Verhandlungen der Berliner Dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Februar 1906.

Vorsitzender: Lesser.

Schriftführer: Bruhns.

1. Blaschko stellt einen Patienten mit Brocq'scher Pseudopelade vor. Die Erkrankung besteht seit 5 Jahren und hat hinter dem rechten Ohr angefangen. Der Unterschied von der gewöhnlichen Alopecie besteht darin, daß die Herde nicht rund sind, sondern mit spitzen Fortsätzen in einander übergehen. Die Haut ist glatt atrophisch und narbig. Dieser Zustand kann dadurch entstehen, daß sich entweder vorher kleine Pusteln, wie bei der Porrigio decalvans bilden, oder daß um das erkrankte Haar ein kaum sichtbarer entzündlicher Hof vorhanden ist. Charakteristisch für diesen Prozeß ist das Vorhandensein einzelner Haare zwischen den narbigen Herden. Das Bild erinnert an die narbige Atrophie des Favus. Differentialdiagnostisch unterscheiden sich diese Fälle von der Alopecia areata dadurch, daß nicht einmal Flaumenhaare zurückbleiben, was selbst bei den schweren Fällen von Alopecie, die mit Atrophie abheilen, der Fall ist. Ob bakterielle Prozesse vorliegen, ist bisher noch nicht festgestellt worden. Die Therapie ist diesen Zuständen gegenüber machtlos.

Saalfeld macht aufmerksam, daß Unna derartige Fälle als Ulerythema ophryogenes bezeichnet hat; auch hat Unna die Möglichkeit einer Reparation durch Einreibungen von Pyrogallus-Salbe angegeben. In einem Falle, den S. damit behandelt hat, war der Erfolg nicht ermutigend.

Blaschko erwidert, daß Unna das Ulerythema ophryogenes als kein typisches Krankheitsbild beschrieben hat. Bei demselben treten nach der Beschreibung zuerst in den Augenbrauen rote Keratosis pilaris ähnliche Knötchen auf; die kleinen Hornkegel heilen ab und lassen eine narbige Atrophie zurück. Die Affektion dehnt sich von dort über die Wangen und die Schultern aus. Der Name Ulerythema bedeutet ein Erythem, welches Narben bildet, und ophryogenes heißt: von den Augenbrauen ausgehend. Der dargestellte Fall hat mit diesem Bilde keine Ähnlichkeit, da keines von den eben beschriebenen Symptomen vorhanden war, noch vorhanden ist.

Saalfeld betont, daß ein von ihm auf dem Dermatologen-Kongreß vorgestellter Fall von Brocq als Pseudopelade und von Unna als Ulery-

thema ophryogenes angesprochen wurde, daher muß Unna die Grenzen seines Krankheitsbildes bedeutend erweitert haben.

2. Blaschko: Über Schnittfärbung von Spirochaeten. Die Färbung der Schnitten nach Bertarelli und namentlich nach Levaditi, welcher in letzter Zeit durch Zusatz von Pyridin sowohl zu der Argentumlösung als auch zu der reduzierenden Pyrogallussäure eine Beschleunigung der Färbung erzielt hat, begünstigt die Spirochaetefärbung im hohen Maße. Die Hauptsache bei dieser Methode besteht darin, daß man nie größere als 2 mm dicke Stücke nehmen muß, weil sonst das Argentum und die Pyrogallussäure nicht in das Innere dringt. B. hat Schnitte, in welchen eine unvollkommene Reduktion eingetreten war, nachträglich nochmals in Uhrschildchen mit Argentum gefärbt und dann mit Pyrogallus reduziert. Auf diese Weise gelang es Spirochaeten massenhaft nachzuweisen, wo vorher nur einige spärliche aufzufinden waren. Durch Kalilauge kann man evtl. die Bindegewebsfasern aufquellen lassen und das Gewebe dadurch durchsichtiger gestalten, falls die Färbung zu dunkel geworden war. Beim Bindegewebe bewirkt das Argentum eine reine Kernfärbung. In den aufgestellten Präparaten sind diese Verhältnisse deutlich zu sehen. Die Hauptsache ist, daß man stets bei sehr starker Beleuchtung mit großem Okular untersucht. In einem von B. demonstrierten Präparat finden sich zahlreiche Spirochaeten in der Adventitia eines Gefäßes. Man sieht gewöhnlich die Masse der Spirochaeten in der Gegend des Infiltrats um die Gefäße und beobachtet, daß sie von der Gefäßwand aus in die Umgebung auswandern. In dem Zentrum eines Primäraffektes sind die Bindegewebsfasern stark geschwollen, was offenbar von der massenhaften Einwanderung von Spirochaeten herrührt. Besonders bemerkenswert ist, daß in den Bindegewebsbündeln die Spirochaeten ihre Wellung verlieren und als Längsstreifen sichtbar sind, in denen sich das Silber leicht körnig niedergeschlagen hat. Nach B. handelt es sich wahrscheinlich hierbei um abgestorbene Spirochaeten, die aber noch die Fähigkeit behalten haben, sich mit Silber zu imprägnieren. Die Hüllen der Bindegewebsfasern, welche sich nach der Levaditischen Methode ebenfalls färben, geben leicht zu Verwechslungen Veranlassung. Sind die Bindegewebsfasern leicht gewellt und schräg durchschnitten, so täuschen sie Spirochaeten vor; nur die außerordentliche Regelmäßigkeit des Bildes beweist, daß Spirochaeten nicht vorliegen. Nervenfasern färben sich natürlich ebenfalls schwarz, dagegen nehmen die elastischen Fasern die Silberfärbung nicht an, was um so eigentümlicher ist, weil die lebende elastische Faser für Silber das beste Reduktionsmittel abgibt. Die Verbreitung der Spirochaeten geht wahrscheinlich in der Weise vor sich, daß sie zuerst in die Lymphbahnen, von dort in die Bindegewebsfasern und so in die Gefäße gelangen; von hier aus findet dann die Weiterwanderung in die Nachbarschaft statt. In dem einen Präparat sieht man die Spirochaeten zwischen Pigmentzellen liegen, wobei man darauf achten muß, daß die Pigmentzellen und das Granoplasma der Epithelzellen das Silber in grobkörnigem Niederschlag zeigt.

3. Buschke hält die Schnittmethode für sicherer als die Ausstrichmethode, wie an den von ihm ausgestellten Präparaten deutlich sichtbar ist. Der negative Ausfall bei den Ausstrichpräparaten besagt nach B. gar nichts, während der negative Ausfall bei Schnittpräparaten sehr viel bedeutet. Findet man auf den mit der Levaditischen Methode gefärbten Serienpräparaten keine Spirochaeten, so kann man mit größter Wahrscheinlichkeit sagen, daß auch keine vorhanden sind. Das eine Präparat stammt von einem totgeborenen syphilitischen Kinde. In dem Ausstrichpräparat, das von der Mutter entnommen war, fanden sich keine Spirochaeten, während in den Schnittpräparaten, die vom Kinde stammen, zahlreiche Spirochaeten vorhanden waren. Der Fall betraf eine Frau,

welche im 9. Monat der Gravidität aufgenommen wurde und bei der sich unter den Augen von B. ein Primäraffekt und später der Beginn sekundärer Drüsen zeigte. Acht Tage nach der ersten Salizylinjektion wurde ein totes Kind zur Welt gebracht. Wenn sich die Patientin in der 7.—8. Woche der Infektion befand, ohne daß sekundäre Erscheinungen vorhanden waren, so würde dieser Fall beweisen, daß das Kind bereits trotzdem vorher infiziert war. Gegen eine paterne Infektion, ein Standpunkt, den B. nicht einnimmt, spricht auch das Auftreten eines Primäraffektes bei der Frau. Die andern von ihm aufgestellten Präparate stammen von einem schweren Falle von Nervensyphilis. Der Patient war ein 48 Jahre alter Mann, welcher um Pfingsten vorigen Jahres die ersten Erscheinungen seiner Krankheit an der Unterlippe bemerkte und wurde im August vorigen Jahres auf die Abteilung von B. aufgenommen, nachdem er vorher eine Schmierkur von 2 Touren durchgemacht hatte. Damals bestand ein großpapulöses Exanthem. Nach mehreren Salizylinjektionen machte Patient eine Inunktionsbehandlung durch. Nach kurzer Zeit zeigte sich ein Rezidiv in Form eines frischen, papulösen Syphilids. Schon damals klagte Patient über hochgradige Kopfschmerzen; er wurde mit Jodkali und 10 Sublimatjektionen behandelt. Da die Kopfschmerzen zunahmen, so wurde ihm später nochmals Jodkali verordnet. Patient wurde dann in vollkommen somnolentem Zustand eingeliefert. Irgend welche Lokalisationen in cerebroliebensich nicht nachweisen, da jegliche Lähmungserscheinungen und auch Paresen fehlten. Nach 2 Tagen starb Patient. Die Sektion ergab, daß der ganze *circulus arteriosus Willisii* befallen war. Die *Arteria basilaris* sowie die abgehenden Äste besonders der rechten *Arteria fossae Sylvii* waren in einen dicken Strang verwandelt. Das Gehirn zeigte keine besonderen spezifischen Veränderungen, nur im *Corpus striatum* waren kleine Herde vorhanden. In dem vorliegenden Falle ist also ein Mann dreiviertel Jahre nach der Infektion unter foudroyanten Erscheinungen und ausgedehnter Arteriitis syphilitica der Gehirnbasis zu Grunde gegangen. Trotzdem das Auftreten von Nervensyphilis so früh nach der Infektion nicht selten ist, so bietet der Verlauf des Falles insofern seine Besonderheiten, als ein außerordentlich stürmisches Endstadium vorhanden war, das sich sonst über lange Zeit hinauszieht, und als der Tod unter Somnolenz plötzlich eingetreten ist, was zu den größten Seltenheiten gehört. Die genauere histologische Untersuchung ergab, daß in erster Linie die Adventitia befallen war in Form diffuser *circumscripter* Infiltrate. In zweiter Linie fanden sich in der Intima lymphocitäre Infiltrate, aber auch eine erhebliche Verdickung dieser Schicht. Am wenigsten war die Media befallen. An einigen Stellen sieht man, daß alle drei Schichten gleichzeitig ergriffen sind. Jedenfalls ergibt die Untersuchung, daß nicht immer die Adventitia in erster Stelle befallen wird, sondern daß auch die Intima selbständig und primär erkranken kann. Therapeutisch lehrt der Fall, daß man bei anhaltenden Kopfschmerzen eine intensive Quecksilberbehandlung einleiten und sich nicht mit der Jodkalibehandlung begnügen darf. Die nach der Levaditischen Methode gefärbten Serienschritte der Arterien ließen keinerlei Spirochaeten auffinden. Da bisher Spirochaeten in allen denjenigen Produkten der Syphilis gefunden wurden, welche nicht nur der Zeit nach, sondern auch dem Bau nach der infektiösen Periode angehören und da andererseits in den tertiären Produkten Spirochaeten bisher nicht aufgefunden worden sind, so ist anzunehmen, daß in diesem Falle die Spirochaeten nicht haben nachgewiesen werden können, weil sich die Produkte histologisch mehr der tertiären Form nähern.

Rosenthal erwähnt, daß man heute allgemein annimmt, daß Affektionen des Zentralnervensystems ziemlich früh auftreten. So zeigte auch der Fall, den er im vorigen Jahre hatte vorstellen lassen, schon

Monate nach der Infektion sehr schwere Symptome. Augenblicklich hat R. in seiner Klinik einen Patienten, welcher vor 14 Tagen mit schwerer Haut- und Schleimhauterkrankung aufgenommen wurde und sich Ende Mai vorigen Jahres infiziert hatte. Patient wurde sofort mit Kalomelinjektionen behandelt; nach der zweiten Einspritzung trat eine sehr schwere Apoplexie mit Lähmung der ganzen rechten Seite, Aphasie und vollständiger Benommenheit auf. Die Kur wird fortgesetzt. Der Fall ist insofern interessant, als es sich hier ebenfalls nur um eine Infektion nach Monaten handelt, und als sich trotz der eingeleiteten Kalomelkur dieser schwere Zufall ereignete. Man muß in allen Fällen, in denen eine Erkrankung des Zentralorgans vermutet wird, unbedingt zu Quecksilber übergehen und sich nicht auf die Jodbehandlung beschränken. Der von B. vorgetragene Fall sowie der bekannte Fall von Koebner, welcher unzureichend mit Quecksilber behandelt war und durch die Sektion lehrte, daß eine schwere spezifische Erkrankung in cerebro vorlag, beweist die Richtigkeit dieser Ausführungen. Die im Buschke'schen Falle eingeleiteten Injektionen sind vielleicht auch deshalb als unzureichend zu betrachten, weil in manchen Fällen Injektionen noch zu guten Resultaten führen, wo die Injektionen aus den verschiedensten Gründen im Stich gelassen haben.

Blaschko macht darauf aufmerksam, daß ebenso wie man beim Ulcus molle den Grund des Ulcus und die Ränder auskratzen muß, um die Streptobazillen sicher nachzuweisen, so ist auch beim Primäraffekt zuerst der Eiter zu entfernen und das aus dem Infiltrat hervorgepreßte Serum auf Spirochaeten zu untersuchen. Hier findet man die Spirochaete frei von aller Beimengung und schneller; in zweifelhaften Fällen würde sich es aber empfehlen, da die Schnittmethode bessere Resultate zeitigt, einen zweifelhaften Primäraffekt zu excidieren und auf Spirochaeten zu untersuchen.

Bruhns hat in seiner Arbeit über die Aortenerkrankung hereditär syphilitischer Kinder nachgewiesen, daß die Erkrankung sowohl von der Intima wie von der Adventitia und auch von der Media ausgehen kann, wie er zweifellos in seinen Präparaten beweisen konnte. Auch in der aus dem Wiener pathologischen Institut stammenden Arbeit sind bei der Arteria pulmonalis Erkrankungen der Adventitia resp. der Media beschrieben worden.

Saalfeld fragt, ob bei dem zweiten Falle irgendwelche Komplikationen, wie Alkoholismus, Nephritis oder Diabetes vorlag.

Lesser bestätigt, daß die Schnittmethoden zuverlässigere Methoden sind aber auch die Ausstrichmethode ist nicht zu unterschätzen. So hat Roscher in seiner Abteilung unter 206 Fällen ungefähr 188 positive Resultate gehabt.

Rosenthal fügt hinzu, daß in den bei ihm untersuchten Fällen in denjenigen Ausstrichpräparaten, in denen Spirochaeten gefunden wurden, sich nachher Syphilis jedesmal herausstellte.

Buschke bemerkt, daß, als Patient in somnolentem Zustande eingeliefert wurde, die Möglichkeit der Behandlung nicht mehr vorlag. Alkoholismus war bei seinem Patienten nicht vorhanden, dagegen war insofern eine Prädisposition anzunehmen, als in der Zwischenzeit psychische Erscheinungen aufgetreten waren, da Patient zwei Selbstmordversuche gemacht hatte.

Rosenthal: Über Resorcin-Dermatitis. Das Resorcin, das bei fast allen Dermatosen empfohlen wurde, wird bei Ekzemen in $\frac{1}{2}$ bis 2%igen Lösungen angewendet. R. selbst hat in einer ganzen Reihe von Fällen 1%ige Resorcin- und 2%ige Borsäurelösung als Umschläge 15 Minuten lang mehrmals des Tages oder auch in Form der Dunstumschläge d. h. der Prießnitz'schen Umschläge, welche mit einem impermeablen Stoff bedeckt waren, angewendet. R. hat an sich selbst folgende Erfahrungen gemacht: Wegen eines leichten Ekzems der Kopfhaut machte er von dieser Lösung Umschläge und ließ dieselben alle fünf Minuten wechseln. Da sie eine Verminderung des Juckens hervorzurufen schienen, so wurden die Umschläge mit einem impermeablen Stoff bedeckt und ungefähr eine Stunde lang darauf gelassen. Da sich nach dieser Zeit heftige Schmerzen einstellten, wurde der Umschlag wieder entfernt. Die Folge war eine kolossale Dermatitis mit starken Schmerzen, Ödem des ganzen Gesichts, der Augenlider, der Ohrmuscheln, Schwellung der Drüsen am Halse und am Hinterkopf. Drei Tage später stellte sich am Körper ein intensives Jucken ein in Form kleiner papulöser Effloreszenzen, wie sie der Urticaria papulosa der Kinder oder der Urticaria chronica perstans der Erwachsenen entsprechen. Bei Tage oder bei Nacht traten furchtbare Anfälle von Jucken an den Stellen auf, an welchen diese kleinen papulösen Effloreszenzen vorhanden waren. Niemals entwickelte sich ein Bläschen oder eine Pustel, nie trat ein Nässen auf, so daß der Gedanke, daß es sich um eine staphylogene Dermatitis oder um eine Pyämie handelte, fallen gelassen werden muß. Ungefähr 11 Tage später zeigten sich zwei circumscripte Herde von Herpes an beiden Schläfen, die kein Jucken hervorriefen und die zuerst von der Umgebung bemerkt wurden; 24 Stunden später gesellten sich noch zwei kleinere Gruppen hinzu. Der Urin war etwas dunkel, zeigte aber nicht die schwarze Karbol- oder Benzol-Urinfärbung. Die Juckanfälle zogen sich wochenlang hin, während die Dermatitis sehr schnell verheilte. Die Urticaria ist wohl auf eine Resorption des Resorcin durch die Lymphbahnen und der Herpes durch eine Affektion kleiner Nervenäste zurückzuführen. Da Borsäure schon früher ohne Schaden angewendet war, so ist unbedingt dem Resorcin die Ursache der Affektion zuzuschreiben. Das Präparat wurde in der Klinik des Patienten mehrfach bei Ekzemen angewendet, so daß unbedingt ein chemisch reines Produkt vorlag. Diese klinische Beobachtung beweist, daß die aus der Unna'schen Klinik stammenden Versuche, nach welchen auch bei dünneren Lösungen von Resorcin eine oberflächliche Nekrotisierung ohne starke Exsudation eintritt, nicht zutreffen. In der Literatur finden sich wenige Fälle so starker Dermatitis und Lustgarten erwähnt, daß er ab und an eine papulöse Dermatitis gesehen hat, die der Urticaria von R. wahrscheinlich identisch ist. Ein Fall von Herpes nach Resorcin ist nicht vorhanden. Natürlich handelt es sich um eine ausgesprochene Idiosynkrasie, die aber doch zu einer gewissen Vorsicht bei der Anwendung des Resorcin mahnt.

Pinkus hat in einem Fall von Ekzem nach schwachen Resorcinumschlägen keine Dermatitis, nachdem aber eine Zink-Bismuth-Salbe mit Resorcin angewendet wurde, eine enorme Dermatitis mit starkem Karbolurin beobachtet.

Lippmann macht auf die Arbeit von Klingmüller aufmerksam in welcher ein Fall einer allgemeinen Vergiftung nach Resorcin beschrieben ist. Er selbst hat nur einmal bei 10 %iger Resorcin-Zinkpaste bei Acne vulgaris eine ungefähr 8 Tage dauernde Reizung gesehen.

Blaschko hat nach Resorcin ab und zu Reizung, einmal nach Anwendung einer 10%igen Resorcinpaste eine starke Dermatitis beobachtet. Bei einer Patientin mit Sommersprossen auf dem Arm wurde auf ihren Wunsch eine Resorcinpaste, wie sie van Hoorn empfohlen hatte, angewendet. Es entwickelte sich eine sehr schwere Entzündung mit hohem Fieber, die 4—5 Wochen anhielt; dann schälte sich die Haut in dicken Lamellen ab und die Sommersprossen waren wieder da.

Lesser glaubt, daß derartige Idiosynkrasien nicht häufig sind und möchte sowohl die 5 %ige als 10 %ige Resorcin-Zinkpaste bei Acne nicht entbehren.

Rosenthal fügt noch hinzu, daß bei der Verordnung einer Resorcin-Zinkpaste die Apotheker häufig das Resorcin in Alkohol lösen und dadurch eine Veranlassung gegeben wird, eine noch stärkere Reizung hervorzurufen; deshalb pflegt R. seinen Verordnungen dieser Paste stets hinzuzufügen: sine spiritu.

O. Rosenthal.