Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Oktober 1904.

Vorsitzender: Neumann.

Schriftführer: v. Zumbusch.

Sachs demonstriert aus Prof. Ehrmanns Abteilung:

1. Eine 30jährige Frau mit einem scheinbar unter dem Bilde einer Mastitis simplex verlaufenden Gumma der linken Mamma und zahlreichen Narben nach Gummen des unteren Drittels des rechten Oberschenkels sowie des ganzen Unterschenkels. Die Krankheitsdauer beträgt nahezu 11 Jahre. Die Patientin wurde bisher nicht antiluetisch behandelt, vor 11 und vor 10 Jahren je ein Abortus, vor 4 Jahren gummöse Geschwüre am rechten Unterschenkel, seit 4 Wochen Infiltration der linken Mamma. Patientin ist grazil gebaut, Muskulatur schwach entwickelt, Panniculus adiposus fast gänzlich geschwunden, stark anämisch. Die Haut ist im ganzen trocken, leicht abschilfernd, asbestartig glänzend.

Die linke Mamma ist im Vergleiche zur rechten fast um das doppelte vergrößert, die Haut erscheint glatt, glänzend, kupferrot verfärbt; im linken oberen Quadranten befindet sich ein Perforationsgeschwür von der Größe eines Zehnhellerstückes mit eitrigen Massen bedeckt, von überhängenden Rändern begrenzt. Die Sonde führt einige *cm* tief in das eingeschmolzene und zerfallene Gewebe. Die größere Hälfte der linken Mamma fühlt sich derb elastisch an, auf Druck nur wenig schmerzhaft. Das ganze bis in das Drüsengewebe reichende Infiltrat erstreckt sich nach oben bis zur vorderen Achselfalte, nach rückwärts bis zur hinteren Achsellinie, nach unten bis zum unteren Rand der 4. linken Rippe. Aus der Tiefe des Geschwüres entleert sich bei Druck anfangs ein eitriges, dann ein gelbliches, dünnflüssiges Sekret. Der ganze Tumor ist gegen seine Unterlage hin leicht verschieblich. In der Achselhöhle rechts eine leicht schmerzhaft, links eine haselnußgroße, mäßig derbe Drüse.

Die Narben am rechten Unterschenkel bilden Gruppen von Handtellergröße, konfluieren miteinander, sind von guirlandenförmigen Linien begrenzt, der Rand intensiv sepiabraun gefärbt, welche Färbung gegen die gesunde Haut allmählich abklingt. Das Zentrum dieser Narben ist weiß bis weißlich rot, glatt glänzend. Zwischen diesen Narben finden sich einzelne Stellen normaler, aber stark pigmentierter Haut. Die akute entzündliche Rötung und der Eiter schwanden nach Verband mit Resorzin und es blieb eine bronzartige Verfärbung, weniger schmerzhaft Infiltration von der angegebenen Ausdehnung. Zu gleicher Zeit nahm die Schmerzhaftigkeit der Drüse ab und wurde kleiner. Wir haben es

offenbar noch mit einer akuten Entzündung, die durch rec. Infektion des Gumma entstanden ist, zu tun.

Die Diagnose eines Brustdrüsengumma stützt sich auf das charakteristische Aussehen des überhängenden Randes des Geschwüres, auf die verhältnismäßig geringe akzessorische Schwellung der regionären Lymphdrüsen, die kupferbraune Farbe der Haut, die Höhlenbildung, auf die Coexistenz eines gummösen Geschwüres, welches unter unseren Augen vernarbt ist und von Narben nach Gummen am rechten Unterschenkel. Gegen Carcinom spricht die kupferbraune Farbe der Haut, die Höhlenbildung, der käsige Belag in der Tiefe, das Fehlen der Drüsen.

2. Eine 43 Jahre alte Frau mit einem Lupus hypertrophicus papillaris der linken unteren Extremität, kombiniert mit Elephantiasis derselben. Die Erkrankung besteht seit 12 Jahren, im Jahre 1902 wurde die Patientin auf der Klinik Gussenbauer operiert. An der Innenseite des linken Oberschenkels Narben nach Lupus vulgaris infolge von Auskratzung. Auf der elephantiasisch verdickten Extremität finden sich folgende Formen von Lupus vulgaris: 1. papulöse, 2. papilläre Effloreszenzen, ulzeröse Formen (Skrofuloderma), 4. subakut und chronisch verlaufende Erkrankungen der Lymphwege, die zur Entwicklung einer echten Elephantiasis geführt haben.

Das Röntgenbild zeigt außer der beträchtlichen Verdickung der Weichteile keine Veränderungen an den Knochen.

3. Eine 40jährige Frau mit Lupus vulgaris der Ober- und Unterlippe. Die Affektion besteht seit 2 Monaten. Die Ober- und Unterlippe, ebenso die angrenzenden Teile derselben sind auf das doppelte vergrößert, infiltriert, die Haut darüber intensiv gerötet, auf derselben zahlreiche das Niveau derselben überragende Knötchen von Erbseengröße. In der Umgebung des Infiltrates in scheinbar normaler Haut zahlreiche Lupusknötchen. Die infiltrierten Teile fühlen sich mäßig derb an, lassen sich von den umgebenden gesunden Teilen gut abgrenzen, die Knoten im Infiltrat sind deutlich tastbar. Auf der rechten Wange ein hellergrüßes Infiltrat, über das Hautniveau erhaben, gerötet und fluktuierend.

Die Infektion erfolgte in diesem Falle wahrscheinlich von einem unregelmäßig gezackten, speckig belegten traumatischen Geschwür der Lippe — welches genau dort saß, wo zwei ungemein scharfkantige, kariöse Zahnscherben anlagen — auf dem Wege der Lymphbahnen.

Diskussion. Riehl: Die Möglichkeit, daß bei Lupus vulgaris Erwachsener oder auch von Kindern die Infektion von außen her durch Inokulation erfolgt, ist nicht erwiesen, histologische Momente weisen auf das Gegenteil hin.

Ehrmann: Wenn auch der stringente Beweis nicht geliefert ist, so besteht doch in einigen Fällen, die Redner gesehen und demonstriert hat, eine große Wahrscheinlichkeit für die Entstehungsmöglichkeit des Lupus durch Inokulation.

Finger: Der Lupus dürfte nicht immer auf hämatogenem Wege entstehen. Die weitgehendste Statistik weist nur in ca. 75% der Fälle von Lupus Tuberkulose innerer Organe nach, wobei noch nicht einmal zu entscheiden ist, ob diese primär oder sekundär ist.

Ullmann weist darauf hin, daß Riehl selbst seinerzeit die Tuberculosis verrucosa cutis beschrieben hat, die durch direkte Infektion entsteht und mit einer Art tuberkulöser Lymphangoitis einher-

gehen kann. Die Kinderärzte seien der Ansicht, daß der hämatogene Infektionsmodus bei Lupus der seltenere sei.

Riehl: Wenn auch der Pathologe Lupus und Tuberkulose zusammen wirft, muß der Kliniker bestrebt sein, diese beiden Krankheitsformen auseinanderzuhalten, was auch fast stets gelingt. Das Geschwür an der Schleimhaut im vorgestellten Falle dürfte jünger sein als der Lupus.

4. Ein 16jähriges Mädchen mit Erythema indurée Bazin.

An der Innenseite beider Oberschenkel, sowie an der rechten Wade findet sich je ein über wallnußgroßer, in der Tiefe sitzender, livide verfärbter, gegen die Unterlage verschieblicher, auf Druck schmerzhafter, im Zentrum perforierter Knoten, der von einem hellroten Saum umgeben ist. Aus diesem Geschwür entleert sich ein dünnflüssiger, mit krummeligen Massen vermengter Eiter. Die Perforationsöffnung ist nicht scharf gekennzeichnet wie beim Gumma, die Infiltration der Haut zeigt nicht die Beschaffenheit wie beim Gumma, namentlich die Farbe der infiltrierten Haut ist nicht bräunlich, sondern bläulich rot, die Ränder selbst matsch dünn.

An der Streckseite der beiden unteren Extremitäten, in deren oberen Drittel, ist die Haut diffus livide bis bläulichrot verfärbt mit zahlreichen unregelmäßig konturierten, miteinander konfluierenden Geschwüren bedeckt. Die Ränder derselben sind etwas verdickt, z. T. unterminiert, die Geschwürsbasis mit schlaffen Granulationen bedeckt, z. T. mit einem schmierigen Belag versehen. Einige Geschwüre sind durch Hautbrücken miteinander in Verbindung. Durch Vernarbung von einer Seite haben einzelne Nierenform erhalten. Der Mangel des bräunlichen Infiltrates, der ja für Gummen charakteristisch ist, die nicht scharf zugeschnittenen, dünnen matschen Ränder lassen jedoch die Annahme eines Gumma zurückweisen, eher könnte man ein Skrofuloderma annehmen, welches von einer Seite zuheilt.

An beiden Oberschenkeln, ad nates, an beiden Fußrücken sieht man zahlreiche, hellergroße livid gefärbte Flecke, welche sich gegen die Umgebung mäßig scharf abgrenzen, außerdem besonders an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten etwas über linsengroße, ein wenig eingesunkene Narben mit scharfer Abgrenzung gegen die gesunde Haut, die wahrscheinlich als Residuen eines vor vielen Jahren bestandenen Tuberkulids aufzufassen sind.

Patientin stammt aus gesunder Familie, stand im vorigen Jahre mit Haemoptoe im Wiedener Krankenhaus in Behandlung. Über der rechten Lungenspitze ist etwas verkürzter Schall, $\frac{1}{10}$ mgr Alt-Tuberkulin erzeugt deutliche Lokalreaktion, $\frac{5}{10}$ mgr geringe Lokal- und Allgemeinreaktion. Die Geschwüre bestehen seit 5 Monaten und haben sich ebenfalls aus Knoten entwickelt, die noch jetzt vorhandenen, in Zerfall begriffenen Knoten bestehen seit 3 Monaten.

Diskussion: Riehl will die Diagnose als eine vorläufige betrachtet wissen und das Ergebnis der histologischen Untersuchung abwarten.

Neumann hält vom dermatologisch-klinischen Standpunkte das Abwarten eines histologischen Befundes nicht für nötig und hält das demonstrierte Krankheitsbild mit Bestimmtheit für ein serpinöses Syphilid.

Spiegler weist darauf hin, daß außer der histologischen Untersuchung auch der Versuch einer spezifischen Therapie für die Differentialdiagnose zwischen Erythème Bazin und Syphilid zu verwerten wäre.

Ehrmann erwidert auf die Einwände von Neumann: Das einzige, was ebenfalls noch an Gumma erinnern könnte, wäre das einseitige Verheilen der Geschwüre, welches aber bekanntlich nicht dem Gumma allein zukommt und für dasselbe keineswegs charakteristisch ist. Der Mangel des gummösen Infiltrates, die Beschaffenheit der Ränder, wie sie in der Beschreibung von Sachs bereits hervorgehoben wurde, sowie die Entwicklung der Knoten, die Art ihres Zerfalles lassen Syphilis mit Sicherheit ausschließen.

Zugegeben kann nur werden, daß die Geschwüre, welche übrigens bei Erythema indur Bazin hufig vorkommen, in diesem Falle einseitig verheilen. Ferner ist die Anhufung von Knoten an einer verhltnismig kleinen Stelle, wie in diesem Falle, beim Erythema indur Bazin nicht gewhnlich. Ich habe die Erfahrung gemacht, da die Flle gewhnlich fr Syphilis gehalten wurden.

Nobl demonstriert einen eigenartigen, zu areolierten Haar- ausfall fhrenden Follikularproze der Kopfhaut bei einem 34jhrigen Manne. In der Scheitel- und angrenzenden Hinterhauptgegend haben einzelstehende und zu Gruppen zusammentretende hanfkorn- bis erbsengroe, gertete und teilweise bereits abgeblate, mig emporragende oder im Hautniveau liegende Kntchen ihren Sitz, deren Kuppen von lockeren, dem Zuge leicht folgenden Haarschften eingenommen werden. Mit hnlichen derben druckempfindlichen perifollikulren Kntchen alternieren bis haselnugroe, scharf konturierte haarlose elevierte, sich polsterartig verdickt anfhlende Areate, die gleich der distendierten Decke flacher Atherome leicht gewlbt, glatt und glnzend erscheinen. Auerdem ist es in unregelmig begrenzten fingernagel- bis kreuzergroen Parietalbezirken zu atrophischer Einsenkung des Capillitiums und narbiger Verdung der Talgdrsen gekommen. An solchen gerteten retrahierten Stellen sieht man die auseinander gedrngten Haare von einem unregelmigen kleinmaschigen Gitterwerk leisten- und zapfenfrmig vorspringender Hautfalten umspinnen.

Klinisch und auch histologisch zeigt der Proze vielfache Analogien mit den Initialformen der Dermatitis papillaris capillitii, ohne jedoch mit diesem Leiden das weitere Schicksal zu teilen. Die vorgewiesenen histologischen Prparate zeigen, da es sich auch hier um eine streng an die Haarblge angeschlossene exsudative Perifollikulitis handelt, die mit ihren weithin ausladenden Infiltraten von der Follikulrmndung bis zu den tiefsten Anteilen der Haartaschen und ihrer glandulren Adnexe reichen. Whrend aber bei der sklerosierenden Follikulitis durch den Inflammationsvorgang eine Wucherung und Verdichtung des kutanen Bindegewebes angeregt wird, wie dies ja bereits in der Bezeichnung angedeutet erscheint, wird im vorgestellten Falle das vorzglich aus Lymphocyten gebildete perifollikulre Infiltrat zum Ausgangspunkt tieferreichender Abszesse, die nach spontanem Durchbruch oder nach operativer Erffnung ihrem Umfange entsprechende kbie atrophische oder verdickte Stellen hinterlassen. Dem anatomischen Charakter nach ist die Alteration demnach als profunde dekalisierende Follikulitis anzusprechen.

2. Im Gegensatz zum erst demonstrierten Falle weist Nobl bei einem 26jhrigen Manne auf die typische Erscheinungsform der Folliculitis sclerotisans nuchae hin, welche in diesem Falle trotz 4jhrigen Bestandes immer noch aufs deutlichste den Ausgangspunkt des Entzndungsvorganges erkennen lt. Die mittlere Nackengegend ist in hhnereigroer Ausbreitung zu einem hckerig nivellierten Plateau empor-

gehoben, das sich aus dicht aneinander gereihten halbkugelig prominenten, livid roten, meist glatten, gelegentlich auch von festhaftenden Borken bedeckten und unterhalb dieser zentral gedellten Knötchen zusammensetzt. Die hirsekorn- bis erbsengroßen Knötchen haben einen streng follikulären Sitz, fühlen sich knorpelartig hart und resistent an und werden meist in ihren Zentren von äußerst eng eingeramnten, kurzen Haarschäften perforiert. Es gelingt nur schwer ähnliche Haare aus den sklerosierten Follikeln zu epilieren. Die Pustulation stellt hier nur ein akzidentelles Vorkommnis dar, indem die Kuppen der keloid-ähnlichen perifollikulären Knoten nur gelegentlich von ganz superfiziellen miliären Pusteln gekrönt werden, die dann rasch verkrusten und als die vorerwähnten Borkchen den Infiltraten aufsitzen. Singuläre Schübe haben aufs Capitulum bis in die Scheitelgegend übergegriffen.

Riehl führt vor ein Rhinosklerom und einen Fall von hämorrhagischem Hautsarkom, bei dem Röntgentherapie in Anwendung kommen soll.

Finger demonstriert einen 27jährigen Leprakranken aus Dalmatien. An der Haut des Stammes und namentlich der Oberschenkel finden sich bis linsengroße, bronzefarbene Flecke, von denen nur wenige etwas über das Niveau der Haut hervorragen, und die zum Teil in Kreisform angeordnet sind. Die Nn. brachiales, Peronei, Occipitales sind deutlich verdickt und etwas druckschmerzhaft. Es besteht Atrophie des Thenar und Antithenar. Die Anästhesie besteht vom Ellbogen und Kniegelenk nach abwärts und nimmt bis zu den Finger- und Zehenspitzen zu. Der Fall wurde vor 3 Jahren von Fregattenarzt Zechmeister veröffentlicht und zwar als *Lepra anaesthetica*. Damals bestanden Pemphigusblasen, depigmentierte und pigmentierte Stellen bis zu Flachhandgröße und weniger ausgesprochene Anästhesien. Die Nervenverdickung war ebenfalls deutlich ausgeprägt. Zechmeister konnte nur in einem Geschwür am linken Ellbogen, das nach dem Platzen eines Pemphigus leprosus entstanden war, spärliche Bazillen nachweisen. Die Untersuchung der Haut ergab diesbezüglich ein völlig negatives Resultat. Jetzt zeigt die histologische Untersuchung der kleinen bronzefarbenen Flecke, wie das eingestellte Präparat demonstriert, reichlichst lebhaft rot gefärbte Bazillen, welche die Zellen der Cutis und Subcutisinfiltrate erfüllen. Nach diesem Bazillenbefund müßte man den Fall als *Lepra tuberosa* im Beginne betrachten, bei dem es noch nicht zur Etablierung typischer Leprome gekommen ist.

2. Einen 50jährigen Kranken mit *Mykosis fungoides*. Der Fall wurde vor 2 Jahren in dieser Gesellschaft mit der Diagnose Psoriasis kombiniert mit Pemphigus vorgestellt. Heute ist die Diagnose wohl zweifellos, weil typische Tumoren aufgetreten sind, deren histologische Untersuchung das Bild der *Mykosis fungoides* darbietet. Bemerkenswert bei dem Falle ist der ungemein chronische Verlauf und das gleichzeitige Auftreten von ekzematoiden und psoriasiformen Erscheinungen mit den charakteristischen Tumoren. Die Haut des Kranken ist unregelmäßig pigmentiert und depigmentiert, zum Teil in zusammenhängenden, unregelmäßig begrenzten, landkartenähnlichen Flecken, zum Teil in kleinen linsengroßen Herden, zwischen denen sich an manchen Stellen unregelmäßige Närbchen dichter gedrängt zeigen. Am Rücken, handbreit unter der Scapula findet sich eine über flachhandgroße Stelle, welche aus bohnen großen lebhaft roten Papeln zusammengesetzt ist, die mit silberweißen, lamellosen Schuppen bedeckt sind. An der Beugeseite des linken Oberschenkels ein unregelmäßiger lebhafter roter, zum Teil nässender, zum Teil mit honiggelben Krusten bedeckter Herd. Über den Augenbrauenbogen links ein kreuzergroßer, $\frac{1}{2}$ cm hoher Knoten von weicher Konsistenz mit überhängenden Rändern. Kleinere derartige Knoten,

sowie Psoriasis und ekzemähnliche Herde finden sich noch an anderen Stellen der Haut. Der Kranke hat große Mengen Arsenik genommen und dürfte wohl darauf die auffallende Pigmentierung seiner Haut zurückzuführen sein.

Brandweiner stellt vor:

1. Einen 16jährigen Burschen mit einem papulösen Syphilid, das sich hauptsächlich an den Streckflächen der Unterarme, ad nates und an den Oberschenkeln lokalisiert. Die Papeln sind hirsekorn- bis kleinsinsengroß, derb und tragen an ihrer Oberfläche eine silberglänzende festhaftende Schuppe. Außerdem finden sich ad anum hypertrophische konfluierende Papeln, im Mund diphtheroid belegte Plaques. Trotzdem die sekundären Lokalerscheinungen ad anum und in der ein mehrmonatliches Alter der Syphilis dokumentieren, darf das kutane Syphilid doch nicht als Rezidiv aufgefaßt werden, sondern als lange bestehendes Residuum des Erstlingsexanthems, da nirgends Gruppierung der Effloreszenzen wahrnehmbar ist. Die auffallende Derbheit der papulösen Effloreszenzen und das Vorhandensein festhaftender Schuppen sind auf die mangelhafte Reinhaltung des Körpers des Patienten in gleicher Weise zu beziehen wie das Auftreten der breiten Kondylome.

2. Einen 26jährigen Mann mit einem gruppiert papulösen Syphilid an Rücken, Brust und den seitlichen Thoraxpartien. Die überlinsengroßen braunroten Effloreszenzen stehen in kindsfachhandteller großen runden oder ovalen Gruppen. Manche derselben sind mit Unterlassung von Pigment oder Atrophie geschwunden. Über das Alter der Syphilis kann in einem derartigen Fall nichts bestimmtes ausgesagt werden. Derartige Formen werden nach $\frac{1}{2}$ Jahr ebenso beobachtet wie nach 10 Jahren. Anamnestisch läßt sich nur erheben, daß Patient vor 4 Jahren am Präputium Geschwüre hatte, als deren Residuen zarte, ganz uncharakteristische jetzt noch sichtbar sind. Es ist also möglich, daß es sich damals um den Primäraffekt gehandelt hat.

Scherber stellt aus Fingers Klinik eine 64jährige Frau mit Sklerodermie vor. Die Erkrankung besteht seit zwei Jahren und ist auffällig durch ihre strenge Symmetrie. Kopf und Hals völlig frei lassend ziehen die sklerosierten und dabei elevierten Partien von der Höhe beider Schultern bandförmig nach unten sich auf der Brust brustlatzförmig verbreiternd, das ganze Abdomen mit Ausnahme der regio genitalis, die Vorderfläche der Oberschenkel einnehmend und sich mit Freilassung der einen Schenkelfläche und der Knie nach abwärts über die Unterschenkel, von hier ab bereits ins atrophische Stadium tretend über die Dorsa pedis bis an die Fußränder erstreckend. Ebenso symmetrisch ist die Ausbreitung auf der Rückseite des Körpers, nur daß am Rücken die Herde mehr in Plaqueform auftretend durch schmale Brücken scheinbar normaler Haut getrennt sind. Die oberen Extremitäten sind in Form einer breiten ringförmigen sklerosierten Partie um die Oberarme und in Form des bereits atrophischen Stadiums in der ganzen Ausdehnung der Unterarme völlig symmetrisch ergriffen. Die Veränderungen begannen an den Extremitäten und verursachen das Gefühl der Spannung, Beengung beim Atmen und Bewegungsbeschränkung. Die Schleimhäute sind frei. Die interne Untersuchung bringt unter einer diffusen Bronchitis geringen Grades und einer mäßigen Hypertrophie des linken Venihikels nichts Abnormes. Harn und Blutbefund normal. Der Nervenstatus ergibt eine deutliche Hyperästhesie an allen sklerodermatischen Partien; gleichzeitig besteht an diesen Partien Hyperplasie mit Herabsetzung der Wärme- und Kälteempfindung.

Nirgends finden sich anästhetische Bezirke.

Alle Veränderungen sind dabei in ihrer Intensität völlig symmetrisch.

Die Schweißsekretion ist an den sklerodermatischen Partien (Schwitzen bei interkurrentem Fieber, Pilokarpininjektion) fast völlig aufgehoben; die scheinbar gesunden Partien nur etwas stärker durchfeuchtet, dafür tritt auf Diloskapie eine intensive Solivation und starke Harnausscheidung ein.

Die Talgsekretion ist außer an den atrophischen Partien der Dors manus et pedum nicht gestört.

Der elektrische Leitungswiderstand mit unpolarisierbaren Elektroden und bei Stromwendung geprüft ist an den sklerosierten und atrophischen Partien gegenüber den freien Hautpartien wie in der Regio deltoidea pectoralis und an den Innenflächen der Oberschenkel fast auf das Doppelte gesteigert.

Resorptionsversuche wurden mit 10% Salizylsäure-Petronsalbe und 10% Jodkali-Petronsalbe angestellt.

Die Salizylsäure wurde von den sklerosierten noch von den atrophischen noch von unveränderten Hautpartien aus resorbiert. Kontrollversuche an gesunden Menschen waren auch negativ. Eingerieben wurde 10 Gramm durch 20 Minuten unter mäßigem Druck. Auf Einreibung von Jodkalisalbe unter denselben Bedingungen ergab die Untersuchung des Harns Resorption von allen Hautpartien aus nur mit dem Unterschiede, daß, während bei Einreibung in freie Hautpartien die Ausscheidung der Hauptmenge in den ersten fünf Stunden erfolgte und in den weiteren fünf Stunden der Rest, wogegen sich bei Einreibung in eine sklerodermatische Partie die Ausscheidung in jedesmal ziemlich gleichen geringen Quantitäten bis zum nächsten Vormittag erstreckte.

Histologischer Befund (Sklerodermatische Partie vom Rücken.): Die Epithelcutisgrenze fast gradlinig; das Epithel normal, in der Cutis erstreckt sich die Sklerosierung des Bindegewebes fast bis knapp unter das Epithel. Das Bindegewebe sehr zellarm, nur gegen die Subcutisgrenze zu vereinzelte Rundzellenanhäufungen.

Die elastischen Fasern nicht verringert, nicht im Zerfall.

Therapeutisch wurde Thiosinamin angewendet und zwar mit Glycerin in wässriger Lösung und wurden im ganzen zehn 5%ige, zehn 7.5%ige und zwanzig 10%ige eingrammige subkutane Injektionen davon gegeben. Auf diese Therapie wurden alle sklerodermatischen Partien lockerer, weicher, speziell die Haut des Rückens, welche früher straff anliegend, sich in ziemlich hohen Falten abheben ließ.

Die Injektionen mußten jedoch auf ziehende Schmerzen in den Seitenteilen der Brust und in den Armen, sowie auf Temperatursteigerungen bis 38.0° C ausgesetzt werden.

Darauf nahm die Sklerose wieder langsam zu, nur die Haut des Rückens ist bis heute weicher geblieben.

Riehl demonstriert je einen Fall von Erythromelie und von Sklerodermie.

Zumbusch demonstriert drei Fälle vom Pemphigus foliaceus aus der Klinik Riehl.

Bei allen zeigen sich am ganzen Körper serpiginös angeordnete Abhebungen und schlappe Blasen mit trübem Inhalt, es besteht allgemein Epidermolyse, die Schleimhäute sind frei.