III.

Sitzungsberichte der Berliner dermatologischen Vereinigung. ¹⁾

Sitzung vom 5. November 1889. Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Saalfeld.

I. Herr Lassar stellt vor: Zwei Fälle von Lupus erythematodes, bei denen Perubalsam einen auffallenden Erfolg erzielte. Das Mittel dürfte sich daher auch bei dieser Affection ebenso wie beim Lupus vulgaris empfehlen.

Herr Rosenthal möchte gegenüber der Auffassung des Herrn Lassar Folgendes anführen. Das von Herrn Lassar vorgestellte junge Mädchen mit Lupus erythematodes war bisher in seiner Behandlung gewesen und hatte sich die Affection, die ursprünglich den beweglichen Theil der Nase ergriffen hatte, unter Paquelinbehandlung, als Rosenthal im August d. J. seine Sommerreise antrat, fast vollständig bis auf kleinste Reste involvirt. Als er ungefähr 6 Wochen später die Patientin wiedersah, war die Haut der ganzen Nase wieder afficirt und es traten fast unter seinen Augen rapid neue Scheiben auf, die sich peripher ausbreiteten und bald das ganze Gesicht bedeckt hatten, sodass das von Kaposi beschriebene Bild des Erysipelas perstans faciei deutlich sichtbar wurde. Von der weiteren Behandlung mit Paquelin wurde selbstverständlich unter diesen Umständen bald abgesehen und zu einer milderen Behandlung gegriffen. Dann blieb die Patientin aus. Rosenthal hält daher den vorgestellten Fall für eine acute Form des Lupus erythematodes, die erfahrungsgemäss unter verschiedenen indifferenten Methoden schwindet. Vor weiteren Beobachtungen mit Bal. peruv. kann Rosenthal aus obigen Gründen diesen Fall nicht als Beweis für das „post hoc ergo propter hoc“ ansehen.

II. Herr Lassar bespricht einen Fall von excessivem Rhinophyma.

Herr Rosenthal theilt im Auftrage des Herrn Lewin mit, dass Lewin eine Anzahl ähnlicher Fälle, besonders aber in letzter Zeit zwei Fälle einschlägiger Art beobachtet habe. In dem einen dieser Fälle zog sich quer über die Stirn ein narbenartiger Strang zur Nasenwurzel, der durch Unterminirung der ergriffenen Haut entstanden war. Die Erkrankung geht nach Lewin von den Talgdrüsen aus und beginnt mit Wucherung des um den Balg befindlichen Bindegewebes. Es gelingt an einzelnen Stellen aus den Drüsen einen vollständigen Wurm von Talg herauszudrücken. — Der erste der oben erwähnten Fälle wurde mit Auslöfflung der Drüsen, die sich fast bis auf das Periost erstreckte, behandelt. Der Patient erhielt eine narbige, aber gut aussehende Nase. — Der zweite wurde nach der von Lewin angegebenen allgemeinen Cur (Schnaps, Aether, Diät) behandelt, nebenher wurde noch eine locale Therapie ein-

¹⁾ Nach der Berliner klinischen Wochenschrift 1891.

geleitet. Der Erfolg war ein guter, jedoch entzog sich der Patient vor vollständiger Heilung der Behandlung.

III. Herr Oestreicher stellt vor: 1. Einen Patienten, der durch eine Verletzung beim Rasiren syphilitisch inficirt wurde.

Bei einem 30jährigen Manne wurde ein über den ganzen Körper verbreitetes papulo-squamöses Exanthem constatirt, das in Verbindung mit stark ausgesprochener Polyadenitis, Plaques am weichen Gaumen, Defluvium capillitii zur Diagnose der Lues führen musste. Patient besann sich nicht, jemals ein Geschwür an den Genitalien gehabt zu haben; objectiv konnte, in Uebereinstimmung hiermit, auch keine Narbe, als Residuum einer Initialsclerose, festgestellt werden. Dagegen fand sich nach genauer Untersuchung im Gesicht, auf der linken Wange in der Bartgegend, eine eingezogene narbige Verdickung, welche dem Bilde eines verheilten harten Schankers durchaus entsprach; an dieser Kopfhälfte waren auch die submaxillären Drüsen auffallend stark geschwollen. Patient besann sich, vor mehreren Wochen beim Rasiren vom Barbier geschnitten worden zu sein, konnte aber über den weiteren Verlauf nichts berichten. Einen ähnlichen Fall von extragenitaler spezifischer Infection hat Feibes in Nr. 23 der „Berliner klinischen Wochenschrift“ 1889 mitgetheilt, der in Verbindung mit dem obigen dringend dazu auffordert, dass die zuständigen Behörden eine drakonisch strenge, sanitätpolizeiliche Controle auf die Barbierstuben, die leider nicht zu selten auch die Brutstätte für andere Infectionskrankheiten abgeben, ausüben.

2. Einen Kranken mit stark ausgebreitetem Lichen ruber planus.

3. Einen Fall von Ichthyosis congenita. Wie alle früher beschriebenen Fälle von Ichthyosis congenita zeigt auch dieser dasselbe charakteristische Bild: Das Kind ist wie mit einem lederartigen Panzer bekleidet, der, vielfach geborsten, rothe blutende Rhagaden aufweist; Epidermisfetzen stossen sich in grossen quadratischen Stücken los. Durch die Unnachgiebigkeit und mangelnde Elasticität der Haut sind die Finger, Zehen, Nase, Lippen, Ohrmuscheln in der Entwicklung zurückgeblieben und machen einen rudimentären Eindruck; der Mund ist weit geöffnet, die Lippen decken die Kiefer nicht, die Bulbi beider Augen quellen durch die Verkümmern der Conjunctiven weit hervor. Dieser Fall bietet in mehrfachen Punkten wissenschaftliches Interesse. Das Kind konnte, noch lebend, mit zwei anderen, in Wickersheimer'scher Flüssigkeit aufbewahrter Föten vorgestellt werden, die alle in drei aufeinanderfolgenden Jahren von derselben Mutter geboren worden waren. Es ist aus der Literatur nur ein von Okel senior berichteter ähnlicher Fall bekannt, der sich auch auf mehrere Ichthyosiskinder, die von einer und derselben Mutter stammten, bezog. Die Mutter des vorgestellten Kindes hatte früher drei gesunde ausgetragene Kinder zur Welt gebracht, nach dem Tode ihres Mannes noch dreimal unehelich geboren; diese letzteren drei Kinder, die angeblich von demselben Vater stammen sollten, waren alle ichthyotisch erkrankt. Bei dem letzten Kinde war, wie häufig beobachtet, die Entbindung kurz vor dem normalen Ende erfolgt. (Das Kind starb am dritten Tage post partum.)

Herr Behrend will nur berichtigen, dass einige Fälle von Ichthyosis ein höheres Alter, als Herr Oestreicher angegeben, erreichten; so wäre ein Kind zwei, ein anderes drei Jahre alt geworden; es hängt eben davon ab, ob die Kinder Nahrung zu sich nehmen.

IV. Herr Rosenthal stellt einen 16jährigen Patienten vor, bei dem sich eine excessive Acne und Comedonenbildung beider Ohrmuscheln vorfindet. Die Ohren stehen vom Kopf ziemlich weit ab, sind mit unzähligen, dicht aneinanderstehenden bis erbsengrossen weisslichen Knoten besetzt, aus denen sich auf Druck reichliches Sebum entleert. Der Grundton der Haut ist röthlich und ist es bereits zu einer

beträchtlichen Volumenzunahme beider Ohren gekommen. Der übrige Körper: Gesicht, Brust und Rücken sind rein. Anamnestic ist nur zu erwähnen, dass die Affection seit einem Jahre besteht, und dass Patient sich mehrere Winter hintereinander die Ohren erfroren hat. Rosenthal bringt dieses Moment mit der Erkrankung der Talgdrüsen in Zusammenhang, indem ein chronischer Reizungszustand eine Hypersecretion von Sebum hervorgerufen hat, ähnlich wie nach Erysipelen eine Seborrhoea capillitii oder Eczeme mehrfach beobachtet worden sind.

V. Herr Rosenthal erwähnt weiter einen Fall, den er die Absicht hatte vorzustellen, der aber leider nicht erschienen ist. Es handelte sich in dem Falle um eine syphilitische Muskelerkrankung des linken Gastrocnemius. Patient war vor $2\frac{1}{2}$ Jahren inficirt, hatte im Mai 1888 in der Charité wegen Haut- und Schleimhautulcerationen 26 Einspritzungen erhalten. Im Juni 1889 bekam er eine doppelseitige Iritis, derentwegen er 40 Inunctionen durchmachte und die 16 Wochen bis zur Heilung gebrauchten. Im October d. J. kam Patient in die Behandlung und klagte über Schwere und Schmerzen im linken Bein. Neben einer Lues ulcerocutanea beider Unterschenkel fand sich eine Wade in ihrem Umfange bedeutend vergrößert, so dass 11 Cm. unterhalb der Patella derselbe 4 Cm. mehr betrug, als auf der anderen Seite. Die Wade fühlte sich resistenter und härter an; circumscripte Knoten waren aber nicht nachweisbar. Nach drei Injectionen von Hydrarg. salicyl. hatte sich das Volumen bereits vermindert.

Sitzung vom 3. December 1889. Vorsitzender: Herr Köbner, Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Lassar: Ueber unvermittelte Spätsyphilis. Discussion: Herr Köbner möchte nur zwei Bemerkungen machen: einmal, dass bei solchen Personen, die mit derartigen tertiären, tuberculösen oder, wie er sie nennt, nodösen resp. nodös-ulcerösen Syphiliden sich vorstellen, niemals mit Sicherheit garantirt werden kann, ob nicht doch eine Vorgeschiechte existirt, welche übersehen worden ist; dann, dass ja gewiss das therapeutische Experiment geeignet sei, in letzter Instanz Klarheit zu geben, wenn es in auffallend rascher Weise Heilung bringe, dass aber selbst die geübtesten Augen nicht bloss prima vista, sondern wochenlang in Zweifel sein können, ob etwas ein derartiges „unvermitteltes“ Syphilid ist oder nicht.

Zum Schluss richtet Herr Köbner noch die Frage an den Vortragenden, ob bei dessen Kranken vielleicht eine Hodenkrankheit vorhanden sei und bittet um die Erlaubniss, diesen Patienten darauf hin untersuchen zu dürfen. (Geschicht.) Es ist nichts Krankhaftes an den Hoden und Nebenhoden da; es finde sich auch in diesem Falle nichts davon.

Herr Lassar erwidert, dass er das Wort „unvermittelte“ nur als „unvermittelte“ Kenntniss aufgefasst wissen wolle, da er selbstverständlich glaube, dass die beobachteten Symptome nicht die ersten Anfangerscheinungen seien. Diese sind eben in den einschlägigen Fällen übersehen worden. — Dann macht er noch darauf aufmerksam, dass in denjenigen Fällen, in denen Empl. merc. nicht angewendet sei, die kosmetischen Resultate günstiger seien.

2. Herr Isaac: Die Syphilis des Muttermundes.

Zu den wenigst gekannten Erscheinungen der Früh- und Spätperiode der Lues gehören unstreitig die an der Portio vaginalis uteri vorkommenden Veränderungen und sind die in der Literatur vorkommenden Angaben darüber auch heute noch recht spärlicher Natur. Fragen wir uns nun zunächst, von welchen krankhaften Veränderungen überhaupt die Portio ergriffen werden kann, so dürften differentialdiagnostisch zu unterscheiden sein: Einfache und specifische Erosionen, Ulcera molliä, Sclerose, Car-

cinom und Tuberculöse Geschwüre. Letztere kommen von vornherein in Wegfall, da sie äusserst selten vorkommen und mit Tuberculose in anderen Organen vergesellschaftet sind. Die einfachen Erosionen an der Portio stellen leichte Schleimhautabschilferungen dar ohne bestimmte Anordnung und Veränderung der Umgebung. Die syphilitischen Erosionen dagegen bestehen meist aus kleinen linsenförmigen Epithelverlusten bisweilen in Kreisen angeordnet zusammenhängend und von kupferrother Farbe. Sie schliessen sich unmittelbar an die normale Farbe des Cervix, sind unabhängig von jeder Entzündung der übrigen Schleimhaut und können an einer beliebigen Partie des Cervix sitzen. — Die von einer Entzündung der Vagina herrührenden Erosionen bieten im Gegensatz dazu eine lebhaft intensive Röthe dar, sind voluminöser, bluten leicht, sitzen meist im Niveau des Ansatzes der Vagina und dehnen sich über eine ganze Lippe aus. Von grosser Wichtigkeit ist zu unterscheiden zwischen Ulcus molle, Sclerose und syphilitischen Ulcerationen am Muttermunde. An differentialdiagnostischen Momenten möchte ich folgende als besonders wichtig hervorheben: Das weiche Geschwür an der Portio stellt in der Regel einen Substanzverlust dar, eine Vertiefung mit unterminirten und angefressenen Rändern, die von einem reactiven Entzündungshofe umgeben ist, der Boden ist ausgegabt. Die Sclerose dagegen ist indurirt, livid umrankt und zeigt diphtheritischen Belag, tritt meist isolirt auf im Gegensatz zum Ulcus molle. — Die nächst gelegenen, vom Anus zu fühlenden Lymphdrüsen sind indolent geschwollen, während beim Ulcus molle der Portio und bei gleichzeitigem Ergriffensein der äusseren Genitalien die Inguinaldrüsen vergrössert sind. Die ulcerösen Syphilide am Uterus haben meist glatte nicht flache Oberfläche, sind von leicht opaler Farbe, um sie herum sind weder Follikelschwellungen noch Erosionen. Lesser meint, dass secundäre Eruptionen häufiger an der vaginalen Portion vorkommen und sich erkennen lassen an der runden, bogigen Form der Efflorescenz gegenüber den durch andere Einflüsse entstandenen Erosionen. Das Carcinom stellt ein kraterförmiges tiefes unregelmässiges Geschwür mit buckligen Rändern dar. Die hartnäckigen Blutungen, die ausstrahlenden Schmerzen, das Alter und die mikroskopische Untersuchung sichern im allgemeinen die Diagnose, wenn auch hier Irrthümer nicht ausgeschlossen sind. Ich entsinne mich eines Falles, der vor längerer Zeit in der Klinik des Herrn Dr. Lassar zur Beobachtung kam, wo von bewährter chirurgischer Seite die Diagnose auf Carcinom des Cervix gestellt wurde, während die eingeleitete specifische Behandlung einen völligen Rückgang der pathologischen Erscheinungen bewirkte. Jedenfalls dürfte auch hier nach Esmarch's Vorgang wie bei den Lungen- und Lippencarcinomen in zweifelhaften Fällen eine vorher eingeleitete specifische Behandlung vor Irrthümern schützen. Gummöse Erscheinungen können an der Portio wie überall vorkommen. Unter 375 Fällen von Syphilis fand Mraček 29 Fälle von Gummaerkrankung an der Portio. Die secundären syphilitischen Erscheinungen des Muttermundes sind nicht besonders schwerer Natur und heilen mit und ohne Behandlung. Martineau macht jedoch mit Recht darauf aufmerksam, dass in ihnen eine häufige Ursache der Ansteckung zu suchen sei und schon aus diesem Grunde die Untersuchung der Portio bei Verdacht auf Lues nie ausser Acht gelassen werden darf. Im Anschluss an diese Ausführungen möchte ich einen Fall vorstellen, der am besten die Schwierigkeit der Differentialdiagnose beim Erkranktsein der Portio beweisen dürfte. Die Patientin, welche 20 Jahre alt ist, gibt an, dass sie stets normal menstruirt gewesen sei, seit etwa 3 Jahren an leichtem Fluor leide und im Jahre 1887 ein Kind geboren habe, das nach 8 Tagen an allgemeiner Schwäche starb. Vor etwa 8 Wochen bemerkte sie nun, dass unter Jucken sich kleine Abschilferungen an den grossen Labien etablirten, welche allmählig geschwürig zerfielen. Ausserdem gibt

sie an, dass sie seit einiger Zeit an allgemeiner Abmagerung und Schwäche leide. Gehen wir nun zur Untersuchung der Genitalien über, so bemerken Sie an beiden grossen Labien multiple kleine Ulcera von nicht besonderer Tiefe und eitrigem Grunde. In der rechten Intertrigofalte befindet sich ein etwas grösseres Geschwür mit leicht erhabenen Rändern. Am Anus Hämorrhoidalknoten, von denen die oberen geschwürig angefressen sind, die Inguinaldrüsen nicht besonders geschwollen, ebensowenig die Cubital- und Cervicaldrüsen. Ein Ausschlag nirgendwo erkennbar; die Mundschleimhaut ist in ihrer ganzen Ausdehnung vollständig normal. Die Genitaluntersuchung ergibt leichten Fluor, der Introitus sowie Vaginalschleimhaut sind frei von Geschwüren. Aus dem quergestellten Orificium externum uteri fliesst ein grau-schmieriges Secret, nach dessen Entfernung sich die vordere Muttermundslippe mit folliculären Schwellungen besetzt darstellt. An ihrer linken Hälfte weist sie einen Substanzverlust auf, ausgefüllt mit einem granulirten, knopfförmig hervorragenden Wulst. Die hintere Lippe ist von rechts oben nach links unten gespalten, neben dem Spalt befinden sich zwei ebensolche Defecte mit wallartig aufgeworfenen Rändern. Im Uebrigen hat die Schleimhaut der Portio das normale, bläulich livide Aussehen. Von berufenster Seite wurden in diesem Falle die an der Vulva und Portio vorkommenden Geschwüre als multiple Ulcera mollia angesehen. Die Art und Weise des Auftretens der Erscheinungen gibt jedoch manchen Anhaltspunkt für die Behauptung, dass die Veränderungen an der Portio einen specifischen Initialaffect darstellen und dass die Ulcera an den grossen Labien und am Anus breite Condylome sind.

Herr Gottschalk erklärt sich mit der Diagnose des Vortragenden einverstanden: er hält die Veränderungen an der Portio für eine Sklerose sowie die Geschwüre an den äusseren Labien für breite Condylome. Es kommen an der Portio syphilitische serpiginöse Geschwüre mit verdickten Rändern und speckigem Belage vor, die zu heftigen Blutungen Veranlassung geben und auf Grund der makroskopischen Betrachtung mit malignen Geschwürsbildungen verwechselt werden können. Solche syphilitische Ulcerationen, ohne sonstige Anzeichen einer specifischen Erkrankung, hat Herr Gottschalk mehrfach beobachtet. Dieselben heilten ohne örtliche Behandlung durch eine allgemeine antisymphilitische Cur; deshalb räth Herr Gottschalk auch in dem vorgestellten Falle zu gleichem Vorgehen.

Sitzung vom 4. Februar 1890. Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Herr Köbner: Ueber Lymphangiome der Genitalien mit Vorstellung eines Falles von Lymphvarix penis.

Nach einleitenden Bemerkungen über die verschiedenen Arten und den verschiedenen Sitzen von Lymphangiectasien, und lymphatischen Neubildungen (einfachen, cystischen und cavernösen Lymphangiomen) hebt der Vortragende das relativ häufig in der Literatur verzeichnete Vorkommen in der Leistengegend und an der inneren Ober- und demnächst Unterschenkelhälfte hervor. Ueber die Fälle einfacher Lymphangiectasien überwiegen die hier mit Elephantiasis vergesellschafteten, welche meistens zu Lymphfisteln führten und als Eleph. lymphorrhagica bekannt gemacht wurden. An den Genitalien speciell kommen neben einzelnen gleichzeitig Verdickung des Scrotums aufweisenden Fällen von Carter (an Hindu's) nach der Mehrzahl der vorliegenden Beobachtungen von Bichat, Beau, Friedrich, Huguier, Robin, Scholz und Anderen an Männern, sowie nach den viel spärlicheren von Osenius, Petters und Klebs, an den äusseren Genitalien von Frauen vorwiegend multiple Lymphangiectasien, gewöhnlich unter dem

Bilde von massenhaft gruppierten, gekochten Sagokörnern ähnlichen Bläschen vor. Herr Köbner hat einen, dieses Bild aber combinirt mit acverösen Hämangiomen (sowie mit Neuromen und Neurofibromen) an einem Vorderarm darbietenden Fall von Lymphangioma simplex (nach G. Wegner, Lymphvarices nach Gjorgevic) 1883 der hiesigen medicinischen Gesellschaft demonstriert und in Virchow's Archiv, Band 93, 1883 beschrieben. Es waren „kleine, Herpes ähnliche Bläschengruppen, die zum Theil auf oder dicht an der Grenze jener grösseren cavernösen oder combinirt mit kleinsten, punktförmigen Hämangiomen, selten auf einem kleinen braunen Fleck, am, seltesten wie man bei Faltung und Durchleuchtung einer bedeckten Hauptpartie sah, als Lücken in derselben bildendes, transparentes, durch feinste Septa getrenntes Fachwerk aus ganz normaler Haut sich erhaben und deren klare Lymphe sich während seiner 14tägigen Beobachtung nicht trübte.“ (l. c. Seite 345) Noch 4 Jahre später hat sein früherer Assistent, Dr. Staub in Posen, diesen Patienten wiedergesehen und jene Lymphektasien so, wie alle übrigen seiner Zeit beschriebenen Tumoren im Bereiche des linken Plexus brachialis völlig unverändert vorgefunden. Dagegen erinnert sich Herr Köbner an den Genitalien nur einmal etwas Einschlägiges, nämlich eine Lymphfistel im Præputium nahe dem Frenulum gesehen zu haben. Ueber die Histologie dieser einfachen Lymphangiome speciell an den weiblichen Genitalien, deren in den gynäkologischen Lehrbüchern gar keine Erwähnung geschieht, wissen wir durch Klebs und Petters sowie durch P. zur Nieden, dass eine mit jenen besetzte Schamlefze in den tieferen Schichten der Cutis dickwandige Lymphgefässe, höher oben, im subpapillären Theil, wandungslose dilatirte Lymphräume und schliesslich, schon in der Epidermis gelegene, makroskopisch als Bläschen sichtbar gewesenen Ektasien aufweist.

Der heute demonstrierte 23jährige Mann, früher stets gesund, frei von Leiden der Circulationsorgane, speciell des Venen- oder Lymphgefässsystems, suchte den Vortragenden vor einigen Wochen auf wegen einer syphilitischen Sclerose an der rechten Seite der Glans und des gewöhnlichen, hier linksseitigen harten Polyadenitis inguinalis. Bei dem nach seinem Grundsatz möglichst regionärer Syphilisbehandlung geschehenen Aufsuchen einer geeigneten Injectionsstelle in der Nähe des letzteren fiel Herrn Köbner an der linken Seite des Penis eine stumpfeconische Blase auf. Sie ist ganz durchscheinenden Inhaltes, 2 Mm. hoch, reichlich 3 Mm. breit und hinter der Corona glandis. 10 Mm. weit nach vorn (resp. bei herabhängendem Penis nach abwärts) von jener Blase verläuft in der Länge von 12 Mm. ein sehr erweitertes, 2 bis 3 Mm. breites Lymphgefäss.

Dass es sich wirklich um eine grosse Lymphampulle handelt, demonstriert Herr Köbner in doppelter Weise. Durch centripetales Streichen über diesem dilatirten Lymphgefäss gelingt es, den anscheinend nicht mit einem solchen versehenen 10 Mm. langen Zwischenraum zwischen dem oberen Ende desselben und der Basis der Blase zu füllen und zugleich am oberen Ende eine Lymphgefässklappe in Form einer deutlichen Einschnürung zur Anschauung zu bringen. Durch centrifugales Streichen (vom Mons pubis her) und weiteres Hinwegdrücken der Lymphe über die Blase hinweg nach abwärts oder auch durch verticalen, etwas längeren Druck lässt sich dieselbe völlig eindrücken und man fühlt ihr Einsinken in die Haut, welches sich bei nunmehriger fester Compression unterhalb derselben auf einige Minuten erhalten lässt, beim Loslassen aber sofort zur Wiederfüllung und Emporsteigen führt. — Auf die Beschaffenheit ihres völlig transparenten, klaren Inhaltes haben Mahlzeiten, auch noch so milch- oder fettreiche, keinerlei Einfluss. Eine Communication mit den Chylusgefässen, wie in einem der Fälle von Carter, besteht also hier nicht. — Die Venen des Penis sind nicht abnorm stark entwickelt, die Haut desselben völlig normal. Auch von der gewöhnlichen, unter anderen

Autoren auch von Köbner 1862 in seinem Artikel über syphilitische Lymphgefässerkrankungen (in den Abhandlungen der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur) dargestellten specifischen Lymphangitis ist hier nichts aufzufinden. Der Patient glaubt, sich an eine 10jährige Existenz dieser ihn niemals belästigenden Blase zu erinnern. Schon hier- nach darf man dieselbe nicht etwa von den indurirten Leistendrüsen oder gar umgekehrt, letztere von jener abhängig halten. In der Literatur existiren nämlich Beobachtungen solcher Lymphvarices bei resp. durch degenerirte oder vereiterte Bubonen. So sah Richet jene am Oberschenkel unterhalb carcinomatöser Bubonen, Friedrich in Folge beiderseitiger Bubonen nach einem thalergrossen Schanker eine indolente Anschwellung des ganzen Penis und zugleich rosenkranzförmige erweiterte Lymphgefässe vom Preputium an um die Corona glandis über die Mittellinie des Dorsum penis bis gegen die Wurzel desselben hervortreten. Scholz beschrieb beträchtliche seit 18 Jahren bestehende Lymphangiectasien am Oberschenkel nach langwieriger, im 2. Lebensjahre begonnener Eiterung in der Inguinalgegend mit Zerstörung der Drüsen. Den letzten Beobachtungen analog hat Herr Köbner einmal bei einem jungen Gelehrten, welchem von einem Chirurgen wenige Jahre vorher die beiderseitigen Inguinaldrüsen extirpirt worden waren, und zwar nach den sehr tiefen Narben derselben zu schliessen, auch die profundae, eine beträchtliche Elephantiasis penis gesehen, aber ohne einzelne Lymphampullen. Der vorgestellte Patient wünscht keinerlei Eingriff, doch muss er vor dem möglichen Platzen der letzteren beim Coitus und Entstehen einer schwächenden Lymphfistel gewarnt werden.

Herr Blaschko möchte Fälle wie den demonstrirten nicht als Lymphangiome, sondern als Lymphvarices bezeichnet wissen, da es sich nicht um eine echte Geschwulstbildung, sondern nur um eine Dilatation von Lymphgefässen handelt. Diese Lymphvarices unterscheiden sich von den echten Lymphangiomen ätiologisch und anatomisch ebenso wie die venösen Varices von den cavernösen und teleangiectatischen Angiomen; erstere sind stets durch äussere, zufällige und locale Ursachen (Circulationshindernisse) bedingt, während für die Lymphangiome ebenso wie für die Angiome eine innere — ihrem Wesen nach unbekannte — Ursache angenommen werden muss. Die echten Lymphangiome können deshalb auch generalisirt auftreten; so hat Blaschko einen Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex beobachtet, bei welchem 2 Geschwülste auch am Penis sassen.

Herr Köbner ist mit der Auseinandersetzung des Herrn Blaschko einverstanden; er hätte sich nur an den in der Literatur gemachten Vorschlag gehalten. Dass aber echte Lymphangiome aus inneren Ursachen hervorgehen und allgemein verbreitet sein müssen, entspricht nicht den vorhandenen Beobachtungen, nach welchen oft ganz locale cavernöse Lymphangiome beschrieben sind.

Herr Pulvermacher stellt an den Vortragenden die Frage, ob es nicht möglich sei, die Ectasie durch Unterbindung der zuführenden Lymphgefässe zu heilen.

Herr Köbner hält es alsdann für nöthig, eine subcutane Ligatur bis dicht an die Tunica albuginea penis heran zu machen, da man die Tiefe der communicirenden Lymphgefässe nicht genau abschätzen kann. Danach würde vielleicht eine Anschwellung des Penis entstehen, die dem Patienten lästiger wäre als sein gegenwärtiger Status.

2. Herr Köbner stellt ein 11jähriges Mädchen aus Russland mit Favus des linken vierten Fingernagels und beinahe abgeheiltem Favus des Kopfes vor. Bei Uebnahme der Patientin vor etwa 9 Wochen war schon lange anderseitige Behandlung an beiden Orten vorausgegangen und hatte besonders am Kopfe, an welchem jetzt nur noch zerstreute

kahle Stellen mit sehr geringen mikroskopischen Pilzbefunden in vereinzelt Haaren existiren, sehr gebessert. Der Nagel und zwar nur dieses einen Fingers war nach dem Bericht des bisher behandelnden Collegen bis fast an den hinteren Nagelfalz zerstört gewesen. Er ist jetzt schon ein Stück über die regenerirte Lunula hinaus nach vorn gewachsen, während etwa die vorderen zwei Drittel des Nagelbettes noch bloss liegen. In einem abgeschnittenen Stückchen des Nagelblattes finden sich besonders in seinen unteren Lagen reichlich die Conidien, zum Theil in Ketten, sowie die Mycelfäden des Achorion Sch., welche demonstriert werden. Die Behandlung mittelst Scheere und Feile nebst Sublimat wird unter stetiger mikroskopischer Controle von Ueberbleibseln fortgesetzt.

3. Herr Köbner demonstriert ein Pilzpräparat von Madurafuss (*Mycetoma pedis*) aus Italien. Dasselbe entstammt dem ersten, ausserhalb Indiens, und zwar in der chirurgischen Klinik zu Padua von Professor Bassini beobachteten und beschriebenen Falle, und ist dem Vortragenden durch Güte des Professors Campana übergeben worden.

Dieses nach einem bestimmten District Indiens, in dem es besonders vorkommt, von dem englischen Militärarzte Eyre (1848) sogenannte „Fuss von Madura“, später von Carter „Foot of India, Fungus-foot of India oder *Mycetoma pedis*“ benannte Leiden beginnt mit einer entzündlichen Anschwellung der Haut und des Zellgewebes, welche allmählig bis auf das Periost und die Knochen selbst übergreift. Ehe es so weit kommt, bildet sich eine Anzahl derber rother prominenter Knötchen, die mit einer dunklen Oeffnung perforirt werden, aus welcher sich dunkle rundliche, in Fistelgängen liegende Körperchen entleeren. Nach der Farbe dieses letzteren stellte Carter zwei Formen auf: wenn fischrogenähnlich und hell, nannte er dieselbe Malacrotienform des von seinem Mitarbeiter Berkeley (leider aus Spirituspräparaten gezüchteten!) Pilzes, von letzterem Chionophye Carteri genannt; wenn schwärzlich, — die Sclerotienform derselben. Von späteren englischen Forschern, namentlich Lewis und Cunningham wurden jedoch in den ersteren, hellen Körperchen unter sechs Fällen niemals Pilze gefunden und für die schwarzen Körperchen das primäre Vorhandensein derselben vor dem Durchbruch der Eitergänge in Abrede gestellt. Da das Leiden sich selbst überlassen, zur Verjauchung und Zerstörung der Weichtheile und des Knochens führt, so tritt der Tod endlich nach colliquativen Diarrhöen und Septikämie ein. Ausschabung und Ausschneidung der kranken Theile schützen nicht vor Recidiven; die Amputation erwies sich in Indien als nöthig. Es handelt sich bei dem vorliegenden Falle Bassini's um einen 45jährigen Landarbeiter, welcher niemals seine Heimatprovinz verlassen, sondern sich vor längerer Zeit eine kleine Wunde am Innenrande des Fusses durch eine Mistgabel zugezogen hatte. Bei seinem Eintritt in die Klinik Bassini's bot er bereits die typischen, von diesem abgebildeten Veränderungen, speciell auch die bis in die Marksubstanz des Talus hineinreichenden perforirenden Fistelgänge mit zahlreichen schwarzen Körperchen dar. Die Art der Ausbreitung, d. h. das gegenseitige Lagerungsverhältniss jener, aus äusserst massenhaften Pilzconvoluten und Pilzfadensträngen bestehenden schwärzlichen Körner und dem umgebenden Granulationsgewebe, in welches sie immer mehr hineinwachsen, erinnert an *Actinomyces*. Allein eine genauere Untersuchung lässt einen, von dem letzteren völlig verschiedenen *Hyphomyces* in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien erkennen, welcher am meisten einer *Mucor*art (oder einer *Aspergillus*art) ähnelt, wovon übrigens die von Bassini versuchten Reinculturen nicht aufgegangen sind. Die Frage, ob das Leiden durch diesen Fadenpilz hervorgerufen wird oder ob es sich um ein secundäres Hineinwachsen handelt, bleibt noch eine offene.

(Sitzung vom 4. März 1890. Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer : Herr Rosenthal.)

1. Herr Behrend stellt mehrere seltenere Fälle von Lupus vor und bespricht die neueren Behandlungsmethoden der Affection.

Herr Isaac hält Lupus durch Sublimatumschläge nicht für heilbar, wie Herr Behrend angeführt habe. Der Process, dessen weitere Entwicklung stets am Rande vor sich gehe, sei nur durch energischen chirurgischen Eingriff zu beseitigen.

Herr Saalfeld hat seinerzeit auf der Köbner'schen Poliklinik keinen einzigen Fall gesehen, der durch Sublimatumschläge geheilt sei. Dagegen wurden ihm beim Besuch der Doutrelepont'schen Klinik — vielleicht ist der Lupus in Berlin und Bonn verschiedenartig — viele Fälle gezeigt, die auf diese Weise hergestellt wurden.

Herr Lassar spricht sich hauptsächlich zu Gunsten der consequenten Durchführung einer Behandlungsmethode, wie Herr Behrend es gethan habe, aus. So habe er z. B. einen Fall nach Chrysarobin und Seife schwinden sehen. Auch Perubalsam übe auf die ulcerösen Formen einen sehr günstigen Einfluss aus.

Herr Rosenthal bemerkt, dass es nicht schwer sei, die ulcerösen Formen zu beseitigen. Hier wirken Perubalsam, Sublimat und viele andere Mittel. Das Hauptmoment bleibe doch, die Knötchen zu zerstören. Hier lassen die angeführten Mittel im Stich und eine energische Behandlung muss Platz greifen.

Herr Saalfeld macht darauf aufmerksam, dass es beim Perubalsam ausserordentlich auf das in Anwendung gezogene Präparat ankomme und dass bei fortgesetzter Anwendung desselben auch die Knoten einsinken.

Herr Isaac spricht sich noch einmal zu Gunsten einer energischen, chirurgischen Behandlung aus. Er könne sich nicht denken, dass bei dem tiefen Sitz des Processes, äusserlich angewendete Mittel, wie Perubalsam, Chrysarobin, Resorcin etc. wirken könnten. In Wien wurde z. B. von dem Lapis und von der Galvanokaustik ein weiter Gebrauch gemacht. Er stimme dem von Herrn Rosenthal hervorgehobenen Punkte vollständig bei.

Herr Köbner erwähnt, dass ein primärer Lupus mucosae narium häufig übersehen werde. Was den von Herrn Behrend vorgestellten Fall mit der gleichzeitigen Affection am Unterschenkel betreffe, so glaube er nicht, dass Lupus auch die Ursache der letzteren Affection sei. Er würde den Fall als Elephantiasis verrucosa cruris ansprechen. Auch er könne beim Knotenlupus über die Anwendung des Sublimat nichts Günstiges sagen.

Herr Behrend hat einen Fall definitiv mit Sublimat geheilt; es sei seit langer Zeit kein Recidiv aufgetreten. Er habe noch einen zweiten analogen Fall, indessen behalte er sich hier noch das definitive Urtheil vor, da er noch nicht lange genug unter Beobachtung sei. — Nach Brennen und Schaben kommen auch Recidive in der Peripherie vor, weil man nicht die Garantie hat, dass alles Krankhafte zerstört sei und weil fast stets kranke Winkel zurückbleiben (Herr Behrend erläutert seine Ausführung durch schematische Zeichnungen). Deshalb sei er für schonendere Behandlung, wenn irgend möglich, besonders in den Fällen, wo die macerirende Wirkung der Sublimatumschläge in Betracht komme. Perubalsam leiste dasselbe wie Sublimat.

Herr Rosenthal hat das Mittel in einer Anzahl von Fällen angewendet und behalte sich ein definitives Urtheil vor. Soviel könne er aber heute schon sagen, dass es auf die knotigen Formen des Lupus absolut keinen Einfluss übe, dagegen eher auf die ulcerösen, wie, in der vorhergehenden Discussion schon hervorgehoben, so viele andere Mittel. Bei Ulcus varicosum habe er die Anwendung des Mittels wegen starker Reizung der Nachbarschaft aussetzen müssen.

(Sitzung vom 6. Mai 1890. Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Saalfeld.)

I. Vor der Tagesordnung erklärt Herr Lassar zu dem im November 1889 vorgestellten Fall von extragenitaler Syphilis, dass die Affection in Folge Rasirens entstanden sei.

II. Herr A. Blaschko: Die Siderosis der Müller. Vor einigen Jahren habe ich auf eine Affection aufmerksam gemacht, die sich bei den Silberarbeitern findet und durch das Vorkommen von metallischem Silber in der Haut verursacht und durch das Auftreten blauschwarzer Flecke an den Händen ausgezeichnet ist (Gewerbeargyrie nach Lewin). Heute möchte ich Ihnen von einer ähnlichen Affection berichten, die sich an den Händen der Müller und Steinhauer findet. Es handelt sich um das Eindringen von Stahl in die Cutis (ähnlich wie bei den Silberarbeitern um das Eindringen von Silber). Die Müller schärfen nämlich die Steine mit einem Hammer, der aus hartem Gusstahl gefertigt ist. Dabei springen häufig kleine Stahlstückchen ab und dringen in die Haut; andere ganz kleine Partikelchen bilden einen äusserst feinen Staub, der in die Lunge eingeathmet wird. Den dadurch entstehenden Zustand der Lunge bezeichnet man als Chalicosis pulmonum. Die Arbeiter haben zwar zum Schutze für die Hände eine Bedeckung aus Leder und für die Augen eine Schutzbrille. Beide Vorrichtungen aber schützen nicht vollkommen. Daher dringen häufig Eisenstückchen in die Cornea, werden aber von dort verhältnissmässig leicht ausgeschieden; aus der Haut der Hand aber, wo der weit weniger starke Reiz die Arbeiter das Eindringen der Fremdkörper kaum bemerken lässt, werden nur die grösseren ausgeschieden; die kleineren bleiben liegen. Es bleibt dann ein schwarzer Fleck mit einem braunen Hof zurück. Die Flecken finden sich zumeist auf dem Rücken der Hand und besonders auf der Dorsalseite der 1. und 2. Phalanx. Die rechte Hand ist häufiger betroffen als die linke. Die Farbe der Flecken ist schwarz oder schwarzbraun (bei den Silberarbeitern blau). Es fragt sich: Was wird aus den eingedrungenen Stahlstückchen? Während das Silber oxydirt, nachher aber gelöst wird und überall, wo elastisches Gewebe ist, sich in feinsten Körnchen niederschlägt, ist der Process hier ein ganz anderer. Durch den Sauerstoff des Blutes nämlich verrostet das Eisen; es bildet sich Eisenoxydul; dieses bildet bei Gegenwart freier Alkalien Eisenoxyd und Eisenoxydalbuninate, welche eine bräunliche Färbung der Haut bewirken. Es bildet sicherner Schwefel-eisen; letzteres documentirt sich als schwärzliche in der Cutis und Epidermis liegende Körnchen. — Der ganze Vorgang ist eine diffuse Infiltration und unterscheidet sich so wesentlich von der Krankheit der Silberarbeiter. Bei Durchmusterung der Literatur habe ich nachträglich eine Angabe über diese Siderosis gefunden von Schilling in „Gewerbe-Anthraxis und Siderosis“. Münchener medicin. Wochenschrift, Band 34, Seite 77. Ob bei Boudry, Krankheiten der Mühlensteinarbeiter, Rev. san. de Bordeaux, VI., p. 18, 27, 34, die Siderosis erwähnt ist, weiss ich nicht, da mir nur der Titel dieser Abhandlung zur Verfügung stand.

III. Herr Blaschko stellt ferner einen 53jährigen Metallschleifer mit frischer Syphilis vor, der ebenfalls eine gewerbliche Affection und zwar eine Keratosis follicularis an den Vorderarmen und Handrücken zeigt. Dasselbst sind die Oberhautfelder deutlich ausgeprägt, stark hervorragend, mit harter Epidermis bedeckt; anstatt der Haare findet sich ein kleiner schwarzer Fleck. Beim Ausdrücken findet man einen aus Hornmasse bestehenden Comedo. — Diese Affection beobachtet man bei Personen, die bereits längere Zeit in ähnlicher Beschäftigung sind, namentlich solchen, die vorher an den Händen eine starke Haarentwicklung hatten. Bei mikroskopischer Untersuchung erkennt man in den

betroffenen Hautpartien lamellös geschichtete Hornmassen; dagegen vermisst man Haarwurzeln und Talgdrüsensecret. Unter Umständen ist noch ein kleines Stück von einem Haar vorhanden. Das Ganze ist somit als ein horniger Comedo zu bezeichnen; als ursächliches Moment das beständige Eindringen von Schmutz und scharfen Chemikalien in die Follikel anzusehen. Psorospermien, wie sie neuerdings von Darier, White und Wickham in den Propfen der Keratosis follicularis gefunden wurden, waren nicht nachweisbar.

Herr Behrend: Herrn Blaschko's Ansicht ist, dass es sich hier um eine Keratosis follicularis, also um eine Krankheit handle, ich aber glaube, dass hier keine pathologische Verhornung innerhalb der Follikel vorliege. Zunächst wird die Verstopfung der Follikel auf rein mechanische Weise, durch Imprägnation mit Schmutz und Staub bewirkt, und es gesellen sich secundär zu den retinirten Talgmassen die aus dem Infundibulum des Haarbalges auf physiologischem Wege abgestossenen Epidermis-massen hinzu, die mit dem Hauttalg nicht entleert werden können und sich in Folge dessen einfach ansammeln, so dass als das Pathologische nur die Verstopfung der Follikel durch fremde Massen zu betrachten ist.

IV. Herr Blaschko stellt einen Patienten vor, der seit drei bis vier Monaten eine Reihe von kahlen Stellen auf dem Kopfe zeigt. Die Krankheit begann mit empfindlicher Seborrhoe und ging schliesslich in narbige Alopecie über. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Haarschwund in Folge von Lupus erythematodes. Dafür scheinen namentlich zu sprechen das ursprüngliche Erythem, die Seborrhoe, die consecutive Atrophie der Talgdrüsen, der Ausgang in Narbenbildung ohne vorherige Ulceration, sowie das periphere Vorwärtsschreiten der Affection. — Der Kranke hat stark unter nervösen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu leiden; die Erkrankung selbst hat sich in unmittelbarem Anschluss an Influenza entwickelt. Therapeutisch haben sich Pinselungen mit alkoholischer Pyrogallussäure als wirksam gezeigt.

V. Herr Köbner: Der vorzustellende Fall betrifft die hier nicht sehr seltene Pityriasis rosea, die in unserer Vereinigung schon mehrmals gezeigt wurde. Die Krankheit wird von Hebra und seinen Schülern als eine Form der Mycosis tonsurans (Herp. tonsur. maculos acut.) aufgefasst. Herr Rosenthal stimmte hier einmal gelegentlich einer Krankenvorstellung dieser Ansicht zu. Ich aber kann nach meinen Beobachtungen diese Ansicht nicht theilen. Bazin bezeichnete die Pityriasis rosea Gibert's als ein „Pseudo-Exanthème aigu“, das in seinem Auftreten, Verlauf und bisweilen auch geringem Fieber den acuten Exanthemen ähnele. Vidal unterscheidet eine Pityriasis marginée und circinnée und sagt, diese sei zu trennen von der Pityriasis rosea Bazin's, und zwar dadurch, dass letztere ganz typisch in der Medianlinie von Brust oder Rücken beginnt, sich ferner fast ausnahmslos symmetrisch am Rumpfe ausbreite, von dort aus auf die Extremitäten übergehe und schliesslich nach 6—8 Wochen spontan zur Heilung komme, während jene, wie jede parasitische Krankheit, ohne bestimmten Ort, bald am Stamm, bald an den Extremitäten beginne, sich ohne jede Symmetrie verbreite und unbestimmt lange, bis zu 3—5 Monaten, dauere. Nach E. Vidal liegt der Krankheit ein Pilz zu Grunde, den er Mikrosporon dispar s. anomoeon nannte, und dessen sehr kleine und an Grösse sehr wechselnde Sporen (daher der Name Mikrosporon dispar) an der Peripherie der Epidermiszellen liegen und diese auseinander drängen. — Mir ist es nie gelungen, Conidien oder Mycelien eines Fadenpilzes bei dieser Krankheit zu finden. Ebenso wenig ist es je meinen Assistenten oder Herrn Dubreuilh aus Bordeaux gelungen, der 1887 in meiner Poliklinik mituntersuchte. Die Uebertragungsversuche Vidal's hatten keinen Erfolg; überhaupt ist die Ansteckung im Gegensatz zur Mykosis tonsurans niemals beobachtet worden. Dass es

sich bei Vidal's Befund nicht um Fadenpilze, sondern höchstens um Mikrococcen handelt, kann ich heute vorläufig an einigen gefärbten Präparaten und an Culturen des alsbald zu demonstrierenden Falles zeigen, die Herr Dr. Strelitz angelegt hat. Es kamen die verschiedensten Nährböden zur Anwendung, auf welchen allen eine Coccenart zur Entwicklung kam, die sich nicht bei Zimmer-, wohl aber bei Bluttemperatur fortpflanzen lässt. Die Coccenart selbst hat jedoch, soweit bisher beobachtet, durchaus nichts Charakteristisches, und es fehlt selbstverständlich für irgend welche Annahme ihrer ätiologischen Bedeutung noch das Hauptcriterium: die gelungene Uebertragung. Wie ich früher alle pflanzlichen Parasiten auf mich selbst mit Erfolg überimpft habe, so will ich auch hier, um den einzigmassgebenden Beweis für die etwaige pathogene Bedeutung oder aber die Gleichgiltigkeit jener Coccen zu erbringen, das Gleiche thun.

Herr Isaac: Ich bin der Ansicht, dass man sich derartigen Veröffentlichungen gegenüber äusserst skeptisch verhalten muss, bis nicht Reinculturen und gelungene Uebertragungsversuche ein positives Ergebniss geliefert haben. In dem Laboratorium der Jassar'schen Klinik sind von Herrn Günther alle Hautpilze auf ihre Uebertragungsfähigkeit geprüft worden, und konnte er, wie auch andere Forscher, vom Herpes tonsurans und Favuspilz auf Gelatine und Agar-Agar Reinculturen erhalten, während es ihm bei allen Herpes squamosus-Fällen bisher nicht gelingen wollte, des Pilzes habhaft zu werden oder ihn in Nährmaterial fest zu halten. Ich glaube also, dass man den Pilz des Herrn Köbner erst dann als den Erreger der Herpes squamosus-Krankheit betrachten darf, wenn abgeschlossene Untersuchungen, wie sie uns die Bakteriologie lehrt, vorliegen.

Herr Behrend: Ich halte es für sehr empfehlenswerth, dass Herr Köbner sich mit seinen Ausführungen noch so reservirt hält, da durch diese Untersuchungen noch nicht sicher gestellt erscheint, dass die Krankheitserscheinungen durch Coccen erzeugt werden. Vielmehr weist das ganze klinische Bild eher darauf hin, dass, wenn hier eine parasitäre Ursache vorhanden ist, es sich um Fadenpilze handelt. Uebrigens muss ich Herrn Köbner darin vollkommen beistimmen, dass dieser von Kaposi sogenannte Herpes tonsurans maculosus nicht als Herpes tonsurans zu bezeichnen ist, da er sich von demselben wesentlich unterscheidet. Ich habe genau die Gründe, welche Herr Köbner zu Gunsten dieser Ansicht geltend macht, schon vor einer Reihe von Jahren auch meinerseits hervorgehoben.

Herr Köbner erklärt gegenüber den Ausführungen der Herren Behrend und Isaac ausdrücklich, dass seine und des Herrn Strelitz Untersuchungen über den Gegenstand bei weitem nicht abgeschlossen seien, und er nur die gerade im Gange befindlichen Culturproben des Herrn Strelitz habe vorlegen wollen. Er hebe als Differenz von Mykosis tonsurans die äusserst rasche Verbreitung über eine grosse Körperfläche, das Ausbleiben jedes höheren Grades von Exsudation, wie Bläschen und dergl., das Verschontbleiben der Haare selbst in jenen Fällen von Pityriasis rosea hervor, bei denen Vidal (im Gesicht) zwischen den Epidermiszellen des Orificium der Haarbälge seine vermeintlichen Sporen gefunden hat. Die Haarsubstanz fand sich stets frei davon. Was Herrn Köbner allein aus den bisherigen Culturversuchen hervorzugehen scheint, ist, dass es sich jedenfalls um keinen, dem Trichophyton tonsurans ähnlichen Mikroorganismus resp. überhaupt um keinen Fadenpilz handelt.

Herr Köbner stellt den gleichzeitig mit einem Recidiv von Plaques muqueuses pharyngis behafteten Patienten vor und erklärt, dass dieser am 22. April ihm zum ersten Mal zur Beobachtung gekommen sei. Die Krankheit habe beiderseits an der Rückenfläche des unteren Thoraxendes

begonnen. Am 22. April zeigte Patient mehrere, zum Theil medaillonförmige Plaques, die heute ungefähr 45 Tage alt sind. Dieselben sind ebenso wie die später entstandenen an der oberen Rückenhälfte sehr verblasst, zeigen nur noch eine blassgelbliche Farbe und schuppen nicht mehr. Auch von den am 22. vorhandenen kleinen, scheibenförmigen Plaques an der Innenfläche des linken Oberarmes, weniger auch des linken Vorderarmes, existiren nur noch Reste. Indessen haben sich einige kleine, zum Theil feinschuppige Flecken auf der Aussenseite des rechten Oberarmes und der rechten Hinterbacke neu gebildet. Jucken tritt bei Tage fast nie auf; nur bei Temperatur- resp. Hemdwechsel Morgens und Abends. Absichtlich wurde jede Cur unterlassen.

VI. Herr O. Rosenthal: Der Fall, den ich mir erlaube Ihnen vorzustellen, betrifft einen Arbeiter von 49 Jahren; derselbe leidet an Lupus erythematosus. Obgleich der Fall als solcher nicht uninteressant ist, da er, seit 18 Jahren bestehend, sich durch keine Behandlung aufhalten, über das ganze Gesicht verbreitet hat, so hätte ich doch gewünscht, Ihnen denselben Anfangs März vorzustellen, wo Patient zu mir kam, da man hier kaum in die Lage kommen dürfte, einen so unberührten Fall zu sehen. Was bei demselben zuvörderst in die Augen fiel, waren dicke, borkenartige Massen, die fast auf dem ganzen Gesicht abgelagert waren und die so recht den Zustand erkennen liessen, der auch im Jahre 1845 die Veranlassung gab, die Affection „Seborrhoea Hongestiva“ zu benennen. Sie erkennen den Befund noch sehr deutlich auf den Bildern, die ich herumreiche: auf denselben tritt auch die Schmetterlingsform prägnant hervor. Die Borken sassen mit kleinen Fortsätzen in den klaffenden Drüsenmündungen der Haut fest. Die ganze erkrankte Partie lag unter dem Niveau der gesunden und war, wie auf der Abbildung ersichtlich ist, durch eine deutliche Hautleiste von der gesunden Umgebung getrennt. An der Nasenspitze war die Haut mit dem Knorpel fast vollständig verwachsen und an den Uebergangsstellen zwischen knorpeliger und knöcherner Nase zeigten sich zwei tiefe narbige Einziehungen. An den Ohrmuscheln zeigte sich Aehnliches: Schwund der Ohr läppchen und Verwachsung der Haut mit dem Knorpel des grössten Theiles der Ohrmuschel. Auch der Uebergang der Affection auf die Schleimhaut der Nase und des äusseren Gehörganges war deutlich zu sehen. Stirn und Kinn waren vollständig frei. Die Behandlung des Falles bestand in Anwendung einer Aristolsalbe und des Paquelin's; Sie werden sehen, dass die Besserung ziemlich bedeutend ist. Im Anschluss hieran möchte ich noch einige Worte über die Behandlung des Lupus erythematosus sagen, zu dessen Bekämpfung, wenn auch nicht in gleicher Anzahl wie beim Lupus vulgaris — letzterer ist eben viel häufiger — stets neue Mittel empfohlen werden, ein Beweis, dass es an einem wirksamen Mittel fehlt. Gelingt es oft durch einfache Seifenwaschungen, besonders frische Fälle zu beeinflussen, so gibt es wiederum solche, die jeder Behandlung, der mildesten wie der eingreifendsten, spotten. So hatte ich erst unlängst Gelegenheit, einen unberührten Fall von Lupus erythematosus des Nasenrückens und eines Theiles der rechten Wange zu behandeln. Derselbe war nach dreimaliger Anwendung von fünfprocentiger Lösung von Kali causticum beseitigt. Hingegen quäle ich mich seit 11 Jahren mit einem Lupus erythematosus, der sich über den linken Handrücken und die obere und innere Fläche des zweiten und dritten Fingers derselben Hand erstreckt — es ist derselbe Fall, den ich 1887 im Verein für innere Medicin vorgestellt habe — vergebens ab; ich glaube behaupten zu können, ich habe Alles versucht. Das Einzige, was erreicht wurde, ist, dass der Process nicht weiter fortgeschritten ist. Wir stehen gewissen Fällen dieser Affection eben machtlos gegenüber. So mag es auch gekommen sein, dass Kaposi das Emplastr. mercur. bei dieser Affection

empfohlen hat: ich habe mich in keinem einzigen Falle von dessen Wirksamkeit überzeugen können. Auch Herr Köbner, mit dem ich unlängst Gelegenheit hatte, über diesen Punkt zu sprechen, sprach sich mir gegenüber in gleichem Sinne aus. Dagegen möchte ich, um irriger Auslegung zu begegnen, dieses Mittels, das in unseren Kreisen in letzterer Zeit wiederholt angefeindet wurde, unter keinen Umständen zur Beseitigung local specifischer Erscheinungen entbehren. Ich hatte erst unlängst wieder Veranlassung, mich in einem hartnäckigen Falle von Knotensyphilis von dessen eclatanter Wirkung zu überzeugen. Bei Injectionen von Hydrarg. salic. bildeten sich die grösseren, mit dem Pflaster bedeckten Knoten ungleich schneller zurück als die kleinen, die nach 8–10 Einspritzungen fast noch unverändert waren. Auch vom Perubalsam, das Herr Lassar in einem Falle von Lupus erythematodes mit gutem Erfolg angewendet hat — ich nahm im vorigen Jahre bei der Vorstellung der betreffenden Patientin schon Veranlassung, über die scheinbare Wirkung des Mittels meine Ansicht zu äussern — habe ich bei der in Frage stehenden Affection keinen Erfolg gesehen.

Sitzung vom 3. Juni 1890. Vorsitzender: Herr Saalfeld in Vertretung
Schriftführer: Herr Rosenthal.

I. Herr Heller: Ueber die bakteriologische Bedeutung des Aristols. Wenn auch durch die Publication Neisser's in der Berliner klinischen Wochenschrift die Frage nach der antiseptischen Wirkung des neuesten in der Dermathotherapie empfohlenen Mittels, des Aristols, entschieden ist, so dürfte es doch für Sie einiges Interesse haben, bakteriologische Versuche, die schon vor Neisser's Veröffentlichung zum Abschluss geführt waren, zu sehen. Soll das Aristol ein Ersatz des Jodoforms, als welches es empfohlen wurde, sein, so muss es auch die richtigen antibakteriellen Eigenschaften desselben besitzen. Das Jodoform ist für uns werthvoll, nicht weil es die Mikroorganismen vernichtet, sondern weil es den Nährboden für das Wachsthum der Spaltpilze und damit für die Bildung der giftigen Stoffwechselproducte der Bakterien ungeeignet macht. Die Untersuchung beschränkte sich darauf, diese kolyseptische Wirkung des Jodoforms mit der des Aristols zu vergleichen. Es kam darauf an, möglichst in vitro Verhältnisse herzustellen, die auch in vivo vorhanden sind. Jodoform und Aristol werden vorwiegend als Streupulver auf einem für die Bakterienentwicklung geeigneten Nährboden (Wunde) bei Körpertemperatur unter Abschluss von Licht und Zutritt von Feuchtigkeit angewandt. Dementsprechend wurde Nährmaterial, und zwar das von mir angegebene, ein Ersatzmittel des Fleischwasser-Agar darstellende Harn-Agar in Petrische Schalen gegossen, mit Mikroorganismen infectirt und in allmähig sich steigerndem Masse mit Jodoform und Aristol bestreut. Die Schalen werden 2–3 Tage im Brutschrank bei 37,5° (Lichtabschluss) gehalten und durch Aufstellung von Wasserschalen im Brutschrank für genügende Feuchtigkeit gesorgt. Als Impfmateriel wurde vorwiegend Staphylokokkus pyogenes aureus, grosse leicht charakterisierbare Fäulnisbakterien und in einigen wenigen Fällen Milzbrandbacillen benutzt. Da das Aristol als Specificum gegen Lukus empfohlen wurde, so wäre eigentlich die Wirkung des Aristols auf Tuberkelbacillen zu beobachten am meisten von Interesse gewesen. Die Schwierigkeit der bakteriologischen Arbeit mit den langsam wachsenden und sehr empfindlichen Tuberkelbacillen wie vor Allem die wenig befriedigenden Erfahrungen, die mit dem Aristol auf der Dr. Rosenthalschen Klinik bei der Lupusbehandlung gemacht worden waren, veranlassten mich, die Untersuchung auf die erwähnten Mikroorganismen zu beschränken. Zum Vergleich mit dem Aristol und dem Jodoform wurde auch das Jodol in einigen wenigen Fällen herangezogen. Die Resultate der Untersuchungen demonstrire ich Ihnen. Auf den mit Jodo-

form bestreuten Platten sind längs des Impfstiches die aufgetragenen Massen von Mikroorganismen sichtbar. Ein Wachstum, eine Weiterverbreitung über die Platte hat nicht stattgefunden, trotzdem die Culturen schon vor einigen Wochen hergestellt wurden. Im Gegensatz dazu zeigen die Staphylokokken und Fäulnisbacillen auf den mit Aristol beschickten Platten ein geradezu üppiges Wachstum. Der Staphylokokkus hat den charakteristischen Farbstoff reichlich gebildet, der Fäulnisbacillus die ganze Platte förmlich durchwachsen und dadurch gänzlich undurchsichtig gemacht. Nur an den Stellen, wo das Aristol in einer sehr dicken Schicht lag, hat das Bakterienwachstum ähnlich wie unter einer auf die Nährfläche gelegten Glasplatte wohl in Folge des mechanischen Luftabschlusses sistirt. Die Wirkung des Jodols ist schwächer als die des Jodoforms, dagegen bedeutend stärker als die des Aristols. Die Versuche, die übrigens in ihren Ergebnissen völlig mit den Neisser'schen übereinstimmen, beweisen wohl, dass das Aristol in Bezug auf seine antibakteriellen Eigenschaften dem Jodoform nicht als gleichwerthig zu erachten ist. Ob das Aristol sonstige Vorzüge besitzt, die es zu einer wesentlichen Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes werden lassen, bleibt abzuwarten, erscheint jedoch mir nach den auf der Dr. Rosenthal'schen Klinik gemachten Erfahrungen recht zweifelhaft.

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem Chef, Herrn Dr. O. Rosenthal für die Anregung zu diesen Untersuchungen meinen besten Dank auszusprechen.

Herr Behrend: Nach den Untersuchungen des Herrn Vortragenden, die ja auch mit anderen Publicationen übereinstimmen, glaube ich wohl, dass das Aristol keineswegs die Eigenschaften besitzt, welche man ihm ursprünglich nachgerühmt hat. Ich möchte jedoch bei dieser Gelegenheit eine allgemeine Bemerkung nicht unterlassen, die sich keineswegs auf die Untersuchungen des Herrn Vortragenden speciell beziehen soll, nämlich dass man im allgemeinen aus Culturversuchen im Reagenglas nicht ohne weiteres Schlüsse über Vorgänge im Organismus und an demselben ziehen darf, wie das in neuerer Zeit vielfach geschieht, da im Organismus doch ganz andere Verhältnisse obwalten, als auf dem künstlichen Nährboden. In Bezug auf das Aristol aber, glaube ich, dürften fortan Meinungsverschiedenheiten nicht mehr existiren.

Herr Boer: Im Gegensatz zu der Ansicht des Herrn Behrend bemerke ich, dass das Reagenglas für derartige Versuche sehr wohl zu verwenden ist. Alle bisherigen, erfolgreich ausgeführten Desinfectionsmethoden beruhen ursprünglich auf ähnlichen Experimenten. — Nur hätte ich gewünscht, dass Herr Heller sich nicht mit den Versuchen auf Agar begnügt, sondern dass er dieselben auch mit Bouillon oder anderen Nährböden angestellt hätte. Die Resultate würden vollkommen und einwandsfreier sein. —

Herr Heller: Die Versuche wurden auf festen Nährböden und nicht auf Bouillon angestellt, weil das Aristol, in wässrigen Flüssigkeiten völlig unlöslich, unwirksam auf dem Boden der Reagengläser gelegen hatte. Aus diesem Grunde hat wohl auch Neisser von der Verwendung des Aristols abgesehen.

Herr Boer: Auf die Entgegnung des Herrn Vortragenden, dass in Bouillonröhrchen das Aristol als Pulver auf den Boden liege und in solcher Masse nicht wirken könne, da die Bakterien oberhalb in der Bouillon wachsen, erwidere ich, dass für diejenigen Mikroorganismen, für welche Aristol antiparasitäre Wirkung hat, dieses nicht in Betracht kommt. Bei den Versuchen mit Jodoform genügt es schon, ein nur mit Jodoformathersray imprägnirtes Stückchen Filtrirpapier in das mit Tuberkelculturen beschickte Gefäß hineinzuhängen, um die Cultur abzutöden, oder das Wachstum der Bakterien aufzuheben. Auch die Cholera zeigt in Röhrchen

mit Bouillon, denen Jodoform zugesetzt, absolut kein Wachsthum, obwohl selbige wie bekannt, hauptsächlich an der Oberfläche wächst.

Herr Rosenthal: Den Ausführungen des Herrn Boer schliesse ich mich, in ihrem ersten Theile wenigstens, an. Die von Herrn Heller angestellten Versuche sollen nur die bakteriologische, nicht auch die klinische Bedeutung des Aristols klarlegen. Es handelt sich hier nur um die Frage: Hat das Aristol Bakterien hemmende Wirkung oder nicht? Und von diesem Standpunkte aus betrachtet sind Herrn Hellers Versuche augenfällig und überzeugend.

Herr Heller: Sobald man im Zweifel ist, an welchen Stellen Bakterien gewachsen sind, hat man nur zur mikroskopischen Durchmusterung der Platten bei schwacher Vergrößerung zu greifen. Wo Organismen gewachsen sind, verliert der Nährboden seine Durchsichtigkeit und erscheint getrübt. Auf den privatim geäusserten Einwand des Herrn Behrend schliesslich erwidere ich, dass ich absichtlich auf einige Stellen der Platte sehr viel, auf andere sehr wenig Aristol gestreut habe, um dem Einwande zu entgehen, die Menge des Aristols sei von massgebender Bedeutung.