Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1901.

Vorsitzender: Kaposi.

Schriftführer: Kreibich.

Neumann ergreift beim Erscheinen des Vorsitzenden in dem neu ausgestalteten Hörsaal der Klinik Kaposi das Wort zu folgender Anrede: Die Gesellschaft hat nunmehr die alten Räume, in denen sie seit den ersten Sitzungen getagt, verlassen. Wir haben alle nur den einen Wunsch, dass unser verehrter Präsident und Vorsitzender verjüngt, zur Ehre unserer Wissenschaft, noch lange in diesen Räumen wirke.

Kaposi: Ich war nicht gefasst, dass mich College Neumann mit so schmeichelhaften Worten ehrt und dass diesen freundlichen Worten so froh allseitig zugestimmt würde. Ich danke daher Ihnen allen vielmals.

Da einige Mitglieder noch erscheinen dürften, werden wir die Wahl der zur Aufnahme neu vorgeschlagenen Kollegen später durchführen. Bei der reichlichen Fülle des Materials bitte ich noch, sich heute möglichst wenig theoretischen Erörterungen zu widmen.

Schiff. Ich stelle einen bisher unbehandelten Fall von Alopecia areata vor und möchte hiezu berichten, dass Freund in meinem Institute in diesem Winter einen Fall nach der Methode von Kienböck behandelte, ohne zu einem Resultate zu kommen. Ein 2. Fall wurde nach Ehrmann's Methode mit dem faradischen Strom durch 9 Wochen behandelt. Das Kind musste dann heimfahren; ich konnte trotz täglicher halbstündiger Faradisation keinen Nachwuchs von Haaren beobachten. Erst in den letzten Tagen habe ich einzelne Haare hervorspriessen gesehen; doch ist dies nicht mit Sicherheit auf die Behandlung zurückzuführen, da ja bei Alopecia areata die Haare auch spontan nachwachsen. Aus diesem Grunde stelle ich auch folgenden Fall vor, der nunmehr genau nach Kienböck's Angaben behandelt werden wird, so dass wir noch im Laufe dieses Sommers in der Lage sein werden, den Erfolg zu sehen. Ich muss noch auf die sonst nicht vorkommende Erscheinung hinweisen, dass sich am Vorderhaupte an einer Stelle atro-

phische Flecke finden, die mit Borken bedeckt sind und daher auf Jucken hinzudeuten scheinen.

Neumann: Ich möchte Schiff und Kienböck aufmerksam machen, bei Demonstration der Röntgenbehandlung nicht Kinder vorzustellen, sondern Erwachsene im mittleren Lebensalter, da die Alopecie bei solchen Kindern, wenn sie nicht universell ist, auch spontan gut wird. Der Kernpunkt geht dahin, Leute im 30.—40. Lebensjahre, bei denen die Alopecie schon lange besteht und die Haare trotz aller Mittel nicht nachwachsen, in Behandlung zu nehmen.

Ehrmann: Ich muss noch an die Herren, welche Erfahrung in der Röntgenbehandlung haben, die Frage richten, ob es ihnen möglich war, bei vollständiger Alopecie innerhalb 6—8 Wochen Haare hervorspriessen zu sehen; denn man muss es als unmöglich betrachten, dasselbe vor dieser Zeit zu beobachten, da das Wachsthum des Haares ca. 1 Cm. pro Monat beträgt und die Haarwurzel allein 7—8 Mm. in der Tiefe sitzt.

Es gibt gewiss Fälle und ich habe erst jüngst solche gesehen, wo junge Plaques mit Erfolg faradisch behandelt wurden. In den alten Herden, in denen bereits Atrophie eingetreten war, hat sich nichts gerührt, und ich werde versuchen, diese letzteren der Röntgenbehandlung zuzuführen.

Kienböck: Ich bin gerne bereit, diese Fälle zu übernehmen, aber ich kann schon jetzt aus meiner Erfahrung sagen, dass auch die Röntgenbehandlung nicht in allen Fällen so günstig wirkt.

Kaposi: Zunächst möchte ich bemerken, dass die erwähnten Excoriationen nicht auf die Alopecie zu beziehen sind, sondern wohl auf ein Eczema papul. e pediculis, und sich auch an anderen Stellen des Kopfes finden. Das Haarwachsthum selbst aber ist bei der Alopecie so zufällig und sonderbar, dass es bald kein Mittel gibt, unter dem man nicht dasselbe beobachtet hätte. Diese Mannigfaltigkeit bezieht sich auch auf andere Zufälligkeiten, wie das zeitweise stärkere Auftreten und das verschiedene Alter. So beobachte ich gerade heuer eine Unmasse von Alopecie sowohl in der Klinik als in der Privatpraxis. Dabei kommen Leute verschiedenster Berufe, aus den verschiedensten Orten, vom 6. bis 40. Lebensjahre, der eine seit 7 Jahren bestehend, der andere seit 3 Monaten oder 14 Tagen, so dass eine bestimmte Schlussfolgerung bei dieser Krankheit immer gewagt erscheint und man erst eine sehr grosse Anzahl von Fällen wird sammeln müssen, um sich vor Selbsttäuschung zu bewahren.

Kreibich stellt vor:

1. eine 53jährige Frau, die in der rechten Hohlhand ein seit mehreren Monaten bestehendes Geschwür hat; dasselbe ist dreieckig, unregelmässig zackig begrenzt und secernirt einen dünnen, serösen Eiter; beim Auseinanderziehen der Ränder erscheint das Centrum vertieft und mit einem gelben, necrotischen Belag bedeckt. Daneben findet sich in der Hohlhand noch eine unregelmässige, weisse, alte Narbe, eine ähnliche,

gegen die Tiefe eingezogene über dem Handgelenke. Das Aussehen des Geschwüres weist deutlich die Symptome der Tuberculosis cutis propria auf, die Untersuchung des Secretes ergab auch den positiven Befund von einzelnen Tuberkelbacillen. Zu bemerken ist, dass die Frau seit 1 Jahre ihren an Lungentuberculose erkrankten Mann pflegt und dabei bei der Reinigung der Gefässe auch mit dem Sputum in Berührung kommt.

2. in viel grösserer Ausdehnung sehen wir die gleiche Affection bei diesem zweiten Patienten, einem 38jährigen Manne, der wohlgenährt, aber starker Potator ist. Hinter der rechten Ohrmuschel an der behaarten Kopfhaut erstreckt sich der Krankheitsherd fast zweihandtellergross bis zum Scheitel hinauf und überschreitet die Mittellinie und die Halsgrenze um mehr als 2 Cm. Nach vorne streckt er sich unter dem Ohrfläppchen auf den Kinnwinkel herüber. Fast in seiner ganzen Ausdehnung erscheint er aus heller- bis guldengrossen, runden und unregelmässigen Geschwüren zusammengesetzt, die theils noch die typischen Symptome tuberculöser Ulcera aufweisen, theils schlapp granuliren. Trotz mannigfacher operativer Eingriffe zeigt der Rand immer neuen Zerfall. Das mikroskopische Präparat ergab zahlreiche Tuberkelbacillen.

3. einen 26jährigen Mann, bei dem der primäre Herd am Zeigefinger der rechten Hand mehr im Sinne eines Lupus verrucosus aufzufassen ist. Von hier ausgehend ist es zur Infection der Lymphwege gekommen, die sich in erbsen- bis kleinhaselnussgrossen Knoten äussert, welche längs der Lymphgefässe am Vorderarm angeordnet sind und von denen die grösseren fluctuiren. In der Cubita sind mehrere Drüsen zu tasten.

4. einen Fall von *Acne varioliformis*, der mit seinen typischen Efflorescenzen und Narben die ganze Stirnhaargrenze und die vordere Hälfte der behaarten Kopfhaut einnimmt. Ich stelle den Fall vor mit Rücksicht auf das jugendliche Alter, der Patient zählt erst 16 Jahre, wegen der Ausbreitung der Affection und der Grösse und des charakteristischen Aussehens der Efflorescenzen.

Ehrmann demonstriert einen Fall von *Lupus erythematodes*, der auf beiden Ohren an der Ohrmuschel Helix und Anthelix einnimmt, aber auch auf der Unter- und Oberlippe und zwar nicht gegen das Kinn, sondern gegen die Mundschleimhaut in kleinen Herden angeordnet ist. Diese Localisation ist wohl wichtig für die Frage, ob der Lupus eryth. von den Talg- und Schweissdrüsen ausgeht.

Kaposi glaubt, dass man eben diese Frage, ob der Lupus eryth. auf eine Drüsenerkrankung zurückzuführen ist, nicht so auffassen dürfe, als ob es sich direct um eine Affection der Drüsen selbst handle, sondern um eine Betheiligung der Gefässe um die Drüsen herum.

Freund: Im Falle, dass die Erkrankung wirklich von den Talgdrüsen ausgeht, wäre dies auch im vorliegenden Falle möglich, da ja auch an der Lippen- und Mundschleimhaut Talgdrüsen nachgewiesen wurden.

Nobl demonstirt: einen Fall von Meningomyelitis syphilitica, nach dem Typus Erb, welche einen 28jährigen, sich im zweiten Jahre der luetischen Erkrankung befindlichen Mann betrifft. Als die charakteristischsten Merkmale der Läsion zeigt der Kranke einen unsicheren, schwankenden, zum Theil spastisch paretischen Gang, mit stärkerer Mitbetheiligung des rechten Beines, hochgradige Steigerung des Patellarreflexes, sowie des bis zum Klonus gediehenen Achillessehnenphänomens, ferner bedeutende Blasen- und Mastdarmstörungen, welche paretische Erscheinungen sich bald als Retention, bald als Incontinenz äussern. Ausserdem completiren Kreuzschmerzen, ausstrahlendes Gürtelgefühl, sowie eine gewisse Hyperästhesie der Haut in der unteren Abdominalgegend und an den Beinen das Symptomenbild. Als Initialerscheinung ist die Störung der Blasenfunction hinzustellen, welche mehrere Wochen den rasch einsetzenden, nunmehr seit einem Monate bestehenden weiteren Veränderungen voranging. Die schwere Verlaufsweise des Krankheitsprocesses konnte N. bereits vor einem Jahre constatiren, zu welcher Zeit sich der Kranke mit einer syphilitischen Sarcocoele präsentirte, welche Läsionsform noch im ersten Jahre der luetischen Infection mehrere Monate nach einem maculösen Exantheme und einer plaqueförmigen Schleimhautrecidive zur Entwicklung gelangte. Bemerkenswerth erscheint, dass sowohl die erste Allgemeineruption, als auch die erste Recidive der specifischen Behandlung nicht unterzogen wurden. Die diffuse Infiltration der Hoden kam unter einer Injectionscur (5%iges Sublimat) prompt zur Resorption und weisen heute nur mehr geringe Schwielenreste auf den Sitz des abgelaufenen Processes hin. Die gegenwärtigen meningealen und spinalen Symptome zeigen unter der gleichen Therapie einen Rückgang.

Neumann demonstirt:

1. ein 14j. Mädchen, welches seit 4 Jahren aus einer flachen Geschwulst am Oberschenkel zeitweise ziemlich reichlich milchige Flüssigkeit absondert. Die Geschwulst ist etwa 8 Cm. lang und 2 Querfinger breit und zieht in der Ileocuralfurche von der Inguinalgegend nach dem Perineum; sie ist nur wenig über das Hautniveau elevirt, hat eine leicht warzige Oberfläche, ist scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, von teigig weicher Consistenz und zeigt keine entzündlichen Erscheinungen. Keine Substanzverluste, keine Fistelgänge. In der Umgebung am Oberschenkel und am linken kleinen Labium finden sich pflaumigweiche Bläschen — oder milienartige Knötchen. Die Geschwulst ist oft tagelang trocken und liegt dann fast völlig im Hautniveau; zeitweilig aber sickert meist für einige Stunden eine milchig-weiße, chylusartige Flüssigkeit aus, ohne dass bestimmte Oeffnungen zu sehen wären, aus denen die Flüssigkeit kommt. Zu dieser Zeit ist die Geschwulst succulenter und mehr prominent. Auch aus der Vagina kommt eine analoge Flüssigkeit, ohne dass am Introitus vaginae Veränderungen sichtbar wären. Zur Differentialdiagnose zwischen einer Geschwulst, entstanden aus einer aberrirten Mamma, und einer von den Lymph-

gefässen ausgehenden Neubildung wurde die ausgeschiedene Flüssigkeit chemisch, die Geschwulst selbst histologisch untersucht. Gegen die Annahme einer aberrirten Mamma spricht zunächst der Umstand, dass das Mädchen nicht gravid ist, während bisher alle aberrirten Mammae nur während der Gravidität Milch secernirt haben. Das vorgestellte Mädchen ist bisher aber weder menstruiert, noch sind bei ihr die Brustdrüsen entwickelt. Ferner zeigten fast alle aberrirten Mammae eine Brustwarze und endlich fanden sich aberrirte Mammae nur in einem Falle (von Robert 1827) an der Aussenseite des Oberschenkels. Die histologische Untersuchung eines excidirten Stückes zeigte denn auch mächtig erweiterte Lymphräume, hauptsächlich im verbreiteten Papillarkörper. Lymphangiectasien. Danach muss man annehmen, dass die Geschwulst in irgend welchem Zusammenhange mit dem ductus thoracicus steht; bekanntlich bezieht dieser seinen Zufluss aus zwei symmetrischen trunci lumbales, deren Wurzelgebiet die Oberschenkel und das Genitale umfasst und aus einem unpaarigen Truncus intestinalis. Zwischen den ersteren und dem letzteren bestehen Communicationen, durch welche in diesem Falle rückläufig Chylusflüssigkeit aus dem Intestinaltheile in die Geschwulsträume gelangt.

Ehrmann möchte der Patientin zuerst eine grössere Mahlzeit, dann längere Zeit nichts geben, da die Chylusmenge mit der Ernährung zusammenhängt und man dann schon aus der Quantität des Secretes auf dessen Zusammenhang mit dem Chylus schliessen kann.

Weidenfeld: Es sind in neuerer Zeit Studien über Fettresorption angestellt worden, bei denen das Fett mit Alkana und Sudanroth gefärbt wurde; im Chylus fand sich das Fett dann in Form kleinster Tröpfchen gefärbt. Auch hier müsste bei diesen Farben die Flüssigkeit gefärbt sein, ebenso wie dies schon klinisch bei Chylurie von Steyskal beobachtet wurde.

2. einen 27j. Beamten, welcher im Juni 1900 Syphilis acquirirt hatte und mit Einreibungen behandelt wurde. Im Jänner d. J. gebrauchte er wegen eines Herpes tonsurans maculosus verschiedene Salben, darunter Unguentum sulfuratum Wilkinsonii. Im Anschluss daran entwickelte sich die gegenwärtige Affection. Ueber der ganzen Brust und am Rücken ist die Haut rost- oder bronzefarbig und mit warzigen, framboesieformen Wucherungen bedeckt, die meist trocken sind, nur über den mittleren Brust- und Bauchpartien gegen den Nabel zu reichlich klares Serum absickern lassen. An den Randpartien setzt sich die diffuse Verfärbung der Haut aus kreuzer- bis guldenstückgrossen Flecken zusammen, die meist eine feine Abschuppung zeigen. Ebenso sind die Extremitäten fast vollständig in diffuser Weise livid verfärbt und auch hier erkennt man an den peripheren Theilen die Zusammensetzung aus einzelnen Efflorescenzen. Im Gesicht und am behaarten Kopf mit Krusten bedeckte Lenticulärefflorescenzen; ausserdem Verdickung und bläulichweisse Verfärbung der Wangenschleimhaut und an den seitlichen Zungenpartien. Dieses eigenartige, fast an Mycosis fungoides erinnernde

Syphilid verdankt offenbar seine Entstehung der Reizung durch die vorausgegangene Salbenbehandlung des Herpes tonsurans.

3. einen 31j. Mann mit zwei apfelgrossen Tumoren über dem linken Scheitelbein und über dem Hinterhauptbein. Bei seinem Spitalseintritt wölbten sich dieselben kugelig vor, boten Fluctuation; die Haut war verdünnt und livid verfärbt; an der Peripherie konnte stellenweise ein Knochenwall durchgetastet werden. Die Tumoren waren unverschieblich und indolent, wurden mittelst Incision eröffnet, es entleerte sich klebrige, gummiartige Flüssigkeit. Man sieht jetzt die Wände besetzt mit schlaffen Granulationen, es liegt der Knochen, weithin des Periostes entblösst, elfenbeinartig glänzend bloss. Gummata periostalia capitis. Dauer der Syphilis 9 Jahre.

4. einen 20j. Arbeiter, welcher bereits mehrfach gegen Lupus behandelt wurde. Derselbe zeigt gegenwärtig am Halse, Nacken, im Gesicht, an vorderer Brust und Bauchwand ad nates multiple, flachhandgrosse Herde von narbiger Beschaffenheit. Inmitten der glatten, weichen Narben, sowie an deren Peripherie sind linsen- bis erbsengrosse, braunrothe, stellenweise leicht ulcerirte und von Borken bedeckte Knötchen eingestreut. Die linke Ohrmuschel ist im unteren Antheil stark narbig verzogen: Lupus vulgaris.

5. eine 32j. verheiratete Frau mit nierenförmigen und kreisrunden Geschwüren an beiden Unterschenkeln, polycyclischen Infiltraten und Krustenauflagerungen am Mons veneris, Papeln am Genitale und kreuzergrossen, im Niveau der Haut liegenden Efflorescenzen und knotig vorspringenden Infiltraten am Rücken und an der seith. Bauchwand: Polymorphes Syphilid. Syphilis besteht 2½ Jahre, bisher unbehandelt.

6. einen 28j. Mann, welcher im Januar 1901 an der Klinik mit Sclerose behandelt wurde und jetzt bereits über den Ellbogen ad nates, Beugeseiten der Oberschenkel, am Hals und an der Stirn erbsen- bis hellergrosse, braunrothe Efflorescenzen mit centralem Zerfall darbietet: Ulceröses Syphilid.

7. einen 24j. Mann, der im December 1900 mit Sclerose und Exanthema papulo-pustulosum (Variola syphilitica) an der Klinik behandelt wurde und jetzt schwere Erscheinungen von Lues darbietet. Zerstreut am Körper und besonders im Gesichte braunrothe, central zerfallende oder mit Krusten bedeckte Efflorescenzen oder Narben nach solchen. Perforation des harten Gaumens sowie des knöchernen Nasenseptums, schüsselförmig vertiefte Geschwüre der hinteren Rachenwand, ein erweichter, nussgrosser Knoten in der rechten Cubitalbeuge: Syphilis maligna praecox.

8. einen 27j. Mann, welcher ein maculöses Exanthem, gleichzeitig jedoch einen sehr kachektischen Habitus, schwächlichen Körperbau, blasse Gesichtsfarbe darbietet und an Nachtschweissen leidet. Derselbe zeigt am weichen Gaumen R. ein bis zur Rachenwand ziehendes, speckig be-

legtes, 3 Cm. langes Geschwür mit zackigen, gerötheten Rändern: *Tuberculosis palati mollis*.

9. eine 47j. Kranke mit Raynaud'scher Krankheit. Alle Finger beider Hände zeigen glänzend gespannte Haut mit ausgeglichener Faltung und Furchung. Die Endphalangen zeigen stärkste Intensität der Affection, sind gegen die Nägel hin an Form verjüngt; die Haut ist daselbst livid verfärbt, gegen den Knochen nicht verschieblich, spontan und auf Druck schmerzhaft. Nägel an der linken Hand bis auf die Hälfte reducirt. Der Nagelfalz ist verloren gegangen, so dass der Fingerkuppe nur ein 3—4 Mm. langes und breites Nagelrudiment aufsitzt. Der 3. Finger rechts zeigt an der Endphalange eine von bläulich verfärbter Haut bedeckte haselnussgrosse Blase. Am Dorsum des 5. Fingers der rechten Hand seichte, torpide, überhäutende Geschwüre. Die 3 mittleren Zehen des linken Fusses zeigen ähnliche, jedoch geringgradigere Veränderungen. Puls in der linken Radialis weit besser fühlbar, gespannter als in der rechten. Tonometer-Messung ergibt rechts Blutdruck 20, links 80.

Kreibich stellt vor:

1. eine Elephantiasis ex lupo am rechten Unterschenkel. Vielfach von exulcerirten Herden von Lupus vulgaris und weissen, dünnen Narben eingenommen, erscheint die ganze rechte untere Extremität vom Knie an gegenüber der linken auf das doppelte verdickt, bedingt durch die consecutive elephantiasische Infiltration der Haut, an der nur wenig ödematöse Schwellung durch Fingerdruck erkenntlich ist. An den Zehen, namentlich aber an den Interdigitalfalten erheben sich dichte, derbe, papilläre, blumenkohlartige Wucherungen. Der Lupus besteht seit 14 Jahren, eine stärkere Schwellung trat aber erst vor 4 Jahren auf.

Kaposi: Es gab eine Zeit, wo man diese und ähnliche Fälle von Lupus serpiginosus mit der Syphilis in Beziehung brachte, wozu auch Hebra durch seine Publication in den medicinischen Jahrbüchern beitrug. Namentlich wurden jene Fälle herangezogen, bei denen neben der Elephantiasis kleine Knötchen in der Fusssohle bestanden und die Frage auftauchte, ob nicht Lues vorliege, da ja auch bei Syphilis Elephantiasis beobachtet wird. Doch kommt bei dieser nie gleichzeitig ein klein-papulöses Syphilid vor, da es sich doch um eine späte gummöse Form handelt und die Papeln nie solange andauern.

2. bei der Diagnose eines Pemphigus acutus ergeben sich im Beginne differentielle Schwierigkeiten gegenüber anderen Blasenaffectionen, so dem Erythema bullosum oder der Impetigo contagiosa. In diesem Falle, bei dem 10j. sonst gesunden und kräftigen Knaben, waren anfangs nur um den Mund und die Nase impetiginöse Krusten und daneben einzelne wasserhelle Bläschen zu sehen. Mit Rücksicht auf die neueren Untersuchungsergebnisse über die Aetiologie der Impetigo wurden einzelne Bläschen untersucht und in denselben, vielleicht weil es nicht ganz primäre waren, Staphylococcen gefunden. Daher die Anfangsdiagnose Impetigo contagiosa. Auffallend war nun, als der Patient nach einer

Woche wiederkam, dass sich am Rande noch immer neue Bläschen bildeten. Bald kamen auch an anderen Stellen des Stammes und der Extremitäten Bläschen und grössere Blasen hinzu, die im weiteren Verlaufe das deutliche Bild des *Pemphigus circinnatus* mit stetem Aufschliessen neuer Bläschen am Rande, Abheilung im Centrum mit Pigmentation darboten.

3. ein *Sarcoma alveolare* bei einem 38j. Manne. An der Rückenhaul in der Mittellinie entsprechend den mittleren Brustwirbeln ein guldengrosser, derber, exulcerirter, leicht fungös vorragender Knoten, im Centrum breitgestielt aufsitzend. Derselbe wurde bereits zweimal, zuerst vor 2 Jahren exstirpirt, zeigt aber rasche Recidive. Daneben finden sich in der Rückenhaul noch sechs hasel- bis wallnussgrosse, matt violett durchschimmernde, derbe und die Subcutis breit infiltrierende Tumoren, zwei ähnliche auch in der linken Achsel- und der Nabelgegend. Die histologische Untersuchung ergab einen zellreichen Tumor von alveolärem Baue, an der Grenze von Sarcom und Carcinom, mit polyedrischen, Epithelzellen sehr ähnlichen Zellen. Er dürfte sich den Geschwülsten nähern, welche aus Naevi hervorgehend, noch keine entschiedene histologische Ordnung einnehmen, von Waelsch und Unna gerade dem Carcinom mit dem weiteren Schlusse auf Naevus und dessen epitheliale Natur zugewiesen werden.

Weidenfeld demonstirt einen *Naevus striatus* bei einem 5jährigen Knaben. Am Kopfe und der Schulter linkerseits in der Mittellinie beginnend, ziehen am Aussenrande des Ober- und Vorderarmes, kleinere Partien freilassend, strichförmig angeordnete, stecknadelkopfbis linsengrosse, lebhaft rothe und mit kleinen, weissen, dünnen Schüppchen bedeckte Knötchen gegen die Hand, wo sie an der Rückenfläche der ersten drei Finger dichter aneinandergereiht, sich zu derben, weissglänzenden Streifen anordnen. Es handelt sich also um einen *Naevus unius lateris* mit oberflächlicher Reizung, der im ersten Momente wohl an *Lichen ruber accuminatus* oder *Psoriasis unilaterialis* denken lässt.

2. einen Fall von *Carcinoma serpiginosum*. Bei der 64jähr. Frau ist die Streckseite des linken Vorderarmes in der oberen Hälfte von einer länglichen, flachen, dünnen Narbe eingenommen, die in den centralen Partien blendend weiss, nur hie und da fleckig dunkler pigmentirt ist. Am Aussen- und Innenrande finden sich drei nach der Peripherie convexe, flach bogenförmige, ca. 1—2 Cm. breite, warzig erhabene, braunrothe Geschwüre, deren innerer Hilus von kleinen, pilzähnlichen, vielfach drusigen Wucherungen dicht besetzt ist, so dass dieser Theil honigwabenhähnlich an *Bromæne* erinnert. Der Aussenrand ist höher, 2 Mm. hoch und stellt ein nicht derbes, unregelmässig kleinknotiges Gewebe dar, das die Haut unterwühlend über sich vordrängt. Ueber dem Ellbogen sitzt ein ziemlich scharf begrenztes, fast kreisrundes Geschwür, das auf seiner ganzen Fläche mit diesen kleinen, papillären *Excrecenz*en dicht besetzt erscheint.

Das histologische Bild ergibt nun deutlich ein Plattenepithelcarcinom mit zahlreichen Perlkugeln.

Neumann: Der Rand sieht wohl einem Bromexanthem ähnlich, doch kommt bei diesem nicht eine solche Vernarbung vor. Hier kommen diagnostisch Lupus, Lues und Carcinom in Betracht. Die beiden ersten sind auszuschliessen; und doch möchte man bei Betrachtung des weichen Randes auch Carcinom ausschliessen, wenn das histologische Bild nicht so deutlich wäre. Jedenfalls könnte man aber eine Injection mit Kochschem Tuberculin versuchen.

Hochsinger hält einen Vortrag über „die Osteochondritis epiphysaria syphilitica im Röntgenbilde“ mit Demonstrationen. Hochsinger hat bereits vor mehreren Jahren und neuerlich wieder im vergangenen Jahre anlässlich seiner Untersuchungen über die Phalangitis heredo-syphilitica osteochondritiskranke Säuglinge intra vitam der Röntgenuntersuchung unterziehen lassen, konnte aber nichts Charakteristisches an den Epiphysenfugen wahrnehmen. Dagegen ergab die röntgenographische Aufnahme der bezüglichen Verhältnisse bei her.-syph. Föten und Leichen von Neugeborenen, von Dr. Robert Kienböck durchgeführt, ganz überraschende positive Resultate, welche auch Holzknecht bei Weichselbaum gefunden hat. Bekanntlich zeigt der Durchschnitt der Röhrenknochen älterer Föten oder Neugeborener normaler Weise zwischen dem hyalinen kalklosen Epiphysenknorpel und dem spongiösen Knochen eine scharf begrenzte, schmale und weisser als die Knorpelsubstanz gefärbte Schichte, die Zone der provisorischen Knorpelverkalkung — geblähte Knorpelzellen in einer mit Kalkkörnern dicht incrustirten Grundsubstanz. Epiphysenwärts schliesst sich direct an diese Schichte der Epiphysenknorpel, diaphysenwärts erst die schmale Zone der Markraumbildung und an diese wieder anschliessend der fertig gebildete spongiöse Knochen an. Bei der röntgenographischen Untersuchung nun gibt der kalklose Epiphysenknorpel gar kein Bild auf der Platte, die Zone der provisorischen Knorpelverkalkung eine gesättigt dunkelschwarze, scharfe Linie, die Zone der Markraumbildung eine auffallend helle Schattirung und endlich der spongiöse Knochen selbst einen gleichmässig dunklen Schatten mit eigenthümlich streifiger, von den Spongiosabälkchen herrührende Zeichnung. Bei der h.-s. Epiphysenerkrankung aber ist die Erzeugung organischer Knochensubstanz an der Knochenknorpelgrenze gehemmt, die Umwandlung des verkalkten Knorpels in echtes osteoides Gewebe wird verzögert und gänzlich unregelmässig gestaltet. Demgemäss erscheint die Zone der provisorischen Knorpelverkalkung deshalb sowie in Folge der fortgesetzt unverminderten Kalkabgabe an den Epiphysenknorpel verbreitert, von unregelmässiger Gestalt und zeigt sich im Bilde heller, breiter und ohne die frühere, scharfrandige Begrenzung, vielmehr mit zackigen Ausbuchtungen und bergspitzenähnlichen Fortsätzen versehen, welche offenbar der unregelmässig erfolgenden provisorischen Knorpelverkalkung (Wegner'sche Zone) entsprechen. Redner demonstirt nun mehrere derartige Röntgenogramme, unter anderen auch

von einem Fötus im 5. Monate, welche alle die erwähnten Charakteristica: Verbreiterung, Aufhellung, Ausbuchtung und unscharfe Begrenzung der Zone der provisorischen Knorpelverkalkung bis zur beginnenden Epiphysenlösung und bis zum Auftreten einer reactiven entzündlichen Hyperostose in Folge wirklich stattgehabter Epiphysenlösung zeigen. Im letzteren Falle erscheinen die Knochenenden aufgetrieben. Von Rha-chitis-Diagrammen sind alle diese Bilder leicht zu unterscheiden. Die Röntgenuntersuchung abgestorbener Früchte dürfte also in Folge der Möglichkeit, rasch und sicher etwa vorhandene Syphilis aus den Epiphysenbildern constataren zu können, diagnostische Wichtigkeit gewinnen.

Sitzung vom 22. Mai 1901.

Vorsitzender: Kaposi.

Schriftführer: Kreibich.

Finger: Ich erlaube mir, einen Patienten vorzustellen, der an der rechten Gesichtseite, an der Schläfe und über das Ohr nach der behaarten Kopfhaut ein syphilitisches Exanthem zeigt. An der Basis desselben sehen wir entsprechend den Knötchen des serpiginösen Exanthems die Haare alle pigmentarm, fast grauweiss, während die Haare am übrigen Körper gut pigmentirt sind. Es handelt sich also um eine Atrophie der Chromatophoren entsprechend der syphilitischen Cutis-infiltration und folgenden Atrophie. Patient wurde bisher expectativ behandelt. Ich erinnere hiebei auch an einen früheren Fall, der ein ausgebreitetes Leukoderma dargeboten und wo auch entsprechend der Pigmentatrophie der Haut eine solche an den Haaren bestand.

Ehrmann: Es ist nicht zu zweifeln, dass das Weisswerden der Haare hier auf Syphilis zu beziehen ist; denn man sieht deutlich den Kreis des Syphilids und in dessen Bereich bis nahezu an den Rand die Depigmentirung der Haare. Es gehen hier also die Chromatophoren zu Grunde u. zw. diejenigen, welche in den Haarbulbi lagern; es ist aber nicht auszuschliessen, dass später auch die Haare selbst ausfallen, wie es ähnlich Giovanini beschrieben.

Neumann: Dass auf der Basis eines Syphilides sich später weisse Haare bilden, ist bisher nicht beschrieben. Es muss noch weiter beobachtet werden, ob, wenn das Syphilid fortschreitet, auch die Entfärbung des Haares sich ausbreitet.

Kaposi: Die Analogie mit dem Leukoderma ist nicht ganz gerechtfertigt, da das serpiginöse Infiltrat als Spätsyphilid mit narbiger Atrophie aufzufassen ist, wenn auch äusserlich Narben nicht zu sehen sind.

Finger: Ich habe auch die atrophische Narbe nicht in dem Sinne aufgefasst, dass ein Geschwür vorausgehen muss und will noch bemerken, dass in dem anderen Falle, wo im Anschlusse an ein Leukoderma Albinismus eintrat, auch bei Ausbreitung des Leukoderma die Entfärbung der Haare fortschritt. Ich stelle noch

2. einen Patienten vor, der im *corpus cavernosum* am *dorsum penis* eine derbe Induration aufweist, welche von der Wurzel bis nahezu an die Glans reicht. Solche Infiltrate wurden bei Lues beobachtet, von Neumann auch hier schon vorgestellt; auch dieser Pat. hat Lues, doch ist deren Beziehung zu der angeführten Affection nicht sicher.

Ausser den luetischen Cavernitiden gibt es auch andere Processe, besonders im höheren Alter, die von den Franzosen als *Induration fibreuse* des *corps caverneux* beschrieben wurden. Von Mourcet und Delabord wurde eine Reihe solcher Fälle auch anatomisch untersucht; doch rühren diese Untersuchungen schon aus den vierziger Jahren und sind daher recht mangelhaft.

Dies hier ist der 14. Fall meiner eigenen Beobachtung, leider hatte ich in keinem derselben Gelegenheit zur anatomischen Untersuchung. Wenn sich die Induration nicht auf die *corpora cavernosa* beschränkt, sondern die sie einschliessende *tunica albuginea* betheiligt ist, so entwickelt sich in der dorsalen Rinne eine plattenförmige oder auch mit einem Fortsatze zwischen die *corpora cavernosa* reichende Derbheit, welche sich dann nach vorne verschiebt. Dieselbe ist eine solche, dass man eine rein entzündliche Neubildung ausschliessen kann und eine fibröse Natur annehmen muss. Sie entwickelt sich meist in den höheren 40er Jahren und bildet eine Beeinträchtigung der Erection und in gewissem Sinne auch der Potenz, indem sich der Penis beim gesteigerten Blutzufluss nach oben krümmt.

Neumann. Diese Affection ist eben gerade aus den letzt angeführten Gründen von besonderer Wichtigkeit. Sie kommt ausser im vorgeschrittenen Mannesalter namentlich auch bei Individuen vor, welche oft an *Balanoposthitis* gelitten. Die Induration bleibt nicht immer fibrinös, sondern es kommt oft auch zur Einlagerung knochenartigen Gewebes. Genaue anatomische Untersuchungen liegen nicht vor. Es sind dies unheilbare Fälle.

Bei Syphilis beobachtet man meist umschriebene Infiltrate, vorwiegend in einem *corpus cavernosum*; in einem Theile der Fälle ist dabei bei specifischer Behandlung das Infiltrat zum Schwinden zu bringen. Wenn aber auch die *albuginea* betheiligt ist, bleiben durch deren narbige Veränderung trotz Schwindens des Gumma immer Alterationen zurück. Auch bei Urethritiden kommen solche Affectionen mit Schwielen- und Narbenbildung im *corpus cavernosum* vor.

Mracek. Neumann erwähnte, dass es bei den Veränderungen des Bindegewebes, welche von den Septen der *Albuginea* ins *corpus cavernosum* reichen, auch zur Knocheneinlagerung kommen könne. Ich habe bei anatomischen Untersuchungen nie wahren Knochen gefunden, sondern nur Kalkablagerungen, wie sie auch bei Pleuritiden u. a. Processen vorkommen.

Kaposi. Ich möchte den vorgestellten Fall in die Reihe der fibrösen Veränderungen stellen. Aehnliche Knoten, in der Zahl von 1—3, fand ich auch bei jugendlichen Individuen; dieselben dauerten

mehrere Jahre, wobei der eine oder andere derselben wieder schwand, während andere sich nicht veränderten. Manche derselben sind aber vielleicht auch durch Thrombosirung der Venen bei forcirten Erectionen oder Coitus zustande gekommen.

Finger. Diese Knotenbildung bei jugendlichen Individuen erinnert mich an einen Fall, wo ein junger Mann erzählte, er habe bei einem forcirten Coitus plötzlich eine schmerzhaft Knickung erfahren, und der in einem corpus cavernosum einen umschriebenen Knoten darbot, aber von einer ganz anderen Consistenz wie dieser derbe. Solche Knoten haben auch die Wahrscheinlichkeit, sich zu resorbiren, weil ja Hämorrhagien und Thrombosen auch sonst zurückgehen können. Von diesen fibrösen Knoten konnte ich dies aber nie beobachten, ausser in einem Falle, den ich vor 3 und auch vor 2 Jahren sah und der dabei eine ausgesprochene Arthritis hatte, wo nach einer Cur in Karlsbad und entsprechender Diät der Knoten zurückging. Uebrigens bringen auch die Franzosen diese Knotenbildung vielfach mit der uratischen Diathese in Zusammenhang.

Horowitz. Ich habe es vor 1 Jahre in einer Publication in der Wiener medicinischen Presse versucht, die beobachteten Fälle dieser Art in bestimmtere Kategorien zu bringen und eine entzündliche nach Balanitis und Gonorrhoe, eine syphilitische, traumatische und senile Form unterschieden.

Am günstigsten ist die Prognose nach Traumen, besonders wenn die Schwellung und Blutung nicht zu stark sind; nur in einem Falle, wo ein Fusstritt das Trauma auslöste, der Penis geschwollen und blutunterlaufen war, kam es zu einer eitrigen Einschmelzung und nach deren Ausheilung zu tieferen, narbigen Veränderungen. In zwei anderen Fällen von Trauma trat vollständige Heilung ein, trotzdem in dem einen auch eine Lymphangoitis vorhanden war. Bei syphilitischer Cavernitis kann das Infiltrat ganz zurückgehen, nur in einem Falle von exulcerirtem Gumma und in einem zweiten nach gangränösem ulcus durum kam es nur zur theilweisen Heilung mit Narbenbildung. Auch bei einer Entzündung des corpus cavernosum urethrae, dessen Induration über einem eingeführten Dittelsstifte deutlich zu constatiren war, wurde Heilung erzielt. Bei Leuten in vorgeschrittenem Alter, im 50.—60. Lebensjahr, bei denen sich ohne vorausgegangene Syphilis allmähig die Verhärtung entwickelt, trotz der Uebel jeder Therapie, Jodkali, Elektrizität, warmen Einpackungen, Massage u. a.

Ehrmann. Sie wissen, dass von vielen Collegen, namentlich von Boeck in Christiania der Lupus erythematodes zu den Tuberculiden gerechnet wird. Wir sind im allgemeinen nicht dieser Ansicht, schon deshalb, weil wir ihn oft bei ganz gesunden, ja sehr starken Personen beobachten; auch histologisch spricht nichts für Tuberculose. Die Objectivität verlangt aber, diesen Gesichtspunkt im vorliegenden Falle zu betonen. Es handelt sich um einen guldenstückgrossen Plaque von Lupus erythematosis in der linken Submaxillargegend, der sich an

die Eröffnung von tuberculösen Lymphdrüsen anschloss, die vor 4 Jahren gespalten wurden.

Ich möchte auch noch an den von mir im vorigen Jahre demonstrierten Fall bei einem jungen, 20jährigen Mädchen erinnern, das in der Gegend des rechten unteren Augenlides einen exulcerirten Plaque von *Lupus erythematosus* hatte; das Mädchen ist heuer im Winter an Darmtuberculose erkrankt.

Kaposi. Wenn man jede Hauterkrankung, die bei Tuberculösen vorkommt, als Tuberculid auffasst, wo kommt man da hin? Gerade bei *Lupus erythem.* wissen wir, dass er häufig bei anämischen Leuten vorkommt, bei denen man andererseits oft auch Lungenspitzenaffectionen findet.

Nobel. In diesem Fall scheint die Diagnose *Lupus erythem.* nicht ganz gerechtfertigt, da dessen typische Zeichen fehlen und mehr das Bild eines flachen *Lupus tumidus* vorliegt.

Ehrmann demonstriert weiter:

1. einen Patienten, der auf beiden Handrücken, links auch am Metacarpophalangealgelenke des Mittelfingers kreisförmige Herde von *Lupus verrucosus* zeigt. Daneben hat derselbe eine *Lues papulosa* mit nässenden Papeln am Hoden und Plaques im Munde. Am Stamme besteht ein acneartiger Ausschlag, den ich geneigt bin, als pustulöses Syphilid anzusehen.

2. eine typische *Rupia syphilitica* mit papulösem Syphilid. Zu gleicher Zeit ist auch eine *Sarcocoele syphilitica* vorhanden. Sclerose und erstes Exanthem bestanden vor 1 Jahre und wurden mit Mercur behandelt. Ueber die Auffassung der *Rupia*-formen möchte ich anführen, dass ich dieselben nicht für tertiäre, sondern für zerfallene secundäre halte, da deren Ausgangspunkt im Papillarkörper liegt, über dessen Blutgefässen wie bei jeder Papel ein Infiltrat entsteht. Während beim Gumma im Centrum Erweichung eintritt, bildet sich hier eine Kruste, über welcher das Epithel erhalten ist, das erst spät zerfällt. Diese Form tritt auch schon frühzeitig und zugleich mit einem maculösen oder papulösen Exanthem auf, zu welchen Formen allmälige Uebergänge vorhanden sind.

Kaposi erwähnt zum ersten Patienten, dass die meisten der kleinen acneähnlichen Efflorescenzen einen so lebhaft rothen Hof zeigen, dass man auch an *Jodaene* denken muss.

Neumann demonstriert:

1. einen Patienten mit *Herpes tonsurans* an den Extremitäten und *Eczema marginatum* an den unteren Extremitäten. An der Bauchwand in der Gegend des Nabels und an der Beugeseite der unteren Extremitäten, besonders in der Natesgegend finden sich zerstreut thalerbis kindsfachhandgrosse scheibenförmige Erkrankungsherde, deren Centrum meist mit dünnen fest haftenden Schuppen bedeckt ist und in deren Peripherie in Ringform randständige Bläschen oder kleine Pusteln sich finden. An der inneren Schenkelfläche und gegen den Mons veneris zu ist die Haut intensiv düster geröthet, kleinlamellös abschilfernd und am

Rand scharf gegen die angrenzende normale Haut abgesetzt durch dichtest gedrängte Bläschen oder hirsekorn-grosse Knötchen. Auch an der Penis-haut ist eine ringförmig angeordnete Gruppe analoger Efflorescenzen, während das Centrum abgeheilt ist. Am Fussrücken und in der Malleolar-gegend sind die afficirten Stellen düster livid verfärbt; die bebarteten Stellen sind frei. Diagnose: Herpes tonsurans vesiculosus.

2. einen 29jährigen Commis, bei welchem die Lues im Alter von 19 Jahren acquirirt und wiederholt mit Einreibungen und Injectionen behandelt wurde. Derselbe weist gegenwärtig Symptome einer Tabes incipiens auf. Stark ausgeprägte Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, motorische Schwäche derselben, Patellar-Reflexe erloschen. Sensibilität überall erhalten, stellenweise Hyperalgesie. Gleichzeitig ist von den Hirnnerven der Oculomotorius in Form einer Parese ergriffen. Ptosis des linken oberen Lides, Strabismus divergens und Deviation des rechten Bulbus nach oben. Pupillenstarre beiderseits, Fundus normal. Die Oculomotorius-Lähmung trat im Herbst vorigen Jahres über Nacht plötzlich ein, die übrigen ulcerösen Erscheinungen entwickelten sich langsam im Laufe des Winters. Seit einigen Tagen bestehen Schmerzen beim Uriniren und intensiv missfärbige Trübung des Harns: Cystitis.

3. eine 30jährige Bäuerin mit narbiger Stricture des Introitus vaginae. Vor 2 Jahren applicirte sie (auf ärztlichen Rath) wegen kleiner Gewächse in der Vagina eine Flüssigkeit, sowie verschiedene Pulver auf das äussere Genitale. Es trat starke Aetzwirkung, sowie Eiterung auf und unter allmählicher Vernarbung trat der gegenwärtige Zustand ein, welcher seit $\frac{1}{2}$ Jahr stationär bleibt.

Die Vulva, insbesondere die Gegend der hinteren Commissur erscheint narbig verändert, die Urethralöffnung durch Narbenzug nach rückwärts verzogen, der introitus vaginae durch einen klappenartigen, sehnignarbigen Strang von rechts her so verengt, dass die Fingerkuppe gerade eindringt. Menses regelmässig, jedoch schmerzhaft.

4. eine 38jährige Kranke mit Eczema marginatum an der Schenkelbeuge und Herpes tonsurans an den Händen.

An der inneren Schenkelfläche ist die Haut geröthet, schilfernd, die Röthung peripher von hirsekorn-grossen Bläschen und Knötchen besetzt, zum Theil mit Krusten bedeckt.

An den letzten Fingern der rechten Hand in den Interdigitalfalten die Haut in Lamellen abziehbar, die Peripherie geröthet und von stecknadelkopfgrossen Bläschen serösen oder eitrigen Inhaltes umsäumt.

Dauer der Affection an der Hand 3 Wochen, am Genitale 8—10 Tage.

5. einen 30jährigen Patienten, an dessen Nasenspitze und häutigem Nasenseptum eine unregelmässige kronengrosse Borkenauflagerung und nach Entfernung derselben ein lebhaft rothes diffuses Infiltrat ohne scharfe Begrenzung und stellenweise mit centralem Zerfall zutage tritt. Diagnose: Lupus exulcerans nasi.

6. einen 27j. bereits vorgestellten Mann mit Eczem auf syphilitischem Boden, welches unter Behandlung mit Lassar'scher Pasta und Succinimid-Injectionen sich insofern verändert hat, als die früher nässenden Stellen alle abgetrocknet sind; dagegen haben sich die frambösiformen Wucherungen nur wenig geändert; sie bestehen als schwammige, trockene und oft warzig papillär zerklüftete Excrescenzen in mehr weniger flächenhafter Ausdehnung nach wie vor fort, namentlich über den oberen Brustpartien, während jene am Rücken und an den Extremitäten doch etwas eingesunken sind. Die Hautfarbe ist im Ganzen noch düsterer verfärbt; Patient ist stark abgemagert.

Kaposi demonstriert:

1. die letzthin vorgestellte Form eines Epithelioma serpiginosum mit papillären Wucherungen. Dasselbe wurde mit dem scharfen Löffel entfernt und heilte mit einer glatten, pigmentirten Narbe ab.

2. eine Frau, die im Gesichte an beiden Wangen einen Lupus erythematoides in Schmetterlingsform zeigt. Die Kopfhaut ist zum grössten Theile von theils blassen, narbig atrophischen Flecken bedeckt, theils von linsen- bis guldengrossen rothen Herden mit festhaftenden Schuppen und punktförmigen Löcherungen. Dabei breitete sich vom Gesichte aus im letzten Jahre bereits zweimal ein Erysipel über den ganzen Kopf hin aus.

3. ein Ulcus linguae zur Diagnose. Dasselbe nimmt die untere Fläche der Zunge und die Basis der Mundhöhle ein, ist unregelmässig zerfallen, mit schmutzig graugrünem, fetzig nekrotischem Zunder bedeckt; der Rand ist scharf, stark geröthet und geschwellt, zeigt nirgends einzelne Knötchen. Das Geschwür besteht seit 6 Wochen.

Nobl möchte hiez zu fragen, ob das Blut des [Patienten untersucht wurde. Er habe 2 Fälle von acuter Leukaemie beschrieben, bei denen ein ähnlicher geschwüriger Zerfall in der Mundhöhle unter foudroyantem Verlaufe eintrat.

Kaposi weist nun darauf hin, dass der vor einigen Tagen aufgenommene, herabgekommene Patient stark fiebere, seit 2 Tagen eine rechtsseitige Pleuritis habe. Ein natives Blutpräparat habe nur eine Leukocytose, jedenfalls kein deutliches Bild einer Leukaemie ergeben.