Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 19. November 1905.

Vorsitzender: Blaschko.

Schriftführer: Bruhns.

1. **Blank** stellt einen 26jährigen Bildhauer vor, welcher seit $5\frac{1}{2}$ Jahren auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten vereinzelte, kaum linsen- bis bohnen große, leicht erhabene, rote Effloreszenzen zeigt, die mit dünnen Schüppchen bedeckt sind. Am Präputium und der Haut des Penis befinden sich einige leicht papulöse Effloreszenzen. Nirgends war ein Zusammenfließen der Effloreszenzen zu beobachten; sonstige Krankheitssymptome waren bei dem Patienten nicht vorhanden. B. faßt die Affektion als *Pityriasis lichenoides chronica* auf, welche auch unter dem Namen *Exanthema psoriasiforme lichenoides*, *Dermatitis psoriasiformis nodularis*, *Parakeratosis variegata* und *Lichen variegatus* beschrieben worden ist. Brocq hält die Affektion, ebenso wie die *Erythrodermie pityriasique* ou *plaques disséminées* für eine Unterart der *Parapsoriasis*, eine Auffassung, die von Jadassohn und Rille bestritten wird. Der vorgestellte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß vereinzelte, punktförmige Blutungen beim Abkratzen der Schuppen aufgetreten sind. Mikroskopisch bestehen parakeratotische und entzündliche Veränderungen. Die Therapie ist bisher machtlos gewesen, wenngleich spontane Rückbildungen beobachtet worden sind.

2. **Blank** demonstriert ein aseptisches Tascheninjektionsbesteck, welches den Zweck hat, allen Kranken, die wegen Gonorrhoe oder eines anderen Leidens eine medikamentöse Einspritzung in die Harnröhre machen sollen, die Vornahme derselben in sauberer, einwandsfreier Weise zu ermöglichen.

3. **Isaac, R., II.**, stellt einen Patienten vor, welcher im J. 1894 an Lues infiziert war und der im Jahre 1893 eine doppelseitige Inguinaldrüsen-Exstirpation durchgemacht hat. Seit ungefähr 11 Tagen bemerkte Patient ein starkes, plötzliches Anschwellen des Skrotums und des Membrums, ohne daß sich ein anderer Grund als die Drüsenoperation für diese Lymphstauung eruieren läßt.

4. **Blaschko** stellt zwei Fälle von idiopathischer Hautatrophie vor. In dem ersten Fall sind seit einer Reihe von Jahren die oberen und unteren Extremitäten befallen. An einzelnen Stellen des Körpers ist die Atrophie so außerordentlich entwickelt, daß die Cutis wie eine dünne Glasplatte durchsichtig ist. An den unteren Extremitäten ist die Erkrankung herdförmig aufgetreten. In der Umgebung der Knie sind handbreite, atrophische Flächen sichtbar, die den äußersten Grad der

Atrophie zeigen. Wahrscheinlich sind diese Stellen in der Erkrankung aus dem Grunde vorgeschritten, weil sie beim Knien auf dem Erdboden einem mechanischen Insult ausgesetzt waren. Sowohl die Cutis als auch die Bindegewebs- und elastischen Fasern sind extrem gedehnt. Im übrigen besteht an einzelnen Stellen noch ein ödematöser Zustand und am anderen ein geringerer Grad von Atrophie. Im Gegensatz zu diesem Fall ist bei der zweiten Patientin, einem jungen Mädchen von 17 Jahren, die Erkrankung in den allerersten Anfängen. Der Fall ist bereits vor einigen Jahren, als die ganze Erkrankung noch nicht so bekannt war, als Erythrodermie veröffentlicht worden. Später hat B. sich davon überzeugt, daß auch in diesem Falle das Anfangsstadium der idiopathischen Hautatrophie vorliegt. Bis jetzt ist nur Ödem, Rötung und Cyanose zu sehen, eine Atrophie ist noch nicht ausgebildet. Ätiologisch ist in diesem Fall nichts besonderes zu eruieren; möglicherweise ist die Patientin einmal barfuß gegangen oder hat sich längere Zeit in kalten Räumen aufgehalten. In dem andern Falle haben wahrscheinlich Temperatureinflüsse eingewirkt; die Frau hat viel mit kaltem Wasser zu tun gehabt. Was aber in dem weniger ausgebildeten Fall besonders bemerkenswert erscheint, ist die Tatsache, daß an den erkrankten Stellen die Temperatur wesentlich geringer ist als an den gesunden Stellen. Hierdurch wird der Beweis geliefert, daß die Herxheimersche Benennung „Acrodermatitis atrophicans“ vielleicht nicht zutreffend ist, möglicherweise liegt diesem Prozeß eine Angioneurose, eine Gefäßerweiterung mit Stauung zu Grunde.

Lippmann verfügt über einen Fall, bei dem die verschiedenen Entwicklungsstadien der Erkrankung recht charakteristisch ausgesprochen sind. Die Hände sind atrophisch, auf den beiden Fußrücken ist eine atrophische Narbe sichtbar, an den Unterschenkeln bestehen Varikositäten und weiterhin eine Stauungsröte; an den oberen Extremitäten ist eine deutliche Atrophie der Haut vorhanden. L. möchte sich der Ansicht Jarischs anschließen, daß alle diese Fälle als Atrophie bezeichnet werden müssen und daß wahrscheinlich in den meisten Fällen der entzündliche Ausgangspunkt nicht beobachtet wird. Nicht selten sieht man nur die Atrophie, in anderen Fällen aber die verschiedenen Stadien des Erythems und der Stauungsröte. In dem von ihm vor einiger Zeit vorgestellten Falle war eine intensive Erfrierung vorangegangen, da der Patient 3 Tage im Schnee gestanden hatte. Möglicherweise muß auch die Erythromelalgie in das Gebiet der Atrophia cutis miteingezogen werden.

Heller hat auf dem internationalen Dermatologen-Kongreß zwei Fälle von Hautatrophie vorgestellt und hierbei mit Neumann, einem der Begründer der Lehre der idiopathischen Hautatrophie, in der Diskussion festgestellt, daß nach Neumanns Ansicht jeder Fall von idiopathischer Hautatrophie mit entzündlichen Veränderungen einsetzt. Heller ist der Ansicht, daß man nicht alle Fälle dieser Kategorie in ein einziges Schema hineinzwängen darf. Wenngleich Fälle vorhanden sind, wo die entzündlichen Prozesse im Anfangsstadium deutlich hervortreten, so sind andererseits Fälle beschrieben, in denen von einer Entzündung nicht gesprochen werden kann, bei welchen aber die Veränderung der Gefäße, gewöhnlich eine Venenerweiterung, das primäre Sympton darstellt. Die dritte Kategorie von Fällen umfaßt diejenige, bei welchen die Erkrankung als eine naevusartige auftritt, mithin die erste Anlage bereits

in frühester Jugendzeit vorhanden ist und eine weitere Entwicklung erst dann stattfindet, wenn sich die Naevi in den späteren Lebensjahren weiter ausbilden. In diesen Fällen fehlt jedes entzündliche Stadium. Alle drei Kategorien erzeugen schließlich dasselbe Endstadium des atrophischen Prozesses.

Blaschko glaubt, daß die Annahme dreier so verschiedener Ursachen nicht berechtigt ist, da nach seiner Überzeugung ein Naevus, eine Angioneurose und eine Hautentzündung nicht so gleichartig verlaufen können. Der idiopathischen Hautatrophie liegt im wesentlichen ein einheitlicher Prozeß zu Grunde. Wenn in dem von ihm vorgestellten Fall bei Beginn der Erkrankung eine Temperaturherabsetzung und keine Erhöhung besteht, so spricht diese Beobachtung nicht für diesen einen Fall, sondern für alle. Die Frage bleibt nur bestehen, ob man aus einer solchen Herabsetzung der Temperatur notwendigerweise den Schluß ziehen muß, daß ein entzündlicher Prozeß nicht vorhanden ist; andererseits wissen wir, daß mit neurotischen Zuständen zeitweise ganz leichte Entzündungen einhergehen.

Lippmann macht noch auf einen von Jadassohn veröffentlichten Fall dieser Art aufmerksam, bei welchem ebenfalls eine blasenartige Atrophie am Arm sich ausbildete, wie in dem vorgestellten Fall.

5. **Pinkus** zeigt das Bild einer alten Frau, bei welcher sich auf der Stirn ein Pigmentstreifen als Rest einer vorangegangenen streifenförmigen Sklerodermie befindet. Ferner stellt er eine junge Dame vor, welche einen langausgedehnten Streifen von Sklerodermie am Arm zeigt. Die Affektion soll vor zwei oder drei Jahren aufgetreten sein und sich zuerst durch eine livide Verfärbung kenntlich gemacht haben. Nach einiger Zeit traten dann noch einige neue Stellen auf dem rechten Daumen und auf dem Oberarm hinzu. Das typische Bild der Sklerodermie ist an diesen Stellen jetzt noch sichtbar; eigentümlicherweise lokalisiert sich diese Art von Sklerodermie am Arm besonders häufig. Ein Zusammenhang mit den Nerven ist wohl auszuschließen; viel eher ist ein Zusammenhang mit dem Gefäßsystem anzunehmen; in dem von P. vor einigen Jahren vorgestellten Fall von streifenförmiger Sklerodermie bestand auch ein gewisser Zusammenhang mit dem Verlauf einer großen Vene.

6. **Saalfeld** stellt eine 27jährige Patientin vor, die vor ungefähr 5 Jahren einen Psoriasisplaque am rechten Unterschenkel bekam. Dann ging die Affektion auf den anderen Unterschenkel über und seit dreiviertel Jahren hat sich das Leiden über den Rumpf ausgedehnt. Augenblicklich besteht das typische Bild einer Psoriasis verrucosa oder tuberosa in einer Ausbildung, wie sie selten zu sehen ist. Seit einer Reihe von Wochen ist die Patientin zum ersten Mal behandelt worden: zuerst mit Arsenik; am rechten Unterschenkel sind einige Röntgenbestrahlungen vorgenommen worden mit dem Resultat, daß die Borkenbildung abgefallen ist.

7. **Saalfeld** demonstriert einen Warzen-Exstirpator. Die beiden Branchen des pinzetteartigen Instrumentes bestehen aus einem Halbkreis, an dem sich 5 Nadeln befinden. Letztere sind aus Silber hergestellt und am vorderen Teile vergoldet. Sie werden an die Basis der zu exstirpierenden Warze gelegt und der negative Strom dann eingeschaltet. Auf diese Weise werden mehr Punkte, als sonst bei dem bisherigen Verfahren üblich war, der elektrischen Stromeinwirkung ausgesetzt.

8. **Saalfeld** demonstriert ein Schamhaar, welches mit einem Knötchen versehen ist, bei dem man unter dem Mikroskop eine deutliche Schleifenbildung erkennt. Besteht die Affektion auf dem Kopfhaar, so ist vielleicht anzunehmen, daß sie durch mechanische Insulte hervorgerufen ist.

Pinkus erwähnt, daß diese Schleifenbildung an den Haaren recht häufig zu sehen ist, namentlich an schlichtem und plattem Kopfhaar von Erwachsenen.

9. **Bruhns** demonstriert mikroskopische Präparate von Aorten-erkrankung bei hereditärer Syphilis. Wenn auch die syphilitische Ätiologie der Aortitis mehr Anhänger gefunden hat als früher, so sprechen noch immer gewichtige Stimmen, wie Baumgarten und Marchand, gegen die von Chiari als spezifische Form aufgestellte Meso-aortitis. Die für die Aortitis außer Syphilis in Betracht zu ziehenden Momente sind vor allem Arteriosklerose, gewisse Infektionskrankheiten, wie Influenza und Typhus, und Alkoholismus. Bei der hereditären Syphilis fallen diese Veranlassungsmomente fast ganz fort. Aus diesem Grunde hat B. bei 9 Kindern mit hereditärer Lues die ganze Brustaorta in Serienschnitte zerlegen lassen. 8 der syphilitischen Kinder waren tot geboren und eines im Alter von 3 Monaten gestorben. Im Vergleich hierzu wurde die Brustaorta von mehreren totgeborenen aber nichtsyphilitischen Neugeborenen untersucht. Die 9 hereditär syphilitischen Kinder zeigten sämtlich absolut sichere Symptome von Lues und keinerlei sonstige in Betracht kommende Anomalien. Von diesen 9 Fällen wurden in 6 Fällen ausgesprochene Veränderungen der Aorta gefunden. In 2 Fällen bestand ein ausgeprägtes Zellinfiltrat im äußeren Drittel der Media, welches größtenteils aus mononukleären Leukocyten und einer geringen Anzahl polynukleärer und grosser, epitheloider Zellen bestand. Riesenzellen und Nekrosen waren nicht vorhanden, sodaß man höchstens von einem Vorstadium einer Gummabildung sprechen kann. Ferner waren in der Adventitia in allen 6 Fällen begrenzte, aus kleinen Lymphocyten bestehende Zellinfiltrate vorhanden. Die Infiltrate der Adventitia setzten sich zum Teil auf die Media fort, die Intima war ganz unverändert. In dem einen Fall waren durch das Infiltrat die elastischen Fasern der Media auseinandergezerrt. Die Veränderungen hatten ihren Sitz hauptsächlich in der Aorta ascendens, im Arcus oder in dem Teile der Descendens, der dicht unter dem Arcus liegt. B. bringt die Veränderungen mit der durch andere Erscheinungen zweifellos festgestellten Syphilis in Verbindung. Vor 14 Tagen ist aus dem Weichselbaumschen pathologischen Institut von Wiesner eine Arbeit veröffentlicht worden, in welcher sogar in 9 unter 10 Fällen bei hereditärer Syphilis eine Aortitis nachgewiesen wurde. Dieses Vorkommen einer Aortitis bei hereditärer Syphilis berechtigt die analogen Veränderungen bei Erwachsenen ebenfalls mit einer vorhergegangenen Syphilis in Zusammenhang zu bringen.

Fritz Lesser betont die Schwierigkeit, die syphilitische Natur derartiger Zellinfiltrationen zu erkennen. Ferner vermißt L. die Erwähnung der Marchandschen Follikelanhäufung in der Adventitia, da dieluetische Veränderung der Gefäße besonders in die Media und in die Intima verlegt werden; möglicherweise treten auch bei Lues die Marchandschen Follikel deutlicher mikroskopisch hervor. L. fragt, ob auch makroskopisch an diesen Aorten etwas zu bemerken war und besonders, ob Fältelungen der Intima vorhanden waren, welche man heute als sicher syphilitisch annimmt.

Bruhns erwidert, daß makroskopisch nichts gesehen werden konnte; die Fältelungen der Intima kommen erst dann zu stande, wenn sich die gummösen Prozesse zurückbilden und mit Narbenretraktion zur Ausheilung gelangen. In seinen Fällen war eine Gummabildung noch nicht vorhanden. In einem von Wiesner beschriebenem Fall, welcher ein Kind betraf, das erst drei Monate nach der Geburt gestorben war, waren neben Andeutungen dieser Fältelungen auch in der Wand Gummabildungen zu finden. Ferner betont B., daß nach seiner Überzeugung die von ihm gesehenen Zellinfiltrate mit den Marchandschen Anhäufungen nicht identisch sind.

O. Rosenthal.