Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermato- logen und Urologen.

Sitzung vom 30. April 1896.

Vorsitzender: Bakó. Schriftführer: Basch.

1. Alapy hielt einen Vortrag „Ueber Kathetersterilisation“.

Redner hat sein früheres Verfahren dahin abgeändert, bezw. vereinfacht, dass 20—50 elastische Katheter, Bougies u. s. w. — mit Beseitigung der früher benöthigten Papierhülle für jedes einzelne Instrument — in ein 50—60 Cm. hohes, 5—6 Cm. weites Glasrohr gegeben werden, in welches vorher ein Bogen Filtrirpapier, zu einem Hohlcyylinder von denselben Dimensionen gerollt, hineingeschoben worden ist; das oben und unten mit Watte (mit einer Lage Gaze umhüllt) verschlossene Glasrohr, in welchem der untere Propfen 5—6 Cm. hoch über der Oeffnung sitzen muss, wird 15—20 Minuten lang dem strömenden Wasserdampf des gewöhnlichen Koch'schen Sterilisators ausgesetzt, herausgenommen, abgekühlt, schliesslich der Papiercyylinder aus dem Rohr entfernt.

Die Vorzüge des beschriebenen Verfahrens sind nach dem Verf.:

1. Die Einfachheit und Bequemlichkeit; selbst in einem kleineren Apparat können 4—5 Glasröhren, somit 100—200 Instrumente zu gleicher Zeit sterilisirt werden. 2. Die ausgezeichnete Conservirung der Instrumente; das Filtrirpapier nimmt den nachträglich condensirten Wasserdampf auf, es bildet sich kein Condensationswasser, daher die Katheter selbst vollkommen trocken bleiben und eine sehr häufige Wiederholung des Verfahrens gestatten. 3. Die Vermeidung jeglicher Harnröhrenreizung, welche bei Gebrauch der mit flüssigen oder gasförmigen antiseptischen Mitteln desinficirter Katheter niemals gänzlich zu umgehen ist. Endlich 4. die absolute Verlässlichkeit. Verf. hat seine Methode aus dem Grunde einer neuerlichen Prüfung unterworfen, da sämmtliche neueren Autoren, die zur Sterilisirung elastischer Instrumente den strömenden Wasserdampf verwenden, von der Voraussetzung ausgehen, man müsse durch besondere Vorrichtungen den Dampf durch die Katheter direct durchleiten, um eine sichere Keimtödtung auch im Inneren der Katheter zu erzielen. Im Widerspruch mit dieser Auffassung haben die Versuche des Dr. A. die Thatsache ergeben, dass die mit Milzbrandsporen von innen und aussen inficirten Katheter, auch solche feinsten Lumens (Instillatoren, Ureterenkatheter), selbst nach

mehrtägiger Antrocknung der Culturen, durch das beschriebene Verfahren mit absoluter Sicherheit sterilisirt worden sind, ohne dass sie vorher, wie in der Praxis mit Recht üblich, abgeseift worden wären. — Zum Schlüpfigmachen der Instrumente verwendet A. bloss reines, sterilisirtes Olivenöl oder Sesamöl.

2. Török demonstrirt einen Fall von „*Ekzema marginatum*“ mit ungewohnt grosser Ausbreitung und eigenthümlicher Localisation. Das Leiden begann vor 1½ Jahren auf der rechten Schulter als thaler-grosser juckender Fleck und bildet jetzt eine kolossale Plaque, welche Mantilleartig den Brustkorb bedeckt. Die oberen Ränder derselben sind vorne am Unterkiefer, rückwärts am Rande der behaarten Kopfhaut, die untern Ränder ziehen sich vorne von der Mitte des Mannbrium sterni ausgehend mit ein wenig spitzenartigem, leicht polycyclischen Verlaufe gegen die Achselhöhle und von dort gegen den mittleren Theil des Rückens. Die lateralen Grenzen der Plaque befinden sich an der unteren Grenze des oberen Oberarmdrittels. — An den Rändern sieht man hirsekorn-grosse hyperämische und ödematöse papillare Erhebungen und besonders aus deren Confluenz entstandene blassrothe, genug scharf begrenzte, nagel- bis silberguldengrosse Flecke, welche theils mit feinen Schüppchen, theils mit braunrothen Krüstchen (in Folge des Kratzens) bedeckt sind. Die Oberhautfelderung ist auf ihnen etwas stärker ausgeprägt. Die Breite der leicht erhobenen Randzone variirt, je nachdem sie kleinere oder grössere Hautläsionen aufweist. Einwärts von der Randzone ist eine hellbraune Pigmentirung vorhanden, auf welcher einige Hautveränderungen, vom Typus der in der Randzone aufgetretenen, sichtbar sind. Pilzbefund negativ.

3. Török stellt einen Fall von *Lichen ruber acuminatus* (*Pityriasis rubra pilaris*) vor.

R. B., 29 Jahre alte Lehrersgattin, hat 2 gesunde Kinder und erfreute sich bis vor 9 Jahren, als dieses Leiden auftrat, der besten Gesundheit. Das Leiden begann auf den Fussrücken und verbreitete sich binnen einem Jahr auf die Knie, Hände und den Rumpf, ohne je Jucken zu verursachen. Vor 2 Jahren wurde Pat. in Wien behandelt und der Fall vom Prof. Kaposi ausführlich beschrieben. (S. Archiv f. Derm. und Syphilis 1895. Band XXXI. 1. Heft, S. 11.) Das Krankheitsbild hat sich seitdem nicht wesentlich verändert. (Die Beschreibung ist aber in manchen Stücken abweichend von der Kaposi's (s. Pester med. Chir. Presse 1897 Nr. 1), auch die Erkrankungen der Augen sind anders aufgefasst. Ref.) T. hält den Fall entschieden für *Pityriasis rubra pilaris*, und leugnet jedwede Verwandtschaft mit *lichen ruber planus*.

M. Mohr, Augenarzt, demonstrirt die krankhaften Veränderungen der Augen an T.'s Pat. Beide Augen sind lichtschau, die Augen öffnen sich schwer und sind voll mit Thränen. An dem intermarginalen Theil des linken oberen Augenlides sind mehrere hirsekorn-grosse, scharf geränderte Papeln, welche tief im Zellgewebe sitzen. An der Bindehaut beider oberen und unteren Augenlider sieht man nahe am Lidrand eher flache

Papeln. Conjunctiva sonst geadert, ein wenig geschwollen. Am rechten Auge pericorneale Injection, von der Conjunctiva ziehen sich Blutgefässe gegen die Cornea, deren Fläche uneben ist, viele Substanzverluste theils facettartig glänzend aufweist. Das Parenchym der Cornea ist undurchsichtig grau, nur im oberen äusseren Viertel durchscheinend. Vorderkammer tief, Iris, soweit dieselbe sichtbar ist, intact. Sehvermögen: zählt die Finger in 1 M. Entfernung.

Am linken Auge ist die Cornealerkrankung viel geringer: oberflächliche Erosionen mit geringer Ciliarinjection. Sehvermögen: zählt die Finger in 5 M. Entfernung.

Die vorhandenen Cornealgeschwüre verdanken ihr Entstehen dem Uebergreifen der Conjunctivalveränderungen, welche wieder im causalen Nexus mit jenen Hautveränderungen sind, die an den intermarginalen Theilen der Lider beschrieben waren.

Róna gesteht, dass er keinen ähnlichen Fall noch gesehen hat, und constatirt, dass derselbe ein ganz anderes Aussehen hat, wie jener, den Havas 1889 im Aerzteverein in Uebereinstimmung mit Kaposi als Lichen ruber acuminatus vorgestellt hat und welchen Róna und später die im Jahre 1892 hier gewesenen französischen Dermatologen als Pityriasis rubra pilaris Devergie diagnosticirten. Auch jener Fall, den Havas am 19. Jänner 1896 in der II. Sitzung des Vereines als typische Pityriasis pilaris Besnier-Richaud vorgestellt, und welchen sowohl R. als auch Török nicht dafür hielten, sei von dem gegenwärtig vorgestellten zu unterscheiden. — Auch muss R. bemerken, dass die auf der Ober- und Unterlippe vorhandenen Infiltrate, als auch die im Gesicht und auf den Armen bemerkbaren starken Infiltrate nicht in das bisher bekannte und charakteristische Bild der Pityriasis pilaris hineinpassen. — Róna enthält sich daher in diesem wichtigen Fall, bei dieser Gelegenheit, einer bestimmten Meinungsäusserung.

Török erwidert, dass ein Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose im gegebenen Fall ganz unzulässig sei. Alle vorhandenen Hautveränderungen stimmen vollkommen mit den von Besnier so genau beschriebenen überein. Wir finden die typischen Veränderungen an den Follikeln, den „état granité“ an den Ellbogen und Knien, die typische Localisation etc. Ueberdies ist der Fall auch von Kaposi als Lichen acuminatus diagnosticirt und publicirt worden. Die streifenförmige Anordnung sei zwar etwas neues, aber nichts wesentliches im Bild. Diese Anordnung kommt z. B. auch bei der Psoriasis vor. Aus diesem rein äusserlichen Grunde dürfe man bei sonstiger Uebereinstimmung der Symptome den L. rub. acuminatus nicht ausschliessen. Die Lippe ist ganz gewiss nicht verdickt, es ist dort nicht die Spur einer Infiltration vorhanden. — Die Schleimhaut sei bloss auf der Unterlippe ganz leicht weisslich verfärbt.

Róna bemerkt, dass er die Richtigkeit der Diagnose „Pityriasis pilaris“ nicht bezweifeln will, umso weniger, als Török in Paris Gelegenheit hatte mehrere ähnliche Fälle zu sehen. Jetzt sieht man in der

That keine Lichen planus-Papeln und nur die moniliformen Plaques und Schleimhautplaques erinnern an Lichen planus.

4. Basch stellt einen Fall von Lichen ruber planus et acuminatus vor.

Das Leiden begann bei dem 37 Jahre alten, seit 11 Jahren verheirateten Maurer, welcher 4 lebende gesunde Kinder hat, während ein Knabe im ersten Lebensjahre an unbekannter Krankheit gestorben ist, vor circa 2 Jahren. — Patient bemerkte in der Kniebeuge kleine „Wimmerln“, welche ein mässiges Jucken verursacht haben, jedoch keine Tendenz zur weiteren Ausbreitung zeigten. Erst vor 3 Monaten, also nach mehr als 1 $\frac{1}{2}$ jährigem Bestand, zeigten sich ähnliche Hautveränderungen an den Unterschenkeln, nachher an den Oberschenkeln, Bauch, Rumpf und angeblich zuletzt an den oberen Extremitäten. Ausser mässigem Jucken ist das Befinden des Patienten normal. Gesicht und Kopfhaut ist frei vom Leiden. Auf der Rücken- und Brusthaut sieht man blassgelblich graue, nadelstichkleine, bis stecknadelkopfgrosse Erhebungen, die rau anzufühlen sind. Von der Cutis aseriuua unterscheiden sich diese Veränderungen dadurch, dass Rauigkeit durch Hyperplasie des Stratum corneum entstanden ist. Viel auffallender sind die stecknadelkopf- bis mohnsamengrossen runden resp. polygonalen, aus dem Niveau der Haut nur wenig erhabenen flachen gelblich röthlichen wachsartig glänzenden Veränderungen, deren Centrum muldenartig vertieft ist. Diese Vertiefung ist an velen Efflorescenzen durch mehrere Schuppenschichten verdeckt. An den oberen und unteren Extremitäten sind pfennig- bis thalergrosse Plaques vorhanden, deren Umgebung mässig infiltrirt ist und welche mit graubraunen resp. bläulichgrauen Schuppenschichten bedeckt sind. Aehnliche Plaques sieht man ad nates, nur sind jene der Extremitäten viel rauher. In der Umgebung der an den Extremitäten befindlichen Plaques sieht man zerstreut stecknadelkopfgrosse Veränderungen, deren Grund mässig infiltrirt ist und aus denen Hornhautverdickungen Coni hervorragen. An der Streckseite der linken Finger sieht man ebenfalls mässig ausgebildete Coni.

Die Schleimhäute sind mässig injicirt, an der Mund- und Lippen-schleimhaut als auch auf der linken Tonsilla sind bis hirsenkorn-grosse konische, glänzende resp. flache glanzlose Erhabenheiten, deren Umgebung ganz normal ist.

Die beschriebene Hautveränderung entspricht im Grossen und Ganzen dem Lichen ruber planus universalis. Nachdem jedoch acuminirte Papeln ebenfalls vorhanden sind, will B. dies in der Benennung ebenso bezeichnen, wie dies in ähnlichen Fällen Kaposi, Schwimmer, Lukasiewicz gethan.

Histologisch konnte B. den Fall wegen Kürze der Zeit nicht untersuchen.

Róna hält die Erkrankung für einen typischen Lichen planus. Die acuminirten Knötchen und Corneusgebilde gehören zum Bilde des L. planus.

Török. Die folliculären Veränderungen, welche in dem vorgestellten Falle neben den typischen Hautveränderungen des Lichen planus vorhanden sind, sind grundverschieden von jenen in T.'s Fall. Er glaubt auch nicht, dass dieselben mit zu den Hautveränderungen des L. planus zu rechnen seien, sondern hält sie für Läsionen der Keratosis pilaris. Dieser Annahme entspricht, dass sie kleine, in der Follikelmündung befindliche Hornpföpfchen darstellen, an deren Basis keine oder bloss eine geringe Hyperämie vorhanden sei. Uebrigens habe der betreffende Kranke schon seit geraumer Zeit kein Bad genommen.

Basch gibt zwar zu, dass die mit Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Lichen ruber acuminatus-Fälle von dem vorgestellten abweichen. Auch er hält den Fall für L. planus, sieht jedoch Uebergangsformen zu L. r. acuminatus. Patient hatte vor 6 Wochen zuletzt ein Bad genommen, so dass die Rauheit einzelner Hautpartien vielleicht doch einen anderen Grund habe.

5. Róna: „Entfernung eines in die Blase hineingebrochenen Katheterstückes.“

A. B., ein 20jähriger lediger Handarbeiter, kam am 6. Juni 1894 zuerst in meine Behandlung. Patient hatte im Jahre 1889 den ersten, 1890 den zweiten Tripper und urinirt seit 1892 in dünnerem Strahl und bemerkt auch seit dieser Zeit ein ziemlich starkes Nachtröpfeln. — In der letzten Zeit wurde Patient gegen Prostatitis und Stricture behandelt und zuletzt ward ein 10er (engl.) Nelatonkatheter eingeführt, durch welchen Urin entfernt wurde, jedoch beim Herausziehen des Katheters blieb ein Theil desselben in der Harnröhre zurück; Patient urgirte die Herausnahme des hineingebrochenen Stückes, worauf angeblich sein Arzt das Stück mittelst einer Sonde in die Blase schob. Seit dieser Zeit hat Patient $\frac{1}{2}$ stündlich Urindrang und am Ende jedes Urinirens intensive Schmerzen und Blutungen. Auch beim Gehen sind grössere Schmerzen vorhanden. Hierauf sandte ihn sein Arzt von einer Entfernung von 200 Kilometer nach Budapest. 1 $\frac{1}{2}$ Stunden bevor Patient zu mir kam, urinirte er und fühlte, als wenn das Katheterstück an den Blasenhalshals gedrückt wäre; zu gleicher Zeit hörte der Urinstrahl plötzlich auf, es stellte sich Tenesmus ein mit fortwährendem Tröpfeln blutigen Harns.

Bei der Untersuchung fand ich einen eiterigen Harnröhrenfluss, blutige Flecken auf der Unterhose. Pars pendula der Harnröhre leer, im scrotalen Theil desselben konnte ich einen mehrere Centimeter langen Fremdkörper palpitiren. In der Voraussetzung, dass der Fremdkörper im stricturösen Theil der Harnröhre eingeklemmt sei, führte ich mit mässiger Anstrengung einen offenen Tubus 24 Charr. ein, bemerkte jedoch, dass der Fremdkörper durch das Einführen des Tubus gegen den Bulbus einwärts gleite, obwohl der Tubus vor der Pars scrotalis in der 22 Ch. weiten Stricture stecken blieb. Hierauf zog ich den Tubus ein wenig nach auswärts, und führte den Zeigefinger der linken Hand in das Rectum ein, wodurch ich nicht nur das Weitergleiten des Fremdkörpers verhinderte, sondern denselben sogar ein wenig auswärts schiebend fixirte.

Durch den Tubus bemerkte ich jetzt, dass das Katheterstück wieder in der Pars scrotalis stecken blieb. Jetzt entfernte ich den Tubus und drängte mit geringer Gewalt das Katheterstück in die Pars pendula, von wo dasselbe beinahe von selbst heraus kam. Das entfernte Stück ist 3 Cm. lang (Nelatonkatheter Nr. 10), spröde, ausgetrocknet mit vielen Querrissen.

Dies war die Ursache des Abbrechens und auch dessen, dass das Stück nicht spontan durch die verengte Pars scrotalis herausgleiten konnte.

6. Schatteles. Fall von extragenitaler Sklerose.

K. L., 23 Jahre alte Amme, kam am 27. April l. J. auf die poliklinische Abtheilung des Docenten Havas und gab an, dass sie am 19. Jänner einen gesunden Knaben gebar, welchen sie aufs Dorf gab, während sie selbst am 1. Februar ein 3 Monate altes Kind zum Stillen übernahm, welches wegen Geschwüren an den Lippen und Ausschlägen am Körper zuerst durch den Hausarzt, nachher im Stefanie-Kinderspital behandelt wurde. Dort wurde die Diagnose auf Syphilis gemacht. Die Amme bemerkte Ende Februar neben der linken Brustwarze einen kleinen Ritz, womit sie jedoch noch weitere 2 Wochen hindurch das Stillen fortsetzte. Das Geschwür erreichte die Grösse eines Pfennigs und heilte trotz Behandlung nicht zu. Am 12. April bemerkte Patientin am Körper Flecken und leidet seit dieser Zeit ständig an Kopfschmerzen. Status præsens: An der linken Seite der linken Brustwarze ein pfenniggrosses rundes erhabenes, stark granulirendes und leicht blutendes Geschwür mit harter Basis, die Axillardrüsen taubeneigross angeschwollen. — Am Körper zerstreut papulo-maculöses Exanthem.

Róna.