Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Jänner 1904.

Vorsitzender: Lesser.

Schriftführer: Saalfeld.

1. **Lilienthal** stellt aus der Neumannschen Kinderklinik ein Kind von 11 Wochen vor, welches nach Angabe der Mutter bereits seit der zweiten Lebenswoche an einer Hautaffektion besonders der Extremitäten litt. Auf den ergriffenen Stellen zeigten sich typische Knötchen von Lichen ruber planus; zum Teil sind dieselben noch jetzt sichtbar, zum Teil sind Pigmentationen vorhanden. Am linken Unterschenkel hatten sich die Knötchen zu größeren Plaques vereinigt. Die Genitalien, Rumpf und Gesicht sind frei, ebenso die sichtbaren Schleimhäute.

An den Zehen und Fingern haben sich zeitweise Krusten gebildet; die Inguinaldrüsen waren nicht geschwollen. Wenngleich Fälle von Erkrankungen bei Kindern im Alter von einigen Monaten schon beschrieben worden sind, so war bisher in der Literatur noch kein Fall erwähnt, in welchen bereits in der zweiten Lebenswoche Erscheinungen vorhanden waren.

Blaschko hält die Diagnose für zweifellos. Das frühe Auftreten scheint gegen die parasitäre Theorie des Lichen ruber zu sprechen. Die zurückgebliebenen Pigmentierungen zeigen sich in deutlichen geschwungenen Linien, welche mehr die Verbreitung durch die Lymphgefäße als durch Nerven wahrscheinlich machen.

Wechselmann findet einen mehr strichförmigen Charakter, so daß man eher an einen angeborenen Nävus mit Lichen ruber planus denken kann.

Rosenthal erinnert sich, daß vor mehreren Jahren in der Gesellschaft behauptet worden war, daß in der Neumannschen Kinderklinik häufiger Fälle von Lichen ruber planus bei jungen Kindern gesehen wurden. Da die Tatsache bezweifelt wurde, so fragt R. angesichts der feststehenden Diagnose des vorgestellten Falles, ob wirklich häufigere Beobachtungen gleicher Art gemacht worden sind.

Neumann hält den Lichen ruber planus bei Kindern für außerordentlich selten.

Lilienthal schließt sich dieser Ansicht an.

2. **Silex** stellt 2 Fälle von Argyrosis vor, welche beide nach therapeutischen Eingriffen entstanden sind. Der erste Patient, welcher an allgemeiner Argyrosis leidet, nahm wegen einer Sehnervenatrophie infolge von Tabes lange Zeit Argentum nitricum; im ganzen hat er vielleicht 12 gr verbraucht. Im Vergleich zu den in der Literatur bekannten Angaben ist diese Dosis keine große. Die Färbung erstreckt sich über den ganzen Körper und das Gesicht, die Nägel sind eigen-

tümlicherweise frei geblieben; die Schleimhaut des Mundes ist in deutlichster Weise befallen ebenso wie das Trommelfell. Der zweite Patient wurde wegen Conjunctivitis ein halbes Jahr hindurch mit Pinselungen einer 1%igen Argentumlösung behandelt. Die Conjunctivae palpebrarum sowie auch die des Bulbus sind in außerordentlichem Maße ergriffen. Mikroskopisch zeigte sich das Epithel im ganzen frei, dagegen befinden sich die Silberalbuminate in den Papillen, dem Corium und namentlich den Schweißdrüsen; auch die Haarwurzeln sind an einzelnen Stellen in Mitleidenschaft gezogen. Die Ursache dieser Verfärbung sowie der schwarzen Linie, welche zwischen Epithel und Corium liegt, ist in den von ihm untersuchten Fällen nicht gefunden worden. Ophthalmologen haben öfter Gelegenheit zu sehen, daß auch das Epithel nicht in den oberflächlichen, aber in den tieferen Schichten ergriffen wird. Von dort aus breitet sich die Affektion in den Papillen und in den elastischen Fasern aus. Wahrscheinlich bildet der Höllestein in Verbindung mit der intrazellulären alkalischen Gewebsflüssigkeit Silberalbuminate. Bei dem einen Patienten sind die elastischen Fasern in keiner Weise tingiert, wie das sonst angenommen wird.

Lesser glaubt, daß die Abnahme der allgemeinen Argyrie auf die weniger häufige Anwendung des Arg. nitr. zurückzuführen ist. Die schwarzen Punkte finden sich am meisten in der oberen Schicht des Papillarkörpers unterhalb der Pallisadenzellen. Die elastischen Fasern sind nur bei lokaler Argyrie verfärbt. Auch nach kleineren Dosen wurde Argyrie beobachtet, wenn das Medikament auf einmal oder auf einige Male verteilt verordnet wurde, so z. B. bei Ulcus ventriculi, wo Eingießungen von Arg. nitr.-Lösung vorgenommen wurden. L. glaubt nicht, daß man eine Silbereiweißverbindung annehmen kann.

Heller ist nicht davon überzeugt, daß die schwarzen Körnchen in der Membrana propria der Schweißdrüsen mit den elastischen Fasern in Verbindung stehen; auch die Nägel scheinen ihn in dem vorgestellten Falle wenn auch im geringen Grade grau verfärbt zu sein. Gerade hierin beruht ein Unterschied mit dem Morbus Addisonii. Lewin bezog die Schwarzfärbung der elastischen Fasern auf reduziertes Silber.

Blaschko ist ebenfalls der Ansicht, daß sich das Silber überall niederschlägt, wo elastische Substanz vorhanden ist. Der Unterschied bei der lokalen Argyrose beruht darin, daß das metallische Silber im Gewebe liegt und erst gelöst werden muß; aus dieser Lösung fallen dann erst die kleinen Körnchen aus. Bei seinen früheren Untersuchungen über diesen Gegenstand hatte er die Präparate zusammen mit Liebreich durchgesehen. Letzterer sprach die Vermutung aus, daß das Silber im Gewebe oxydiert werde, sich im alkalischen Gewebsaft löse und auf der elastischen Substanz als Schwefelsilber niederschlage. Nach der Analogie des Kolloidsilbers, welches ein lösliches metallisches Silber darstellt, wäre es denkbar, daß sich auch ohne Oxydation das Silber löst. B. richtet an den Vortragenden die Frage, ob er annimmt, daß in den vorgestellten Fällen eine Idiosynkrasie vorhanden gewesen sei, da eine große Anzahl von Patienten keine Argyrose zeigt.

Silex glaubt, daß die lange Zeit behandelten Patienten Erscheinungen von Argyrose zeigen, während bei denjenigen Patienten, die nur

kürzere Zeit Arg. nitr. bekommen hatten, nicht sichtbare Spuren vorhanden sind. Die lokale Argyrose entsteht häufig bei der Anwendung des Argentum durch Pinselungen, weil hierdurch das oberflächliche Epithel leichter verletzt wird. Nach Koberg liegt diesen Niederschlägen eine Albuminatverbindung zu Grunde.

3. **Baum** stellt einen Fall von *Acne urticata* vor, einer Affektion, die zuerst von **Kaposi** beschrieben worden ist und von der bisher nur wenige Fälle in der Literatur bekannt sind. Er selbst hatte drei einschlägige Patienten bereits in der Breslauer Klinik beobachtet. Der Beginn der Affektion zeigt sich in kleinen papulösen Effloreszenzen, welche wie Mückenstiche aussehen und deren Kuppe mit Schorf bedeckt ist. Letzterer wird durch den infolge des heftigen Juckreizes hervorgerufenen Kratzeffekt erzeugt. Die Effloreszenzen heilen mit Narben und Pigmentbildung ab. Bei der vorgestellten Patientin ist innerhalb drei Monaten ein Heilungserfolg erzielt worden. Bemerkenswert ist der kolossale Juckreiz, welchen die Affektion hervorruft, so daß eine heftige Infiltration an den aufgekratzten Stellen entsteht. Die Follikeln werden erst in zweiter Stelle ergriffen; im dritten Stadium führt die Affektion zu Nekrose und Narbenbildung. Eine genaue Ursache war in bisherigen Fällen nicht aufzufinden. Dyspepsien und Dysmenorrhöen sind als ätiologische Momente in Betracht zu ziehen. Man kann annehmen, daß eine mit der Urticaria verwandte autotoxische Dermatose vorliegt.

Pinkus glaubt, daß es sich um eine stark ausgeprägte Urticaria papulosa handelt, welche durch Stoffwechselanomalien hervorgerufen wird. Der von **Kaposi** herrührende Name ist wenig geeignet.

Wolters hat mehrere Fälle auch mikroskopisch untersucht und ist der Überzeugung, daß eine Urticaria zu Grunde liegt, die ihren Sitz um den Follikel hat; charakteristisch ist der Juckreiz, welcher erst aufhört, wenn der Patient mit seinen Nägeln die ganze Effloreszenz herausgekratzt hat. In seinen Fällen war oft schwere Obstipation vorhanden. Der eine Patient wurde durch eine exakt durchgeführte diätetische Behandlung geheilt, ebenso wirken Chinin und Ergotin vorteilhaft.

Lesser macht darauf aufmerksam, daß auch bei der Gicht ähnliche Eruptionen vorkommen, welche sich durch die Chronicität und das starke Jucken auszeichnen.

Pinkus ist der Ansicht, daß erst durch eine hinzutretende Infektion oder eine sonstige Reizung die Follikel sekundär ähnlich wie beim Strophulus ergriffen werden.

Baum fand bei der mikroskopischen Untersuchung keine primäre Erkrankung der Follikeln. Mit der Urticaria necrotica kann die Affektion nicht verwechselt werden, da der Substanzverlust erst durch das Kratzen hervorgerufen wird. Eine Stoffwechselstörung scheint ätiologisch bei der Entstehung die Hauptrolle zu spielen.

4. **Pinkus** stellt einen Fall von ausgedehntem Lichen ruber planus vor, bei welchem sich typische Effloreszenzen an den Follikeln zeigten, von denen sich die Affektion erst weiter ausbreitete; deutlich ist der Unterschied zwischen dieser Affektion und der Pityriasis rubra pilaris.

5. **Diskussion** über den Vortrag von **Posner**: Demonstration von Harn- und Sekretpräparaten.

Lesser findet den Vorzug der Osmiumsäure besonders darin, daß kein anderes Mittel die Zellen in so treffender Weise fixiert. Die Präparate halten sich oft Jahrzehnte hindurch; die Unannehmlichkeiten, welche die Einatmung hervorruft, sind nicht zu unterschätzen.

Heller kann sich der Ansicht nicht anschließen, daß die Anwesenheit einkerniger Leukocyten im Sekret keinerlei diagnostischen Schluß zuläßt. Dieser Befund läßt nach seiner Überzeugung zwar keinen Rückschluß auf das Alter der Gonorrhoe zu, jedoch auf die Akuität des Prozesses. Mit Abnahme des akuten Stadiums treten die mehrkernigen Leukocyten an Zahl vor den einkernigen zurück.

Adler hatte Gelegenheit häufiger in der Ledermannschen Klinik Präparate nach der May-Grünwaldschen Methode zu färben und zu beobachten, daß die Methode nicht zu selten vollständig versagt.

Blaschko hat die Präparate von Posner gesehen und sich davon überzeugt, wie wertvoll diese Färbung für die Diagnose der Sedimente und der morphologischen Bestandteile ist. Was die Gonokokken anbetrifft, so glaubt er, daß die von Pappenheim empfohlene Methode noch deutlichere Bilder liefert. Die Färbung hiermit dauert zwei mit drei Minuten; außerdem hat diese Methode den Vorzug, die Ulcus molle Bazillen erkennen zu lassen, nur muß man darauf achten, daß die Objektträger genügend abgekühlt sind.

Posner erkennt die Vorzüge der Pappenheimschen Methode an; die May-Grünwaldsche Färbung hat aber den Vorzug, daß das Präparat sofort, ohne daß es vorher erwärmt ist, gefärbt werden kann. Daß das Reagens nicht konstant färbt, ist zuzugeben. Das Auftreten zahlreicher mononucleärer Zellen läßt nach seiner Überzeugung keinen Rückschluß auf einen schon vorgeschrittenen Prozeß zu, wie dies nach der Ansicht von Pappenheim der Fall sein soll.

6. Heller: Über Phlebitis gonorrhoeica.

Heller bespricht die Phlebitis gonorrh. an der Hand von 23 aus der Literatur gewonnenen Fällen und berichtet folgenden eignen Fall: Der 29jährige Pat. hatte vor Jahren Syphilis durchgemacht, war aber seit langer Zeit frei von Erscheinungen. Im August 1903 infizierte er sich an Gonorrhoe; als er im Oktober in Behandlung kam, bestand Urethritis anterior et posterior und Prostatitis. Die Erscheinungen schwanden unter entsprechender Behandlung. Am 1. November erkrankte Pat. mit Schmerzen in der linken Wade. Auf Druck zeigte sich im unteren Drittel des Unterschenkels ein schmerzhaftes Infiltrat, das sich einen Tag später als eine Phlebitis im Bereiche der Vena saphena minor herausstellte. Zugleich trat eine Phlebitis im Verlauf des rechten Plexus pampiniformis auf. Einige Tage später wurde noch eine mehr zentral gelegene Stelle der Vena saphena ergriffen. Innerhalb 3 Wochen war unter Hochlagerung, antiphlogistischer Behandlung und Anwendung von grauer Salbe der Prozeß abgelaufen. H. sucht den Zusammenhang der Phlebitis mit der Gonorrhoe eingehend zu begründen.

Palm behandelte einen 56jährigen Herrn, welcher im Anschluß an eine Gonorrhoe eine starke Reizung des Penis und eine Prostatitis bekam. Hieran schloß sich eine Endokarditis an. 8—10 Tage später traten in der linken Wade Schmerzen auf, welche durch einen harten

3 Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

phlebitischen Strang hervorgerufen wurden. Nach 5 Wochen trat vollständige Heilung ein, nur eine Schwellung des Unterschenkels ist noch zurückgeblieben.

Rosenthal macht auf eine wenig beschriebene Form der Phlebitis aufmerksam, welche im Unterhautzellgewebe des Präputium oder des Präputialrestes mitunter auftritt. Nach Ablauf der Affektion bleiben ein kleiner harter Strang zurück, welcher auf eine vollständige Obliteration der Vene schließen läßt. Die Phlebitis selbst verläuft ziemlich symptomlos; mehrfach haben diese Reste von Phlebitis Veranlassung zu diagnostischen Schwierigkeiten gegeben, indem sie von anderer Seite für Initialaffekte gehalten wurden.

Hoffmann erwähnt, daß Fälle infektiöser Phlebitis im Anschluß an Gonorrhoe und Syphilis besonders von französischen Autoren beschrieben worden sind. Er selbst hat 40 Fälle von Phlebitis im Anschluß an Syphilis in der Sekundärperiode zusammen gestellt. Was die gonorrhoeische Phlebitis anbetrifft, so wurde ein Fall, welcher unter der Diagnose Lymphangitis metastatica hier vorgestellt war, später als Phlebitis erkannt. In diesem Fall war im Anschluß an die Gonorrhoe eine Epididymitis und eine Arthritis gonorrhoeica entstanden. Drüsen waren fast gar nicht geschwollen. Die Differentialdiagnose zwischen Lymphangitis und Phlebitis ist keineswegs immer leicht. Derartige infektiöse Phlebitiden kommen aber auch nach anderen Infektionskrankheiten, wie Typhus, Gicht, Malaria und Influenza vor. Die syphilitischen Phlebitiden treten in der Mehrzahl in den Frühperioden auf und zwar meist wenige Monate nach der Infektion entweder zugleich mit dem ersten Erscheinen des Exanthems oder in einem frühen Rezidiv. In seltenen Fällen finden sich auch tertiäre Phlebitiden. Vielleicht kommt eine solche im Falle des Herrn Heller in Betracht, möglicherweise sind auch zwei ätiologische Momente in Betracht zu ziehen, indem das gonorrhoeische Virus auf Grund der durch die alte Lues hervorgerufenen Disposition die Krankheit erzeugt hat.

Heller tritt dieser letzten Auffassung entgegen, da bei Erkrankungen der Gefäße Veränderungen an der Intima oder an der Media vorhanden sein müssen, welche zu Thrombosenbildungen führen und daher nicht übersehen werden können; außerdem hat der Patient seit Jahren kein Zeichen von Lues gehabt. Analoge Fälle finden sich nicht zu selten in der Literatur.

6. Palm berichtet über einen in der Gesellschaft im Dezember 1899 vorgestellten Fall von Pityriasis rubra pilaris. P. sah den Patienten erst im Jahre 1903 wieder. Die Affektion war in der Zwischenzeit fast vollständig geschwunden, nur an den Ellenbogen und unterhalb der Patella waren noch einzelne Residuen zu finden. Angeblich hatte sich die Affektion infolge von häufigen Bädern und Einreibungen von Borvaseline zurückgebildet. Dieser therapeutische Erfolg beweist ebenfalls den Unterschied zwischen Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris.

O. Rosenthal.