Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1904.

Vorsitzender: Neumann.

Schriftführer: v. Zumbusch.

Sachs demonstriert aus Ehrmanns Abteilung: einen 69jährigen Mann mit einem tubero-serpiginösen Syphilid. Patient akquirierte vor ungefähr 20 Jahren eine Sklerose, wurde bisher nicht antiluetisch behandelt. Beiderseits auf den Rippenbögen finden sich Gruppen von polyzyklisch angeordneten tubercula cutanea, deren Rand aus zum größten Teil unterbrochenen, doch in genau gezeichneten Linien angeordneten linsengroßen, braunroten, elevierten, schuppenden Effloreszenzen besteht. Die eingeschlossene Hautfläche ist rotbräunlich, zeigt einzelne linsengroße, etwas dunkler gefärbte Depressionen, sonst aber dasselbe Relief wie die übrige Haut, welche alle Zeichen der senilen Atrophie zeigt. Die Teilkreise sind beiläufig kronenstück- bis guldengroß, die durch ihre Konfluenz entstandenen länglichen Hautpartien folgen der Spaltrichtung der Haut und sind rechts etwa 25 cm lang, 6 cm breit, links etwas kürzer, sonst von derselben Breite.

Auf der Brust befindet sich links über der Mamma eine ähnliche Hautpartie wie am Rippeubogen, von derselben Größe, nur ist die Hautanordnung nicht gesetzmäßig. Eine kinderflachhandgroße Gruppe links vom corpus sterni. Unter der Schulterblattgegend beiderseits symmetrisch 2 parallel verlaufende, der Spaltrichtung der Haut folgende ähnliche Hautpartien wie am Rippenbogen nahezu auch von derselben Ausdehnung. Eine guldienstückgroße Gruppe in der Mitte der Rückengegend, rechts von der Mittellinie und eine in der Glutealgegend 5 Querfinger nach rückwärts vom großen Trochanter. Je eine kronenstückgroße Gruppe über dem 5. und 7. Halswirbel, eine kinderflachhandgroße Gruppe in der Fossa supraclavicularis dextra, eine auf der Streckfläche des rechten Oberschenkels und einige solche Gruppen in der Adduktorengegend links.

Diskussion. Ehrmann: Ich möchte besonders auf die Anordnung des Syphilides nach den Spaltrichtungen der Haut aufmerksam machen. Es gibt Fälle von in Brust- und Rückengegend einseitig lokalisierten, in den Spaltrichtungen der Haut angeordneten Syphiliden, welche man leicht für einen Herpes zoster halten könnte.

Neumann: Der vorgestellte Fall ist deshalb interessant, weil er zu den Syphiliden gehört, welche mehrere, 4, 5 und 6 Dezennien nach erfolgter Infektion auftreten können. Diese Formen der Syphilis sind

eigentlich nicht übertragbar, die damit Behafteten können gesunde Kinder zeugen. Die Effloreszenzen dieser Form sind dadurch ausgezeichnet, daß sie nicht trocken sind, sondern an der Oberfläche zerfallen und zu Geschwürchen werden, welche im Zentrum unter Narbenbildung ausheilen, während an der Peripherie kleine Exkorationen bleiben. Die Fälle verlaufen gewöhnlich spontan und werden meist nicht diagnostiziert. Man hat früher angenommen, daß sie bei den Nachkommen, z. B. Enkelkindern von Syphilitischen hereditär auftreten; es handelt sich aber, wie wir heute wissen, um Formen, welche in frühester Jugend extragenital akquiriert worden sind. Namentlich gehören daher die Formen, die man als endemische Syphilis bezeichnet, wie sie in den russischen Provinzen vorkommen und wie ich sie selbst in Bosnien und Herzegowina gesehen und studiert habe.

Ehrmann stellt vor: 1. einen Fall von serpiginös fortschreitendem Basalzellen-Epitheliom (Cylindrom) auf der rechten Schulterblattgegend einer 60jährigen Frau, welches unter dem Bilde eines serpiginös fortschreitenden ulzerösen Syphilids verläuft. Dafür wurde es auch ursprünglich angesehen. Es stellte eine etwa kinderflachhandgroße, im Zentrum narbige, in der Peripherie, teils von schiefergraubräunlichem Wall begrenzte Hautstelle. In der nächsten Umgebung noch zwei parallel laufende flache schiefergraugelbliche serpiginöse Auflagerungen von ca. 1 cm bis 2 cm Länge. Von dem Bilde eines echten serpiginösen ulzerösen Syphilides unterschied sich bei genauer Beobachtung das Bild dadurch, daß eigentlich kein bräunlichrotes Infiltrat (Plasmom) zu sehen war, sondern teils steil und scharf, über das Hautniveau elevierte, fast hornartig durchscheinende, zum Teil schiefergrau aussehende Elevationen, so daß Vortragender schon makroskopisch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Epitheliom stellte. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines excidierten Stückes zeigte sich das Bild eines Basalzellen-Epithelioms (Krompecher) mit zentraler mucinöser Degeneration, dazwischen fanden sich stellenweise pigmentierte Naevuszellen; hieraus muß geschlossen werden, daß dasselbe aus einem der bei der Patientin vielfach vorhandenen, flach elevierten Naevi entstanden ist.

2. Eine schon seit 3 Jahren beobachtete und wiederholt demonstrierte Patientin mit Erythema induratum scrophulosorum Bazin. Auf dem linken Unterschenkel ein frischer, etwa haselnußgroßer, livid bräunlichroter Knoten, der, seit mehreren Wochen bestehend sich spontan etwas verkleinert hat. Auf dem rechten Unterschenkel eine Gruppe konfluierender, glatter, in der Peripherie etwas pigmentierter Narben von früheren erweichten Knoten, die mit Jodkaliverband und nach Behandlung in Hall nach vielmonatlichem Bestande erst heilten; sie sehen äußerlich gummösen Narben ähnlich, greifen jedoch mehr in die Tiefe.

3. stellt **Ehrmann** den von **Sachs** in der letzten Sitzung demonstrierten eigentümlichen Fall von zerfallenem Erythema induratum Bazin vor, der gewisse Ähnlichkeit mit Syphilis hat, so zwar, daß derjenige, der die Entwicklung desselben nicht mitbeobachtet hat und nur eine Stelle sieht, wo die Geschwüre einseitig verheilen, auf der anderen Seite bogenförmig weiter ulzerieren und durch Konfluenz mehrerer Knoten scheinbar serpiginöse Geschwürsgruppen bilden, bei oberflächlicher Beobachtung zur Annahme verleitet werden kann, daß es sich um Syphilis handelt.

Es muß nun betrachtet werden, welche Momente für und welche gegen Syphilis sprechen?

Gegen Syphilis spricht:

1. Der Verlauf: Patientin bekommt seit 5 Monaten ziemlich akut aufschießende Knoten, die zunächst hellrot, dann braunrot sind, teils spontan schwinden, teils im Zentrum erweichen, nach außen perforieren.

2. Das Aussehen der Geschwüre: Beim Perforieren wird die der Perforationsöffnung benachbarte Haut livid, schlapp, morsch, dünn unterminiert; es fehlt die bräunliche, ziemlich derbe, bis nahe an die Perforationsöffnung zu verfolgende Infiltration.

3. Spricht dagegen der mikroskopische Befund und zwar: Der Befund von sehr zahlreichen Riesenzellen zusammen mit epitheloiden Zellen. Der Mangel der Plasmazellen, welche bei Gumma nie fehlen, und dann die ganz charakteristische Endarteritis, die bis zur Obliteration führt, und die namentlich von Hartung und Alexander hervorgehoben wird. Schließlich die vorhandene charakteristische Fettgewebsnekrose.

4. Die Anamnese, welche ergibt, daß Patientin vor 1 Jahre Haemoptoe hatte, Spitzeninfiltration rechts. Dann die vorhandenen charakteristischen Narben an den unteren und oberen Extremitäten von Tuberkuliden, und

5. die seit 11 Tagen (bei Abfassung des Autoreferats seit 19 Tagen) fortgesetzte Behandlung mit Merkur und Jod, welche gegenüber dem früheren Verlaufe keine Änderung hervorbringen; ja während dieser Zeit ist am rechten Unterschenkel, über der Fibula ein unregelmäßiges Infiltrat entstanden, welches man wohl für ein Skrofuloderma, aber nie für ein Gumma halten könnte.

Für Lues würde nur ein einziger Umstand sprechen, nämlich die Gruppierung einzelner Geschwüre und das damit verbundene Verheilen der älteren unter Jodkaliverband und intern. Lebertranbehandlung, die aber gar nichts allein für Lues charakteristisches hat, besonders hier, wo unter der probeweise vorgenommenen anti-syphilitischen Behandlung nicht nur zerstreute neue Knoten auftreten, sondern auch um die gruppierten, vernarbenden Geschwüre.

Daß diese Formen bei uns häufig mit Lues verwechselt werden, weiß ich nicht bloß aus eigener Erfahrung, denn der größte Teil der von mir beobachteten Fälle wurde ursprünglich für Lues gehalten, heilten wohl auch vorübergehend in Bad Hall, rezidierten aber immer wieder.

Als ich den letzten Sommer 3 Fälle in der Gesellschaft für innere Medizin demonstrierte, bestätigten Neusser und von Schrötter diese meine Erfahrung. — Es kann mithin keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier nicht mit Syphilis zu tun haben.

Man kann allerdings die Frage aufwerfen, ob es zweckmäßig ist, solche knotige und zerfallende Formen als Erythema zu bezeichnen; aber der Name wurde einmal von Bazin eingeführt, das Zerfallen der Knoten von verschiedenen Autoren, wie Thiebière, Jadassohn, Jarisch etc. übereinstimmend gemeldet, so daß ich keinen Grund habe, wegen dieser Tatsache der Krankheit einen anderen Namen beizulegen.

Diskussion. Neumann: Betreffs der im vorliegenden Falle als Erythema Bazin diagnostizierten Affektion verweise ich zuvörderst auf den nosologischen Begriff „Erythem“, i. e., was wir im Sinne Hebras beziehungsweise unserer Schule unter Erythem im allgemeinen verstehen. Da stellt sich vor allem die Frage: können wir auf Grund des vorliegenden Krankheitsbildes, das sich hier in Form von Geschwüren

besonderer Prägnanz präsentiert, die Diagnose Erythem überhaupt und weiter Erythema Bazin stellen?

Was das erstere Moment betrifft, ist die Diagnose Erythem nur dann begründet und berechtigt, wenn der unanfechtbare Beweis geliefert ist, daß im Initialstadium oder ab origine die Dermatoze den Charakter des Erythems effektiv besaß, so daß das, was wir jetzt sehen, eine durch nichts klargestellte akzidentelle Hilfsursachen erzeugte Phase eines Erythems ist. Diesen Beweis können wir jedoch nicht als erbracht ansehen, es ist daher die Diagnose Erythem hier im vorhinein nicht begründet.

Anlangend die Spezifikation „Erythème Bazin“ hat dieser Autor bekanntlich im Jahre 1861 eine vorwiegend bei skrofulösen Mädchen meist an den äußeren Knöcheln oder am Oberschenkel in Form von erbsen- bis wallnußgroßen bläulichroten Knötchen vorkommende chronische Hautaffektion, welche er als Erythème induré bezeichnete, beschrieben. Dieselbe soll häufig mit anderen skrofulösen oder tuberkulösen Erscheinungen kombiniert sein. Aber das Bazinsche Erythème induré ist, wie wir wissen, strittig und sind die histologischen Befunde dermaßen divergent, daß sich auf Grund derselben die Diagnose nicht sicherstellen läßt und eine Diagnose ohne jegliche Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen beziehungsweise des klinischen Verlaufs unstatthaft ist.

Wenn wir das Klinische des vorliegenden Falles objektiv ins Auge fassen, kommen zwei Krankheiten in Betracht: Skrofuloderma und Gumma.

Skrofuloderma ist meist disseminiert und kommt es zur Ulzeration, so zeigen die Geschwüre in der Regel sinuose Gänge, sind mehr serpiginös, konfluieren nicht, auch finden sich in der Regel gleichzeitig anderweitige Symptome der Skrofulose, was hier alles nicht der Fall ist.

Bleibt also nur ulzeröses Gumma, gummöses Geschwür. Ohne mich in eine unnötige Schilderung gummöser Geschwüre einzulassen, dürfte jeder unvoreingenommene Fachmann mit mir übereinstimmen, daß das klinische Bild des vorgestellten Falles dem gummösen Geschwür in seinen charakteristischen Merkmalen entspricht. Ich will nicht behaupten, daß das absolut unanfechtbar sei. Aber um zu diesem Resultate zu gelangen, genügt eine histologische Begründung, wie sie geltend gemacht wurde, nicht, sondern der Fall muß fürs erste bei Tageslicht und genau untersucht und längere Zeit beobachtet und einer Merkurial- bzw. gründlichen antisypilitischen Behandlung unterzogen werden. Kurz, wir müssen, wie die Tradition unserer Schule es mit vollem Recht postuliert, nicht einseitig, sondern gründlich und exakt klinisch vorgehen.

Finger: Wenn ich Herrn Neumann richtig verstanden habe, hat er sich besonders dagegen gewendet, daß ein ulzerativer Prozeß als Erythem bezeichnet wird. Das ist ein Einwand, der eigentlich die ganze Gruppe der Erytheme insofern betrifft, als man die bei den Erythemen vorkommenden Knoten auch nicht gut als Erythema bezeichnen kann und in der Bezeichnung Erythema induratum eigentlich eine Contradictio in adjecto liegt.

Tatsächlich möchte ich aber konstatieren, lehrt die klinische Beobachtung, daß wir bei ganz gesunden Individuen eine Erkrankung, das Erythema induratum kennen, die in typischer Weise mit Bildung grauroter Knoten an den unteren Extremitäten beginnt, einen akuten Verlauf hat und nie zu Ulzeration führt. Hebra war es, der letzteren Umstand besonders hervorgehoben hat. Diesem typischen Erythema induratum gegenüber kennen wir bei luetischen und skrofulösen Individuen eine Erkrankung, die man einerseits nicht gut unter die ulzerierten Gummen, andererseits nicht unter die ulzerierten Skrofulodermen einreihen kann, weil diese Erkrankung im Gegensatze zum Gumma und Skrofuloderma nicht einen chronischen, sondern einen akuten Beginn und Verlauf hat und das ist dasjenige, was das Erythema induratum besonders charakterisiert.

Ich hatte nun im vorigen Jahre Gelegenheit, Ihnen Fälle auf luetischer Basis vorzustellen — und ich habe solche Fälle auch bei tuberkulösen Individuen gesehen — die mit Bildung von heftig schmerzhaften, multiplen Knoten an den Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten begannen, so daß man zunächst ein gewöhnliches Erythema induratum vor sich zu haben glaubte. Während aber das eigentliche Erythema induratum in 4 bis 6 Wochen verläuft und zu Restitution führt, übergeht die bei luetischen und tuberkulösen Individuen auftretende Form nach einem akuten Beginn in ein chronisches Stadium, das als Ulzeration verläuft. Gerade diese Tatsache des akuten Beginnes dieser Formen mit Knotenbildung war die Ursache, daß man von einem Erythema nodosum syphiliticum und einem Erythema nodosum Bazin sive tuberculosum sprach. Diese beiden letzten Formen unterscheiden sich also vom eigentlichen Erythema nodosum, abgesehen vom histologischen Befund, klinisch durch das Auftreten der Ulzeration und den insidiösen torpiden Verlauf.

Ehrmann: Die Pat. wird selbstverständlich weiter Jod bekommen. Ob sie Merkur bekommen wird, muß ich davon abhängig machen, wie sie sich gegen dieses Mittel verhalten wird. Ich kann dies umso eher tun, als die histologische Untersuchung gelehrt hat, um was es sich handelt. Ich möchte Sie aber aufmerksam machen, daß ich eine Reihe von Fällen kenne, in denen die Affektion auf eine antiluetische Kur oder eine Badekur in Hall geheilt ist, wie ja Heilung auch spontan eintritt, aber wiedergekehrt ist. Es handelt sich eben, wie Finger richtig hervorgehoben hat, um eine Affektion mit akutem Beginn und sehr chronischem Verlauf.

Sie werden jedenfalls noch Gelegenheit haben, sich mit diesen Fällen zu beschäftigen.

Leiner stellt 2 Kinder aus dem Karolinen-Kinderspital vor.

Zunächst ein 13 Monate altes Kind mit Nageldeformitäten bei hereditärer Syphilis.

In der 11. Lebenswoche kam das Kind mit einem papulo-pustulösen Exanthem in unsere Behandlung; zu Beginn der Erkrankung und

im weiteren Verlaufe derselben zeigte Pat. ziemlich ausgebreitete papulöse ulzeröse Veränderungen an dem Nagelfalz und der Matrix.

Von besonderem Interesse ist es aber, daß seit Feber bis heute beinahe an allen Fingern (ausgenommen kl. Finger links, Daumen- und Zeigefinger rechts) ein 3maliger Nagelwechsel stattgefunden hat. Die jetzigen 4 Nägel sind deformiert, quer- und längsgerieft, uneben, im Wachstum zurückgeblieben, und an ihren distalen Enden mit Resten der vorhergegangenen, abgestoßenen Nägel in Verbindung.

Am rechten Daumen hat sich der 2. Nagel abgestoßen und ein stark rudimentärer Nagel neu gebildet.

An den Zehen sind fast alle ersten Nägel abgegangen, die zweiten zeigen ebenfalls Deformitäten; sie sind brüchig, quer- und längsgerieft, mattglänzend.

Diese Nagelveränderungen bei dem Kind sind durch lokale Erkrankungsprozesse der seitlichen Nagelfalze, der Nagelmatrix und des Nagelbettes bedingt.

Ihr Vorkommen ist bei der hereditären Lues ein sehr häufiges, da $\frac{2}{3}$ der an hereditärer Lues erkrankten Kinder mehr weniger starke Nageldeformitäten zeigen.

An dieser Stelle sei noch erwähnt, daß auch Haarausfall bei hereditär Luetischen häufig zur Beobachtung gelangt.

Als 2. Fall. Ein $2\frac{1}{2}$ Jahre altes Kind mit einem universellen Tuberkulid.

Bei dem schlecht genährten Kinde ist über den ganzen Körper ein Exanthem ausgebreitet, das zum größten Teil aus mohnkorn- bis hirsekorngroßen rötlichen bis livid verfärbten, flachen Knötchen besteht, die zentral ein mit feinen Schüppchen oder Borkchen bedecktes Grübchen zeigen. Ein großer Teil der Knötchen ist in Rückbildungsstadien begriffen. Die Infiltrate sind flach, zentral vernarbt und es hebt sich diese Stelle durch die glänzende, gelbliche Farbe von dem rötlichen peripheren Wall ab.

Das Exanthem ist auch im Gesichte und den Ohren vorhanden, an den Extremitäten sind die Streckseiten stärker ergriffen als die Biegeseiten.

Wie dies gewöhnlich der Fall ist, zeigt das Kind neben diesem papulonekrotischen Tuberkulid (Folliklis) auch andere Formen von tuberkulösen Hautaffektionen. So am Rücken einzelne Herde von Lichen skrofulosorum und am 4. Finger einen kleinen Herd einer Tuberkulosis cutis verrucosa, welche letztere wahrscheinlich durch Autoinokulation entstanden ist. Das Exanthem besteht seit einem $\frac{1}{2}$ Jahre, ohne besondere Veränderungen zu zeigen.

Das Kind leidet an einer manifesten Tuberkulose der r. Lunge.

Weidenfeld stellt einen 19jährigen Patienten vor, der seit seinem 9. Lebensjahr, wie er angibt, an dieser Erkrankung leidet. Man findet parallel mit dem Rippen, einen 10 cm langen und 2—5 cm breiten zungenförmigen Streifen, der von der vorderen Axillarlinie beginnt und bis zur Mamillarlinie zieht und unterhalb diesen einen zweiten, aber längeren Streifen, der von der hinteren Axillarlinie schmal und zungenförmig beginnt und bis zur Spina anterior parallel mit dem Darmbeinkamm zieht und von hier im scharfen fast rechten Winkel handtellerbreit werdend zum Nabel zieht. Ganz isoliert von diesen zwei Bändern findet man noch einen dritten Herd an der Außenseite des rechten Oberschenkels und die Kniegegend freilassend, einen handtellergroßen Herd am oberen Drittel des rechten Unterschenkels. Die Bauchherdseite braunschwarz; beim näheren Zusehen findet man das Zentrum dieser Gegend rein, glänzend, atrophisch, aber nicht verdeckt. Am Herd des Oberschenkels löst sich nach hinten der Herd in einzeln zum Teil blaugraue

Flecke auf, die untermischt mit narbigen Streifen sind. Mit Rücksicht auf die Anamnese, daß die Herde sukzessiv entstanden sind, dann auf die Atrophien wäre eine Sklerodermie sub *Forma Naevus unius lateris* und nicht *Naevus subst.* anzunehmen.

Diskussion. Ehrmann: Wenn man den Fall aus einiger Entfernung betrachtet, so scheint es allerdings, daß es eine oberflächliche Sklerodermieform ist, welche von einem geröteten Hof umgeben ist. Wenn man aber in die Nähe kommt und den Fall untersucht, so erscheint die Haut an den betreffenden Stellen doch zu wenig rigid und zu wenig wachsartig. Es könnte aber sein, daß der Prozeß noch nicht so weit gediehen ist, um einen taktilen Eindruck zu geben oder aber, daß es sich um einen jener Formen handelt, welche man als *Atrophia cutis idiopathica* bezeichnet.

Spiegler: Ich glaube bei der Untersuchung des Falles bemerkt zu haben, daß die Stellen, welche als atrophisch imponieren, nur solche sind, denen die Pigmentanreicherung fehlt, während von einer Atrophie wenig zu sehen ist. Noch viel weniger ist von einer Sklerodermie zu bemerken. Ich glaube daher, daß die eine Eventualität, die Weidenfeld selbst in Betracht gezogen hat, richtig sein wird, nämlich, daß es sich um einen *Naevus* handelt.

Weidenfeld: Der Fall läßt sich leider bei künstlichem Licht nur schwer untersuchen. Bei schief auffallendem Tageslicht kann man sich aber leicht davon überzeugen, daß die Haut ein deutlich narbiges Aussehen hat. Ich muß daher an der Diagnose Sklerodermie festhalten. Übrigens werden wir den weiteren Verlauf beobachten.

Neumann: Wenn man diesen Fall näher betrachtet, so fällt eine Menge rotgefärbter Flecken auf, von denen einzelne im Zentrum licht gefärbt sind. Wenn man eine Falte der Bauchhaut an der entsprechenden Stelle aufhebt, so ist sie weich und elastisch. Dasselbe gilt von der Haut der Oberschenkel, nur ist hier das Integument dicker als am Bauch. Es fragt sich nun, ob hier Symptome vorhanden sind, welche für Sklerodermie sprechen, oder ob diese Affektion ausgeschlossen werden kann. Nach dem, was ich in der letzten Zeit gesehen habe, kommt die Sklerodermie vor in Form von weißen Flecken, wobei die Haut zunächst weich und elastisch ist und erst nach Monaten und Jahren induriert wird. Ich habe Fälle mit weißen Flecken am *Mons Veneris* gesehen, die wie Vitiligo ausgesehen haben, aber die mikroskopische Untersuchung hat für Sklerodermie gesprochen und tatsächlich wurde im weiteren Verlaufe die betreffende Hautpartie hart. Der vorgestellte Fall weicht jedenfalls von der Norm ab und ich würde mir nicht gestatten eine Diagnose zu stellen, ohne mikroskopisch zu untersuchen, wie sich die oberen Teile des Cutisgewebes verhalten.

Weidenfeld: Ich möchte noch aus der Anamnese etwas wichtiges nachtragen. Pat. gibt an, daß zuerst der obere Herd entstanden ist und die anderen sukzessive folgten. Für *Naevus* ist diese Art des Ent-

stehens nicht bekannt, ein solcher tritt sofort in der Kindheit auf. Also auch die Anamnese spricht eher für Sklerodermie als für Naevus.

Riehl: Ich möchte zum vorgestellten Fall folgendes bemerken. In Übereinstimmung mit Hebra pflege ich den Studenten immer zu erklären, daß eine Diagnose nur dort zu stellen ist, wo frische pathologische Veränderungen vorliegen, Narben und sekundäre Pigmentierungen sind als sekundäre Krankheitsbilder nicht mehr charakteristisch genug, um eine bestimmte Diagnose zu gestatten. Hebra hat z. B. immer hervorgehoben, daß eine nierenförmige pigmentierte Narbe von Syphilis, aber auch von einer Verbrennung herrühren kann.

Im vorgestellten Falle ist Atrophie der Haut und Pigmentierung, aber nichts von primären Charakteren zu finden. Es kann sich also wohl um Sklerodermie gehandelt haben, aber beweisen kann man das nicht. Es kann das ebensogut eine Verbrennung oder ein anderer Prozeß gewesen sein, der zu atrophischer Schrumpfung der Haut und Pigmentierung führt. Was wir jetzt sehen, ist nur das Residuum einer Krankheit.

Nobl weist bei einem 20jährigen Mädchen auf ein Symptomenbild hin, das bei der wenig prononzierten Erscheinungsweise, der richtigen Deutung immerhin einige Schwierigkeit entgegenstellt. Die früher stets gesunde, rechtzeitig menstruierte Patientin gibt an, sich vor etwa 8 Wochen eine heftige Erkältung zugezogen zu haben. Bald darauf zessierten die Menses, um seither nicht wiederzukehren und gleichzeitig machte sich eine derartige Nackensteife geltend, daß die Exkursionsfähigkeit des Kopfes eine beträchtliche Einengung erfuhr. Die Steifheit breitete sich dann in kurzer Zeit über den Schultergürtel, den Hals, die seitlichen Wangenpartien, die Streckflächen der Arme, die obere Achselpartie und den Thorax bis zum Rippenbogen aus. An allen diesen symmetrisch angeordneten Stellen wird die Kranke durch das Gefühl von Spannung und Einengung wesentlich belästigt. Die Dreh- und Nickbewegungen des Kopfes gehen schwer vor sich und können nur in beschränkten Grenzen ausgeführt werden. Bei der Betrachtung sind in dem erwähnten Oberflächenareale von einer flüchtigen Marmorierung und besonderen Glätte und Faltenlosigkeit des Integuments abgesehen keine namhafteren Veränderungen zu gewahren. Bei der Palpation indes frappt die besonders starre, verdickte, substanzreiche, wie durch Gerinnungsmassen ausgepolsterte Beschaffenheit der Haut. Versucht man Falten abzuheben, so gelingt dies nur in Form voluminöser, breiter Duplikaturen und Kämme, die ausgelassen, rasch auf die Unterlage zurückschnellen und sich ausgleichen. Der lederartigen, indurierten Umwandlung der Decke entspricht es auch, daß auf Fingerdruck keine Depressionen zurückbleiben. Diese diffuse Veränderung des Integuments greift in allen Alterationsbezirken allmählich in die normale Umgebung über, woselbst sich die Starrheit der, nirgends an die subkutanen Texturen fixierten Haut, in kaum merklichen Übergängen zu verlieren beginnt.

Diese, von dem Nacken ausgehende, diffuse, symmetrisch verteilte, ödematöse Induration des kutanen Zellgewebes spricht Nobl für das nicht zu häufig beobachtete Initialstadium der diffusen, rasch fortschreitenden Sklerodermie an, welche Phase des Prozesses bald nur knapp der eigentlichen Sklerosierung des Cutisgerüsts vorangeht, bald erst nach mehrmonatlichem Bestande von der hyperplastischen Umwandlung gefolgt zu sein pflegt.

Bemerkenswert erscheint es in dem vorgestellten Fall außerdem noch, daß neben der Hautaffektion auch der Symptomenkomplex eines beginnenden Morbus Basedow angedeutet erscheint. In diesem Sinne sind eine mäßige Protrusio bulbi, eine leichte Hyperplasie der Schilddrüse, Tachycardie und Erregbarkeit zu deuten. Das gleichzeitige Auftreten beider Erkrankungsformen ist schon öfter beobachtet worden und bietet für die toxische Auffassung der Prozesse manche Anhaltspunkte.

Diskussion. Riehl: Ich möchte mir zu bemerken erlauben, daß dieser interessante Kasus der Beschreibung entspricht, die für die diffus auftretende Sklerodermie mehrfach gegeben worden ist. Man ist vielfach geneigt, die Sklerodermie en plaques als typisch anzusehen. Es gibt aber noch eine zweite Form, die nicht in typischen Herden auftritt, nirgends eine bestimmte Begrenzung erkennen läßt, sondern die Härte verliert sich an den Rändern allmählich; die Erkrankung kann in rascher Folge die Haut des ganzen Körpers befallen. Was mich ferner bestimmt, der Diagnose Sklerodermie zuzustimmen, ist, daß die Härte in der Cutis zu fühlen ist, während das subkutane Gewebe nicht verändert ist. Sonst müßte man an Krankheiten des Fettgewebes denken, die hier differentialdiagnostisch in Betracht kommen.

Ehrmann: Besonders interessant sind jene Fälle der diffusen Form, die zugleich mit circumscribten Veränderungen verlaufen, so daß die Diagnose dadurch gestützt wird. Ich habe zwei Fälle beschrieben, in denen die lokalisierte Sklerodermie von einer erythemähnlichen Veränderung am ganzen Körper gefolgt war.

Nobl demonstriert ein zweijähriges Kind mit circinär angeordneten, durch Sekundärinfektion ulzerös zerfallenen Ekzemplaques. Die bis zu handtellergroßen, serpiginös und giriert angeordneten, beträchtlich elevierten, an den Säumen durch erhabene Wälle des gewucherten Papillarkörpers scharf abgesetzten Scheiben haben ein livid rotes Kolorit und werden vielfach von tief ins Corium reichenden, scharfrandigen, eitrig belegten und krustös überschichteten Ulzerationen durchsetzt, die den sonst auf völlig normalem Grunde erscheinenden, in besonderer Dichte an den unteren Extremitäten lokalisierten Läsionen, ein syphilisähnliches Gepräge verleihen.

Spiegler: Ich stelle Ihnen einen Fall von Lupus erythematoses vor, der in mannigfacher Hinsicht interessant ist. Jetzt bietet er ein Bild, das keine Schwierigkeit für die Diagnose macht: über das Hautniveau leicht erhabene Flecke mit eingesunkenem, leicht atrophischem Zentrum. Merkwürdig war, wie der Fall angefangen hat. Gewöhnlich sieht man zuerst ein punktförmiges rotes Fleckchen, das absolut keine Diagnose gestattet. Das war aber hier nicht der Fall, sondern die Affektion begann akut, ohne Fieber, mit Bildung kleiner, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllten Bläschen, deren Decke platzte und deren Inhalt zu Krusten eintrocknete, die abfielen. Es war der Gedanke an Impetigo naheliegend. Nun ist es bekannt, daß die akute Form mit Blasenbildung einhergeht, aber gewöhnlich handelt es sich dabei um große, schlappe, unter hohem Fieber auftretende Blasen. Diese Fälle sind glücklicherweise so selten, daß viele an ihrer Existenz zweifeln, weil sie sie nicht gesehen haben. Diesen Charakter haben die Bläschen nicht gehabt. Seit Jänner sind am Körper weitere Nachschübe aufgetreten, die sich teils weiter entwickelt, teils involviert haben. Die Effloreszenzen sind aber so wenig charakteristisch, daß man die Diagnose Lupus erythematoses nicht stellen

kann, wenn man nicht die Effloreszenzen im Gesichte sieht. Die Pat. hat im Verlaufe der Krankheit einmal eine interkurrente, wahrscheinlich fieberhafte Erkrankung durchgemacht, worauf alle Effloreszenzen spurlos verschwanden, wie überhaupt eine Reihe von Hautaffektionen durch Fieber zur Rückbildung gebracht wird, ein Umstand, auf dem die Wirkung des Tuberkulins beruht.

Ullmann. Ein Fall von Alopecia areata neurotica mit Vitiligo. Einfluß der Röntgentherapie.

Der 42j. Sicherheitsmann hatte im April, als er zum 1. Male in meinem Ambulatorium erschien, auf der rechten Schläfengegend einen nicht ganz regelmäßigen ovalären von starken grauen Haaren umsäumten circumscriphten Haardefekt. Die Canitis localis sprach für die trophoneurotische Natur. Ich gab ihm mit Rücksicht auf meine bereits hiermit gemachten günstigen Erfahrungen eine schwache Dosis unter 84 Röntgenlicht auf die haarlose Stelle und 2 Monate später begann der Nachwuchs normaler pigmentierter Haare, jedoch bloß im beleuchteten Areale pigmentiert, während die grauen Haare der Umgebung unverändert blieben. Es hat somit die Röntgenbelichtung auch in diesem 2. Falle einen sagen wir metabolischen Einfluß auf die Haarpapillen gehabt, inerestierend auf das Wachstum und die Pigmentbildung. Ich erinnere daran, daß ich im Vorjahre einen analogen Fall mit Lokalisation auf der rechten Seite des Vorderkopfes an einem etwa 30jährigen Manne in der k. k. Gesellschaft der Ärzte vorstellen konnte, in welchem Falle sich ebenso wie hier einige Wochen nach der R.-Beleuchtung normales Haarwachstum einstellte. Sicher ist also, daß wenigstens gewisse neurotrophische Formen der Alopecia areata durch diese Art der Lichtbehandlung in günstiger Weise beeinflußt werden können.

Diskussion. Neumann. Bei Alopecia areata sind die ersten Haare, die wieder wachsen, meist lanugoartig und weißgefärbt, später können dann längere Haare wachsen, die noch wenig pigmentiert sind und wieder ausfallen, endlich kommt es zu definitiven Haaren mit gleicher Pigmentierung, wie die Haare der Umgebung.

Bei einer Alopecia areata läßt sich also der Effekt der Röntgenbestrahlung nicht leicht beurteilen. Wenn es sich aber um Vitiligo handelt, wo die Haare ungefärbt, aber so lang und dick waren, wie die der Umgebung und nach der Röntgenbestrahlung schwarz nachgewachsen sind, dann hat die Bestrahlung eine Bedeutung.

Ullmann. Ich kann nur so viel sagen, daß es eine Kombination von Alopezie und Vitiligo war. An der Stelle, die bestrahlt wurde, sind nun schwarze Haare nachgewachsen, während die Haare der nicht bestrahlten Umgebung grau sind. Da dies der zweite von mir beobachtete Fall von metabolischer Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Haarwachstum und die Haarfarbe ist, so muß man an einen Kausalnexus denken. Vor mir hat Montgomery die gleiche Beobachtung gemacht.

Riehl. Ich möchte fragen, welches die primäre Erkrankung war?

Ullmann. So viel ich beurteilen kann, eine Alopecia neurotica mit Störung der Pigmentierung, keine Alopecia areata multiplex.

Riehl. In diesem Falle ist die primäre Diagnose unklar und der Effekt der Therapie nicht gut zu beurteilen.

Finger. Ich erlaube mir einen Pat. vorzustellen, der an der Haut eine Reihe von disseminierten, scharf umschriebenen Knoten darbietet,

von denen die jüngsten weißlich resp. leicht rötlich gefärbt, die älteren mehr rot gefärbt sind; die Knoten lassen sich mit der Haut verschieben. In der größten Mehrzahl finden sich die Knoten am Genitale u. zw. am Dorsum penis und in der Lamina interna praeputii. Die Knoten sind teils rund, teils polygonal, dreieckig, teils flach, plattenförmig, wie an den Fußsohlen, namentlich rechterseits. Die Affektion ist schmerzlos und hat sich allmählich im Laufe der letzten drei Jahre ausgebildet. Was den Fall interessant macht, ist der Zusammenhang der Knoten mit den Venen, man sieht sie manchmal über den Venen sitzen. Im Knoten läßt sich mikroskopisch ein kleiner Tumor cavernosus, also ein erweiterter Venenplexus nachweisen. Es handelt sich um ein idiopathisches Sarkom aber nicht vom Typus, den Kaposi beschrieben hat, sondern um ein *Acrosarcoma Unna*.