Reiner stellt aus der Abtheilung des Prof. Lang vor:

1. Einen 25jährigen Hilfsarbeiter mit sehr schönem figurirtem papulösen Syphilid an der Penishaut und äusserem Praeputialblatt. Die Initialmanifestation datirt seit November 1899. War bisher ohne specif. Behandlung.

2. Einen 20jährigen Selchergehilfen mit ganz frischem Herpes zoster, die rechte Thoraxhälfte in der Höhe der 7. Rippe umgreifend.

3. Einen 26jährigen Pferdewärter mit Psoriasis universalis, der mit 5% Eurobinsalbe behandelt wurde und im Verlauf der Behandlung an einer starken Ophthalmie mit Schwellung und Röthung der Conjunctiva

palpebrarum und bulbi ohne Mitbetheiligung der Cornea, wie dies nach Chrysarobinbehandlung beobachtet wird, erkrankte. Derzeit ist die Entzündung bereits abgelaufen, es besteht nur mehr eine geringe Röthung.

4. Einen 33jährigen Fleischhauer mit *Psoriasis vulgaris* besonders an beiden Handrücken und Handtellern localisirt. Am Stamme finden sich neben psoriatischen Efflorescenzen ganz dicht nebeneinanderstehend ein papulo-squamöses Syphilid, so dass die Unterscheidung der einzelnen Efflorescenzen mitunter sehr schwierig ist.

5. Einen 30jährigen Hilfsarbeiter mit Onychien an den meisten Fingern beider Hände; im sulcus bicipitalis internus beiderseits tastet man bleistiftdicke Stränge, in deren Verlaufe bei wallnussgrosse Drüsenmassen interponirt sind.

6. Ein 21jähriges Mädchen mit *Lupus erythematoses* im Gesichte, vornehmlich aber am Handrücken und Dorsum der Finger beiderseits, an beiden Fussrücken und unterem Drittel beider Unterschenkel. Die Affection an den Händen zeigt ausserordentliche Aehnlichkeit mit *Erythema multiforme nodosum*. Die Erkrankung besteht seit dem 18. Lebensjahre.

Lang stellt ein Mädchen mit inoperablem *Lupus* beider Wangen, der Oberlippe und der Nase vor und zeigt an der Hand einer vor der angewendeten Behandlung angefertigten Photographie die auffallende Rückbildung, welche nach mehrwöchentlicher mechanischer Localtherapie zu Stande kam.

Die meisten, vielleicht alle Dermatologen sind wohl jetzt von der Ueberzeugung durchdrungen, dass die operative Behandlung, insoweit sie durchführbar ist, die allerbesten Dauerresultate abgibt. Indessen stehen wir auch inoperablen Fällen gegenüber, bei welchen man zu anderen Behandlungsmethoden greifen muss und daher jede neue Errungenschaft auf dem Gebiete freudig begrüsst. Der Vortragende war öfter in der Lage Lupusfälle zu demonstrieren, die nach Holländer's Methode mit heisser Luft behandelt wurden. — Die Strahlenbehandlung, welche Schiff (Röntgen) und Finsen (Sonnen- und Bogenlicht) angegeben haben, übt zweifellos rückbildend auf den lupösen Process ein und besitzt den nicht genug hoch anzuschlagenden Vorzug der Schmerzlosigkeit.

Der Methode haftet nur ein Uebelstand der ungemein langen Behandlungsdauer an; jedoch würde man auch das gerne in den Kauf nehmen, wenn die Bestrahlung zu einer radicalen Heilung des *Lupus* führen würde. — Um die Dauerresultate festzustellen muss man bestrebt sein, die behandelten Fälle fortwährend in Evidenz zu halten, weil man nur so in die Lage käme, ausbleibende oder nachfolgende Recidiven zu constatiren. — Die Evidenzhaltung hat Lang bei den operativ behandelten Fällen sich zur Aufgabe gemacht und hat auch in dieser dermatologischen Gesellschaft sämmtliche operirten Kranken, soweit sie ihm zugänglich waren, demonstirt, gleichviel ob sie Recidiv zeigten, oder von Recidiv frei waren.

Während bei der Röntgenisirung des *Lupus* einzig und allein die X-Strahlen zur Wirkung gelangen, concurrirt bei der Behandlung nach Finsen neben der Einwirkung der Strahlen auch noch ein mechanischer Druck.

Finsen empfiehlt nämlich die zu bestrahlende Stelle mittels eines Linsendruckes zu anämisiren. Man musste somit an Parallelreihen festzustellen trachten, welchen Effect der mechanische Druck für sich allein, welchen die Bestrahlung für sich allein und welchen Effect, Druck und Bestrahlung zusammengenommen auf den lupösen Process üben.

Lang hat bei dem vorgestellten Mädchen durch mehrere Wochen nur Linsendruck allein (täglich etwa durch eine Stunde) ohne Bestrahlung wirken lassen und die eingangs demonstrierte auffallende Besserung hierauf wahrgenommen. L. anerkennt in vollem Umfange die wohlthätige Wirkung der Strahlenbehandlung nach Finsen, nur hält er es im wissenschaftlichen Interesse für angezeigt, an eine grossen Anzahl von Fällen festzustellen, wie viel von der guten Wirkung auf den mechanischen Druck zu setzen ist.

Lang bemerkt, dass ja damit strenge genommen nichts Neues gesagt wird, weil wir ja die günstige Wirkung des Druckes auf den lupösen Process, wie sie beispielsweise mit der Pflastertherapie einhergeht, schon von früher her kennen.

Discussion :

Freund macht aufmerksam, dass die Sonnenlichtbehandlung in Wien keine grossen Aussichten habe, weil die dabei wirksamen ultravioletten Strahlen durch die Rauchschiechte absorbiert werden; der etwa noch durchtretende Rest würde durch die Glaslinsen noch aufgehoben werden. Man müsste an Stelle der Glaslinsen Quarzlinsen oder Bergkrystalllinsen verwenden. Besser seien die Aussichten mit der Bogenlichtbehandlung, weil sie mehr ultraviolette Strahlen enthalte.

Ullmann bemerkt, dass die Finsen'sche Fabrik thatsächlich Bergkrystalllinsen liefere.

Schiff verweist darauf, dass Finsen den mechanischen Druck zur Anämisirung der betreffenden Hautstelle verwende, weil nach seiner Ansicht die rothen Blutkörperchen von den ultravioletten Strahlen nicht durchdrungen werden. Wenn nun wie in dem Lang'schen Falle die Compression allein genügt, um eine Besserung hervorzurufen, so ist eben durch den Druck eine Veränderung der Blutcirculation und damit eine Besserung des Zustandes herbeigeführt worden.

Lang legt Gewicht auf die Beobachtung, dass der Druck genügt, um eine Besserung zu veranlassen; wie sich Finsen die Wirkung des Druckes erklärt habe, komme gegenüber dieser Beobachtung nicht in Frage.

Kaposi bemerkt, dass der günstige Einfluss der Druckbehandlung auf Lupusgewebe seit langem bekannt sei; doch schwinden nur die Infiltrate, während die Lupusknötchen bestehen bleiben.

Schiff zieht einen Vergleich zwischen der Röntgenbehandlung und der Finsenbehandlung bei Lupus; letztere eignet sich nur für einzelne lupöse Partien, erstere aber für ausgedehntere kranke Stellen.