Verhandlungen der Breslauer Dermatologischen Vereinigung.

V. Sitzung vom 23. November 1900.

Vorsitzender: Neisser.

Schriftführer: Chotzen.

---

1. Geschäftliche Sitzung:

Auf Antrag von Herrn Alb. Neisser wird Herr Paul Neisser—Beuthen O.-S. als ordentliches, auf Antrag von Herrn Harttung die Herren Hoffmann und Alexander als ausserordentliche Mitglieder aufgenommen.

2. Wissenschaftliche Sitzung:

Als Gäste sind anwesend die Herren Günsburg, Oscar Riegner Wodarz—Breslau.

Es stellte vor:

1. Herr **Löwenheim** einen 47jährigen, kachektischen Patienten, auf dessen Wangenschleimhaut an der rechten Seite ein etwa 1 Pf.-Stück grosses Geschwür, mit buchtigen, knorpelharten und wallartig erhabenen Rändern zu sehen ist. Die Affection besteht seit zwei Jahren, zeitweilig war eine Fistel nach der Wange vorhanden, welche von dem früher behandelnden Arzt durch Aetzung mit starker Höllensteinlösung zugeheilt worden ist. In der Umgebung der Fistelnarbe findet sich ein zackig begrenzter rother Fleck und unter derselben ein nach unten ziehender, leicht palpabler harter Strang. Unter dem Mundboden endlich sind zwei taubeneigrosse harte Drüsen zu fühlen.

Da der Kranke lange Zeit Jodkali genommen hat, so ist, abgesehen davon, dass der Befund nicht für Lues spricht, ziemlich sicher ein tertiäres Syphilid auszuschliessen. Auch ist in der Anamnese nichts Verdächtiges zu ergründen.

Gegenüber Tuberculose ist vor allen Dingen der exquisit harte Wall differentialdiagnostisch anzuführen. Auch sind in dem rothen Fleck auf der Wange Tuberkelknötchen nicht zu sehen. Doch soll nicht verschwiegen werden, dass der Kranke an einem Lungenspitzenkatarrh sowie an einer Schwellung des Kniegelenkes leidet, welche sehr verdächtig ist.

Demnach bleibt wohl nicht anderes übrig, als das Bestehen eines **Cancroids mucosae oris** anzunehmen, was noch durch die mikroskopische Untersuchung vor der Operation gesichert werden soll, welche jedoch möglichst schnell ausgeführt werden muss. Besonders bemerkenswerth ist, dass auf der anderen Seite der Wangenschleimhaut sich eine leukoplakische Stelle findet (der Kranke war starker Cigarrenraucher) und dass die Fistel wieder verheilt ist, während sonst vielfach perforirende Mundschleimhautkrebsse einen recht malignen Charakter zeigen.

Discussion. Herr A. Neisser macht darauf aufmerksam, dass objectiv auch die Frage, ob Aktinomykose vorliegen könne, erwogen werden müsse. Doch hält er den vorliegenden Process für ein Cancroid, um so mehr, als der Kranke längere Zeit Jodkali ohne jeden Erfolg genommen habe und letzteres nach den vorliegenden Erfahrungen auch für Actinomycosis eine fast spezifische Wirkung zu haben scheine.

Herr Löwenheim: Bei Aktinomykose bilden sich auf dem Wege der Senkung Fisteln, welche doch einen andern Charakter als die hier vorliegende zeigen.

2. Herr **Harttung** demonstrirt einen Kranken, welcher schon einmal in dieser Gesellschaft vorgestellt ist. Damals war der Vortragende der Ansicht, dass es sich um ein malignes Endotheliom der Gefässe handle, heute, nachdem inzwischen das sehr geringe histologische Material etwas vermehrt werden konnte, ist es zweifellos, dass es sich um eine eigenartige Form von Tuberculose handelt, die dem **Erythème induré Bazin** entspricht. Zur Zeit ist die Entwicklung eines Erythemknotens an einem Unterschenkel deutlich zu beobachten. Der jetzt schon etwas elevirte und derbe Knoten entwickelte sich vor 14 Tagen als kleiner rother Fleck. Der Kranke beschreibt selbst die Entstehung der Knoten, die bis zu Hühnereigrösse und darüber sich ausgebildet haben, sehr genau in dieser Weise. Der Kranke ist sehr elend und trotz bester Ernährung und Pflege sehr heruntergekommen. Neben einer bacillären Phthise hat sich eine Compressionsmyelitis entwickelt, die die schwersten Störungen verursacht. Der Exitus ist in Kürze zu erwarten. (Der Fall wird später ausführlich publicirt.)

3. Herr **Alexander** demonstrirt die mikroskopischen Präparate des von Herrn **Harttung** vorgestellten Falles von Erythème induré Bazin und erwähnt zur Orientirung von deutscher Seite liegt bisher nur ein histologischer Befund von Jadassohn (klin. Aerztetag in Bern 1899) vor, welcher „zwar ein sehr eigenartiges Bild, jedoch keine typischen tuberculösen Veränderungen“ fand. Die französischen Publicationen stammen aus den Jahren 1898 und 1899 und finden sich sämmtlich in den „Annales de Dermatologie“. Audry (1898) fand hauptsächlich ein Oedem der oberen Cutisschichten mit mononucleären Leukocyten und im Unterhautzellgewebe grosse runde, mit einer öligen Flüssigkeit gefüllte Räume, keine tuberculösen Processe. Audry leugnet daher überhaupt jeden Zusammenhang mit Tuberculose und hält das Erythem induré Bazin für eine chronisch verlaufende Form des Erythème nodosum.

Leredde (1898) sah bereits typische tuberculöse Veränderungen, die sich besonders im Unterhautfettgewebe in Vermehrung der fixen Bindegewebszellen, Riesenzellen und zahlreichen obliterirten Gefässen darstellen. Thibierge und Ravant (1899) gewannen bei der Ueberimpfung auf Kaninchen ein positives Resultat und fanden, dass das von ihnen in einem Falle von E. i. B. excidirte Stück von sclerotischen Streifen durchzogen wurde, welche Inseln von Zellgewebe angaben. Erstere bestanden mikroskopisch aus zahlreichen Gefässen mit Endothel- und Perithelwucherungen, ausserdem sah man Riesenzellen und epitheloide Zellen; letztere enthalten z. T. normales, z. T. gewuchertes Fettgewebe und Hohlräume mit jungen und nekrotischen Zellen. Wenn wir nun die hier aufgestellten Präparate betrachten, so müssen wir zwei verschiedene Serien von Schnitten unterscheiden; die einen entstammen einem von der rechten Ellenbogengegend excidirten Tumor, die anderen dem aus dem tiefen von Herrn Harttung erwähnten sich wie ein harter Gefässstrang anfühlenden Stücke. Bei der zuerst genannten ist die Epidermis normal, die Cutis enthält ein diffuses Infiltrat, im Unterhautzellgewebe ein ähnliches Bild, welches jedoch durch die zahlreichen überall verstreuten grossen rundlichen Lücken, welche theils Fettzellen, theils erweiterten Lymphgefässen entsprechen, ein ganz charakteristisches Gepräge erhält. Wenn man viele Präparate aus dieser Fettgewebsserie durchmustert, sieht man wohl auch hin und wieder in den Infiltraten eine Riesenzelle — das Bild eines typischen tuberculösen Processes gewinnt man jedoch nicht. Ganz anders bei den dem Gefässstrang entsprechenden Schnitten, hier haben wir überall das klare Bild der Tuberculose, zahlreiche aus Rundepitheloiden und Riesenzellen bestehende Tuberkel erfüllen das Gesichtsfeld und man hat in vielen Stellen den Eindruck einer besonders hervorragenden Bethheiligung der Gefässe. Sie sehen ein in grosser Ausdehnung längsgetroffenes tuberculös infiltrirtes Gefäss das Gesichtsfeld durchziehen, in einem anderen Präparat einen typischen Tuberkel. Wie sie sehen, entsprechen unsere Präparate im wesentlichen der Abbildung von Thibierge und Ravant, auch sie scheinen die von diesen Autoren ausgesprochene Vermuthung, dass es sich beim E. induré Bazin um eine Tuberculose der Haut mit vorwiegender Bethheiligung der Gefässe handle, wenn auch nicht vollständig zu sichern, so doch in hohem Grade wahrscheinlich zu machen.

Discussion: Herr A. Neisser muss auch heute noch, wie früher, als der Fall vorgestellt wurde, erklären, dass er aus eigener Erfahrung zu einer Diagnose nicht kommen könne. Auch die heute demonstrirten mikroskopischen Präparate schienen ihm nicht absolut beweiskräftig für die tuberculöse Natur der Neubildung zu sein. Eine Entscheidung erwarte er wesentlich von reichlichen Uebertragungsversuchen auf Thiere, wozu ja bei dem traurigen Zustand des Patienten sich bald Gelegenheit finden würde.

Herr Harttung: In der französischen Literatur sind ähnliche, wenn auch nicht so ausgedehnte Fälle publicirt. Sicher seien viele Fälle

von Erythème Bazin in den Jahren vor 1897 und auch später beobachtet und auch in Gesellschaften gezeigt worden, ohne dass man eine Diagnose gestellt hätte. Das ergebe sich besonders aus der Durchsicht der englischen Literatur.

4. Herr **Scholtz** stellt einen Patienten aus der Breslauer dermat. Univ.-Klinik mit einem **eigenartigen knötchenförmigen Exanthem** vor, welches sich als eine an die Follikel gebundene papulöse Urticaria-Form präsentiert.

Der Patient weist am Rumpf besonders den Seitentheilen desselben ein aus etwa hirsekorngrossen, derben, gelbrothen Knötchen bestehendes Exanthem auf, welches in den letzten 14 Tagen allmählig entstanden sein soll. Die Knötchen entsprechen durchaus den Follikeln, sind im Centrum leicht gedellt und enthalten einen komodoartigen Inhalt. Z. T. scheint eine geringe Pustulation in der Mitte zu beginnen. Mikroskopisch bestand der — meist schwer exprimirbare — Inhalt der darauf untersuchten Knötchen aus Talg, Talgdrüsenzellen und Haarbalg. Daneben weist Patient am Rumpf reichlich erweiterte und verstopfte oder auch leicht entzündete Follikel auf und reibt man nun eine derartige Hautpartie, so treten auch diese Follikel nach kurzer Zeit als ganz ähnliche knötchenförmige Gebilde, wie die oben beschriebenen Efflorescenzen hervor. Letztere selbst werden noch prominenter und quaddelartig. Auch bei strichförmiger Reizung localisirt sich die entstehende Urticaria factitia vornehmlich an den Follikeln.

Da nun Patient an starkem Jucken leidet, welcher in letzter Zeit stärker geworden sein soll und in Folge dessen häufig durch Scheuern und Reiben die oben beschriebenen urticariellen Erscheinungen auslöst, so glaubt Scholtz annehmen zu dürfen, dass das jetzt bestehende Exanthem theils auf leichte Talgdrüsenkrankungen (Verstopfung, leichte Entzündung), theils auf die wiederholt hinzutretende Transsudation in Folge der sich hier localisirenden Urticaria factitia zurückzuführen sei.

Discussion. Herr A. Neisser: Es ist in der That sehr schwer, für den vorliegenden Fall eine passende Bezeichnung zu finden, da wir über die eigentliche Krankheit, nämlich die Follikelaffection, noch ganz im Dunkeln tapen. Allerdings würde ich den Namen „Acne“, der doch nur einmal die zur Vereiterung kommenden entzündlichen Knoten bei seborrhoischen Menschen bezeichnen soll, nicht wählen. Ich habe eigentlich den Eindruck, als wenn es sich um irgend eine Form von Retention von Talgdrüsen-Inhalt, vielleicht mit einer der xanthomatösen Alteration nahestehenden Umwandlung der Drüsen handelte. Die Urticaria factitia scheint mir nur eine nebensächliche, wenn auch interessante Complication dieses folliculären Processes zu sein.

Herr Harttung könne sich mit der Bezeichnung der vorgestellten Affection als Acne urticata nicht einverstanden erklären. Er ist auch nicht im Stande zu sagen, wie der in Frage kommende Fall zu erklären

ist, aber dem Kaposi'schen Bilde der *Acne urticata* entspricht er nicht, vor Allem fehlt der sehr charakteristische, intensive Juckreiz.

5. Herr Guth demonstriert aus der Breslauer dermatolog. Univ.-Klinik ein 10jähriges Mädchen, bei dem vor zwei Jahren an **symmetrischen Stellen des Hinterhauptes zwei kahle Herde** bemerkt wurden. Der Haar-ausfall breitete sich allmähig über das ganze Hinterhaupt aus und schritt entlang der Grenze des Capillitiums bandartig gegen die Schläfen vor. Jetzt finden sich auch über der oberen Grenze des alten erkrankten Bezirkes an symmetrischen Stellen zwei neue thalergrösse Herde.

Die Kopfhaut der erkrankten Partien zeigt gegenüber der normalen keine merklichen Veränderungen. Die innerhalb des erkrankten Herdes stehen gebliebenen Haare sind sehr dünn, trocken und brüchig. Das Krankheitsbild scheint dem von Sabouraud als *Ophiasis Celsi* beschriebenen Fällen zu entsprechen. Für die Aetiologie der Erkrankung ergeben sich aus der Anamnese keine Anhaltspunkte.

Discussion. Herr A. Neisser: Dass der vorgestellte Fall und der in der Photographie wiedergegebene nicht zur typischen Alopecia areata gehören, scheint mir klar. Die ganz eigenartige Anordnung und Begrenzung des erkrankten Bezirkes, sowie die Thatsache, dass unregelmässig verstreut eine Menge einzelner Haare auf den kahl gewordenen Bezirken übrig geblieben sind, spricht für eine Trennung dieser Alopecia von der typischen Alopecia areata. Auf dem Pariser Congress stellte uns Sabouraud eine grosse Anzahl von Kindern mit „Ophiasis“ vor. Ich muss aber gestehen, dass ich durch seine Fälle von der Eigenartigkeit dieser „Ophiasis“ viel weniger überzeugt worden bin, als durch unsere beiden Beobachtungen. Zwar fanden sich bei seinen Patienten auch überall am Hinterkopf vereinzelt kahle Herde, daneben aber auch am ganzen übrigen Kopfe verstreute kleine und grosse Plaques, so dass eigentlich nur etwas merkwürdiges übrig blieb, dass die meisten dieser Patienten eben am Hinterkopf Herde zeigten neben gewöhnlichen Alopecia areata-Herden am übrigen Schädel.

6. Herr Guth demonstriert aus der Breslauer Klinik einen 29jährigen Friseurgehilfen, der seit Mai dieses Jahres ein **Ergrauen der Haare in Büscheln** auf der linken Kopfhälfte beobachtete. Es ergrauten zuerst eine Gruppe von Haaren in der Nähe des Wirbels und dann in rascher Folge weitere Gruppen, die alle in einer nach oben convexen, von vorn gegen das Hinterhaupt zugehende bogenförmige Linie liegen. An den so veränderten Herden begannen die graugewordenen Haare sehr schnell auszufallen. Seit einigen Wochen ist Stillstand in der Ausbreitung des Processes eingetreten. Die auf der linken Kopfhälfte localisirten Herde sind nicht scharf begrenzt. Die Haut derselben ist normal. Bis auf die Depigmentation zeigen auch die Haare keine Veränderungen. Bei der Untersuchung des Patienten fielen zwei depigmentirte Stellen auf der linken Wange auf. Patient hatte dieselben früher nicht bemerkt und es bleibt unaufgeklärt, ob diese Depigmentation schon früher bestanden hatte oder mit dem Prozesse auf dem Kopfe gleichzeitig auftrat.

Discussion. Herr Schäffer berichtet über einen dem zuletzt von Herrn Guth vorgestellten ähnlichen Fall, den er vor etwa 3 Jahren an der Klinik beobachtete. Bei einem jungen Menschen traten in ganz kurzer Zeit mehrere kahle Flecken am Kopfe und gleichzeitig fleckweises Ergrauen des Kopfhaares an etwa 3 Stellen in Gestalt kleiner Büschel auf. Die Angaben des intelligenten Patienten waren durchaus überzeugend und eine ungenaue Beobachtung schien schon deshalb unwahrscheinlich, weil der Kranke schwarzes Kopfhaar hatte und dieses kurz trug. Die Möglichkeit, dass etwa schon früher kahle Flecke aufgetreten waren, an denen dann weisse Haare nachwuchsen, war ausgeschlossen. Es handelte sich um eine typische Alopecia areata mit gleichzeitig entstandener Poliosis. Die Beobachtung erscheint von Bedeutung für die ätiologische Auffassung der kreisförmigen Alopecie. Mit der parasitären Theorie lässt sie sich kaum in Einklang bringen. Sie spricht vielmehr dafür, dass die Alopecia areata — wenigstens in manchen Fällen — auf eine nervöse Ursache zurückzuführen ist, von der man ja weiss, dass sie in einigen einwandfrei beobachteten Fällen ein plötzliches Ergrauen des Kopfhaares veranlasste.

7. Herr Löwenheim zeigt eine Lehrerin, bei der vor einiger Zeit eine weit mehr als jetzt ausgebildete, **streng symmetrische Nagelerkrankung** besteht. Erkrankt sind beiderseits die Daumen sowie der dritte und vierte Finger. Die Endphalangen sind stark verdickt und livid. Sie erscheinen gegenüber den gesunden Fingern deutlich aufgetrieben. Das Nagelbett ist verdickt und war früher etwa $1\frac{1}{2}$ Mm. stark, die Nägel sind noch nicht glatt und waren früher vollständig brüchig, so dass sie nicht über das Nagelbett herauswuchsen, zeigten auch einige Löcher, Gruben und viele weisse Flecke. Jetzt sind sie wesentlich gewachsen und heben sich nicht mehr von dem Nagelbett ab, was ehemals der Fall war.

Bezüglich der Diagnose der Affection neigt der Vortragende dazu, einen entzündlichen Process anzunehmen, wenigstens war von Lues, parasitären Krankheiten sowie Psoriasis sonst nichts nachzuweisen.

Was die Localisation anlangt, so ist dieselbe völlig ein Räthsel, wenn hier nicht individuelle anatomische Besonderheiten angenommen werden sollen.

Die Frage der Aetiologie wird einigermaßen als Erfolg der eingeleiteten Therapie geklärt. Da eine Struma besteht, welche übrigens in ihrem Umfang bei einer Dosis von 1.2 bis 0.3 Gr. Thyrioden pro die um 2 Cm. abgenommen hat, lag es nicht fern, an einen toxischen Process zu denken, zumal die Asphyxie der Endphalangen auf eine ähnliche Affection wie die Morvan'sche Krankheit hinleitete. Und thatsächlich wurde die Affection und Beibehaltung derselben localen Therapie, welche vorher nichts bewirkt hatte (10% Salicylseifenpflaster und Salicyl-seifenbäder), sehr schnell gebessert, so dass die Dosis heruntergesetzt werden muss, damit die Erkrankung noch zu demonstrieren war.

Also um zu resumiren, es handelt sich um eine eigenthümlich symmetrische Nagelerkrankung, vielleicht Eczem, welches sich an

toxisch ungünstig beeinflussten Stellen ansiedeln konnte und durch Beseitigung des Giftes an seiner Ausgangsstelle ziemlich rapid abzuheilen scheint.

Discussion. Herr A. Neisser: Sie wissen, meine Herren, dass wir im Allgemeinen recht skeptisch gegenüber der Diagnose „Trophoneurose“ uns verhalten. In einem solchen Falle aber wird man wohl doch durch die ganz merkwürdige Localisation dazu geführt, diese Hypothese zu acceptiren. Das an beiden Händen gleiche Befallensein des 1., 3. und 4. Fingers mit Freibleiben des 2. schliesst doch eigentlich die Einwirkung äusserer Momente aus der ätiologischen Betrachtung aus.

Herr Löwenheim: Durch das vergleichsweise Heranziehen der Morvan'schen Krankheit habe er bereits angedeutet, dass eine trophische Störung anzunehmen sei. Basedow'sche Symptome seien nicht zu bemerken gewesen.

8. Herr Löwenheim demonstriert ein 6jähriges Mädchen, welches an **Ichthyosis und Hyperkeratosis palmaris et plantaris** leidet. Vor einem halben Jahr befand sich das Kind in etwa gleichem Zustande, welcher nach Max Joseph's Vorgang mit Thyriodea (0.1—0.3) behandelt wurde und in etwa 2 Monaten fast völlig abgeheilt war. Nur war gerade die Hyperkeratosis im Gegensatz zu Joseph's Fällen am wenigsten beeinflusst.

Eigenthümlich sind die spitz zulaufenden Finger der kleinen Patientin, welche beinahe den Eindruck von Krallen machen. Die Thyriodea scheint vorhanden zu sein.

Discussion. Herr A. Neisser: Mir ist der vorgestellte Fall eine willkommene Stütze für meine Anschauung, dass es durchaus falsch ist, die diffuse Körper-Ichthyosis grundsätzlich von den Fällen von **Keratoma palmare et plantare** zu trennen. Es ist richtig, dass bei letzteren die eigenartige und bisweilen wirklich nur auf Handteller und Fusssohlen beschränkte Localisation, sowie das familiäre durch viele Generationen hindurch sich vererbende Vorkommen besonders auffällig sind. Ich habe mich aber überzeugt, dass auch bei sehr vielen Fällen von universeller Ichthyosis die Handteller und Fusssohlen mit befallen sind, wenn auch nicht in so hochgradiger Weise, wie beim typischen Keratom der Handteller und Fusssohlen. Was die Vererblichkeit der Ichthyosis betrifft, so glaube ich, muss man vielmehr alle Formen von Verhornungs-Anomalien dabei in Betracht ziehen, namentlich auch hochgradige Formen der folliculären Ichthyosis, des sogenannten Lichen pilaris. Letztere Form fällt natürlich den Patienten viel weniger auf und in der Anamnese hört man nichts von dem Vorkommen von Ichthyosis in der Familie.

9. Herr Harttung: Ein Fall von **Porokeratosis Mibelli**. Harttung stellt einen jungen Mann von 24 Jahren, Möbeltischler, erblich nicht belastet, nie krank gewesen, vor, welcher seit 2 Jahren an seiner jetzigen Hautaffection erkrankt ist. Es bildete sich zuerst eine kleine Erhabenheit an einem Oberschenkel, aus der sich etwas käseartige Masse ausdrücken liess, dann eine ähnliche in der Regio pubis. Dann folgten kleine höckerige Erhabenheiten auf der Brust und auf dem Rücken; die

ganz langsam wuchsen und sich zu kleinen Kreisen mit deprimiertem Centrum umbildeten. Jucken oder irgendwelche Beschwerden hat er nicht gehabt.

Alle Efflorescenzen bestehen noch, Arsenik und leichte Therapie (Patient ist seit einigen Monaten in Behandlung) war ganz ohne Eindruck auf dieselben. Die Efflorescenz am Bein und die über der Symphysie könnten wohl an Lichen verrucosus denken lassen, aber die Efflorescenzen an der Brust und am Rücken, besonders auch eine Kreisform am Scrotum, entsprechen ganz genau der mibellischen Schilderung des Krankheitsbildes.

Leider konnte Vortragender die Richtigkeit der Diagnose vorläufig noch nicht durch einen histologischen Befund erhärten, da der Kranke „erst nach Weihnachten“ eine Excision vornehmen lassen will. Das Fehlen jeder Arsenwirkung fasst Vortragender ebensowenig als einen Stützpunkt der Diagnose gegenüber der einer atypischen Lichenbildung auf, wie das Fehlen des Juckreizes. Die einzelnen Bildungen erscheinen ihm makroskopisch durchaus eindeutig charakteristisch. Sehr interessant ist im vorgestellten Fall das Freibleiben von Gesicht und Händen. Gleiche Erkrankungen in der engeren Familie des Kranken sind vorläufig nicht zu ermitteln gewesen. Vortragender bespricht kurz Klinik und Aetiologie der Porokeratose. (Der Fall wird im Archiv publicirt.)

Discussion. Herr Alb. Neisser. Da ich bisher nur einen einzigen typischen Fall von Porokeratosis auf dem Strassburger Congress gesehen habe, so bin ich natürlich nicht in der Lage, ein definitives Urtheil über den vorgestellten Fall abzugeben; aber ich will ehrlich gestehen, dass, wenn ich den Fall ohne Vorbereitung hätte diagnostiziren sollen, ich ihn für Lichen ruber gehalten hätte. Und auch heute noch bin ich bei der ungemeinen Aehnlichkeit der Efflorescenzen mit Lich. ruber-Knötchen nicht ganz sicher, welche Diagnose die richtige ist. Etwas atypisch wäre ja dieses Lichen ruber, aber nicht mehr wie unzählige Psoriasisformen, die wir als solche trotz Irregularitäten in der Farbe, in der Form, in der Localisation als solche anerkennen. Auffällig ist auch das Freibleiben der Hände, welche, so viel ich weiss, in allen typischen Fällen erkrankt waren.

Herr Chotzen: Beim Anblick des Porokeratosisfalles auf dem Strassburger Congress, erinnerte ich mich an einen früher von mir beobachteten Fall, den ich damals für Lichen ruber hielt, nunmehr aber als Porokeratosis ansehe. Der heut demonstrierte Fall bestärkt mich in dieser Auffassung.

Es waren zuerst auf den Fussrücken, später auf dem Oberschenkel — die Hände waren auch in meinem Falle freigeblieben — linsen- bis bohnergrosse, blassgelbe, 3—5 Mm. hohe, entzündungsfreie Knötchen zu beobachten, welche allmählig sich ausdehnten und central einsanken.

Arsen innerlich und in Pflasterform angewendet blieb erfolglos, erst unter Carbol-Hg-Pflaster trat ganz allmählig eine schwache Maceration und Zusammensinken der Horngebilde ein.

10. Herr **Callomon** demonstriert einen Fall von **Lichen ruber verrucosus** bei einem 78jährigen Manne mit hochgradiger Arteriosklerose und stenocardischen Beschwerden. Ausgedehnte verrucöse Herde von Linsen- bis Thalergrösse, zum Theile flächenhaft confluirte, namentlich an den Unterschenkeln; zahlreiche Efflorescenzen in der Claviculargegend und oberen Brusthälfte. Besteht etwa 2 Jahre. Arsen innerlich nur in geringen Dosen vertragen. Gegenwärtig heftige Juckbeschwerden.

11. Herr **Plato** demonstriert aus der Breslauer dermatologischen Universitäts-Klinik: 1. einen 28jährigen Patienten, welcher sich im Februar 1900 syphilitisch inficirt haben will. Ein Primäraffect wurde nicht beobachtet. Ende April soll dann ein papulöses Exanthem aufgetreten sein, weshalb Pat. sich in ärztliche Behandlung gab. Nach 8wöchiger spec. Cur wurde Pat. angebl. geheilt entlassen. Am 28. November 1900 fand seine Aufnahme in die kgl. Hautklinik statt. Es bestand zu der Zeit neben intensiven und ausgedehnten, von dem ersten Exanthem herührenden Pigmentationen ein disseminirtes grosspapulöses zweites Exanthem, ausserdem aber ein fast flachhandgrosses Ulcus am rechten Unterschenkel mit allen Charaktere eines Gumma. Pat. wurde zunächst bis zum 30./X. d. J. ausschliesslich und intensiv (auch Calomelinjectionen wurde gegeben) mit Hg behandelt, ohne dass das Ulcus am Unterschenkel irgend welche Heilungstendenz zeigte. Im Gegentheil trat während der Hg-Behandlung ein neues Gumma an der l. Schulter auf. Am 30./X. wurde zum ersten Male Jod intern gegeben, am 3./XI. hatte sich der Charakter der beiden Ulcera bereits gänzlich geändert, die Granulationen hatten sich gereinigt und gehoben, der wallartige Rand war abgeflacht und die Ueberhäutung bereits im Gange.

2. einen 28jährigen Pat. mit einem **Tuberculosis cutis verrucosa-ähnlichen Syphilid**. Tuberculin-Reaction (5 Mgr. Alt. Tuberculin) negativ. Abheilung unter Hg und Jodipin (subcutan).

3. einen 49 Jahre alten Landwirth, der seit 6 Jahren an einer stark juckenden, wenig Neigung zum Nässen zeigenden, **aus lichenoiden Efflorescenzen bestehenden Hautaffection** leidet. Am stärksten befallen ist der Hals. Die Haut daselbst infiltrirt, sehr stark lichenificirt. Brust und Rücken und an den Extremitäten, namentlich die Gelenkbeugen leicht geröthet und mit Lichenknötchen ähnlichen Efflorescenzen besät. Auf der Brust schneidet die Affection mit der Lin. axill. ant. ziemlich scharf ab. Hände und Füsse sind nicht befallen. Die Affection gehört in die Gruppe der von den Franzosen so genannten Neurodermitiden, jedoch lässt sich in dem vorliegenden Falle der Nachweis, dass das Jucken, das Primäre und die klinisch nachweisbare Hautveränderung das Secundäre sei, nicht erbringen.

Discussion: Herr Harttung hat einen Fall in Beobachtung, bei welchem bei exquisit maligner Lues neben zerfallenen Papeln echte Gummen auftreten. Ein so eindeutiger Beweis der gummösen Natur der auftretenden Krankheitsproducte wie im vorgestellten Fall durch die Therapie konnte allerdings nicht erbracht werden.

12. Herr **Tempel** stellt einen Fall von **tubero-serpiginösen Syphilid** vor: Aus der Anamnese ergibt sich an luetischen Momenten nur, dass die 61jährige Patientin unter 18 Partus 3 Abortus, die unter die übrigen Geburten verstreut waren, durchzumachen hatte. Gegenwärtige Erkrankung seit 3 Jahren. Am rechten Bein ein 2—3 handtellergrosses tuberoserpiginöses Syphilid. Die Abheilung der centralen Partie erfolgt unter Zurücklassung sehr zarter Narben mit schwacher Pigmentation. Der serpiginöse Wall besteht aus zahlreichen leicht schuppenden, derben, rothbraunen Papelchen. Nirgends ulceröser Zerfall.

Der Fall präsentirt jene Form circinärer Spätsyphilide, wie sie besonders von Fournier beschrieben wurden und die durch ihr spätes Auftreten (Fournier beschreibt Auftreten noch nach 40 Jahren post infectionem) und ihren langen gleichmässigen Bestand ohne die geringste Neigung zu Zerfallserscheinungen ein besonderes Interesse erwecken.

Während gewöhnlich diese Spätform nicht nur der Allgemeinthherapie, sondern auch der localen hartnäckigen Widerstand leistet, begann im vorliegenden Falle die Rückbildung schon nach wenigen Tagen einer milden Hydrargyrum-Jodtherapie.

13. Herr **Juliusberg** stellt aus der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik: 1. Eine Patientin mit **Lupus erythematosus** der Nase, der angrenzenden Wangenpartien und der Finger vor. Die Patientin, seit längerer Zeit in Beobachtung der königl. Universitätsklinik, jetzt 31 Jahre alt, leidet seit dem 18. Lebensjahr an der Affection. Behandelt wurde sie bei ihrem Eintritt in die Klinik, der etwa ein Jahr zurückliegt, mit Thiosinaminpflaster, worauf ein gutes Abheilen des Lupus erythematosus erfolgte. Während der Therapie erhielt Pat. zweimal Alt-tuberkulin, zuerst 2 Mgr., dann 4 Mgr.; nie trat eine allgemeine Reaction ein. Bei der zweiten Injection röthete sich der befallene Bezirk im Gesicht in toto, eine braunrothe Stelle von Linsengrösse neben dem l. Nasenflügel trat stärker hervor. Diese Stelle excidirt ergab keinen für Tuberculose sprechenden histologischen Befund. Jetzt sind an der linken Wange im Bereich der alten Narbe zwei erbsengrosse hellbraune Stellen aufgetreten, die makroskopisch sehr Lupus vulg. verdächtig aussehen. Auf 4 Mgr. Alt-tuberkulin hat Pat. weder allgemein noch local reagirt. Die Stellen werden excidirt werden. Ueber den histologischen Befund wird der Vortragende Mittheilung machen.

2. Ein 8jähriges Kind, bei dem sich an den Ausmündungsstellen von ausgranulirten Fistelgängen, die in ein tuberculöses Hüftgelenk geführt haben, typische Lupusknötchen entwickelt haben.

14. Herr **Harttung** demonstirt einen Fall von **operativ behandeltem Lupus**. Die Kranke ist schon im Jahre 1892 einmal operativ mit Excision behandelt worden, dann 1895 mit Thermokaustik. 1900 im Frühjahr wurde sie wieder aufgenommen mit einer lupösen Erkrankung der rechten Wange, welche in disseminirten Herden eine Fläche von ungefähr 5 : 6 Cm. einnahm und sich vom rechten Mundwinkel zum rechten Ohr erstreckte. In Narkose wurde die ganze Mitte weit im Gesunden

exstirpiert und die Wundränder soweit möglich durch die Naht vereinigt unter Zuhilfenahme grosser tiefer Entspannungsnähte. Trotz möglichst hoher Verzerrung des Mundwinkels blieb ein centraler Defect von über Markstückgrösse, der durch 2 Thier'sche Lappen gedeckt wurde; die Lappen wurden von der ganz gesunden Haut des einen Oberschenkels der Patientin genommen. Alles heilte primär, die Verzerrung des Mundwinkels ging sehr bald zurück, die Kranke war und ist noch jetzt mit dem Erfolg sehr zufrieden. Aber leider hat sich jetzt, 5 Monate post operativum, ein centrales Recidiv eingestellt: auf der Mitte des einen Lappens erkennt man besonders auf Glasdruck ein deutliches Lupusknötchen. Auch in der Narbe, welche dem entnommenen Lappen entspricht, sitzt central ein dunkles Knötchen, welches als Lupusknötchen imponiert. Vortragender ist der Ansicht, dass er s. Z. wohl makroskopisch gesundes, mikroskopisch aber krankes Gewebe überpflanzt hat und entnimmt daraus die Lehre, für die Zukunft bei Lupusexcisionen zur Transplantation wenn irgend möglich Hautstücke von anderen gesunden Personen zu verwenden, oder aber vor den Operationen möglichst ausgiebig eine Differenzierung von gesunden und erkrankten Stellen durch Tuberculin auch im Transplantationsgebiete zu vermischen.

Der Fall gleicht genau dem Buschke's (Fall IX) aus seiner Arbeit über Radicalexstirpation des Lupus. Dieses Archiv, Band XLVII.

Discussion. Herr Alb. Neisser: Ich kann mir nicht recht vorstellen, dass das Lupus-Recidiv in der mit Transplantation behandelten Wunde durch mit dem Lappen übertragenen Lupus zu Stande gekommen ist. Ich halte es für wahrscheinlicher und naheliegender, dass eben doch, in der Tiefe des ursprünglichen Lupusheerdes versteckt, Reste von Lupus übrig geblieben sind, die den aufgepflanzten Lappen nachträglich inficirten. Nun scheint allerdings in der Narbe des Unterschenkels, von welcher der Hautlappen entnommen worden ist, eine verdächtige Stelle, die man für Lupus halten kann, vorhanden zu sein. Wir haben aber früher bei einer ganz ähnlichen Situation derartige Stellen mikroskopisch untersucht und es stellte sich heraus, dass diese durch Gefäss-Dilatation und Pigment zu Stande kommenden, durchaus wie Lupusknötchen aussehenden Fleckchen nicht tuberculöser Natur waren. Auch hier glaube ich, müsste man das Resultat der mikroskopischen Untersuchung abwarten. Was die Ausnützung der Tuberculin-Reaction zur Feststellung des zu excidirenden Bezirkes betrifft, so sind wir damit beschäftigt, durch mikroskopische Untersuchung der reagirenden Umgebungstreifen festzustellen, ob da wirklich immer tuberculöse Herde vorhanden sind und ob etwa auch über die Grenze des Reactionshofes hinaus noch lupöse Infiltrate sich auffinden lassen.

15. Herr **Loewenhardt** demonstriert **Präparate von intensiver Desquamation der Urethra**, welche augenscheinlich auf bakterieller Ursache beruhte. Mit dem Urin wurden dünne helle Membranen reichlich entleert, nur aus Epithelien bestehend, mit enormen Mengen aufgelagerter Bakterien, besonders Ketten eines grossen Coccus, dem von Lustgarten

beschriebenen *Streptococcus giganteus* ähnlich. Präparate von Cystitis membranacea mit demselben Befunde konnte L. vor einigen Jahren zeigen. In diesem Falle ist nur die Urethra befallen. Der endoskopische Befund ergab bisher nichts besonderes. Die Cultur dieses *Streptococcus* gelang seiner Zeit auch auf urinhaltigen Nährböden nicht.

16. Herr **Callomon**: Das anatomische Gehirnpräparat eines an Bronchopneumonie gestorbenen 40jähr. Mannes mit **Lues maligna** und schwerer Cerebralerkrankung (motorischer Aphasie, Symptomen seitens der Hirnnerven, spastischen Erscheinungen, bei fehlenden Hirndruck-Symptomen). Wandverdickungen einiger Gefässe an der Basis, sowie zwei ischaemische Erweichungsherde weisen auf eine syphilitische Gefässerkrankung hin, die sich an mikroskopischen Schnitten — durch die art. carot. int. dextr. und art. foss. Sylvii sin. — als lebhafte Periarteriitis und Intima-Wucherung kundgibt (Demonstration zweier Präparate). Patient war vor 1½ Jahren mit einer Sclerose zur Aufnahme gekommen; hartnäckige, zur Pustelbildung und Ulceration neigende Exantheme von secundärem Charakter kennzeichneten die Syphilis als „maligna“. Patient hatte stets Hydrargyr. und Jodkali (auch in grösseren Mengen) ohne üble Nebenwirkungen vertragen und während der Behandlung sogar erheblich an Körpergewicht zugenommen.

17. Herr **Neisser**: Meine Herren, Sie erinnern sich, dass wir vor acht Tagen in unserer medicinischen Section eine Debatte über bei **Scrophulose auftretende Hautkrankheiten** hatten. Herr College Czerny war es, welcher nach Ausschluss aller tuberculösen Krankheiten der Haut und der übrigen Organe unter anderen Symptomen eine gewisse Form des Gesichtseczems, die „Prurigo“ und die „Landkartenzunge“ als pathognostische Zeichen der Scrophulose hinstellte. Unter „Prurigo“ verstand er wesentlich diejenigen Formen, die wir als Strophulus von chronischer Urticaria einerseits, von der Hebra'schen Prurigo andererseits abtrennen. Ich selbst habe nun nach meinen Erinnerungen und Erfahrungen nicht den Eindruck, als wenn diese von Czerny aufgestellte Behauptung richtig wäre. Um aber möglichst schnell ein grosses Material zur Entscheidung dieser Frage zusammen zu bekommen, richte ich an Sie die Bitte, alle Fälle von Strophulus und auch von echter Hebra'scher Prurigo daraufhin genau zu prüfen, ob Zeichen des sogenannten „scrophulösen Habitus“ oder auch schon von echter Tuberculose vorliegen. Da wir unsere Pruriginösen gewöhnlich viele Jahre hindurch wiedersehen, so glaube ich, werden wir Dermatologen leichter in der Lage sein, die von Czerny aufgeworfene Frage zu beantworten, als die Kinderärzte, denen die kleinen Patienten doch meist im Laufe der späteren Jahre aus der Beobachtung entschwinden.

Zu einer weiteren **Sammelforschung** erbitte ich Ihre Mitwirkung, um den **Einfluss der Frühbehandlung der Syphilis auf die Entstehung tertiärer Erscheinungen** zu klären. Die ideale Statistik wäre, wie ich in diesem Kreise nicht auseinander zu setzen brauche, dass wir von sämtlichen Syphilitikern, die wir sehen, ihr späteres Schicksal feststellen könnten. Dann

würde sich eclatant zeigen, ob wirklich die in unserem Sinne gut Behandelten sich anders verhalten, wie die gar nicht oder schlecht Behandelten. Eine solche Statistik ist aber gar nicht auszuführen, und so schlage ich Ihnen folgenden Weg vor: Bei allen Menschen, von denen wir erfahren — oft geschieht es zufällig, weil Patienten irgend welche Erscheinungen für Residuen einer früheren Syphilis halten — dass sie früher Syphilis gehabt haben, wollen wir dieser anamnestischen Angabe nachgehen, also erstens nach Möglichkeit feststellen, ob die frühere Krankheit wirklich Syphilis war, vielleicht auch durch Feststellung des Arztes, der den Patienten vor Jahren behandelt hat, und dann genau die durchgemachte Behandlung und alle weiteren Schicksale feststellen, z. B. auch Verheiratung, Kinder etc. Auf diese Weise werden wir leicht eine genügend grosse Anzahl von Fällen, die nicht tertiär geworden sind, zusammenbringen können und werden diese nicht-tertiären Fälle ebenso mit Bezug auf ihre vorausgegangene Behandlung ordnen können, wie wir dies für die tertiären Fälle schon so häufig gethan haben. Aus der Vergleichung dieser neuen „nicht-tertiären“ Statistik mit den alten „tertiären“ wird sich ergeben, ob die Schlüsse, die wir früher aus den Statistiken über die tertiären Fälle gezogen haben, berechtigt sind oder nicht.