Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Februar 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Hochsinger demonstriert zwei Kinder, die als Säuglinge mit congenitaler Lues behandelt wurden und nun nach 8 bzw. 10 Jahren wieder zur Beobachtung kamen. H. hat seinerzeit über 63 Fälle von congenitaler Lues der Säuglingsperiode berichtet, die lege artis behandelt und mehr als 4 Jahre in Evidenz gehalten wurden. Man fand bei ihnen in späteren Jahren nur geringe Zeichen von Lues, Narben an den Mundwinkeln, eingesunkene Nase, allgemeine Entwicklungsstörung. Es fanden sich aber auch Kinder, die nach 6—15 Jahren in jeder Hinsicht tadellos gefunden wurden. Speziell die Hutchinson'schen Trias, Keratitis, eingekerbte Zähne und Taubheit waren nie zu finden. Die beiden vorgestellten Kinder unterscheiden sich von den eben citirten Fällen dadurch, dass sie nur ein einzigesmal als Säuglinge wegen maculösen Exanthems zur Behandlung kamen. Sie erhielten Protojoduret verschrieben, blieben jedoch in der Folge ohne jede Behandlung. Diese Kinder kamen nun nach 8 bzw. 10 Jahren H. wieder zu Gesichte. Die Kinder zeigen die Hutchinson'schen Zeichen und zwar jedes andere derselben. Das eine hat einen eingesunkenen Nasenrücken nebst Atrophie der Nasenknorpel, Caput quadratum und sehr charakteristische, halbmondförmige Einkerbungen am freien Rand der mittleren oberen Schneidezähne. Das andere Kind hat eine typische, parenchymatöse Keratitis, an den Metacarpophalangealgelenken beider Hände, Hyperostosen, Erguss beider Kniegelenke mit leichter Crepitation und Verdickung der Tibia.

Die Keratitis parenchymatosa kommt zweifellos bei vielen hereditär luetischen Kindern vor, doch kann man auf sie die Diagnose der Syphilis nicht stützen, da sie in typischer Form bei sicher nicht luetischen, dagegen tuberculösen Individuen vorkommt.

Auch die Veränderung der Zähne ist diagnostisch nicht verwertbar, da sie ebenfalls bei sicher nichtluetischen Kindern gefunden wird. Es gibt fast keine Hemmungsbildung des Dentins, welche nicht schon alsluetisch beschrieben worden wäre. Diese Zähne sind das Product einer schweren Kieferrachitis, wie sie hervorgerufen werden kann durch irgend eine schwere constitutionelle Erkrankung vor dem Zahnwechsel. So beobachtete H. diese Anomalie nach Scharlach mit schwerer Nephritis. Die Syphilis ist nun eine der schwersten Noxen, die fast immer Schädelrachitis erzeugt, weil im Säuglingsalter der Schädel am meisten wächst und die Rachitis sich an den Punkten des lebhaftesten Wachstums localisirt.

Bezüglich der genaueren Anamnese der vorgestellten Kinder wäre noch zu erwähnen, dass der Vater sich 1883 inficirte, nach 6monatlicher Behandlung heiratete. Es kam ein Abortus im 2. Monat, dann einer im 7., das erste lebende Kind, der kleine, minder entwickelte Knabe, wurde im Alter von 6 Wochen mit schwerer Lues, eingesunkenem Nasenrücken, blutig-eitriger Coryza, maculösem Syphilid der unteren Körperhälfte gebracht. Wenn eine so schwere Lues spontan ablaufen konnte, wird dies umsomehr bei leichter Lues möglich sein, was wichtig ist in Hinblick auf die Syphilis hereditaria tarda. Das zweite Kind war leichter erkrankt, hat nur ein leichtes, maculöses Syphilid, Nasenrücken normal.

Neumann erwähnt, dass man selten in die Lage kommt, Kinder mit Syphilis hereditaria tarda, wie die eben vorgestellten, zu sehen, weil die Kinder mit angeborener Syphilis meist frühzeitig sterben. Im Sinne Fournier's, dass Kinder syphilitischer Eltern gesund geboren werden und erst in den Jahren der Pubertät mit der tertiären Form behaftet sind, wurde eine Syphilis hereditaria tarda noch nicht festgestellt. Die Veränderungen an den Zähnen sind gewiss nicht auf die Syphilis an sich, sondern auf die durch sie bedingte Ernährungsstörung zurückzuführen.

Ullmann theilt mit, dass auch Fournier in der Decembersitzung des vorigen Jahres bei Demonstration von Veränderungen an den Zähnen, Oberkiefer, Netzhaut, Glaskörper die Ansicht vertreten habe, dass es sich hiebei nicht um Symptome der Syphilis, sondern um Ernährungsstörungen (parasymphilitische) handle.

Neumann demonstrirt einen 37jährigen Pat. mit gummöser Periostitis am Orbitalrande. Es findet sich dem linken Augenbrauenbogen entsprechend eine zweifingerbreite Auftreibung, fluctuirend druckempfindlich die Haut darüber unverschieblich ödematös geschwellt, am Rande der Geschwulst ein Knochenwall zu tasten. Die Lidspalte klein, der Bulbus etwas nach abwärts gedrängt, kein Doppeltsehen.

An der Grenze des harten und weichen Gaumens eine stecknadelkopfgrosse Perforationsöffnung, welche in die Nasenhöhle führt. Der Nasenrücken verbreitert, von der Nasenschleimhaut wird reichlich dünner Eiter abgesondert. Rhinoskopisch lässt sich eine hühnereigrosse, von der Schädelbasis ausgehende, an der Oberfläche glatte, derb elastische Ge-

schwulst nachweisen. In der Gegend des Acromio-Claviculargelenkes besteht Druckschmerz und eine nussgrosse derbteigige Geschwulst. Der Primäraffect bestand 1893, der Kranke erhielt damals 22 intramuskuläre Injectionen, die Nasenaffection datirt seit Herbst 1895.

Kaposi findet besonders merkwürdig die ausgedehnte Fluctuation in so grosser Ausdehnung. Die Gummien pflegen am Rande einen erhabenen aufzuweisen, wie bei einem Kephalhämatom, im Centrum kommt es zu einer Erosion des Knochens, nach Verschwinden des Tophus bleibt eine Grube zurück. K. erinnert sich an einen Pat., der eine Lues überstanden hatte, Vater eines gesunden Kindes war und bei dem eine ähnliche Geschwulst am Orbitalrande auftrat, die allgemein als Periostritis syphilitica angesehen wurde, sich jedoch nach der Exstirpation als Sarcom erwies.

Neumann hat einen gleichen Fall gesehen.

Grünfeld hat einen als Chondrom allgemein diagnosticirten ähnlichen Tumor unter antiluetischer Behandlung schwinden gesehen.

Kaposi sah an der Verbindungsstelle zwischen Kreuzbein und Steissbein einen scharf begrenzten dreifingerbreiten Tumor, der ebenso in der ganzen Ausdehnung fluctuirte. Die Haut darüber normal, per rectum liess sich vor dem Steissbein ebenfalls eine fluctuirende Geschwulst unter normaler Schleimbaut nachweisen. Nach drei Wochen sah man auf antiluetische Behandlung bedeutende Besserung.

Kaposi demonstrirt eine Pat., die mit der Diagnose Syphilis aufgenommen wurde, deren Erkrankung sich später jedoch als Erythem erwies. Sie zeigte Anfangs in der Halskieferfurche, an den Kopfnickern linsengrosse, braunrothe, derbe Knoten. Auffallend war ein dunkelblau-rothes, teigiges Infiltrat beider Augenlider, die linke Ohrmuschel wies ebenfalls einen scharf begrenzten, braunrothen Knoten auf. Dabei bestand heftiger Kopfschmerz. Am nächsten Tage traten acut linsengrosse, vorragende scharf begrenzte Knoten an beiden Handrücken, Schulter, äusserer Seite des Oberarms auf, manche in der Mitte etwas eingesunken, mit hämorrhagischem Punkt. An der Streckseite des rechten Vorderarms zeigte sich ein braunrother Fleck mit kleinen Knötchen am Rande, von welchen manche später zu Bläschen wurden. Am linken Vorderarm traten später charakteristische Erythemflecke, in der Mitte blau, am Rande mit rothen Knötchen auf, dann traten Knoten an der Mamma, endlich exquisite Knoten von Erythema nodosum an der Aussenfläche des rechten Oberschenkels auf. Dabei bestand hohes Fieber. Im Gesichte, an den Augenwinkeln entstanden neue Infiltrate, an der Conjunctiva des rechten Auges seitlich ein scharf begrenzter vorragender Fleck. Es wurde also ein Erythem diagnosticirt, es dürfte sich jedoch nicht um ein gewöhnliches, sondern um ein medicamentöses Erythem handeln, was sich bis jetzt jedoch nicht nachweisen liess. Namentlich die teigige Schwellung an den Augenlidern ist auffallend. Die Pat. ist 49 Jahre alt und leidet zum erstenmal an der Affection.

Neumann demonstriert einen 27jährigen Schuhmachergehilfen mit genitalem und extragenitalem syphilitischen Primäraffect. Am äusseren Vorhautblatt ein halbkreuzergrosser, elevirter, ulcerirter, rothbraunglänzender, derber Knoten, ein zweiter überkreuzergrosser in der Kinnfurchen l. von der Medianlinie. Die Basis sehr derb mit gelbbrauner Borke bedeckt. Drüsen am Unterkieferwinkel über wallnussgross, indolent, Leistendrüsen links bohnen- und haselnussgross. Infection vor 6 Wochen.

Lang hat ebenfalls einen Fall mit so weit von einander liegenden Sclerosen in Beobachtung. Dieselben können auch durch Autoinfection in der ersten Zeit nach der Infection von einem exulcerirten Primäraffect aus entstehen.

Neumann hält dies für eine wichtige Principienfrage, weil man es nicht verantworten könnte, dass man nicht jede Sclerose extirpirt, wenn die Möglichkeit gegeben ist, dass einer sich neuerdings von aussen her inficirt.

Kaposi sieht nicht ein, warum die Sclerose extirpirt werden sollte, da es für das Individuum gleichgiltig ist, ob es eine oder zwei Sclerosen hat. Bei experimenteller Uebertragung des Schankergiftes haftet es nicht immer, manchmal sieht man in der Praxis durch Autoinfection entstandene multiple, weiche Schanker, von denen einzelne, wenn die Oertlichkeit darnach ist, so im Sulcus coronarius glandis, sclerosiren; das syphilitische Virus kann weiter transportirt werden, aber es ist die Periode nicht fixirt, in welcher das möglich ist, wahrscheinlich ist die Uebertragung mit dem Effect Sclerosen nicht bloss Geschwüre zu erzeugen nur vor dem Zustandekommen der allgemeinen Syphilis möglich.

Lang ist der Ansicht, dass man in manchen Fällen die Sclerose excidiren muss, wenn noch Hoffnung vorhanden ist, dass dieselbe noch localisirt sei. Ein Zeichen dafür, dass die Excision das Individuum vor Allgemeinsyphilis bewahrt habe, sieht L. in einer späteren Reinfection des Pat., wie sie von Julien, Oehlers und von Lang beobachtet wurde. Es geht nicht an, in solchen Fällen die Diagnose der ersten Infection anzuzweifeln, da es doch Fälle gibt, wo die Sclerose so charakteristische Merkmale zeigt, dass die Diagnose ohne Allgemeinexanthem und ob die Drüsen mehr oder weniger afficirt sind, sicher gestellt werden kann. Dies war auch in dem von L. beobachteten Falle so.

Ullmann erwähnt, dass es auch Fälle gibt, wo ohne Exstirpation der Sclerose kein Exanthem folgt.

Es gibt allerdings Sclerosen, die ohne Exanthem verlaufen aber keine ohne Drüsenschwellung, diese ist das wichtigste Merkmal der Syphilis, daneben besteht gewöhnlich noch Chloranämie.

Zur Zeit der Syphilidisation machte Boeck der Wiener Schule, welche sich negativ gegenüber seiner Methode verhielt, den Vorwurf, dass nicht mit Scleroseneiter, sondern Eiter von venerischen Geschwüren genommen wurde. Damals glaubte man fast allgemein, dass

Scleroseneiter an dem Träger nicht haften, jetzt wissen wir, dass er an syphilitischen Individuen in Generationen impfbar ist. Experimentell kann man Folgendes constatiren. Man merkt in den ersten Tagen nach der Impfung eine einfache Röthung um die geritzte Stelle, diese schreitet peripher weiter und vor dem Ausbruch des Exanthem entsteht ein Infiltrat, welches keineswegs die Härte der Sclerose hat. Es macht gleichzeitig mit dem übrigen Exanthem die weitere Entwicklung durch und schwindet mit demselben. Die Exstirpation der Sclerosen und auch der Lymphdrüsen hat dem Vortragenden nur negative Resultate ergeben. Er exstirpirt nur bei Leuten, die es durchaus begehren, dann bei Phimosen zu curativen Zwecken, ohne zu hoffen, damit die Syphilis zu verhindern.

Ehrmann erwähnt, man müsse Reinfektion und postinitiale Infektion auseinanderhalten, man muss auch bedenken, dass die Incubationsdauer der Sclerosen sehr verschieden ist. Bezüglich des Falles von Lang meint E., dass man nicht von Reinfektion sprechen könne, da es das erste Mal nicht zu einer Syphilis gekommen war, die bloss Sclerose macht nicht immun. E. hat einen Fall von 36 Sclerosen auf Grund einer Acne gesehen.

Kaposi betont, dass die Reinfektion der einzige Beweis sei, dass das Individuum durch die Exstirpation der Sclerose vor der Syphilis geschützt sei. K. hat in seinem Atlas der Syphilis schon einen Fall publizirt, wo nach local behandelter typischer Sclerose keine Allgemeinsymptome auftraten, und im nächsten Jahre neue Infektion auftrat.

Lang ist der Ansicht, die Lues könne in jeder Phase, auch zur Zeit des Initialaffectes, ausheilen. Wenn wir in einem Fall annehmen können, dass die weitere Infektion von der Sclerose aus noch nicht erfolgt sei, müssen wir excidiren, wenn auch der Erfolg in den meisten Fällen negativ sein wird.

Lang bemerkt, dass die Lymphstrangsclerose mit dem Lymphstrom zusammenhängen kann, aber durch eine progrediente Lymphgefässwanderkrankung bedingt sein kann. So hat er einige Male Lymphstränge von den Leistendrüsen aufwärts unter der Haut des Bauches abtasten können, ohne dass am Abdomen Veränderungen vorlagen. Man müsste also ein Fortschreiten gegen den Strom annehmen, natürlicher ist es, an eine progrediente Gefässwanderkrankung zu denken.

L. stellt einen Fall von Initialsclerose, Lymphstrangsclerose, beiderseitiger Scleradenitis inguinalis vor. Auf der linken Seite ist von dem Drüsenschkel abwärts ein harter Strang zu tasten. Freilich bestehen alte Narben am Unterschenkel, doch scheint es evident, dass die jetzige Affection mit der Sclerose zusammenhängt; es wäre also auch eine Erkrankung der Gefässwand gegen den Strom. Ebenso sah L. oft von den Nackendrüsen ausgehend derbe Stränge, die ebenso zu deuten wären.

2. demonstriert Lang eine Frau mit gummösen Geschwüren des Vorderarms. Grösstentheils an der Streckseite, die obersten an der

Beugeseite desselben, die in einer Reihe in ziemlich gleichen Abständen von einander angeordnet sind. Zwischen den obersten konnte man deutlich Stränge palpieren. Es liegt nahe, hier an Erkrankung der Lymphgefäße zu denken.

Grünfeld betont, dass Autoinoculation bei hartem Schanker eben möglich ist, wie bei Ulcus molle. Es gibt Fälle, in denen es offenbar ist, dass es sich nicht um gleichzeitige Infection, sondern um Autoinoculation durch Abklatschung handelt.

Neumann bemerkt, dass durch Abklatschung von offenen Sclerosen, wie von Papeln an einer gegenüberliegenden Stelle Geschwüre entstehen können. Das contemporäre Auftreten mehrerer Sclerosen findet sich namentlich an erodirten Stellen, welche die Aufnahme des Virus begünstigen.

Sitzung vom 24. Februar 1896.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer Spiegler.

Lang hat in der letzten Sitzung eine Patientin mit gummösen Knoten am Vorderarm gezeigt und hat aus der Anordnung derselben geschlossen, dass es sich um eine Erkrankung der Lymphgefäße handeln könnte. Darauf hatte Horowitz erwidert, dass dies nicht möglich sei, da an dieser Stelle keine Lymphgefäße verlaufen, dieselben vielmehr entsprechend dem Ligamentum intermusculare auf die Beugeseite umbiegen. L. hat sich nun im anatomischen Museum genau über diese Angelegenheit informirt und gefunden, dass thatsächlich auch auf der Streckseite Lymphgefäße verlaufen und er hat an Präparaten speciell ein Lymphgefäß gesehen, das in seinem Verlaufe genau der Anordnung der Knoten an dem demonstrirten Falle entspricht.

Horowitz erwidert, dass der Verlauf der Lymphgefäße ein sehr variabler ist, so dass sogar an den zwei Extremitäten desselben Individuums verschiedene Verhältnisse gefunden werden. Ein sicherer Schluss auf den Ausgang einer Affection von den Lymphgefäßen ist also nicht möglich. Bei fünfzig von H. injicirten oberen Extremitäten war ein einheitlicher Verlauf und speciell in der angegebenen Richtung nicht nachzuweisen.

Lang betont, dass er Lymphgefäße an der betreffenden Stelle und genau in der angegebenen Richtung an Präparaten selbst gesehen hat.

Rille demonstrirt von Neumann's Klinik

I. eine 31jähr. Kranke mit Fibroma molluscum. Am Stamme dichtgedrängte, kleine Geschwülste von Hanfkorn-, Erbsen- und über Haselnussgrösse, dieselben zumeist breit aufsitzend, seltener gestielt, entweder von normaler und blass gerötheter oder dunkel pigmentirter Haut bedeckt, dazwischen reichliche Pigmentflecke und Lentigines. Eine erbsengrosse Geschwulst befindet sich auch neben der rechten Brustwarze im Bereiche des Warzenhofes, vergleichbar einer überzähligen Brustwarze.

In Fällen wenig ausgedehnter Fibromatosis, wo sich vereinzelte solche Geschwülste an der Brust oder gegen die Achselhöhle hin befinden, könnte eine Verwechslung mit Polymastie vorkommen, wie im Vorjahre bei einem wegen Syphilis in Behandlung gestandenen Manne, bei dem an den genannten Stellen schlaaffe, beutelartige, haselnussgrosse Geschwülste bestanden, die für supernumeräre Brustwarzen gehalten wurden. Die genauere Untersuchung ergab multiple, über das Hautniveau nirgends vortretende, cysticerkenähnliche Geschwülste an den verschiedensten Stellen der Körperoberfläche. Bemerkenswerth ist, dass bei der demonstrierten Kranken einzelne Geschwülste auch schwarze Comedopfröpfe im Centrum tragen. Die Affection besteht seit der Kindheit und ist kein ähnlicher Krankheitsfall in der Ascendenz vorgekommen. Die Kranke hat vor drei Wochen geboren, ihr Kind ist vollständig gesund.

Kaposi hat vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall von *Fibroma molluscum* in der Gesellschaft der Aerzte vorgestellt. Diese Fälle sind gar nicht selten, mitunter sind diese Individuen etwas cretinartig. K. hatte von jeher die Ansicht, dass es sich in allen diesen Fällen um massenhafte Bildung von *Naevus* handelt, wie sie als *Naevus pigmentosus* und *mollusciformis* angeboren vorkommen. Auch diese Fibrome enthalten wesentlich embryonales Bindegewebe, das schrumpft oder zu grossen Geschwülsten heranwächst. In manchen findet sich Pigment, andere tragen kleine *Atherome*. Ebenso könnte man die *Ichthyosis hystrix* als *Naevus verrucosus universalis* bezeichnen.

K. demonstirt im Anschluss ein Mädchen mit *Naevus verrucosus* an der Beugeseite der Finger. Vom Metacarpus angefangen finden sich schmutziggelbe, harte Auflagerungen und zwar an beiden Händen. Ebensolche Warzen finden sich lateralwärts an der Fusssohle scharf begrenzt, die ganze Ferse besetzend. Früher wäre die Affection als *Ichthyosis verrucosa localis* der Flachhand und Fusssohle bezeichnet worden. Die Erkrankung ist erblich, besonders bei gekreuzten Geschlechtern, so dass nur die Knaben es von der Mutter erben, ein andermal die Mädchen vom Vater. Bei dem demonstrierten Falle lässt sich eine Vererbung nicht nachweisen. Diese Naevi können abfallen, kehren jedoch später wieder.

Rille demonstirt

II. eine 22jähr. Kranke mit Rectalblennorrhöe. Die Afterfalten geschwellt, an denselben mehrfache, zum Theil fistulöse und eitrige Geschwüre mit blassrothem, nur wenig belegtem Grunde und leicht unterminirten Rändern. Ein besonders tiefgreifendes, fissurenförmiges Geschwür an einer links gelegenen Afterfalte, welches bis auf die Rectalschleimhaut übergreift. Auch weiter oben an der Mastdarmschleimhaut lassen sich durch die Digitaluntersuchung an der vorderen und hinteren Wand mehrfache Geschwüre nachweisen. Aus der Analöffnung entleert sich ziemlich reichlicher, dünner, schmutziggrauer Eiter. Die makroskopische Diagnose wäre mit Rücksicht auf die geschwür-

artigen Veränderungen nicht leicht zu stellen, doch enthält der Eiter Gonococcen in grösserer Menge und typischer Anordnung. Die in Rede stehenden Geschwürs- und Fistelbildungen dürften nicht bloss in der Analblennorrhoe, sondern zum Theile auch in Syphilis ihre Ursache haben. Die Kranke befand sich vor $2\frac{1}{2}$ Jahren mit Papeln am Genitale und den Afterfalten auf der Klinik in Behandlung. Gerade bei lange bestehenden breiten Condylomen am After pflegen in Folge einer auf den Sphincter übergreifenden Myositis derartige Veränderungen aufzutreten. Es können allerdings auch bei blosser Rectalblennorrhoe, wie vor Kurzem Jullien beschrieben hat („fissure ulceree“) und wie noch vor wenigen Wochen ein solcher Fall an der Klinik beobachtet wurde, speckig belegte, schmerzhaft-einrisse an den stark geschwellten und infiltrirten Afterfalten sich ausbilden, die grosse Aehnlichkeit mit venerischen Geschwüren haben und über deren Provenienz erst die mikroskopische Untersuchung des aus dem Mastdarme auszudrückenden Eiters gleichwie die vorzunehmende Inoculation mit dem Geschwürseiter Aufschluss gibt.

Nobel bemerkt, dass zur sicheren Diagnose einer gonorrhoeischen Erkrankung die blosse Färbung der Coccen nicht ausreicht, vielmehr auch der Nachweis durch Züchtung derselben erbracht werden muss, da bereits eine Reihe von Mikroorganismen bekannt ist, die sich tinctoriell und morphologisch nicht von Gonococcen unterscheiden.

Rille bemerkt, dass er zum Theile der gleichen Ansicht sei, da er selbst schon lange vor Mittheilung der eben erwähnten Befunde wiederholt beispielsweise im Speichel bei diversen Mundaffectionen den Gonococcen morphologisch ganz entsprechende Diplococcen gefunden habe und beziehe er hierauf die vordem und neuerdings wieder aufgetauchte Annahme einer Blennorrhoe der Mundschleimhaut. Dass jedoch Fälle wie der von ihm vorgestellte als wirkliche Blennorrhoen aufzufassen seien, dürfe wohl als feststehend angenommen werden.

Rille demonstirt

III. den bereits von Hofrath Neumann vorgestellten Kranken mit papulo-pustulösem und tuberculösem Syphilid nebst scorbutischen Erscheinungen. Am Mons Veneris eine schmutzigbraune, datteltgrosse Narbe nach dem Primäraffect, die Efflorescenzen am Stamme und den Extremitäten grösstentheils knotig elevirt, dunkel gefärbt, kupferroth bis hämorrhagisch. An den Unterextremitäten schmutziglilvide und schiefergraue, hin und wieder auch geschwürig zerfallene schmerzhaft-Knotenefflorescenzen, beträchtlich grosse Knoten am Mundwinkel und in der Kinnfurche, an deren Oberfläche miliäre zu weichen, fettigen, leicht ablösbaren Krusten vertrocknende Pusteln. Bei diesem Kranken wurde ferner der Versuch gemacht, das bisher bloss intern in Pillenform verabreichte Jodquecksilberhämol (Kobert, Rille) als intramusculäre Injection (1:0:10:0 Paraffin. liquid.) zu geben. Während diese Injectionen bei zwei anderen Kranken, vorausgesetzt dass die Substanz in feinsten Verreibung injicirt wurde, gut vertragen wurden, haben sich hier wahr-

scheinlich in Folge der hämorrhagischen Diathese Blutungen in der Glutäalmusculatur und schmerzhafte Knoten und Infiltrate gebildet.

Kaposi demonstirt anschliessend einen Fall von Lepra, der differential-diagnostisch gegenüber von Lues interessant ist. Er betrifft einen 30jährigen Patienten aus Salonichi, dessen Geschwister und Eltern gesund sind. Die Erkrankung begann vor acht Monaten an der Dorsalfäche des linken Vorderarmes. Im Gesichte finden sich über dem Jochbogen links erbsengrosse Knoten, vor dem Ohre linsengrosse mit derb infiltrirtem Saume umgebene Knoten, einzelne tragen im Centrum eine Kruste, ähnliche vor dem rechten Ohre und in der Halskieferrinne, die durchwegsluetischen Efflorescenzen ähnlich sind. An der Innenfläche des linken Vorderarms bietet sich jedoch ein für Lepra typisches Bild. Von der Handwurzel bis zur Mitte des Vorderarms erstreckt sich eine aus unregelmässigen Scheiben sich zusammensetzende bronzefarbene Infiltration von unregelmässiger Begrenzung, stellenweise stärker vorragende Herde in derselben. Diese Partie ist vollständig anästhetisch. An der rechten oberen Extremität finden sich 15—20 bis erbsengrosse flacherhabene Efflorescenzen mit centraler Depression, während sie sonst bei der Rückbildung in der Gänze einsinken. An der Aussenseite des rechten Oberschenkels über dem Knie findet sich ein über flachhandgrosser Herd, dessen Centrum dunkelbraunroth infiltrirt, stellenweise mit Krusten bedeckt ist, während ringsum ein weniger infiltrirter Hof zu sehen ist. Also wieder eine an Lues erinnernde Efflorescenz. Aehnliche finden sich am linken Oberschenkel an der Glans penis. Interessant ist, dass in so kurzer Zeit die Knoten anästhetisch wurden, auch die ganz kleinen, und auch die Nachbarschaft der Knoten bis auf die doppelte Breite derselben ist ebenfalls hypästhetisch. Es wurde hochgradige Analgesie, Anästhesie, Thermoanästhesie im Bereiche des linken Ulnaris constatirt, ferner beginnende Atrophie des Interosseus primus. Der linke Ulnaris ist auch schmerzhaft. Auch an der Flachhand finden sich einige Knötchen, was wieder zu Verwechslung mit syphilitischer Psoriasis palmaris Anlass geben könnte. Bacillen konnten nicht nachgewiesen werden. K. erinnert auch an die 1887 gezeigte Patientin aus Reval, die Knötchen an Mundwinkeln, Nasenwinkeln, Flachhand, also gerade den Prädispositionsstellen der Syphilis darbot.

Popper demonstirt aus der Abtheilung des Professors Lang eine Pat., welche nebst mehrfachen Lupusherden im Gesicht und am Halse ein äusserst dicht gehäuftes kleinpapulös-pustulöses Exanthem über den ganzen Stamm und Extremitäten zeigt. Ein Initialaffect war nicht zu finden, eine Narbe an der hinteren Commissur wird wahrscheinlich einem solchen angehören.

Kaposi demonstirt

1. zwei Fälle von *Lupus erythemathodes*, der eine von der discoiden Form an der Nase, der andere betrifft den Schädel, von dem nur ein geringer Theil frei geblieben ist. Nach dem Vorgange von

Schütz in Frankfurt besteht die Behandlung in Pinselung mit vierfach verdünnter Solutio Fowleri. Nach 10—14tägiger Pinselung entwickelt sich eine Entzündung, mit deren Rückbildung auch die Affection zurückgeht. Es ist also eine analoge Wirkung wie die durch Jodtinctur oder Pyrogallussäure erzielte. Die Fälle, bei welchen die Infiltration in's subcutane Bindegewebe reicht, sind schwerer zu behandeln.

2. einen Fall von *Lupus vulgaris verrucosus* der linken Glutäalgegend vom Steissbein zum Trochanter zum Theil auf den Oberschenkel übergreifend, endet daselbst mit einer wulstigen, alten Narbe, in welche Lupusknötchen eingesprengt sind.

3. fünf Fälle von *Pemphigus* die wieder beweisen, dass die verschiedenen Formen von *Pemphigus* bei demselben Individuum beobachtet werden können.

Die erste Patientin hat an schwerem *Pemphigus foliaceus* gelitten, hat sich jedoch seitdem erholt, die Nachschübe sind selten und wie bei *Pemphigus vulgaris* ohne Tendenz zu peripherem Fortschreiten, nur hie und da frische Blasen, Pigmentscheiben deuten auf den langsameren Verlauf. Die Prognose ist also auch für den *Pemphigus foliaceus* bei entsprechender Behandlung keine so schlechte.

Auch eine zweite Pat., die einen schweren *Pemphigus serpiginosus* hatte, erholt sich nun, die Eruptionen treten spärlicher auf, der Ernährungszustand hebt sich.

Die dritte Pat. erkrankte vor zwei Monaten in acuter Weise, war dann acht Tage gesund, plötzlich traten wieder Blasen auf und zwar zunächst thalergrösse Erythemflecke, aus denen Blasen mit Tendenz zu serpiginösem Fortschreiten entstanden.

Der vierte Fall ist interessant, da er anfangs für ein *Erythema bullosum* gehalten wurde. Das Erythem ist eine Vorstufe des *Pemphigus*, doch war die Diagnose aus der atypischen Localisation am Oberschenkel, an der Brust zu stellen. Ueber dem Sprunggelenke entwickelte sich eine Blase von ungewöhnlicher Grösse über den ganzen vorderen Umfang des Beines. Die Grösse der Blasen bietet jedoch keine Gefahr, bloss deren Weiterschreiten.

Der fünfte Fall zeigt das Verhalten des *Pemphigus* in einer Remissionsperiode, wo sich keine eigentlichen Blasen bilden, sondern flüchtige Erytheme, mit vorübergehender seröser Transsudation. Bei dem Pat. traten zwischen den Scapula, auf der Wange, Nase linsen- bis kreuzergrosse Herde auf in Form von epidermislosen Scheiben, die nicht überhäuten wollten.

Rille demonstriert

IV. eine 21jähr. Kranke, Prostituirte, mit syphilitischem Primäraffect an der Vaginalportion. Die Portio apfelgross, das Orificium quereval, neben demselben rechts ein kreuzergrosser, scharf abgesetzter, kreisförmiger Substanzverlust mit 2 Mm. breitem, rothbraun glänzendem, im Niveau der Geschwürsbasis befindlichem Rande. Im Centrum des Geschwüres ein dichter, fest anhaftender, nicht abstreifbarer

weisslichgelber Belag, von der Oberfläche wird seröse Flüssigkeit in grosser Menge abgesondert. Da die Kranke noch nie geboren hat und keine Erosionen, Narben oder Einkerbungen bestehen, ist der Primäraffect scharf umschrieben, vollkommen typisch und ohne Weiteres diagnosticirbar. Die Leistendrüsen sind derzeit wallnussgross, bei Aufnahme am 13. d. M. waren dieselben von normaler Grösse. Die Drüsenvergrösserung ist demnach der Ausdruck der sich allmählig ausbildenden allgemeinen Drüsenanschwellung, die bekanntlich bei alleinigem Bestehen des Primäraffectes an der Vaginalportion ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines solchen an der Vulva oder sonst am äusseren Genitale nicht die tastbaren Inguinaldrüsen es sind, welche anschwellen, sondern die um das Collum uteri in der Bauchhöhle gelegenen Lymphdrüsen. Es besteht ferner Cubitaldrüsenanschwellung und beträgt die Krankheitsdauer seit der Infection sieben oder acht Wochen.

Die Localisation des syphilitischen Primäraffectes an der Vaginalportion ist nicht nur nicht selten, sondern zählt zu den häufigeren des weiblichen Genitales überhaupt. Auch Sklerosen in der Vagina sind nach Rille's Erfahrung keineswegs exceptionell selten.

Zum Protokolle der Sitzung vom 10. Februar d. J. sind noch die Details der vom Prof. Lang mitgetheilten Reinfection nach Excision nachzutragen:

Am 28. Mai 1892 wurde ein Mediciner mit einer deutlich entwickelten exulcerirten Sklerose auf meiner Abtheilung aufgenommen, wobei in der rechten Leiste erbsengrosse Drüsen zu tasten waren. Die letzte Infectionsgelegenheit (Coitus) fand am 1. Mai statt. 10 Tage später wurde ein rothes Knötchen in der Kranzfurche bemerkt, welches sich allmählig vergrösserte und am 17. Mai geschwürig zu zerfallen begann. Am 30. d. M. wurde die Sklerose in Bromäthylnarkose mit dem Paquelin ausgiebig zerstört und die Ausheilung der Abstossung und Granulation überlassen. Der Studiosus machte weiters keinerlei Wahrnehmungen an sich, bis im November des Jahres 1896, etwa eine Woche nach einem Coitus, ein rothes Knötchen an der Penishaut rechts (entfernt von der nach Paquelinisirung im Jahre 1892 zurückgebliebene Narbe) zu Tage trat, das im weiteren Verlaufe sich immer derber anfühlte. Am 15. Januar 1897 erschien ein deutlicher Ausschlag am Körper und am 22. d. M. erfolgte die Aufnahme des Patienten in das Studentenspital wegen eines maculo-papulösen Exanthems und Initialinfiltraten am Penis.