Verhandlungen der Breslauer Dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 13. Dezember 1902.

Vorsitzender: Neisser.

Schriftführer: Chotzen.

1. Herr Halberstaedter stellt eine eigenartige Form von *Keratosis follicularis* (Lichen pilaris spinulosus?) vor.

Der 13 Jahre alte Knabe stammt aus gesunder Familie und war bisher nicht ernstlich krank. Im Juli 1902 zeigte sich auf dem Kopf starke Schuppenbildung und Haarausfall, dann traten allmählich gelbrote schuppene Herde auf Nacken, Rücken, Brust, Bauch und Extremitäten auf. Als der Knabe am 22. Oktober 1902 in unsere Beobachtung trat, konnte folgender Status erhoben werden: Der Knabe war im allgemeinen schwächlich gebaut, Fettpolster und Muskulatur gering entwickelt. Die inneren Organe zeigten keine krankhaften Veränderungen, Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die cervikalen, nuchalen und inguinalen Lymphdrüsen mäßig vergrößert. Über den ganzen Körper verbreitet zeigte sich damals eine aus teils isolierten, teils konfluerten Plaques von Markstück- bis Handtellergröße bestehende Dermatose. Die Herde waren an der unteren Extremität ziemlich gleichmäßig auf Streck- und Beugeseite verteilt, an der oberen nur in den Ellenbeugen lokalisiert, über Vorder- und Rückseite des Stammes gleichmäßig ausgebreitet. Juckreiz bestand nicht. Die einzelnen Plaques bestanden aus hauptsächlich auf die Follikel beschränkte, ziemlich dicht aneinander gesäte leichte Hyperkeratosen, welche das Niveau der Haut nicht erheblich überragten und mit kleinen, fest haftenden Schüppchen bedeckt waren. Die Herde zeigten eine diffuse, zarte, hellbraune Pigmentierung, die namentlich an älteren, scheinbar im Abheilen befindlichen Stellen eine stärkere war. Alle diese Verhältnisse können Sie deutlich auf der s. Z. angefertigten Moulage erkennen. Ähnliche Pigmentation fand ich in Form von Flecken auch an Stellen, die sonst gesunde, resp. abgeheilte Haut zeigten, z. B. an der Innenseite der Oberschenkel, wo dies jetzt noch deutlich zu sehen ist. Ein eigenartiges Bild zeigt noch jetzt der Hals. Derselbe ist im ganzen tiefbraun pigmentiert bis auf einzelne, hellere, circumscripte Herde, so daß zunächst das Bild eines Leukoderm vorgetäuscht wird. Es ist wohl anzunehmen, daß dieser relative Pigmentmangel auf die erhöhte Epilhelproliferation, die mit der Erkrankung zusammenhängt, zurückzuführen ist. Hände,

Füße und Gesicht waren frei. Der Kopf, der jetzt kaum noch etwas auffälliges zeigt, war stellenweise mit dicken, öligen, weichen Borken bedeckt, die Behaarung war gelichtet, teils diffus, teils auf einzelne mehr circumscripte, kleinere und größere Plaques beschränkt; an den affizierten Stellen war eine reichliche Produktion fest haftender, fettiger Schuppen bemerkbar. Auch hier bestand eine ganz leichte, auf die Follikel lokalisierte Hyperkeratose, doch hier geringer ausgesprochen, als auf den Körperherden.

Wiederholt angelegte Kulturen und mikroskopische Untersuchungen von ausgezogenen Kopfharen, ebenso von Schuppen und Haaren der Körperherde blieben stets negativ.

Auf Alt-Tuberkulin, das zu $\frac{1}{10}$, 1, 2 u. 5 mg injiziert wurde, trat keine allgemeine und örtliche Reaktion ein. Der Kopf heilte unter Behandlung mit Schwefelvaseline ab, die Körperherde unter Chrysarobin-Behandlung, durch welche eine lamellöse Schuppung hervorgerufen wurde. Am 16. November wurde der Knabe entlassen und zeigt sich nun nach einem Monat wieder. Am Körper sind jetzt, entsprechend der Lokalisation der früheren Herde, Gruppen von kleinsten, rein follikulären, hyperkeratotischen, wie mit feinsten Stacheln versehene Effloreszenzen von weißlicher Farbe sichtbar, ohne daß eine eigentliche Schuppung besteht. Manche sind flach und erinnern etwas an Lichen ruber planus. Neue Stellen sind nicht befallen worden. Auf dem Kopf sind die Haare gut nachgewachsen, die früheren Alopecieherde kaum noch sichtbar, keine Schuppung mehr vorhanden.

Bei der Differentialdiagnose können wir zunächst ausschließen, daß es sich, sowohl am Kopf, wie am Körper, um eine der bekannten Pilzkrankheiten, die in das Gebiet der Trichophytien gehören, handelt, da die wiederholt angelegten Kulturen und mikroskopische Untersuchung von Haaren und Schuppen stets negativen Befund zeigten.

Da das Exanthem auf Alt-Tuberkulin absolut keine Bedeutung einer Reaktion zeigte, können wir auch ein Lichen scrofulosorum ausschließen.

Für das von Boeck (Arch. für Dermatologie u. Syphilis, XXXII, p. 186) beschriebene „Eczema scrofulosorum“, das seiner Ausbreitung und Lokalisation nach wohl in Betracht kommen könnte, waren die affizierten Hautpartien doch zu wenig infiltriert, auch fehlte das stellenweise Auftreten von nässenden und krustenbildenden Herden, die in den Boeckschen Fällen vorhanden sind. Die Dermatoze an sich hatte bei der ersten Beobachtung Ähnlichkeit mit dem von Brocq (Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1897 und Annales de Dermatologie et de Syphiligr., 1902, Nr. 5) beschriebenen „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées“, doch spricht dagegen das Befallensein des Kopfes, das rasche Entstehen und das schnelle, wenn auch vorübergehende Abheilen.

Die an den Follikeln lokalisierten kleinen hyperkeratotischen Effloreszenzen, die mit feinen Hornkegelchen und Stacheln besetzt sind, finden wir in dem von Devergie aufgestellten Krankheitsbilde des Lichen spinulosus. Nach den Beschreibungen von Crocker in „Diseases of the skin“ tritt diese seltene Affektion meist in Schüben auf, ist nie auf Kopf, Gesicht und oberen Brustteil lokalisiert und bildet auch nicht solch scharf begrenzte Plaques, wie sie hier vorliegen. Mit der von Brocq (Annal. d. Dermatol., 1890) ausführlich beschriebenen Keratose pilaire, die sich mit dem Lichen spinulosus nicht völlig deckt, dessen Einzeleffloreszenzen aber auch ähnlich gestaltet sind, wie in unserem Falle, stimmt die Lokalisation absolut nicht überein. Brocq hat nie Fälle von Keratose pilaire des behaarten Kopfes gesehen, ebenso sind die oberen vorderen Teile der Brust, die mittleren Rückenpartien und die

Schamgegend in den von Brocq beschriebenen Fällen nie beteiligt gewesen. Wir müssen uns also bezüglich der Diagnose darauf beschränken, zu sagen, daß die Affektion den Einzeleffloreszenzen nach in das Gebiet der Keratosis pilaris gehört, sich aber der Lokalisation und dem Verlauf nach in keine der bekannten, zu dieser Gruppe gehörigen Krankheitsformen einreihen läßt.

2. Herr Veiel: Fall von Erfrierung der Hände, der mit lokalen Heißluftbädern behandelt wurde.

Beim Eintritt in die Klinik waren die Hände des Patienten dick aufgeschwollen, Handrücken und Finger blaurot verfärbt, die Bewegung der Finger war behindert, an einzelnen Stellen fanden sich Ulzerationen. Es wurde sofort mit lokalen Heißluftbädern begonnen, Temperatur 75 bis 80° Cels., täglich 3mal $\frac{1}{2}$ Stunde lang. Schon nach den ersten Sitzungen ging das Ödem völlig zurück und in wenigen Tagen konnte Patient geheilt entlassen werden. In einigen anderen Fällen wirkte die Methode ebenfalls gut. Sie ist nicht schmerzhaft, nur müssen ulzerierende Stellen während des Bades durch Fette geschützt werden.

Vielleicht läßt sich die Methode auch prophylaktisch bei Patienten verwenden, die jeden Herbst und Winter an Pernionen leiden.

Diskussion: Herr Schäffer: Das günstige Resultat in dem vorgestellten Falle wird leicht verständlich, wenn man sich die Vorgänge vergegenwärtigt, die durch die Behandlung mit heißer Luft in der Haut hervorgerufen werden. Nach experimentellen Untersuchungen, die ich zum Studium dieser Frage vorgenommen habe, fand ich vor allem zwei sehr auffallende Veränderungen. Es zeigt sich sehr bald erstens eine hochgradige Erweiterung der Blutgefäße und zweitens eine ganz außerordentlich starke Dilatation der Lymphspalten und allgemeine seröse Durchtränkung sämtlicher Bindegewebsschichten. So kann man sich sehr gut erklären, daß chronisches Ödem, Stauungszustände und alte entzündliche Infiltrate durch die Hyperämie und die seröse Fluxion beseitigt, gewissermaßen fortgeschwemmt werden. Ich glaube, daß die lokale Anwendung von Hitze, insbesondere von heißer Luft, in der Dermatologie noch zu wenig üblich ist. Nach meinen vergleichenden Untersuchungen dürfte sich diese Behandlung besonders eignen zur Verhinderung von Eiterung — namentlich bei möglichst frühzeitiger Anwendung — und zur Resorption akuter und chronischer entzündlicher Infiltrate. Zuweilen wird die Verwendung heißer Luft in der Dermato-Therapie aus technischen Gründen Schwierigkeiten bereiten. Man kann aber für die meisten Hautstellen sich leicht mit Stoff überspannte Drahtgestelle nach Art der Tallermannschen Apparate herichten und die Hitze einer Spiritus- oder Gasflamme durch ein Bleirohr zuleiten.

3. Herr Schirrmacher: Fall von Purpura haemorrhagica.

Bei dem 40 Jahre alten, kräftig gebauten Patienten mit starkem Fettpolster traten am 18./XI. an beiden Knöcheln bis linsengroße rote Flecken auf. Einige Tage vorher Prodrome in Gestalt von Kopfschmerzen und mäßigen Schmerzen in fast allen Gelenken mit geringer Schwellung derselben. Patient litt auch in früheren Jahren oft an Gelenkschmerzen; ohne die jetzigen Flecke.

Innerhalb der nächsten 10 Tage breiteten sich die Flecken schubweise über die unteren Extremitäten, Abdomen und Unterarme aus.

Er erhielt jetzt Aspirin, täglich 5 Gramm. Innerhalb einer Woche wurde auf 8 Gramm gestiegen. Patient führte außerdem gut ab. Im ganzen nahm er 100 g Aspirin. Eine Beeinflussung war nicht zu konstatieren. Es handelt sich um die kleinfleckige Form von Purpura haemorrhagica ohne Komplikationen, die dadurch interessiert, weil sie wochenlang in regelmäßigen 8tägigen Schüben rezidierte. Der Herzbefund war stets ohne Besonderheiten, Puls 79. Das Blut, das aus einem hämorrhagischen Herd und normaler Haut des Armes genommen wurde, zeigte einen Hämoglobingehalt nach Fälsche von 80%, Erythrocyten $5\frac{1}{2}$ Million, Leukocyten 95.000, darunter $2\frac{1}{2}$ eosinophile Zellen. Der Urin war stets eiweißfrei und zeigte öfter einen stärkeren Indicangehalt. Durchfälle bestanden niemals. Leber und Milz sind nicht vergrößert. Das Zahnfleisch ohne Besonderheiten. Eine besondere Ätiologie ist auch hier nicht nachweisbar. In letzter Zeit nimmt Patient Ichthyol innerlich 4 g täglich in Kapseln; außerdem halbstündige Heißluftbäder von 80° Celsius. Jede Extremität wurde bisher 4mal behandelt. Die Hämorrhagien und Pigmentreste wurden völlig resorbiert. Doch hinderte die Therapie nicht einen neuen mäßigen Schub an den Extremitäten, der wieder jetzt nach 8 Tagen fällig war. Bevorzugt waren auch diesmal die Gelenkbeugen.

4. Herr Burmeister: Fall von *lymphangioma tuberosum multiplex*.

Patient war vor einigen Wochen auf der dermatolog. Abteilung des Allerheiligenhospitals wegen phimosis inflamm. infolge von *ulcera mollia*, hatte damals gleichzeitig auch am linken kleinen Finger ein *ulcus molle*, das er sich zufällig auf eine dort befindliche Quetschwunde selbst inokuliert hatte und von dem jetzt noch die Narbe zu sehen ist, und außerdem fand sich als Nebenfund ein ausgebreitetes Exanthem am Rumpf, das Patient seit frühester Kindheit besitzen will und das klinisch als *lymphangioma tuber. multiplex* angesprochen wurde. Die histologische Untersuchung einer probeexciidierten Effloreszenz, von der ein Schnitt aufgestellt ist, bestätigte die Diagnose.

Diskussion: Herr Schäffer weist darauf hin, daß der Patient neben dem demonstrierten Ausschlag noch eine größere Anzahl verschiedenartiger Naevi am Hals, am Rumpf und an den Extremitäten zeigt. Das ist vielleicht kein zufälliges Zusammentreffen und könnte in dem Sinne verwertet werden, daß auch das sogenannte *Lymphangioma tuberosum multiplex* auf kongenitaler Anlage beruht, gewissermaßen ein Naevus von bestimmtem histologischen Charakter ist. Dieser von manchen Autoren bevorzugten Auffassung entsprechen auch mehr die histologischen Bilder dieser Affektion, während die Entwicklung der Neubildung aus den Blut-Lymphgefäßen u. dergl. trotz der zahlreichen sorgfältigen Untersuchungen keineswegs sicher bewiesen ist.

5. Herr Callomon (Allerheiligen-Hospital): „Fall zur Diagnose“, eine eigenartige Lippen-Affektion bei einer 63jährigen Frau.

Weder der klinische Verlauf noch der sonstige Untersuchungsbefund konnten die Pathogenese des Leidens erklären. Die Unterlippe ist auf der rechten Seite etwa im Bereiche eines Zweimarkstückes mäßig angeschwollen, leicht rötlichblau verfärbt, bei Palpation ziemlich scharf von der gesunden Umgebung abgegrenzt und im erkrankten Gebiete von gleichmäßig derber Konsistenz; die Anschwellung fühlt sich nicht starr induriert sondern mehr elastisch, kompressibel an; Fingerdruck hinterläßt keine Delle. Während der mehr als 3 Monate fortgesetzten Be-

obachtung hat sich das Bild kaum wesentlich verändert, jedenfalls nicht an Ausdehnung zugenommen. Vielmehr war anfangs die Schwellung hochgradiger, von mehr ödematösem Charakter; auch jetzt wechselt das Bild bisweilen unter dem Einfluß vasomotorischer Reize ein wenig, indem früh nach dem Aufstehen die kranke Stelle blasser, nach warmer Waschung oder beim Eintritte aus der freien Luft ins geheizte Zimmer mehr gerötet aussieht. Bei Glasdruck hinterbleibt eine leicht bräunliche Pigmentierung. — Bisherige Behandlung: heiße Waschungen, Abreiben mit Alkohol, Bestreichen mit Zinköl oder Tumenolvaseline. — Sonstiger Untersuchungsbefund ö. Bes.; Urin frei v. E. und Z. Insbesondere sind keinerlei nervöse Störungen nachweisbar. Allgemeinbefinden dem Alter der Pat. entsprechend dauernd gut. Die Schwellung ist angeblich rasch über Nacht entstanden; Jucken oder Schmerzen bestand nie; nur unter dem Einflusse äußerer Reize tritt bei stärkerer Rötung leichtes Brennen auf. Nirgends ähnliche Hautveränderungen.

Das Fehlen von Drüenschwellungen, sowie der fast unveränderte Bestand ohne Hinzutreten sonstiger Symptome lassen Lues (Primäraffekt) ausschließen; eine maligne Neubildung dürfte nach dem bisherigen Befunde auch auszuschließen sein. Eine medikamentelle Ätiologie muß sehr unwahrscheinlich erscheinen, da sich bisher nichts eruieren ließ. An Erysipel hat Pat. nie gelitten. Hysterische Symptome bietet Pat. nicht.

Es scheint sich hier um ein chronisches umschriebenes Ödem auf angioneurotischer Basis zu handeln. Welcher toxische oder anatomische Vorgang hierzu führen konnte, ließ sich bisher nicht feststellen.

Diskussion: Herr Schäffer berichtet über eine an den vorgestellten Fall erinnernde Beobachtung von Anschwellung der Oberlippe bei einer sehr neurasthenischen Patientin. Die ziemlich schnell auftretende Schwellung ging bisweilen in kurzer Zeit wieder zurück, blieb dagegen zeitweise auch mehrere Tage bestehen. Die verschiedensten lokalen und allgemeinen Behandlungsversuche waren ohne jeden Erfolg. Nach einem späteren Bericht soll die Patientin nach Skarifikationen des Septum narium dauernd von den Lippenanschwellungen verschont geblieben sein.

Herr Harttung. Ich möchte der Demonstration von Herr Callomon hinzufügen, daß wir nicht einen Augenblick die Diagnose eines Primäraffekts ernstlich erwogen haben. Drüsen u. s. w., alles fehlt, auch die große Elastizität der Schwellung, das vollständige Fehlen jeder Induration im eigentlichen Sinne spricht durchaus dagegen. Quinckes Ödem kann es auch nicht sein, denn es fehlen alle periodischen Remissionen, kurz ich erkläre ganz offen, ich weiß nicht, was dieses Krankheitsbild, das wir nun schon wochenlang aufs sorgfältigste beobachten, bedeutet, aber ich hege die Hoffnung, daß einer der Herren aus diesem Kreise mir eine Aufklärung geben kann.

6. Herr Harttung: Schädel-Syphilis.

Ich möchte Ihnen mit einigen Worten die Frau demonstrieren, welche ich Ihnen schon vor einigen Wochen gezeigt habe. Sie hat nach der ersten Operation nur noch einmal einen kurzen Ohnmachtsanfall gehabt und wir haben darauf die wegen einer Stomatitis vorläufig leichte Hydrargyrumkur sehr intensiv verschärft und bis jetzt ausgedehnt, unter gleichzeitiger Verabreichung sehr großer Dosen Jodkali. Ich habe noch einmal ein großes Stück der knöchernen Schädeldecke abmeißeln müssen, dann primär den jetzt talergroßen Defekt mit Thiersch'schen Lappen

vorläufig gedeckt. Die Kranke trägt eine Blechpelotte darauf. Sie sehen die Dura deutlich pulsieren. Nach allergenauester Nervenuntersuchung ist eine Herdlokalisation absolut nicht festzustellen. Die Kranke ist jetzt völlig psychisch und intellektuell und in ihren Nervenfunktionen normal. Es kann sich bei dem ganzen Prozeß also offenbar nur um eine diffusere Gefäßerkrankung im linken Scheitellappen oder um ein Gumma und eine gummöse Infiltration, Knochen und Dura durchsetzend, gehandelt haben, die eben mit akuten Ödemen nun wieder akute Zustände gezeitigt haben. Ich hoffe, die Kranke wird sich weiter behandeln lassen und ich hoffe sie Ihnen auch später vorstellen zu können.

7. Herr Harttung: Leukoderm nach Psoriasis.

Die Kranke, welche ich Ihnen mit einem Worte zeigen möchte, hat nur insofern ein besonderes Interesse, weil sie ein beinahe typisches Leukoderm am Halse zeigt, welches doch kein echtes Leukoderm ist, sondern aus einer Chrysorabinbehandlung ihrer Psoriasis resultiert. Sie hatte vorgestern lebhafte Infiltrate an Füßen und Händen, welche den Verdacht hervorgerufen hatten, daß es sich um eine papulöse Lues handle. Es stellte sich gestern bereits heraus, daß es sich um Infiltrationen eines multiformen Erythems handle, was heute Morgen auf vollster Höhe war.

8. Herr Halberstaedter stellt einen Fall von Carcinom des Gesichtes bei einem 47 Jahre alten Manne vor.

Der etwa faustgroße Tumor nahm die Gegend des rechten aufsteigenden Kieferastes ein, seine Oberfläche zeigte eine unregelmäßig begrenzte Ulceration, die von einem wallartigen, etwas derberen Rande umsäumt war, der Grund wurde von blassen, mit schmierigem Sekret bedeckten Granulationen gebildet. Der untere Teil des Ohrs bis zum äußeren Gehörgang ist in der Ulceration aufgegangen, der obere Teil ist in starres Narbengewebe umgewandelt und deformiert, der äußere Gehörgang stark verengt. Die Konsistenz des Tumors war eine auffallend weiche, der Tumor auf der Unterlage kaum verschieblich. Die regionären Lymphdrüsen palpabel, aber nicht erheblich vergrößert. An der Innenseite des rechten Oberarmes zeigt sich eine über fünfmarkstückgroße, dünne, atrophische Narbe, an die sich eine fingernagelgroße, livid-rote Stelle anschließt, in der deutliche Lupusknoten nachweisbar sind. An der linken Gefäßseite eine flachhandgroße, dünne Narbe. Pat. gibt an, in früher Kindheit an einer „Flechte“ am rechten Ohr, Oberarm und linken Gesäß gelitten zu haben, die jahrelang bestand und allmählich geheilt wäre. Vor 20 Jahren sei ihm das rechte Ohr erfroren und das Ohr läppchen abgebrochen. Der Tumor besteht seit 1 Jahre, die Ulceration seit $\frac{3}{4}$ Jahren. Der Verdacht, daß es sich um ein Lupus-Carcinom handeln könne, konnte bisher weder durch die Tuberculinreaktion noch durch histologische Untersuchung bestätigt werden. Auf 4 mg. Alt-Tuberkulin reagierte nur der Herd am Oberarm, die histologische Untersuchung von aus verschiedenen Stellen entnommenen Stückchen ergab überall nur das typische Bild eines Plattenepithelcarcinoms mit vielen z. T. verkalkten Krebsperlen. Die oberflächlichen Partien des Tumors wurden teils mit dem Messer, teils mit dem Pacquelin entfernt und ausgiebig verschorft, nach Abstoßung des Schorfes Beginn mit Röntgenbestrahlung, die bis jetzt 3mal vorgenommen wurde. $2\frac{1}{2}$ Ampère, 30 Unterbrechungen pro Sec., 20 cm Spiegelabstand, weiche Röhre, jede Sitzung 25 Min. Durch die Vorbehandlung mit Messer und Pacquelin sollten möglichst bald die tieferen Partien des Tumors den wirksamen Strahlen zugänglich gemacht werden.

9. Herr Tomaszewski (Breslau): Eigenartige Trichophytie des Kopfes und Methode, Pilzkulturen anzulegen.

Bei diesem 12jährigen Knaben handelt es sich um eine Affektion, die den gesamten behaarten Teil des Kopfes ergriffen hat. Die überaus

zahlreichen linsengroßen Herde sind scharf begrenzt, weisen nur geringe entzündliche Erscheinungen und mäßige Schuppung auf. Diese Affektion heilt merkwürdigerweise mit einer umschriebenen Atrophie ab, ganz ähnlich derjenigen, die wir im Verlauf des Favus capitis eintreten sehen. Die mikroskopische Untersuchung der Haare und Schuppen mit Kalilauge ergab ein negatives Resultat; dagegen gelang es mir auf kulturellem Wege, aus den Haaren heraus Pilzwachstum nachzuweisen. Eine Reinkultur dieser Pilze sehen Sie hier; es handelt sich zweifellos um einen in die Gruppe des Trichophytonpilzes gehörigen Mikroorganismus, der durch Bildung eines violetten Braunrotes ausgezeichnet ist.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf eine Methode hinweisen, die ich stets bei Pilzaffektionen der Haut anzuwenden pflege und die sich mir ausgezeichnet bewährt hat. Die erkrankte Hautpartie wird gründlich mit warmem Wasser und Seifenspirituss gesäubert und dann noch mit Äther oder Benzin gereinigt. Die mit steriler Pinzette extrahierten Haare werden in steriler Petrischale mit steriler Schere mit Ausnahme der Haarspitze fein zerschnitten, mit steriler Platinöse in flüssigen 4% Maltoseagar von 50–60° C. gebracht, gründlich geschüttelt und nun werden in der üblichen Weise Platten gegossen, meistens 4–6. Bei dieser Methode erhält man ausnahmslos positive Resultate, kann von vornherein das Pilzwachstum auch in seinen ersten Anfängen mikroskopisch verfolgen und behufs Anlegung von Reinkulturen diejenigen Haare, die nur Pilzwachstum aufweisen, ausschneiden und auf Maltoseagarröhrchen übertragen. Diese kulturelle Methode ist der mikroskopischen Untersuchung unbedingt überlegen und ist, wie ich durch vergleichende Experimente mich überzeugt habe, den sonst üblichen Methoden vorzuziehen, sowohl der von Saboureaud geübten, die fein zerschnittenen Haare einfach auf Maltoseagarröhrchen oder Platten zu legen, wie auch derjenigen, die epiliierten Haare noch vorher mit 10% Arg. nitr. Lösung zu desinfizieren und dann in Kochsalzlösung abzuspülen.

Diskussion: Herr Löwenheim—Liegnitz hat mit Herrn Felix Pinkus zusammen in der Breslauer Klinik einen klinisch durchaus gleichartigen Fall beobachtet, bei dem die Behandlung trotz Anwendung der verschiedensten Methoden nicht zur Heilung führte. Bei der Überimpfung von der zinnoberroten Kultur auf die Ellenbeuge ging nur eine Stelle an, die zuerst wie eine Trichophytie aussah, später aber allgemein für einen Lichen ruber planus gehalten wurde. Auch ließ sich von ihr keine sichere Kultur gewinnen. Von etwa 40 Trichophytonstämmen war nur noch ein zweiter, welcher nicht vom Kopfe stammte, ebenfalls rot.

Die Affektion ist in Schlesien äußerst selten. Es sind bis jetzt wohl nur 6 Fälle bekannt.

10. Herr Tomaszewski: Quecksilber-Idiosynkrasie und Gewöhnung.

Diesen zweiten Patienten habe ich Ihnen schon einmal im Juni dieses Jahres vorgestellt. Es handelte sich um einen Fall von hochgradiger Hg-Idiosynkrasie. Kalomelpuderung des Primäraffektes, Einreibung von grauer Salbe, subkutane Injektionen löslicher und unlöslicher Quecksilbersalze hatten Temperatursteigerungen bis 40·4–40·6° C. ausgelöst; dabei war es gleichzeitig zu ausgebreiteter Dermatitis, späterhin zu ausgedehnten Erythemen mit nachfolgender leichter Schuppung gekommen. Durch vorsichtige, aber konsequente Hg-Zufuhr war dann all-

mählich ein erheblicher Grad von Gewöhnung erzielt worden, so daß ein Hg-Pflaster nur noch eine umschriebene leichte Dermatitis auszulösen vermochte. Wegen eines Luesrezidivs hat sich Patient 7 Monate nach Beendigung der ersten Kur wieder in die Klinik aufnehmen lassen. Ein auf den rechten Oberschenkel appliziertes Quecksilberpflaster rief nun zwar wieder eine leichte Hautentzündung in dem Pflasterbereich hervor; nachfolgende Injektionen löslicher und unlöslicher Hg-Salze bedingten aber keinerlei Temperaturerhöhungen und auch die Haut blieb bis auf schnell verschwindende Erytheme der Gelenkbeugen völlig frei. Dieser Fall beweist jedenfalls, daß die bei Hg-Idiosynkrasie einmal erzielte Gewöhnung längere Zeit erhalten bleiben kann. Leider ist die Kasuistik in dieser Richtung eine äußerst spärliche und es muß deshalb vorläufig noch die Frage offen bleiben, ob nicht durch Steigerung der Toleranz bis zu den höchsten Graden eine dauernde Gewöhnung, ein Schwinden der Idiosynkrasie für das ganze Leben zu erzwingen ist.

11. Herr Th. Schwab: Ein Fall von Raynaudscher Krankheit.

Dieser Fall ist schon einmal (konf. Verhandlungen der Breslauer Dermatol. Vereinigung. Archiv. Band LX; 1902, p. 128) von Herrn Kollegen Juliusberg vorgestellt.

Wie in früheren Jahren ging es Patientin im Sommer recht gut. Schmerzen waren nur in geringem Maße vorhanden; Ulzerationen fehlten bis zum Eintritt der Winterkälte. Neben blauroten Flecken und zahlreichen bis linsengroßen weißen Narben an Handrücken und Finger und neben lividen Stellen an den Zehen beider Füße finden wir sehr zahlreiche linsengroße, sehr schmerzhaft Ulzerationen an den Fingern, besonders zahlreich rechts. Nunmehr haben sich auch livide Flecken an der Palma manus, besonders am Kleinfingerballen, eingestellt.

Die Sensibilität ist nur an der derben Haut der fast spitz zulaufenden Endphalangen etwas herabgesetzt.

Die Sehnen- wie Muskelreflexe sind sehr gesteigert.

Herz ohne Abnormität. Über der linken Lungenspitze ist eine Abschwächung des Perkussionsschalles zu konstatieren. Im Urin findet sich Eiweiß, jedoch keine Zylinder.

Patientin erhält innerlich Aspirin, ihre Hände werden mit 10% Ichthyl-Zinkpaste verbunden.

Nachtrag.

Da im Verlaufe der nächsten 14 Tage an den Zehen Ulzerationen auftreten, die den Fingergeschwüren durchaus gleichen, läßt sich Patientin in die Klinik aufnehmen.

Unter Heißluftbehandlung der Krankheitsherde (3mal täglich $\frac{1}{2}$ Stunde Schwitzkasten), Verbänden mit Ichthylvaseline und Arsenpillen heilen innerhalb 3 Wochen sämtliche Ulzera ab und die Parästhesien in den Händen verschwinden.

Der Eiweißgehalt des Urins bleibt ziemlich auf gleicher Höhe ($\frac{3}{4}$ bis $1\frac{1}{2}\%$ nach Esbach bei einer Menge von 800—900 ccm), von geformten Elementen finden sich zahlreiche hyaline Zylinder und wenig Eiterkörperchen.

Neben Arrhythmie in geringem Grade finden sich bei der Patientin während ihres ganzen Klinikaufenthaltes unreine zweite Töne über allen Herzostien.

12. Herr Schwab: Gumma an der Unterlippe.

Patientin ist 39 Jahre alt und fand sich vom 3. Juni bis 8. Juli 1902 wegen eines ausgedehnten Ekzemes in unserer Behandlung. Gleichzeitig bestand an der Planta pedis dextr. eine etwa talergroße, ziemlich derbe, scharf gegen die Umgebung abgegrenzte, bläulichrote Stelle, die einzelne stecknadelkopfgroße gelbe Punkte aufwies. Während unter

Salizylseifenpflaster fast gar keine Änderung der Krankheitsherde zu sehen war, heilte die Affektion unter grauem Pflaster in 3 Wochen bis auf eine geringe, heute noch sichtbare Schuppung ab.

Vor 3 Tagen begab sich die Frau wieder in unsere Behandlung.

Wie Sie sehen, findet sich an der Unterlippe links von der Mittellinie eine leicht schuppende, etwa kirschgroße bräunlichrote Anschwellung, die vor 8 Tagen plötzlich entstanden sein soll.

Bei der Palpation zeigt die Partie eine mäßige Derbheit, die die Knorpelhärte eines Primäraffektes nicht ganz erreicht. Ulzerationen bestehen hier nicht. Am linken Mundwinkel findet sich eine mäßige Schwellung von geringer Derbheit und leichter Schuppung. Drüenschwellung fehlt.

Im Munde findet sich, abgesehen von einer leichten Anschwellung und Auflockerung des Zahnfleisches der Schneide- und Eckzähne, nichts pathologisches.

An der Außenseite der Achillsehne rechts sehen wir eine etwa markstückgroße Ulzeration, die samt den die umgebende Haut nur wenig überragenden Rändern eine mäßige Infiltration erkennen läßt.

Ziehen wir die Affektion der Planta pedis bei ihrer letzten Behandlung und außerdem noch die Anamnese in Betracht, die mit Wahrscheinlichkeit eine luetische Infektion vor 16 Jahren ergibt, so müssen wir die Lippen- und Fußkrankung wohl als spezifisch betrachten. Die schon eingeleitete Jodkalibehandlung wird uns wohl über die Natur der Affektion weiteren Aufschluß geben.

13. Herr Schwab: Hautgangrän bei Diabetes.

Die Patientin, deren Hautaffektion die hier vorgezeigten Moulagen so typisch nachbilden, kann ich Ihnen leider nicht zeigen, da die Frau wegen beiderseitigen Katarakts vor einigen Tagen operiert wurde.

Die 60jährige Frau war, abgesehen von einer „Wunde im Rachen“, während ihrer ersten Gravidität — genauere Angaben über die Art des damaligen Leidens kann sie nicht machen — angeblich immer gesund.

Heirat mit 23 Jahren; 6 Partus, darunter 2 Frühgeburten; zwei Kinder wurden tot geboren; die übrigen Kinder starben im ersten Lebensjahr. Von einem Ausschlag weiß Patientin nichts.

Im letzten Sommer litt die Frau öfters an Paraesthesien und Kältegefühl in beiden Beinen. Vor 3 Wochen entstand — von einem Trauma weiß Patientin nichts anzugeben — ein kleines Geschwür an der Vorderseite des linken Unterschenkels, das sich allmählich vergrößerte. Bei der ersten Vorstellung der Frau zeigte sich ein Befund, wie Sie ihn durch die Moulagen dargestellt finden.

An der Innenseite des rechten Unterschenkels erblicken wir 2 etwa hirsekorngroße Hämorrhagien. In nächster Nähe davon ist ein zirka 5 cm langer und 1 1/2 cm breiter Herd, der einen frisch roten Rand aufweist und dessen Zentrum aus mehreren, zum Teil konfluierenden Blasen mit klarem Inhalt besteht. Irgendwelches Infiltrat fehlt. An der Innenseite des rechten Fußes findet sich eine 10pfennigstückgroße schlaffe Blase, deren Grund bläulich durchschimmert und die einen ganz geringen Entzündungshof zeigt. Der linke Unterschenkel demonstriert die weiteren Umwandlungen dieser Blasen. Dicht unterhalb des linken Knies an der Außenseite findet sich eine etwa 20pfennigstückgroße nekrotische trockene Hautstelle. Direkt neben der Nekrose sieht man an der stark geröteten Haut noch Reste einer Blase, weiter nach außen haben wir eine mäßige Entzündung mit einzelnen Hämorrhagien ohne jede Epithellesion. Bei Druck hat Patientin nur geringen Schmerz. Der Herd hat die Größe eines Fünfmarkstückes. Eine etwas größere, sonst aber ganz gleich aussehende kranke Stelle findet sich wenige Zentimeter unterhalb der eben

beschriebenen. Über dem Metatarsus 3 u. 4 dorsal findet sich eine etwa bohnen große Nekrose mit geringer entzündlicher Umgebung.

Sensibilitätsstörungen fehlen.

Herz o. B. Urin ohne Eiweiß enthält reichlich Zucker.

Auf beiden Augen besteht Katarakt.

In der rechten Tonsillargegend sieht man eine Verwachsung des Gaumenbogens mit der hintern Rachenwand.

In den 14 Tagen der Beobachtung haben sich nur die mit Blasen bedeckten Partien rechts geändert, insofern jetzt deutlich die nekrotische Basis durch die schlaffe Blasendecke durchschimmert.

14. Herr **Zieler** stellt einen 56jährigen Patienten vor mit **Carcinoma penis** (inoperabel).

Die Erkrankung soll vor 12 Jahren mit einer kleinen, schlecht heilenden Erosion im rechten Sulcus coronarius begonnen haben. Zwei Jahre später deutliche Verhärtung (knorpelartig). Vor 5 Jahren war der Tumor bohnen groß, kurzdauernde Behandlung mit Höllenstein und Tinct. Jodi, sonst immer indifferent. Seit 2 Jahren sind Lymphdrüsenmetastasen in der linken Leistenbeuge aufgetreten und zu einem knolligen, aber noch unter der Haut verschieblichen, wenn auch mit der Unterfläche verwachsenen Tumor von der Größe einer Männerfaust angewachsen.

Der Tumor im r. Sulcus coronarius hat jetzt etwa Zweimarkstückgröße erreicht, besitzt wallartige harte Ränder und ein etwas vertieftes Zentrum ohne besondere Ulzeration; er nimmt den ganzen r. Sulcus, sowie die benachbarten Teile der Glans und des Präputiums ein und reicht nach links etwa 3 mm weit über das Frenulum hinaus.

Die Lymphdrüsen in der rechten Leistenbeuge sind wenig vergrößert und kaum zu fühlen. Ödeme fehlen, Metastasen im kleinen Becken sind bisher nicht nachzuweisen.

15. Dr. **Klingmüller** demonstriert 2 Fälle von Lupus vulgaris, welche an früheren Injektionsstellen von **Alt-Tuberkulin Koch** zwischen den Schulterblättern auf erneute Einspritzungen von **Alt-Tuberkulin** hin **typisch örtlich reagierten**.

Diese Beobachtung ist in unserer Klinik bei einer Reihe von Fällen gemacht worden. Wiederholt konnte auch beobachtet werden, daß dieselbe Injektionsstelle immer wieder auf neue Injektionen reagierte. Untersuchungen, welche noch nicht abgeschlossen sind, ergaben, daß diese Stellen, trotzdem sie örtlich reagieren, nicht als eine weiter verimpfbare Tuberkulose aufzufassen sind. Damit steht die klinische Erfahrung über die zahlreichen Injektionen in Einklang, daß sich nämlich an den Injektionsstellen nie eine fortschreitende Tuberkulose entwickelt. Diese Tatsache hat meines Erachtens eine besondere Bedeutung deshalb, weil wir daraus lernen, daß die örtliche Reaktion zwar die tuberkulöse Natur eines Herdes beweist, aber nicht, ob es sich noch um vermehrungsfähige Bazillen in diesem Herde handelt. Daraus ergeben sich auch für die Auffassung mancher anderer tuberkulöser Dermatosen interessante Aufschlüsse. So sehen Sie z. B. bei der einen Patientin, welche wir seit vielen Jahren kennen und welche schon früher einen ausgebreiteten Lichen skrofulosorum zeigte, daß die reagierenden Injektionsstellen sich makroskopisch von den weiter entfernt stehenden, örtlich reagierenden Lichen-skrofulosorum-Herden nicht unterscheiden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mir noch erlauben, Ihnen eine Moulage (Nr. 213 der Sammlung) zu zeigen, welche eine Affektion darstellt, die man ohne weiteres für Lupus vulgaris halten wird. Diese Moulage stammt von einer Patientin, welche an einem ausgebreiteten Lupus vulgaris faciei litt. Sie wurde behandelt mit Tuberkulinen, welche

uns nach eingehender Prüfung an Tieren zur Verfügung gestellt worden waren. Wir selbst konnten an Versuchstieren nachweisen, daß sie keine vermehrungsfähigen Tuberkelbazillen enthielten. Trotzdem entstanden im Laufe von Monaten an den Injektionsstellen Veränderungen, welche klinisch — wie Sie sehen — von einem Lupus vulgaris nicht zu unterscheiden sind. Tierversuche, welche mit diesem „Lupus“-Gewebe angestellt wurden, ergaben ein negatives Resultat.

16. Dr. Wood Mc. Murtry: Meine Herren! Ich erlaube mir Ihnen einen Fall vorzustellen, welcher wegen des **eigenartigen Urticaria-Exanthems** Ihr Interesse erwecken soll.

Die Patientin stammt angeblich aus gesunder Familie. Als Kind hat sie Scharlach und zweimal Lungenentzündung, immer im Verein mit Brustfellentzündung, durchgemacht. Unter Bleichsucht hat Patientin in den letzten Monaten zu leiden gehabt.

Vor etwa drei Wochen bekam Patientin brennende Schmerzen in den äußeren Genitalien, an einer bestimmten Stelle lokalisiert. Zugleich traten auch Schmerzen beiderseits auf den Leistendrüsen auf. Über die Entstehung des Ausschlages, den Patientin jetzt auf den Rücken hat, weiß dieselbe nichts anzugeben. Ein Bruder der Patientin soll an einem ebensolchen Ausschlag leiden.

Status: Kräftig gebautes Mädchen von 25 Jahren. Innere Organe ohne Befund. Rücken, Hals und Gegend der Taille, in geringem Grade Brust, vordere Bauchgegend und Oberschenkel sind von eigenartigen Effloreszenzen bedeckt. Die kleinsten Effloreszenzen erscheinen leicht erhaben, auf Druck vollständig verschwindend, hellrosa gefärbt, mit undeutlicher Begrenzung nach der Umgebung, etwa linsengroß.

Die größeren erscheinen als Kreisfiguren girlandenförmig, von verschiedenster Größe, und zwar sind dieselben immer gebildet durch etwa 1—2 mm breite, rötliche Streifen mit undeutlicher Begrenzung. Oft hat sich innerhalb eines Kreises ein zweiter Kreis oder eine zweite Bogenlinie gebildet. Die von dem Kreis umschriebene Fläche innerhalb der roten Linie erscheint leicht bräunlich (kaffeebraun) und zeigt keine Veränderung, keine Schuppen.

Die bräunliche Verfärbung ist fast über den ganzen Rücken, den Hals und die Brust verbreitet, weiße Inseln dazwischenlassend. Es macht den Eindruck, als ob die rote Grenzlinie peripherwärts sich vorwärts schiebt mit Hinterlassung einer deutlichen Pigmentierung. Eine Urticaria factitia läßt sich nicht hervorrufen. Mäßig starke Reizphänomene.

Über den weiteren Verlauf ist folgendes mitzuteilen: Das Exanthem breitet sich allmählich auf die Kreuzbeingegend und die Oberschenkel, Brust und Arme aus und bildete an einzelnen Stellen bis 8 konzentrische Bogen. An den ältesten Stellen heilte das Exanthem unter einer gelbbraunlichen Pigmentierung ab, die Epidermis zeigte an diesen Stellen eine feine Fältelung und nach einigen Tagen geringe Abschuppung. Behandlung mit Chrysarobinsalbe hatte keinen Erfolg, es bildeten sich während dessen neue Effloreszenzen und mehrere Tage nach Aussetzen erfolgte ein neuer Schub fast über den ganzen Körper. Während dieser Schub noch in Entwicklung war, wurden typische Urticariaquaddeln und Übergänge von diesen zum Exanthem beobachtet. Diese Effloreszenzen verursachten auch geringes Jucken.

Diese letztere Beobachtung macht es wahrscheinlich, daß wir es mit einer eigentümlichen Form von Urticaria gyrata sive annularis zu tun haben.

Die mikroskopische Untersuchung, welche wiederholt vorgenommen wurde, ergab keine Pilze.

Ähnliche Fälle sind scheinbar der von Piffard in seinem Atlas (Tafel 42) abgebildete Erythema annulatum, ferner in dem Boeckschen Atlas der als Ekzema marginatum parasiticum abgebildete (Tafel 20).

17. Herr Baum: Bullöses Syphiloderma beim Erwachsenen.

Die Patientin, die ich Ihnen vorzustellen mir erlaube, leidet, wie ich vorausschicken möchte, an akuter Verwirrtheit. Sie beansprucht seit ihrer Aufnahme in die Klinik in dermatologisch-diagnostischer Hinsicht in höchstem Grad unser Interesse. Wenn Sie jetzt die Patientin sehen, werden Sie ohne weiteres sagen, daß es sich mit höchster Wahrscheinlichkeit um eine mit **Pigmentierung abheilende Lues** handelt. Sie sehen über den ganzen Rumpf und die angrenzenden Teile der Extremitäten zerstreut zahlreiche runde dunkel pigmentierte Flecke, die zum Teil leicht schuppen. Es handelt sich um eine 49jährige Witwe, die angeblich niemals krank war, die aber nach der Angabe der Tochter vor vier Jahren schon geistig gestört war. Als die Patientin am 11. November 1902 hier aufgenommen wurde, war sie geistig anscheinend normal; nach einigen Tagen trat eine deutliche Geistesstörung auf und es entwickelte sich das Symptomenbild der akuten Verwirrtheit, wie es heute noch besteht. Der Hautbefund war damals folgender: Der ganze Rumpf und die angrenzenden Partien der Extremitäten, sowie der behaarte Kopf waren über und über mit rundlichen Effloreszenzen von Linsen- bis Markstückgröße bedeckt. Teils waren es Blasen mit erhaltener aber nicht gespannter Blasendecke, teils fehlte im Zentrum die Epitheldecke, teils waren die Effloreszenzen mit Krusten bedeckt. Die kleinsten Effloreszenzen schienen papulöser Natur zu sein. Das Infiltrat war jedoch nur vorgetäuscht durch die gelockerte Blasendecke, die sich durch Reiben entfernen ließ. Es war dann von einem deutlichen etwa für Lues charakteristischen Infiltrat nichts mehr vorhanden. — Die Schleimhäute waren und blieben frei von Symptomen. Die großen Labien waren geschwollen, ödematös, der Epitheldecke großenteils diffus beraubt und mit dünnen Krusten bedeckt. Keine Drüsen-, keine Milzschwellung. — Einige Tage nach dem Eintritt in die Klinik (am 17. November) trat zwischen den alten Effloreszenzen, die schon in Überhäutung begriffen waren, ein braunrotes, fleckiges, undeutlich begrenztes Exanthem auf, besonders auf der Brust, welches nach wenigen Tagen wieder verschwand. Frische blasige Effloreszenzen wurden nie beobachtet; an den vorhandenen bildete sich, als die Überhäutung begann, ein deutliches Infiltrat aus. Nach und nach bekamen sie einen dunkleren Farbenton; nach wenigen Tagen jedoch begannen die Infiltrate wieder deutlich zu schwinden, bevor eine merkurielle Kur begonnen wurde. Gleich nach der Aufnahme zeigte die Patientin andauernd hohe Temperaturen zwischen 38 und 39,5, die in der letzten Zeit etwas heruntergegangen sind. Eine besondere Ursache für das Fieber ließ sich nicht finden. Am 24. November begann die Patientin zu husten und es entwickelte sich eine diffuse Bronchitis mit bronchopneumonischen Herden. Doch auch nach Verschwinden dieser Erscheinungen auf der Lunge dauerten die Temperatursteigerungen an. Im Sputum wurden nie Tuberkelbazillen gefunden. Mit dem Fieber gingen häufige Durchfälle einher; die Patientin kam sehr herunter, die Herzstätigkeit war zeitweise recht schlecht und die Prognose quoad vitam dubiös. Es trat schnelles Ergrauen der vorher intensiv schwarzen Haare ein. Kulturen aus dem Blaseninhalt der Effloreszenzen ergaben Staphylococcus pyogenes aureus, zweimal angelegte Blutkulturen blieben steril. „Widal“ und Diazoreaktion ist negativ, so daß auch Typhus bez. Paratyphus auszuschließen ist. Die merkurielle Behandlung begann am 24. November. Patientin hat bisher 2 Injektionen Hg. oxycyanat. à 0,02 und 3 Injektionen Hg salicyl

0.1 bekommen. Die Durchfälle traten anfangs nach den Injektionen, möglicherweise infolge derselben, stärker auf.

Was nun die Diagnose anlangt, so dachte man bei der Aufnahme zunächst an eine pemphigusartige Affektion, in zweiter Linie an Lues; doch fehlte jedes für Lues charakteristische Symptom. Mit Sicherheit läßt sich die Diagnose auch heute nicht stellen, doch lassen das Auftreten einer deutlichen Infiltration an den Effloreszenzen, die starke Pigmentierung, das vorübergehende Auftreten eines fleckigen Exanthems die Diagnose Lues nicht unwahrscheinlich erscheinen, zumal während ihres Aufenthaltes bei der Patientin keine frischen blasigen Effloreszenzen aufgetreten sind.

18. Herr **Loewenhardt** stellt einen Fall von **frischerluetischer Infektion ohne Primär-Effekt** vor.

Am 19. Dezember 1902 kam der 24jährige Patient mit seiner seit 2 Tagen aufgetretenen Roseola und seit angeblich etwa 6 Wochen bestehenden indolentem linksseitigen Bubon in Ls. Behandlung. Außer einer vor 8 Wochen akquirierten ersten Gonorrhoe, deren Residuen noch vorhanden sind und mit der voraussichtlich gleichzeitig die Lues erworben wurde, ist örtlich kein Eingangsherd festzustellen, auch traten keine Allgemein-Erscheinungen bei Ausbruch des Exanthems auf. Allgemeine Drüsen-Schwellung fehlt. Nach Berücksichtigung der Möglichkeit eines gonorrhoeischen Exanthems (Arznei-Mittel kamen differential-diagnostisch nicht in Betracht) bleibt nur die Annahme einer Lues übrig, deren Primäraffekt fehlt oder nicht aufzufinden war, da vom Beginn der Gonorrhoe ab zuerst von anderen Kollegen sorgfältig auf eine Induration gefahndet worden war.

19. Herr **Loewenhardt** legt ein Präparat einer **Sarcinurie** vor.

Der Patient, welchen er 1894 zum ersten Mal mit demselben seit vielen Jahren beobachteten Leiden sah, kam zufällig wegen einer anderen Affektion jetzt wieder einmal zur Untersuchung. In dem Urin findet sich dauernd eine leichte Trübung aus reiner Sarcina und wenigen Epithelien bestehend. Irgendwelche Beschwerden sind nie beobachtet worden. Die Kultur gelang auf allen möglichen Nährböden bereits 1894 nicht. Zystoskopie wurde verweigert.

20. Herr **Loewenhardt** zeigt ein Präparat von sogenannter „**chirurgischer Niere**“.