Verhandlungen der Abteilung für Dermatologie und Syphilis der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad

vom 22.—27. September 1902.

Erstattet von Dr. **Ignaz Böhm**, Karlsbad.

I. Sitzung am 22. September, nachmittags 3 Uhr.

Die Sektion für Dermatologie und Syphilis, die unter den vielversprechenden Auspizien der Klinik des Prof. F. J. Pick stand, wurde von dem Karlsbader Einführenden Böhm mit folgender Ansprache begrüßt und eröffnet:

Es ist mir die besondere Ehre zu teil geworden, Sie, meine geehrten Herren, die aus der Ferne zu uns gekommen sind, aufs herzlichste zu begrüßen und willkommen zu heißen. Willkommen in Karlsbad, dem durch seine wunderbaren Heilquellen weltbekannten Kurorte, willkommen zu ernstem Schaffen und Denken, aber auch zu fröhlichem, kollegialen Verkehre. Mehr denn vier Dezennien sind verstrichen seit der ersten Tagung der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in unserer Stadt, und nach einem so großen Intervalle haben wir wieder das Glück, in Verbindung mit der diesjährigen Versammlung, die Sektion für Dermatologie hier tagen zu sehen. Es liegt mir ferne, die Entdeckungen und Errungenschaften dermatologischer Forschung in diesem Zeitraume zu würdigen, ich will bloß mit Rücksicht auf unseren Kurort feststellen, daß die Erkenntnis des Zusammenhanges zwischen internen und dermatologischen Erkrankungen in dieser Zeitperiode wesentlich gefördert worden ist. Die häufigsten zum Kurgebrauche in Karlsbad gelangenden Erkrankungen sind Stoffwechselstörungen, Autointoxikationen und nicht sehr selten sind durch dieselben Veränderungen auf der Haut provoziert. Dadurch, daß die hiesigen Heilquellen diese internen Erkrankungen einer Heilung oder Besserung zuführen, werden auch die sekundären und symptomatischen Hautaffektionen im günstigsten Sinne beeinflusst. Sie sind deshalb, meine geehrten Herren, in einem Ihnen in seiner Wirkung auf die Haut bereits wohlbekannten Kurorte zu ernster, wissenschaftlicher Arbeit erschienen. Der gute Klang, den der Name Karlsbad in medizini-

schen Kreisen hat, hat auch auf unsere Sektion in vorteilhafter Weise eingewirkt, denn die Zahl der angemeldeten Vorträge, die starke Beteiligung legen hiefür das beste Zeugnis ab. Möge die ernste Arbeit, die Sie hier leisten werden, mögen die Resultate Ihrer Forschungen, die Sie hier zum ersten Male kundtun, zu Nutz und Frommen der leidenden Menschheit werden, mögen die Erfolge unserer Sektion von derartiger Bedeutung sein, daß mit Stolz Karlsbad genannt werden kann als der Ort, an dem sie zum ersten Male mitgeteilt wurden.

Hierauf übernimmt den Vorsitz Herr Prof. Ehrmann, Wien.

Die Reihe der wissenschaftlichen Arbeiten eröffneten

Ledermann und Kloppstock (Berlin) mit dem Vortrage: **Die bakterizide Wirkung verschiedener Hefepräparate.** In neuerer Zeit hat Lassar Versuche über die Heilwirkung der Hefe bei Hautkrankheiten mit günstigen Erfolgen angestellt, ebenso Brocq, der den internen Gebrauch derselben bei Antrax, Furunculose empfiehlt. Die Vortragenden hielten es daher für lohnend, die Frage der bakteriziden Hefewirkung auch vom dermatologischen Standpunkte aus zu beantworten und hofften, daß der Tierversuch eine Antwort auf die schwebenden Fragen geben würde. Alle angestellten Versuche sind jedoch deswegen gescheitert, weil man den Tieren nicht analoge Hautkrankheiten beibringen kann. Es ließ sich feststellen, daß die Hefe auch bei längerer interner Darreichung nicht den geringsten Schaden verursachte. Wurde Kaninchen, welchen vorher durch Staphylokokkeninfektion subkutane Abszesse beigebracht waren, nachträglich an anderen Stellen Hefe mit Gährflüssigkeit subkutan injiziert, so war der Erfolg der, daß nun auch durch die gährende Hefe neue Abszesse erzeugt wurden. Sie verglichen bei dem ersten Versuche die Einwirkung der gährenden Dauerhefe, des Furunculin und einer aus Bierhefe schon längere Zeit fortgezüchteten Reinkultur auf Typhusbazillen und fanden, daß nach 48 Stunden die in der Dauerhefe eingimpften Typhusbazillen abgetötet waren, während Furunculin und die Hefekultur das Bakterienwachstum unbeeinflusst gelassen haben. Kontrollversuch ohne Hefezusatz. Ein zweiter, analoger Versuch wurde dadurch vervollständigt, daß außer den genannten Hefepräparaten noch die sogenannte Preßhefe der Bäcker mit herangezogen wurde und ebenso wie die Dauerhefe in diesem Versuche schon nach 28 Stunden das Wachstum der Typhusbazillen vernichtete. Alle verwendeten Hefearten waren gährungsfähig. In einem zweiten Versuche wurde die Einwirkung der genannten vier Hefepräparate auf Staphylokokken geprüft und dabei ergab sich, daß bei Einimpfung in Dauerhefe die Staphylokokken nach 54 Stunden abgetötet waren, während bei Einwirkung von Preßhefe schon nach 6 Stunden eine deutliche Wachstumsverminderung, nach 24 Stunden eine vollständige Vernichtung der Keime beobachtet wurde. Bei einem Kontrollversuche tötete die gährende Dauerhefe schon nach 48 Stunden sämtliche Staphylokokkenkeime ab, während Furunculin und die Bierhefekultur keinen Einfluß auf das Wachstum ausübte. Die Preßhefe beeinflusste das Wachstum der Staphylokokken derart, daß von anfangs unzähligen Keimen nach 54 Stunden noch 40 Keime auf der Platte übrig blieben, die nur aus Hefezellen bestanden, so daß auch hier eine Abtötung der Staphylokokken stattfand. *Bacterium coli* wurde erst nach längerer Zeit (72—76 Stunden) abgetötet, ist also widerstandsfähiger als die anderen Bakterien gegenüber Dauerhefe. Furunculin und Hefekultur ließen in zwei Versuchen das Bakterienwachstum unverändert. Was nun das Resultat der Untersuchungen anlangt, so läßt sich eine entwicklungshemmende bakterizide Wirkung der gährenden Dauerhefe, Preßhefe und Levuriose auf Typhusbazillen, Staphylokokken und *Bacterium coli* im

Glase nachweisen. Die zur Abtötung erforderliche Zeit schwankte zwischen 24 und 76 Stunden. Die bakterizide Wirkung fehlt vollkommen dem Furunculin und geht auch der aus Bierhefe gezüchteten Hefekultur ab. Wenn es nun wahr ist, daß per os verabreichte Hefe eine Heilwirkung auf Furunkel, Akne etc. hat, so kann dies nur so erklärt werden, daß bei der im Darmlumen vor sich gehenden Hefegärung lösliche Produkte entstehen, welche resorbiert ins Blut gelangen, von dort den Krankheitsherden zugeführt werden, um dort das Bakterienwachstum zu hemmen oder zu vernichten. Bei der Hefekur ist der Nahrung besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, da bei Verabreichung von Reis, Sago, Gries die Heilwirkung größer ist als bei Fleischkost.

Herz (von der Prager Hautklinik) teilt die Ergebnisse seiner Versuche über **Agglutination der Tuberkelbazillen bei Hauttuberkulose** mit.

Die Versuche wurden mit der von Koch angegebenen Testflüssigkeit (einer Emulsion von getrockneten und zu feinstem Staub zerriebenen Tuberkelkulturen in einer 0.5% Karbolsäure und 0.85% NaCl-Lösung) angestellt. Es wurde das Serum von 31 Fällen von mehr weniger hochgradiger Haut- und Schleimhauttuberkulose sowie eines Falles von Lichen scrophulosus zu wiederholten Untersuchungen benützt. Die Resultate erweisen die Unverwendbarkeit der Serumreaktion als diagnostisches Hilfsmittel bei der Hauttuberkulose, dagegen scheint der Ausfall der Reaktion einen Maßstab für die natürliche oder künstliche Immunisierung des Körpers gegen Tuberkulose zu bilden.

Winternitz (Prag): Eine Trichomykosis des behaarten Kopfes.

Nach Besprechung einiger bloß das Haar betreffenden infektiöser Erkrankungen (Piedra, Behrend, Unna), (Palmellina, Pick, Colombini), (Trichorrhaxis nodosa Hodara, Spiegler) führt W. an der Hand von Abbildungen und mikroskopischen Präparaten das Bild einer wohl sehr vereinzelter Haarerkrankung vor. Sitz derselben war der behaarte Kopf, ergriffen war eine größere Anzahl von Haaren an der Schläfe und der hinteren Haargrenze. Die betreffenden Haare zeigten Verdickungen, respektive bis $\frac{1}{2}$ cm lange Einscheidungen, die aus Pilzmassen und zwar aus strahlig verlaufenden Fäden bestanden, welche letzteren sich in Bazillen auflösen ließen. Diese wurden reingezüchtet und zeigten Besonderheiten gegenüber den bisher bei infektiösen Haarerkrankungen (Piedra, Palmellina, Trichorrhaxis) gefundenen und gezüchteten.

Diskussion: Pick (Prag) betont das Vorkommen der Trichomykosis palmellina an denselben Stellen, wie die von W. angeführten und weist deshalb auf die Notwendigkeit und auf die Möglichkeit einer Differenzierung dieser Mykose von der Mykosis palmellina hin.

Winternitz (Schlußwort): Bei dem Umstande, als die Auflagerungen am Haare, wie die mikroskopischen Präparate zeigen, bloß aus Bazillen bestehen und bei der Züchtung nur letztere in Reinkultur aufgehen, ist die Ätiologie wohl geklärt. Trotzdem ist eine Überimpfung auf das Haar noch nötig und hat W. eine solche auf dem Wollhaar seines eigenen Armes, aber erst in der letzten Woche gemacht. Er wird später über die Impfungen berichten.

Saalfeld (Berlin): Diabetes und Hautkrankheiten.

Hautaffektionen, die ausschließlich dem Diabetes zukommen, sind das Xanthoma diabeticum, der Diabete broncé, die Gangraena diabetica, die Gangraena diabetica bullosa serpiginosa und die Dermatitis diabetica papillomatosa. Die bei Diabetikern vorkommenden Fälle von Mal per-

forant du pied lassen sich hier anreihen. Im Gegensatz zu den eben geschilderten Leiden geht S. nun auf diejenigen Hauterkrankungen ein, die als zufällige Begleiterscheinungen mit dem Diabetes koinzidieren. Er wies zunächst auf die Neigung zur Nekrosenbildung, respektive die schwere Heilbarkeit bei den durch Mikroorganismen hervorgerufenen entzündlichen Prozessen der Haut hin, wie Furunkel, Karbunkel, Paronychie, einen von ihm beobachteten Fall von *Acne necrotisans*. Die Abhängigkeit ist weiters daraus ersichtlich, daß die Erkrankungen mit dem Heruntergehen des Zuckergehaltes gleichfalls sich bessern, respektive zur Heilung gelangen. Analoges beobachtete S. bei drei Fällen von *Acne rosacea*, einem Falle von *Ulcus molle*, ferner von *Ulcus cruris traumaticum*, während er den Herpes zoster bei Diabetikern mit besonders großen Schmerzen und einmal mit Gangränbildung verlaufen sah. Pruritus universalis und localis ist bei Diabetikern ungemein häufig. Eczema et Pruritus scroti und vulvae, Eczema intertrigo, Balanitis mit Neigung zur Phimosis sind allgemein bekannt. Von den sonst noch mit Diabetes mehr oder weniger in direktem Zusammenhange stehenden Dermatosen hob S. die Anidrosis und Asteatosis, die viel seltenere Hyperidrosis, die Urticaria und das Erythem hervor, während er bei seinen Psoriasisfällen niemals Glykosurie beobachten konnte. Hauterkrankungen als prämonitorisches Zeichen für den Diabetes sah S. in zwei Fällen. Im Anhang äußerte sich Vortragender über den Zusammenhang des Diabetes mit der Lues. Beide Krankheiten können einfach koinzidieren oder die Glykosurie kann eine Folge der Lues sein. Letzteres ist der Fall, wenn beide Affektionen an einem Patienten auftreten, der früher nicht an Diabetes gelitten hat, wenn die Glykosurie unter der antisypilitischen Behandlung zurückgeht ohne antidiabetische Diät, und wenn bei einem Luesrezidiv sich wieder Zucker zeigt. Andererseits kann gerade umgekehrt bei Einleitung einer Hg-Kur sich Zucker einstellen, der dann nach Unterbrechung derselben aufhört oder auch nicht, wie S. in einem Falle beobachten konnte. Ferner sah er in zwei Fällen einen günstigen Einfluß der Hg-einreibung auf den Diabetes insipidus. Für die erfolgreiche Behandlung der Hauterkrankungen bei Diabetes ist die allgemeine Therapie eine *conditio sine qua non*.

Diskussion: Demetriade (Jassy) erwähnt einen Fall mit einem Geschwüre am Skrotum, bei welchem er einen Diabetes als Ursache feststellen konnte. Er betont das häufige Zusammentreffen von Lues und Diabetes.

Böhm (Karlsbad) berichtet von einem 42jährigen Kurgaste mit Diabetes mellitus (4—5%) und Psoriasis prof. univ. Die Psoriasis war von so starker Ausbreitung, daß am ganzen Rumpfe kein Plätzchen gesunder Haut zu finden war. Mit der Abnahme des Zuckers besserte sich auch der schwere Zustand der Psoriasis. Ob der Diabetes die Ursache der Psoriasis ist, kann nicht entschieden werden, aber so viel steht fest, daß der Diabetes zeitlich früher aufgetreten ist als die Psoriasis.

Justus (Budapest) berichtet von einer 40jährigen Patientin, die ein syphilitisches Ulcus des linken Unterschenkels, eine Atrophie der Nervi optici und einen Diabetes insipidus hatte mit 10—12 Liter täglicher Harnmenge. Unter Hg-Kur trat Heilung des Ulcus und Abnahme des Harnes (2 Liter) ein. Atrophie blieb unverändert. Nach einigen Monaten Rezidiv des Diabetes insipidus.

Siebel (Karlsbad) macht Mitteilung von einem Diabetesfalle, der durch Karlsbader Kur nicht zuckerfrei wurde, durch eine Inunktionskur aber in drei Wochen den Zucker verlor.

Pick (Prag) fügt einige Bemerkungen zu den Angaben des Vortragenden bezüglich der Koinzidenz von Diabetes und Psoriasis, weist auf die von seinem Sohne Walther Pick aus der Klinik Neisser mitgeteilten statistischen und experimentellen Angaben bezüglich der größeren Neigung der Psoriatischen zur alimentären Glykosurie hin, mit welchen die Resultate der zahlreichen, analogen Beobachtungen an seiner Klinik übereinstimmen.

Ledermann (Berlin) berichtet von einem 6jährigen Kinde mit extragenitaler Luesinfektion und Diabetes insipidus; Jod, Hg ohne Einfluß, Exitus. Er weist dann auf die Schwierigkeiten hin, die entstehen, wenn Nephritis bei Lues und Diabetes während der Schmierkur eintritt. Zum Schlusse bespricht er die klinische Veränderung, die die Psoriasis der Genitale bei Frauen erleidet, indem die Haut stark glänzend, glatt wie bei Xeroderma erscheint und weist darauf hin, daß es sich bei Zusammenstellung von Nagelschmidt nur um den Nachweis einer alimentären Glykosurie in einem gewissen Prozentsatze der Psoriasisfälle handelt.

Viktor Bandler (Prag) erwähnt seine Publikation vom Jahre 1898 aus der Klinik Pick, betreffend einen Fall von hereditärer Lues mit Diabetes insipidus. Harnmenge 18—20 Liter täglich. Eine eingeleitete Inunktionskur bewirkt Heilung.

Ehrmann (Wien) weist auf seine bereits publizierte Beobachtung hin, daß bei Diabetikern Erosionen am Genitale eine Beschaffenheit annehmen, welche sie der einer Sklerose ähnlich macht. Er bespricht dann noch die syphilitische Polyurie und den Diabetes bei Syphilis.

Saalfeld (Schlußwort) glaubt, daß Ledermann und Bandler ihn bezüglich der von ihm erwähnten Fälle von Diabetes insipidus mißverstanden haben. Bei dem einen Fall ging die Polydipsie und Polyurie zurück, als wegen einer frischen Lues eine Hg-Kur eingeleitet wurde; bei dem zweiten Falle ließen ebenfalls die Erscheinungen des Diabetes insipidus nach, als wegen Auftreten von Morpiones unquantum cinereum angewendet wurde, ohne daß Lues bestand.

Spiegler (Wien): Beiträge zur Kenntnis des Pigmentes.

Über den Ursprung des Pigmentes bestehen zwei entgegengesetzte Auffassungen: Die hämatogene Lehre einerseits und andererseits diejenige, der zufolge das Pigment ein Produkt der Zelltätigkeit ist ohne Mitwirken des Blutfarbstoffes. Die Frage ist nicht histologisch lösbar, sondern nur durch Darstellung und chemische Untersuchung großer Pigmentmengen. Der Vortragende hat solche aus schwarzem Roßhaar dargestellt. Da sich aus diesem Pigment weder Hämopyrol noch Küsters Hämatinsäuren darstellen lassen, ist ein Zusammenhang mit Blutfarbstoff ausgeschlossen. Aber auch aus Schimmelhaar und weißer Wolle läßt sich ein helles Pigment gewinnen, das mit Ammoniak behandelt, schwarz wird und das in seiner Zusammensetzung dem schwarzen sehr ähnlich ist. Sowohl das helle als auch das schwarze Pigment geben ein identisches Oxydationsprodukt, welches schön krystallisiert und bei 69° C. schmilzt. Außerdem gibt das schwarze Pigment noch weiße Reduktionsprodukte, die sich durch Behandlung mit Eisessig und Zinkstaub, sowie durch elektrolytische

Reduktion, schwer aber durch Reduktion mit alkalischen Reduktionsmitteln herstellen lassen.

Diskussion: Winternitz (Prag) fragt, ob der von S. dargestellte Farbstoff mit dem von Sieber aus Menschenhaaren und Haut dargestellten, respektive mit den von Nenki und Berdez aus einem Melanosarkom und aus Pferdehaar dargestellten identisch ist.

Spiegler verneint dies.

Winternitz: Auch Sieber hat bereits darauf hingewiesen, daß zwischen dem Blut- und dem Haarfarbstoffe kein Zusammenhang besteht.

Löwenheim (Liegnitz) fragt, ob Untersuchungen über die Färbekraft gemacht wurden. Selbst wenn das Pigment nur in Schwefelsäure oder Kalilauge löslich ist, muß es sich doch ermöglichen lassen, zu beweisen, daß das demonstrierte Präparat ein Farbstoff ist.

Paul Richter (Berlin): Über unschädliche Haarfärbemittel.

Im Jahre 1897 hat R. das Aureol, welches Erdmann erfunden, als unschädliches Haarfärbemittel empfohlen. Das hält er auch jetzt noch aufrecht, da das Aureol kein Paraphenylendiamin enthält, während der Fall von Schütz, auf dessen Angriffe dieser Vortrag als Antwort dienen soll, das paraphenylendiaminhaltige „Juvenia“ von Guesquin in Paris betraf. Die seltenen Hautentzündungen nach Aureol sind lokal beschränkt und heilen leicht. Das darin enthaltene Metol, welches manchmal Hautentzündungen hervorruft, kann ohne weiteres fortgelassen werden.

Ehrmann (Wien): Über die Sklerodermie und ihre Beziehung zu den autotoxischen Erythemen.

E. teilt seine Arbeit in drei Teile, deren erster die tatsächliche Beobachtung an der Haut, deren zweiter die Koinzidenz mit anderweitigen Erkrankungen, namentlich mit Atonie des Darmes betrifft und deren dritter endlich die Schlußfolgerungen zieht, welche dazu führen, die Sklerodermie als eine autotoxische Erkrankung anzusehen. Im ersten Teile berichtet E. über Fälle, bei welchen der Sklerodermie unmittelbar vorangehend und mit ihr gleichzeitig urticarielle Erytheme umschriebener Natur verliefen, dann allgemeine schwere Erytheme mit schwerer Allgemeinerkrankung, die direkt in Sklerodermie übergingen und von denen ein Fall letal endete. In diesem Falle war auch Sklerodermie am weichen Gaumen und im Anfangsteile des Ösophagus, Nieren- und Lungenaffektion vorhanden. E. weist darauf hin, daß die circumscribten Sklerodermien fast alle aus Erythemflecken hervorgehen, beim Fortschreiten in der Peripherie immer von akuten Erythemen begleitet werden. Aus diesen Erythemen geht auch die Pigmentbildung hervor. Bezüglich der Ätiologie, die den dritten Teil der Besprechung bildet, findet E., daß bei einer großen Zahl seiner Fälle Störungen der Darmmotilität vorhanden sind. Er gibt wohl zu, daß die toxische Substanz auch anderweitig entstehen könne als im Darms, jedoch in seinen Fällen scheint zweifellos der Darm die Bereitungsstätte des Giftes zu sein. Die von Beer beobachtete Erscheinung, daß die umschriebene Sklerodermie an solchen Stellen sich zeigt, wo dauernder Druck oder Reibung von seiten der Bekleidung und Bewaffnung vorhanden ist, kann nicht so gedeutet werden, daß jedes mechanisch erzeugte Ekzem bei jedem Menschen in Sklerodermie übergehen kann, sondern nur so, daß bei solchen Menschen, welche der betreffenden toxischen Wirkung ausgesetzt sind, ähnlich wie bei Lues, Lichen planus etc. die Reizung eine frische Lokalisation an der gereizten Stelle provoziert. Als eine sehr wichtige Unterstützung seiner Theorie führt E. noch an, daß in dem erythematösen Stadium aller Fälle bei der

Harnanalyse überaus große Mengen von Indoxyl, Skatoxyl und von Ätherschwefelsäuren gefunden worden sind.

II. Sitzung am 23. September, 9 Uhr vormittags.

Kranken-Demonstrationen im Karlsbader Krankenhaus.

Vorsitz: Ledermann (Berlin), Justus (Budapest).

Kreibich (Wien) demonstriert einen Fall von **Mycosis fungoides** im 2. Stadium der sogenannten flachen Infiltrate vor. Die 28jährige Patientin bemerkt die Hautaffektion seit 6 Jahren. Die typische Krankheitserscheinung stellt sich dar als ein rundes, scheibenartiges, entzündliches Infiltrat von bräunlich roter Farbe. Der zentrale Anteil ist eingesunken oder bereits vollständig rückgebildet und mehr gelblich gefärbt, während der scharfe, erhabene, wallartige Rand entweder bei stärkerer Irritation leicht nässend ist oder kleienartig abschilfert. An manchen Stellen ist das Infiltrat in zwei konzentrischen Kreisen angeordnet. Das tritt, wenn auch nicht ganz deutlich, an den großen konfluerten Herden der rechten Brust, sowie um die Genitalgegend hervor. Daneben sieht man auch da und dort in einem Infiltrate fast tumorartige Verdickungen. Ähnliche, flache, kuchenartige Infiltrate mit zentraler Rückbildung sind am Rücken lokalisiert, während an den Beugeflächen der Extremitäten das bräunlich rote Infiltrat zum Teile in annulären, zum Teile in halbbogenförmigen Linien angeordnet erscheint. Die Krankheit ist lokalisiert im Gesichte mit runden Scheiben an der Stirn und um die Mundspalte. Dicht befallen ist ferner die Halshaut, beide Achselhöhlen, Genitalgegend, weniger dicht die Benge- und Streckseiten der Extremitäten. Unter der Behandlung sind die Infiltrate etwas flacher und breiter geworden, so daß früher nicht konfluerte Herde jetzt konfluieren. Blutbefund normal. In dem scheibenartigen, zentral eingesunkenen und peripher mit einem scharfen Wall umgebenen Infiltrate liegt das Typische dieser Erkrankung und damit auch des Stadiums der Mycosis fungoides. Zu gleicher Zeit sehen wir die Affektion in zwei weiteren Fällen durch ebensolche Krankheitserscheinungen charakterisiert. In diesen Fällen trat der periphere Infiltrationswall durch zentrale Rückbildung noch deutlicher hervor. Lepra, an welche das Krankheitsbild entfernt erinnert, kann nach der lebhaft roten Farbe, nach dem Fehlen aller übrigen leprösen Erscheinungen und nach dem negativen Blutbefunde ausgeschlossen werden. Die histologische Untersuchung zeigt die typischen, für Mycosis fungoides beschriebenen Veränderungen.

Diskussion: Delbano (Hamburg) fragt nach den therapeutischen Bestrebungen bei diesem Fall, ferner ob Riesenzellen gefunden wurden, wie er sie selbst als Fremdkörperriesenzellen mit Einschluß von elastischen Fasern beschrieben hat.

Ledermann (Berlin) weist darauf hin, daß er bereits 1889 typische großkernige Riesenzellen beschrieben hat, die er als Fremdkörperriesenzellen aufgefaßt hat. Der vorgestellte Fall ist durch das lange Vorstadium bemerkenswert. Er selbst hat vor kurzem in der dermatologischen Gesellschaft in Berlin einen Fall demonstriert, in welchem das erythematöse Vorstadium 15 Jahre dauerte. Therapeutisch haben

große Arsendosen häufig gute Dienste geleistet. Meist verläuft die Krankheit letal.

Kreibich (Wien):

Der zweite demonstrierte Fall ist nur mit einiger Wahrscheinlichkeit als eine **prämykotische Erythrodermatitis** zu diagnostizieren. Patient, der seit 15 Jahren an der Affektion leidet, zeigt mit Freilassung der Gesicht- und Halshaut fast im ganzen Körper ihrem Alter nach verschiedene Krankheitsherde. Die frischen Herde sind handtellergröße, scharf konturierte, entzündliche Flecke von einer bläulich roten Farbe mit kleinen Hämorrhagien. Ab und zu sind hellergröße Herde von dunkler, cyanotischer Farbe, mit zentraler Einsenkung, aber auch diese Herde sind schon aus Konfluenz hervorgegangen und das kleinste Krankheitselement hat das Aussehen eines Lichen ruber planus Knötchen. Solche Knötchen finden sich an der Penishaut, zum Teil polygonal begrenzt, mit peripherer Zackenbildung planer Beschaffenheit. Die großen scheibenartigen Herde ändern im Verlaufe ihres Bestandes die Farbe ins bräunlich Rote und hinterlassen endlich ebenso konturierte schmutzig gelbliche Pigmentationen. Die Erkrankung zeigt hie und da Jucken. Atrophien nirgends vorhanden, Mundhöhle, Skrotum frei. Da Lichen ruber planus mit Rücksicht auf die großen, einheitlichen, entzündlichen Flecke aus vielfachen Gründen auszuschließen ist, Pityriasis rubra, circumscripte Hautatrophie, Lepra, ebenfalls ausgeschlossen werden können, so kann die Erkrankung nur in jene Gruppe schwer zu diagnostizierender Dermatitiden eingeteilt werden, die wir Mangels besserer Kenntnisse als Vorstadien der Mycosis fungoides bezeichnen. Knotige Infiltrate bestehen nirgends, obwohl die Affektion 15 Jahre besteht.

Diskussion: Winternitz (Prag): Bezüglich des zweiten Falles möchte W. ebenfalls ein prämykotisches Stadium annehmen. Dagegen möchte er erwägen, ob der erste Fall nicht ein ausgebreitetes Eczema seborrhoicum sei. Der vorhandene seborrhoische Zustand der Kopfhaut, die reichliche Schuppung der Herde, die reine Kreisform einiger Herde bei Fehlen der für Mycosis fungoides charakteristischen nierenförmigen und halbgeschlossenen Herde, das Fehlen von tumorähnlichen Infiltraten scheint gegen Mycosis fungoides und für Eczema seborrhoicum zu sprechen.

Pincus (Berlin) hält den Fall für identisch mit einem vor vier Jahren von Gebert vorgestellten Kranken. Eine Diagnose ward damals nicht gestellt worden, doch bestand eine Neigung, die Affektion als Anfangsstadium der Mycosis fungoides anzusehen.

Saalfeld (Berlin) hält die Affektion für Duhringsche Krankheit.

Ledermann (Berlin) spricht sich dagegen aus. Er rechnet den Fall zu den autotoxischen Erythemen und glaubt, daß er dem Typus der Erythème generalisée exfoliative Besniers einzureihen ist.

Walther Pick (von der Prager Hautklinik) demonstriert einen Fall von sehr ausgedehnter **Arsenmelanose** bei einem Psoriatiker. Die Melanose besteht seit sechs Wochen und ist nach einer vierwöchentlichen Arsendarreichung in allmählich auf 20 Tropfen Solutio Fowleri steigenden Dosen aufgetreten. Von der intensiven Braunfärbung sind der ganze Stamm und die Extremitäten befallen und an einzelnen Stellen, so in der Schultergegend, an den Seitenteilen des Stammes finden sich bis handtellergröße Herde bestehend aus zahlreichen, kleinsten, nicht über linsen-

großen weißen Flecken. Von diesen finden sich Übergänge zu solchen mit einer mehr hellroten Färbung, welche neben einer geringen Infiltration auch oberflächliche Schuppung erkennen lassen, so daß kein Zweifel darüber besteht, daß es sich um Reste von Psoriasiseffloreszenzen handelt, wenn auch die manifesten Psoriasisherde eine Zusammensetzung aus derartigen kleinsten Effloreszenzen nicht mehr erkennen ließen. In der Medianlinie des harten Gaumens findet sich ein etwa hellergroßer, dunkelbraun pigmentierter Herd.

Diskussion: Löwenheim (Liegnitz) erwähnt eines Falles, der ohne Arsenmedikation Entfärbung der Haut zeigte, die sich bei späteren Anfällen mit und ohne Arsen nicht wiederholte.

Saalfeld (Berlin) gibt Arsen bei frischem Ausbruch von Psoriasis, da er bei Anwendung von äußeren Mitteln neue Eruptionen auftreten sah.

Ledermann (Berlin) vermeidet bei frischen Eruptionen sowohl Arsen, als Chrysarobin und bedient sich des Wasserstoffsuperoxydes (offic.) in Form von Sprays oder einfachen Pinselungen. Ohne die geringste Reizung schwinden selbst größere Plaques, so daß er die bisher noch nirgends beschriebene Behandlungsform warm empfehlen kann.

Ullmann (Wien): Das Zusammentreffen so prompter Wirkung des Arsen in so geringen Dosen in kurzer Zeit mit intensiver Melanosis ist jedenfalls auffallend. Im allgemeinen wird Arsen viel zu häufig gegeben, weil er doch selten allein zum Ziele führt, ja sehr oft ist er ganz unwirksam.

Pick (Prag) erklärt den Arsenik für ein souveränes Mittel gegen Psoriasis. Er gibt zu, daß Arsen in einzelnen Fällen im Stiche lasse, deshalb könne man jedoch nicht leugnen, daß Arsen in der Mehrzahl der Fälle Glänzendes leiste.

Galewsky (Dresden) schließt sich Ullmann an. Er hält sich nicht für berechtigt, jedem Psoriatiker eo ipso Arsen geben zu müssen, da wir nicht wissen, ob es nicht doch schädliche Folgen hat.

Pick (Prag) tritt dem entgegen, man müsse den Ursachen nachgehen, warum in den einzelnen Fällen Arsen nichts genützt hat. Im übrigen sah er die beste Wirkung bei der von ihm, wenn nur irgend möglich, bevorzugten Injektionsbehandlung. Die schädlichen Nebenwirkungen lassen sich bei gehöriger Vorsicht leicht vermeiden.

Ehrmann (Wien) sah Leukoderma bei Braunfärbung der Haut, die von Natur durch Lichtwirkung und Arsen erzeugt war. Der mikroskopische Befund ist wie bei dem Leukoderma syphiliticum. Das Leukoderma bei Chrysarobin beruht auf Ablagerung eines im durchfallenden Lichte bräunlichen, im auffallenden roten Körpers in der die Plaques umgebenden Hornschicht.

Pick, Walther (von der Prager Hautklinik) demonstriert einen Fall von *Atrophia idiopathica cutis*. Die Affektion besteht bei dem 21jähr. Patienten seit 10 Jahren, begann mit einer Abschlüpfung der Nägel, an welche sich Hautveränderungen anschlossen, die immer das Aussehen der jetzt noch sichtbaren Herde darboten, ohne daß sich je entzündliche

Veränderungen gezeigt hätten. Eine weitere Veränderung hat mit den Herden nicht stattgehabt, nur an Ausdehnung hat die Affektion allmählich zugenommen, doch ist auch diese seit einem Jahre stationär geblieben. Die Affektion hat hauptsächlich die rechte obere Extremität befallen, nur ganz vereinzelt Herde finden sich über der rechten Schulter und in der rechten Hüftgegend. Am Vorderarme zeigt die Affektion eine deutlich streifenförmige Anordnung; ein etwa 4 cm breiter, unregelmäßig konturierter Streifen zieht sich vom zweiten und dritten Metacarpophalangealgelenk über den Handrücken und Vorderarm bis ungefähr zur Mitte der Ulna. Außen und innen von diesem Streifen finden sich je ein kürzerer und schmalerer Streifen; außerdem finden sich sowohl am Unter- als auch am Oberarm mit besonderer Beteiligung der Streckseiten unregelmäßig begrenzte Herde von Gulden- bis zu Handtellergröße. Die Haut erscheint an diesen Stellen graublau verfärbt, matt glänzend und derart verdünnt, daß die darunter liegenden Gefäße durchscheinen und der palpierende Finger deutlich in eine Vertiefung zu fallen scheint. Die graublaue Verfärbung läßt etwas auf Fingerdruck nach, um einer schwachgelblichen Verfärbung Platz zu machen, am Rande der Herde ist keine Pigmentation sichtbar. Sensibilitätsstörungen oder Parästhesien waren nicht nachweisbar.

Diskussion: Ehrmann (Wien) hält es für eine Entwicklungshemmung, welche sich auf eine Reihe von Hautpartien bezieht und zwar im Bereiche des Bindegewebes und der Papillen.

Kreibich (Wien) ist jedenfalls für die Diagnose Hautatrophie, doch ist dieselbe verschieden von der Pospelowschen Form.

Ullmann (Wien) ist derselben Meinung, da die Atrophie schon so frühzeitig eine so intensive Ausbreitung genommen hat und schon von weitem sichtbar ist.

Waelsch (Prag) erwähnt die Halbseitigkeit der Affektion, speziell die bandartige Anordnung an der Streckseite des rechten Armes.

Ledermann (Berlin) verfügt über einen analogen Fall, der vor 35 Jahren begonnen hat. Patient litt zuerst an einer starken Verhärtung der Haut beider Extremitäten bis zu den Nates. Allmählich wurde die Haut der Kniegegend, der Oberschenkel immer dünner und zeigt jetzt eine starke Atrophie mit durchscheinenden Venen. Aufgehobene Hautfalten bleiben bestehen und zeigen den Verlust der normalen Elastizität an. Vor 7 Jahren war die Haut der Unterschenkel bretthart, schlecht verschieblich, wie bei Sklerodermie. Im Laufe der Zeit nimmt auch diese Haut atrophische Beschaffenheit an, wird dünn, leicht verschieblich, so daß sich derselbe Zustand wie an den Oberschenkeln vorbereitet.

Böhm (Karlsbad) spricht über *Keratoma hereditarium palmare et plantare* mit Vorstellung eines daran leidenden Kranken. Ausgehend von den über diese Affektion bestehenden differenten Ansichten (Kaposi, Lesser, Joseph, Neißer u. a. nennen diese Erkrankung *Ichthyosis localis palmaris et plantaris*, während Unna, Duhring, Neumann hierfür den Ausdruck *Keratoma hereditarium palmare et plantare* gebrauchen), schildert der Vortragende seinen Fall, der innerhalb drei Generationen bei elf Familienmitgliedern sich fortgeerbt hat. Die Affektion ist an den Handflächen stärker als an den Fußsohlen entwickelt. Die Haut ist daselbst bedeutend verdickt, durch zahlreiche Falten und Furchen in Plättchen, Platten und Schilder von polygonaler Gestalt und bernsteingelber Farbe geteilt. Die Platten sind an manchen Stellen

mehrere mm hoch und an den Rändern gerieft. Werden die Hände in aufrechter Stellung gegen das Tageslicht gehalten, sieht man die dicken Hornplatten in ihrer schönen Eigenfarbe. Mäßige Hyperidrosis. Die Beweglichkeit in den Metakarpophalangeal- und Phalangealgelenken ist wesentlich herabgesetzt, das Tastgefühl abgestumpft. Auffallend ist besonders, daß das Kältegefühl normal, das Hitzegefühl sehr verlangsamt ist. Die erwähnte Affektion ist nur an den beschriebenen Hautpartien vorhanden nicht wie in den Fällen von Neumann auch am Dorsum der Handgelenke, Ellbogen und Knie und ist bei allen Familienangehörigen in früher Jugend aufgetreten, um bis zum 20. Lebensjahre den Höhepunkt zu erreichen und dann stationär zu bleiben, ohne Tendenz zur Rückbildung.

Diskussion: Joseph (Berlin) hält die Erkrankung für eine während des intrauterinen Lebens eingetretene abortive Ichthyosis.

Weidenfeld (Wien) erinnert daran, daß Kaposi auf zwei Vorgänge nach Hyperidrosis manuum et pedum aufmerksam gemacht hat und zwar Hypertrophie der Hornschicht in den einen Fällen und Atrophie in den anderen. Es mag nun sein, daß wir es hier mit einem habituellen starken Schwitzen zu tun haben, bei dem es zu mächtiger Hornauflagerung gekommen ist.

Voerner (Leipzig) hält den Fall für nicht typisch. Die Hornmassen sind nicht wie beim ausgesprochenen Keratoma auf Hand- und Fußfläche verteilt und begrenzen sich demnach nicht am Rande derselben in typischer Weise. Sie zeigen vielmehr eine herdförmige, stärkere Entwicklung, wie man sie bei anderen Verhornungsanomalien beobachtet (Schwielenbildung und Hyperidrosis u. a.).

Böhm (Karlsbad): Fall zur Diagnose. Ein 27jähriger lediger Mann leidet von Kindheit an an einer Hautaffektion, die symmetrisch an den oberen und unteren Extremitäten sowohl an der Beuge- als Streckseite lokalisiert ist. Die Affektion juckt kolossal Tag und Nacht und läßt nur in protrahiertem Bade und bei künstlicher Schweißerrregung etwas nach. Eltern und acht Geschwister leben und sind gesund. Die Haut der ergriffenen Partien fühlt sich derbe, trocken, rauh und verdickt an. Allenthalben sind zahlreiche stecknadelkopfgroße, flache, glänzende, hornartige Knötchen, die an die Haarfollikel gebunden, zum Teile von einem Haare durchbohrt sind, zum Teile kann man durch Abkratzen der obersten Schichten ein Haar zum Vorschein bringen. An den Tibien ist die Haut bretthart, nur in dicken Falten abhebbar, zahlreiche Kratzeffekte und Borken. Die Haut ist an den erkrankten Stellen braungelb, an den Unterschenkeln livid. Inguinaldrüsen vergrößert, indolent. Temperaturstimm normal, Tast- und Schmerzgefühl herabgesetzt.

Diskussion: Kreibich (Wien) hält die Affektion für einen Lichen simplex chronicus.

Joseph (Berlin) glaubt, daß es sich um eine besondere Form von Prurigo handelt. Charakteristisch hierfür sei die vorwiegende Lokalisation an den Streckseiten der Extremitäten. Gegenüber dem Lichen simplex betont er, daß die Affektion nicht als angeboren beschrieben ist.

Ehrmann (Wien) sah denselben Fall vor Monaten, wo zahlreiche Pusteln vorhanden waren. Er muß sich gegen Prurigo aussprechen; schon der scharfe Übergang von erkrankter Haut zur normalen, die follikuläre dichtgedrängte Anordnung spricht entschieden dagegen. Das Aus-

sehen des Falles, wenn man von der Lokalisation absehen will, spricht für Lichen simplex chronicus Vidal. Ehrmann stellt übrigens keine Diagnose, sondern er hält die Form für eine follikuläre Erkrankung bisher unbekannter Art.

Pincus (Berlin) nähert sich der Ansicht Kreibichs. Die Affektion ist nicht selten, besteht viele Jahre, bietet stets die Form stark juckender, rauher, follikulärer Knötchen, in Ringen gestellt. Durch die Ähnlichkeit des Verlaufes mit der Prurigo erinnert das Leiden an die eine Abart des Lichen chronicus darstellende Prurigo diathesique. In einem Falle des Beobachters zeigten sich Lichen ruber planus Ringe am Penis. Häufig bestehen dabei urtikarielle Eruptionen, welche durch den Juckreiz die lichenisierte Beschaffenheit der Haut verstärken.

Waelsch (Prag) stimmt mit Joseph darin überein, daß es sich nicht um Lichen simplex chronicus handle, auch als Prurigo kann es nicht aufgefaßt werden. Am besten ist wohl, die Krankheit als follikuläre entzündliche Keratose zu bezeichnen.

Weidenfeld (Wien) beobachtete mehrere ähnliche Fälle, die er in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgestellt hatte.

Delbanco (Hamburg) sieht auch in dem Falle eine besondere follikuläre Affektion, bei der man nicht eine Einfügung in die bekannten Schemata versuchen soll. Er möchte gegen das Jucken die Hypnose vorschlagen.

Prof. Pick (Prag) demonstriert eine Reihe interessanter Fälle aus der Prager dermatologischen Klinik, darunter zwei Fälle von **Pemphigus**, einen Fall von **Erythromelie Pick** und zwei Fälle von **Melanosis lenticularis progressiva Pick** (Xeroderma pigmentosum Kaposi) und knüpft an diese Demonstrationen einen Vortrag über die Pathogenese der Prozesse. An diese Demonstrationen schließt sich eine Diskussion, an welcher sich die Herren Justus, Demetriade, Joseph, Ehrmann, Delbanco und der Vortragende beteiligen.

Guth (Karlsbad) demonstriert eine **Sklerodermie** mit Muskelatrophie. Bei einem 8jährigen Mädchen entwickelte sich innerhalb weniger Wochen im Herbst 1900 eine Sklerodermie. Sie begann an der Brust- und Bauchhaut, ergriff dann die rechte Gesichtshälfte, den rechten Arm und das linke Bein. Jetzt besteht eine Sklerodermie der rechten Gesichtshälfte (II. und III. Trigeminusast) an der Beugeseite des rechten Armes, Außenseite des linken Beines auf den Fußrücken übergreifend, ferner diffuse Herde im atrophischen und Pigmentationsstadium auf Brust und Bauch, an anderen Stellen (Rücken, Glutaei) einzelne sklerotische Plaques. Im Bereiche der rechten Gesichtshälfte führte die Sklerodermie zu einer hochgradigen Atrophie der unterliegenden Weichteile. Am auffallendsten ist die bedeutende Volumsabnahme der Muskulatur des linken Beines, während an der Außenseite desselben nur ein schmaler Streifen von Sklerodermie hinzieht. Zu dieser Atrophie kam es erst ein Jahr nach Beginn der Krankheit.

Diskussion: Justus (Budapest) erinnert daran, daß Raynauds Krankheit und Sklerodermie häufig koinzidieren.

Galewsky (Dresden) behandelte drei Fälle mit Thiosinamin, wovon einer geheilt, der zweite gebessert und der dritte fast geheilt ist.

Weidenfeld (Wien): Es ist eine irrige Auffassung, daß die Sklerodermie immer nur die Haut betreffe und daß zum Beispiel die

Atrophie der Beine auf Druckatrophie zurückzuführen sei. Vielmehr sei der Beginn der Sklerodermie oft in dem intermuskulären Bindegewebe zu suchen, und dann ergreift sie erst die Haut.

Pincus (Berlin) hat in einem Falle von Sklerodermie eines Beines die Atrophie der Muskulatur gleichmäßig der zunehmenden Konstriktion des Beines durch Zunahme der Hautstarrheit folgen sehen.

Ehrmann (Wien) hält die Veränderung für eine Sklerose des intermuskulären Bindegewebes, welche nach dem Stadium des Ödems aufgetreten ist.

Guth (Karlsbad): Sklerodermie und Sklerodaktylie.

Bei einem 31jährigen Mädchen traten vor 10 Jahren die Erscheinungen lokaler Synkope an den Fingern beider Hände auf, sobald die Kranke sich kalter Temperatur aussetzte. Drei Jahre später trat das Stadium lokaler Asphyxie auf, in welchem Patientin vorgestellt wurde. Seit fünf Jahren besteht auch Sklerodermie an der Haut der Vorderarme. In letzter Zeit trat auch die maskenartige Veränderung des Gesichtes hinzu. An den Endphalangen der Finger finden sich der Fingerkuppe entsprechend etwa linsengroße, unregelmäßige, eingezogene Narben. Die Nägel erscheinen am Rande gerieft, etwas verdickt. Die Haut der Finger fühlt sich ebenfalls verdickt an.

Diskussion: Löwenheim (Liegnitz) erwähnt, daß sich bei einem Kinde, dessen Plaques mit Elektrolyse behandelt worden waren, zugleich die Funktion der atrophischen Muskulatur wesentlich gebessert hat. Der Knabe, bis dahin Linkshänder, wurde wieder Rechtshänder.

III. Sitzung am 23. September, nachmittags 2¹/₂ Uhr.

Vorsitz: Saalfeld (Berlin), Demetriades (Jassy).

Delbano (Hamburg) demonstriert 1. ein primäres Urethralcarcinom der pars pendula penis.

Dr. Alsborg (Hamburg) und Redner haben den Fall bereits in der biologischen Sektion des ärztlichen Vereines in Hamburg vorgestellt.

2. Die wohlgelungene Photographie eines Falles von Scleroderma circumscriptum. Der erythematöse Hof ist sehr gut sichtbar.

Bardach (Kreuznach): Quellsalzseifen bei Hautkrankheiten.

B. bespricht die Anwendung der Kreuznacher Quellsalzseifen, die in verschiedenen Stärken und in Kombination mit Schwefel, Teer, Jod und Bromnatrium hergestellt werden.

Weidenfeld (Wien): Über Verbrennungstod.

Die sehr interessanten Ausführungen Ws. sind bereits als Originalartikel im LXI. Bande des Archiv für Dermatologie und Syphilis erschienen.

Diskussion: Grosz (Wien): erwähnt die grundlegende Arbeit von Reiß. Er selbst hat in einer Reihe von letalen Verbrennungen konstant Pyridiu im Harne gefunden (gleich Reiß), dasselbe in einzelnen Fällen durch eine Schmelzpunktbestimmung identifizieren können. Die

Angaben von Spiegler und Fränkel konnte er nicht regelmäßig bestätigen. Jedenfalls ist der Pyridinbefund von großer Wichtigkeit.

Kreibich (Wien): Über einige melanotische Pigmentationen

K. spricht über die Verschiebung des Pigmentes aus der Cutis in die Epidermis und beweist die dadurch bedingte Pigmentation der letzteren durch Präparate von Schleimhautpigmentationen. Die Pigmentflecke stammen von einem Fall von Sommerprurigo und von einer Arsenmelanose.

Ähnliche Pigmentverschiebungen erfolgen bei Xeroderma pigmentosum bei Carcinom.

Diskussion: Ehrmann (Wien) hebt hervor, daß die Frage, ob das Pigment von Hämoglobin stammt, unabhängig ist von der Frage des Einwanderns der an der Mesodermgrenze gebildeten Melanoblasten in die Epidermis, der Abgabe des Pigmentes an die Epidermiszellen. E. demonstriert zwei Präparate von älteren Katzenembryonen, in denen neben fertigen Haaren junge Haarkeime vorhanden sind. Zwischen Papille und Epithelzapfen sind die Melanoblasten mit Beginn der Verzweigung zu sehen. Auch seitwärts sind die Epithelzapfen von Melanoblasten umlagert.

Galewsky (Dresden): Beitrag zur Ätiologie der Akne.

G. spricht von einer „Bäckerakne“. Unter 124 hautkranken Bäckern waren 44 mit Akne und 23 mit Eczema seborrhoicum. Alle Aknekranken Bäcker waren anämische, schwächliche, schlechtgenährte Individuen im Pubertätsalter. Die Ursache liegt in der Pubertät, der Anämie und Chlorose der Kranken, dem Mehlstaub und der Backofentemperatur.

Diskussion: Delbanc (Hamburg) berichtet über einen Fall von Akne universalis mit Freilassung des Gesichtes und Befallensein der Schamgegend und des behaarten Kopfes.

Breitenstein (Karlsbad): Die Circumcision in der Prophylaxe der Syphilis.

An der Hand einer Statistik gibt B. seine diesbezüglichen Beobachtungen über die günstigen Wirkungen der Zirkumzision bekannt, die er während seiner zwanzigjährigen ärztlichen Tätigkeit auf Java gemacht hatte.

Löwenheim (Liegnitz): Über urticarielles Ödem.

Unter diesem Namen beschreibt L. in Niederschlesien häufig vorkommende Schwellungen, die in Begleitung von Urticaria, inneren Erscheinungen, Magen- und Darmerkrankungen und konstanten Neuralgien im Hochsommer gehäuft vorkommen. Sie treten meist akut auf mit intermittierendem Fieber, abendlichen Schüttelfrösten und rezidivieren häufig. Keine Plasmodien. Die Ödeme sind meist im Gesichte in der Nähe der Schleimhäute, ja oft werden die Schleimhäute selbst ergriffen. L. hält die Affektion für eine Infektionskrankheit. In der Literatur sind solche Fälle unter Ödema circumscriptum Quinke, Ödema angioneuroticum Strübing, Hydrops hypostrophos Schlesinger, urticarielles Ekzem Neisser veröffentlicht. Therapeutisch haben sich Chlorkalzium, Salizyl und Chinin bewährt.

Diskussion: Pick (Prag) erinnert an eine größere Zahl solcher Fälle, die ihm aus Sumpfgegenden (Rosenberger Teiche) zur Beobachtung kamen. Er faßte dieselben als eine der Malaria verwandte Erkrankung auf.

Ehrmann (Wien) teilt mit, daß er bei mehreren Kranken, die früher Malaria hatten, beobachtete, daß, wenn sie sich mit Lues infizierten, und die Inunktion eingeleitet wurde, neue Malariaanfälle auftraten, so daß die Hg-Kur sistiert und Chinin gereicht werden mußte, bis die Anfälle aufhörten. Milztumor war immer vorhanden.

Löwenheim (Liegnitz) konnte palpatorisch niemals Milztumor nachweisen, percutorisch sehr selten.

Justus (Budapest) erwähnt zwei Fälle von Malaria, die mit Lues kompliziert, dieselben Beobachtungen machen ließen, wie Ehrmann erwähnte.

Demetriade (Jassy) bespricht das häufige Vorkommen des urticariellen Ödemes bei Kindern in Rumänien. Bezüglich Malaria und Lues erwähnt D., daß die Malaria die Lues verschlimmert.

A. Kraus (aus der Prager Hautklinik): Über Rhinosklerom.

K. bestätigt die von Rona gemachte Beobachtung der metastatischen Lymphdrüsenenerkrankung bei Rhinosklerom. Es gelang aus der Lymphe einer vergrößerten, regionären Lymphdrüse Kapselbazillen zu isolieren. Histologisch dagegen konnte K. im Drüsengewebe die Bazillen nicht auffinden, ebenso wenig charakteristische Zelldegenerationen, Mikuliczsche und hyaline Zellen nachweisen. Es fand sich nur ein subakuter entzündlicher Prozeß im Drüsengewebe ohne jede Spezifität, ebenfalls in Übereinstimmung mit Rona und Huber. Lokale Übertragungsversuche auf Ratten blieben erfolglos, jedoch intraperitoneal injizierte Kulturen erwiesen sich als hochgradig pathogen. Der Bazillus ist in frischen Kulturen Grambeständig und zeigt bei Nachfärbung mit konzentrierter wässriger Saffranilösung eine gute Kapselfärbung.

A. Kraus (aus der Prager Hautklinik): Über Knotenbildung in der Haut durch circumscripte entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes.

Bei einem 15jährigen Mädchen mit Pemphigus und hämorrhagischer Diathese traten zeitweise eigentümliche Knoten in der Haut der Extremitäten auf, welche bis erbsengroß, derb, in den tieferen Hautschichten saßen, manchmal schmerzhaft wurden und eine livide Verfärbung der Haut zeigten. An den oberen Extremitäten ließen sich ferner in der Tiefe der Haut gelegene Stränge tasten, die stellenweise aus perlschnurartig aneinander gereihten Knotenbildungen zu bestehen schienen. Zur Zeit des Auftretens der Knoten und Stränge war das Allgemeinbefinden sehr gestört, der Ernährungszustand sehr schlecht.

Während $1\frac{3}{4}$ Jahren bildeten sich diese Hautveränderungen zum geringsten Teile zurück, jedoch ohne wahrnehmbare Residuen oder Atrophie zurückzulassen. Die histologische Untersuchung ergab einen im subkutanen Fettgewebe lokalisierten Entzündungsprozeß, der mit Atrophie des Fettgewebes einherging. Ein zweiter ähnlicher Fall, der aber nicht histologisch untersucht wurde, betraf ein drei Wochen altes Kind, bei dem mit dem Auftreten schwerster dyspeptischer Störungen in den tieferen Schichten der Haut des Stammes und der Extremitäten multiple derbe Knoten sich bildeten, welche bei zunehmender Ernährung innerhalb eines Monates wieder schwanden. K. ist der Ansicht, daß der erwähnte Prozeß als ein Symptom der die Kräfte des Gesamtorganismus konsumierenden schweren Allgemeinerkrankungen aufzufassen sei.

A. Kraus (aus der Prager Hautklinik): Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris.

Vier Kinder gesunder Eltern waren mit normaler Behaarung geboren. Einige Wochen nach der Geburt gingen die Haare wieder vollständig verloren, ohne später wieder nachzuwachsen. Die vorliegende Hemmungsbildung ist auf eine Störung des fötalen Haarwechsels zurückzuführen. Ursache ist unbekannt. Durch die histologische Untersuchung der Kopfhaut konnte das Vorhandensein von Haaranlagen nachgewiesen werden, doch zeigten dieselben hochgradige regressive Veränderungen. Ein so ausgesprochener familiärer Charakter der Alopecia congenita, die hier sämtliche Kinder einer Familie betraf, ist bisher nie beobachtet worden.

Diskussion: L e d e r m a n n (Berlin): P i n c u s veröffentlichte einen analogen Fall von Alopecia congenita totalis bei Vater und Sohn, bei denen es nur zu einer dünnen Fläumchenbildung gekommen ist. Außerdem berichtet er von einem periodischen Haarwechsel bei einem 20jährigen Mädchen.

Hasler (aus der Prager Hautklinik): **Zelleinschlüsse im Lupusgewebe.**

Die zuerst von L a n g beschriebenen Zelleinschlüsse, die sich in Hs-Fall (Lupus von Ohr läppchen) an die überaus reichlich vorhandenen Riesenzellen gebunden zeigten, erwiesen sich bei der histologischen Untersuchung weder als eine Art der verschiedenen bekannten Zelldegenerationsformen noch beim mikrochemischen Nachweise als aus Kalksalzen bestehend. H. glaubt, daß es sich um Degenerationsvorgänge der Riesenzellen selbst handle, doch läßt er die Frage, welcher Natur dieselben seien, offen.

Diskussion: P i n c u s (Berlin) hält die Riesenzellen für Fremdkörperriesenzellen.

D e l b a n c o (Hamburg) ist derselben Ansicht. Die Annahme, daß die Gebilde verändertes Protoplasma von Riesenzellen seien, ist nach seiner Ansicht durchaus abzulehnen. Ihm ist es nicht gelungen, die Gebilde aufzulösen.

Brat (Berlin): **Die Hautempfindungen nach endermatischer Anwendung einiger neuer Medikamente.**

Die Notwendigkeit, schmerz- und juckenbeseitigende Mittel bei Hautkrankheiten anzuwenden, führte zum Gebrauche von Cocain, Orthoform, Bromocoll. Durch Anwendung einer Salbengrundlage (Resorbin, Lanolin) wird der Leitungswiderstand der Haut vermindert. Nach Anwendung von Orthoform- und Bromocollsalben wurde eine Herabsetzung für Druck und den faradischen Strom experimentell nachgewiesen. Erkrankte Haut, Kontinuitätstrennungen ermöglichen die Resorption von Salben; wenn Bromocoll resorbiert wird, mußte Tannin und Brom im Harn nachweisen lassen. Der Bromnachweis gelang. Durch die äußere Anwendung von Bromocoll werden die Nervenendigungen in ihrer Erregbarkeit herabgesetzt.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren W a e l s c h (Prag), E h r m a n n (Wien), J o s e p h und B r a t (Berlin).

IV. Sitzung am 24. September, 3 Uhr nachmittags.

Vorsitz: Max Joseph (Berlin), Kreibich (Wien).

Schanz (Dresden): Die Augenentzündungen der Neugeborenen und der Gonokokkus. (Zu diesem Vortrage war die Sektion für Augenheilkunde eingeladen).

1. Es gibt Augenentzündungen der Neugeborenen, welche unter dem Bilde der vollkommen typischen Blennorrhoe verlaufen und bei denen trotz sorgfältigster Untersuchung der Gonokokkus nie gefunden wird.

2. Außer dem Gonokokkus soll noch eine ganze Reihe anderer Microorganismen im Stande sein, das typische Bild der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen hervorzurufen.

Das sind die wichtigsten Ergebnisse der in den letzten Jahren vorgenommenen diesbezüglichen Untersuchungen. Dies steht im Widerspruch mit dem Lehrsatz, daß der Neisser'sche Gonokokkus der alleinige Erreger der akuten Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen sei. Untersuchungen von Sch., Kroner und Groenow bewiesen, daß die Augenentzündungen der Neugeborenen ätiologisch keine einheitliche Erkrankung sei, daß die Bindehaut der Neugeborenen auf eine große Anzahl von Bakterien in gleicher Weise reagiere.

Diskussion: Uthoff (Breslau) stimmt diesen Anschauungen nicht zu. Nach seiner Überzeugung bieten die Groenow'schen Untersuchungsergebnisse eine Stütze für die allgemein gültigen Anschauungen über die Rolle der Gonokokken bei der Conjunctivitis blennorrhoeica im Sinne Neisser's. Die Frage der sogenannten Pseudogonokokken hält er noch für eine offene.

Galewsky (Dresden) ist der Ansicht, daß die typische Augenblennorrhoe durch den Gonokokkus hervorgerufen wird. Sowie es aber eine nicht gonorrhoeische Urethritis gibt, wird es auch ebensolche Augenblennorrhoeen ohne Gonokokken geben.

Goldberg (Wildungen) hat eine akute primäre Streptokokken Urethritis gesehen.

Grosz (Wien) verweist auf Hellers Arbeit und seine mit Kraus gemeinsame Untersuchung. Es gibt außer der Conjunctivitis gonorrhoeica auch solche durch andere Mikroorganismen hervorgerufene.

Schanz (Schlußwort) hat sich absichtlich jeder eigenen Meinungsäußerung enthalten und nur die Thesen von Finger und Groenow zitiert.

Joseph und Piorkowski (Berlin): Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbazillen.

Ausgehend von der Überlegung, daß in dem Sperma überhaupt und vielleicht noch viel länger wie in anderen Körpersäften das luetische Virus sich aufhalte, daß durch dasselbe allein eine Infektion hervorgerufen werden könne, gingen J. und P. an die Untersuchung des Samens und Kultivierung des frischen Ejaculates auf einer normalen sterilen Placenta. Auf den mit syphilitischem Sperma infizierten Placenten fanden sich schon nach 24—48 Stunden kleine, taupfropfenartige Kolonien, die allmählich einen grauen Farbenton annahmen und dann mehr oder

minder konfluieren. Durch das Färbeverfahren wurden nur Stäbchen nachgewiesen, welche plump, an einem Ende kolbig verdickt, sehr häufig körnerartig degeneriert waren und eine staketenartige Lage aufwiesen. Die Stäbchen waren 4–8 μ lang und 0.2–0.3 μ dick, und hatten die Form von Diphtheriebazillen. Deutliche Färbbarkeit mit verdünntem Karbolfuchsin oder Gentianaviolett. Nach Gram waren sie positiv. Deutliche Polfärbung. Sie ließen sich nur durch Zwischenschaltung der Placenta weiter kultivieren. Ihre Züchtung gelang am besten auf menschlichem Blutserum. So glückte der Nachweis dieser Bazillen bisher in 39 Fällen frischer Lues innerhalb der Zeitdauer von zwei Monaten bis zu zwei Jahren post infectionem. Bei 15 Fällen von Spätsyphilis konnten die Bazillen nicht gefunden werden.

Der Nachweis der beschriebenen Bazillen gelang auch im Sekrete des harten Schankers, in Papeln, Plaques muqueuses, Condylomata lata und in zweiluetischen Inguinaldrüsen. Überimpfungen von Kulturen dieser Bazillen auf Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen, sowohl subkutan als intraperitoneal vorgenommen, hatten keinen Einfluß auf die Tiere erzeugt. Nur bei einem Schweine trat hernach ein den Tierärzten auffälliges, aber unbekanntes Exanthem auf. Es ist zu erwähnen, daß stets sorgfältige Kontrollversuche angestellt wurden. P. ist es gelungen, durch ein besonderes Färbeverfahren in dem frischen, syphilitischen Spermaejakulat die gleichen Bazillen darzustellen. Außerdem gelang auch der Nachweis in der staketenartigen Lagerung in den Lymphräumen vonluetischen Drüsen. J. hält diese Bazillen mit großer Wahrscheinlichkeit für die Erreger der Syphilis.

Piorkowski (Berlin): bespricht des Genaueren die von ihm und Joseph gemachten Versuche, wiederholt nochmals die von Joseph gegebene Beschreibung der gefundenen Bazillen mit besonderer Betonung der guten Darstellungsfähigkeit der Babes-Ernst'schen Körperchen. Im hängenden Tropfen findet sehr bald eine Agglutination statt, während nur wenige der Bakterien frei im Gesichtsfelde oszillierend bleiben.

Diskussion: Waelsch (Prag): Es wäre viel einfacher gewesen, statt aus dem Sperma die Bazillen aus dem Blute zu züchten. Der von J. und P. gefundene Bazillus, der nach seinen Eigentümlichkeiten des Wachstums, Form, Färbbarkeit ein Pseudodiphtheriebazillus ist, ist mit dem von van Niessen zu identifizieren. Nach seinen eigenen Untersuchungen, die noch nicht ganz abgeschlossen sind, könne er die Ergebnisse der Niessen'schen Untersuchungen zum Teile bestätigen. Die Untersuchungen erstrecken sich auf 10 Fälle sekundärer Lues, 2 Fälle von Lues gummosa, 1 Fall von zerfallenem Gumma, 2 Fälle von Ekzem und Psoriasis. In 2 Fällen von florider sekundärer Lues wurden inguinale Drüsen exstirpiert und untersucht. Die Untersuchung wurde in der Weise vorgenommen, daß mit steriler Spritze aus der Vena mediana Blut entnommen und in verflüssigte Gelatine gebracht wurde. Von den 10 Fällen sekundärer Lues konnte W. in 6 den Niessen'schen Bazillus in Reinkultur darstellen, in 3 bekam er einen großen Diplokokkus in Reinkultur, in 1 Fall nichts. Aus den Drüsen wuchs der Bazillus beidemal in Reinkultur; bei tertiärer Lues und bei Gesunden war das Resultat negativ.

W. beschreibt nun ausführlich den gefundenen Bazillus, dessen Färbbarkeit, Wachstum auf den verschiedenen Nährböden und die Resultate der mit Reinkulturen vorgenommenen Impfungen. Impfungen

wurden an drei Schweinen, Meerschweinchen und Kaninchen vorgenommen, welche bei den beiden letzteren ein negatives Resultat ergaben. Bei den Schweinen hingegen gelang es, durch Impfungen mit den Bazillenreinkulturen Exantheme zu erzeugen, welche analog waren denen, die van Niessen beobachtet und beschrieben und die auch Adrian, Hügel und Holzhäuser durch Verimpfung von Blut Syphilitischer, Sklerosenreste u. s. w. bei Schweinen hervorrufen konnten. Die Gleichartigkeit dieser Erscheinungen, das Auftreten nach zirka 7wöchentlichem Inkubationsstadium, die Recidive in kleineren und größeren, Pausen, endlich die Ähnlichkeit der den Tierärzten unbekannten Exantheme mit den Effloreszenzen der Syphilis beim Menschen sind sicher sehr auffallende Momente. Die histologische Untersuchung eines mit Exanthem bedeckten Hautstückes, das excidiert wurde, ist noch nicht abgeschlossen. Der gefundene Bazillus wurde auch auf seine Agglutinationsfähigkeit durch das Serum Syphilitischer geprüft und bestätigt.

Das häufige Vorkommen des beschriebenen Bazillus im Blute Syphilitischer und die Möglichkeit der Hervorrufung einer den Tierärzten nicht als Schweinekrankheit bekannten Erkrankung durch Infektion der Schweine mit dessen Reinkulturen, ist gewiß eine auffallende Erscheinung. Weitere Versuche werden erst feststellen, ob der Bazillus in ätiologische Beziehung zur Lues der Menschen gebracht werden dürfe oder nicht.

Winternitz (Prag) hat mit Kral Sekret von gereinigten Sklerosen untersucht und Ansammlungen von Mikroorganismen gefunden welche denen von Joseph und Waelsch gleichen. Weiter wurden Kulturen vom Blute Luetischer (1. und 2. Exanthem) auf Menschenblutserumagar angelegt und nach 10 Tagen wurde das Auswachsen von kleinen, sehr dicht stehenden, gelbbraun erscheinenden, runden, respektive polyedrischen Kolonien gesehen, die sich als aus polgefärbten, kurzen Bazillen zusammengesetzt darstellten. Über Färbungen und Tierimpfungen könne er noch nicht berichten, doch werden solche vorgenommen.

Kreibich (Wien) fragt an, ob bei der Grambeständigkeit des Bazillus derselbe nach dieser Färbung im Sperma oder nach der Weigertsehen Färbung im Schnitte nachweisbar ist. Er hatte dabei kein Resultat.

Delbano (Hamburg): Löffler hat bereits bei Condylomata lata Pseudodiphtheriebazillen nachgewiesen.

Vorderhand muß von Begleitbakterien bei der Syphilis gesprochen werden. Er selbst legt den Schnittpräparaten der frisch extirpierten Lymphdrüse keinen besonderen Wert bei; die Exantheme bei den Tieren können vielleicht septische Exantheme sein.

Pick (Prag) ist erfreut, daß die Vortragenden sich jeglicher Schlüsse enthalten und nur die tatsächlichen Resultate ihrer Untersuchungen mitgeteilt haben; er wünscht, daß man es vermeide, die gefundenen Bazillen als Syphilisbazillen zu bezeichnen und nur von Bazillenbefunden bei Syphilis spreche.

Joseph (Berlin) freut sich über die im wesentlichen übereinstimmenden morphologischen und kulturellen Ergebnisse hinsichtlich des Bazillus. Die Hauptsache ist, daß von vielen Seiten darüber gearbeitet wird; man müsse allerdings abwarten, ob man es nur mit Bazillen bei Lues oder mit Bazillen der Lues zu tun haben werde.

Piorkowski (Schlußwort): Die Bazillen wurden auch im Blute nachgewiesen, das aus einer Armvene entnommen wurde. Desgleichen gelang es, die Bazillen im Schnitte nach dem Weigert'schen Verfahren unter Anwendung der besprochenen Modifikation darzustellen.

Ehrmann (Wien): Demonstration von Injektionspräparaten.

Zum Studium der Frage, ob die Stränge, welche man bei Initialsklerose unter der Haut des Membrum findet, von Blut- oder Lymphgefäßen ausgehen, hat Ehrmann unter Anwendung eines besonderen Injektionsverfahrens 21 amputierte Präputien untersucht. Das hervorstechendste Merkmal der frischen Infiltration ist eine Vermehrung der Blutgefäße durch Neubildung von Kapillaren. Diese Vermehrung betrifft nicht bloß das Massiv der Sklerose, sondern setzt sich auch streifenförmig in die Umgebung fort, so daß von den Gefäßen, welche z. B. die glatten Muskelfasern, die Nerven und mit ihnen die Pacchinschen Körperchen begleiten, sich ein ungemein reiches, selbständig erscheinendes Netz von Blutkapillaren bildet. Aber auch in den Infiltrationsstreifen, welche bloße Gewebsspalten begleiten, entsteht ein solches Netz von Blutgefäßen mit neuen Kapillaren und Schlingen in der Peripherie. Gegen den erodierten Teil der Sklerose nehmen die Kapillarschlingen der Papillen, sowie die Papillen selbst an Mächtigkeit zu; selbst an der Grenze des erodierten Teiles, wo es keine Papillen mehr gibt, ist noch ein reiches Kapillarnetz vorhanden, um dann allmählich abzunehmen. Die von der Tiefe kommenden Kapillaren sind durch das dichte Infiltrat komprimiert, während das oberflächliche Netz erweitert und der Belag durch Hämoglobin grünlich gefärbt ist. In der Mitte des erodierten Teiles selbst sind die Gefäße spärlich, sie sind größtenteils zu Grunde gegangen. Bezüglich der Lymphgefäße ist zu erwähnen, daß dieselben im nicht erodierten Massiv der Sklerose mit den Blutkapillaren sich durchflechten; eine Sonderstellung bekommen sie erst in der subpapillären Schichte. Von hier aus sind sie der Grundstock, um den sich die Infiltrationsmasse lagert. Nach dem Fortschreiten der Gefäßneubildung und nach deren Beziehungen zu den Lymphgefäßen und Lymphspalten läßt sich folgendes schließen. Das in die Haut gelangte syphilitische Kontagium gelangt zunächst in die Gewebsspalten, kann schon von hier aus auf die Blutgefäße wirken, indem es auf chemotaktischem Wege Leukocyten-einwanderung und Gefäßneubildung erzeugt. Im weiteren Verlaufe gelangt es in die Lymphgefäße, wirkt hier in derselben Weise auf die subendothelialen, sowie auf die äußeren Blutgefäße und erzeugt hier ein inneres Infiltrat. Das äußere Infiltrat kann teils durch die den größeren Lymphgefäßen zuströmenden Lymphkapillaren erzeugt werden — führt stellenweise zur Verengung oder Obliteration des Lumens, und erzeugt Lymphocyteninfarkte in den Blutgefäßen.

Ehrmann (Wien): Über die Sklerosenreste und ihre Bedeutung.

Durch klinische Erfahrung kam Ehrmann zur Überzeugung, daß in jenen Fällen, in denen die Sklerosen nach Schluß der Behandlung noch nicht geheilt waren, Syphilisrezidiven viel häufiger waren als in anderen, und daß in einer Reihe von Fällen aus einem kleinen Sklerosenrest eine typische, ulzerierte, manchmal auch mehrfache frische Sklerosen aus der Induration entstanden sind. Ehrmann hat deswegen in 2 Fällen Präputien mit

solchen Sklerosenresten amputiert, mit Berlinerblau injiziert und untersucht. Es zeigte sich, daß nach 7 Monaten im Narbengewebe an den Lymphgefäßen kleine Anhäufungen von Lymphocyten zurückgeblieben sind, offenbar als Rest der knotigen Anschwellungen. Als Zeichen, daß neugebildete Blutgefäße zu Grunde gegangen waren, fand man reichlich Hämosiderin in den Knoten. Es ist nun anzunehmen, daß von diesen lymphangitischen Herden neue Massen von Kontagium noch in die Lymphgefäße und in die Blutbahn gelangen, neue Eruptionen veranlassen, sowie auch, daß das in ihnen verbliebene Virus unter günstigen Umständen neue Infiltrationen um die Lymphgefäße setzt und auf diese Weise Reindurationen verursacht. Diese Infiltrate sind aber auch die Ursache der lokalen Rezidiven und deren sind zweierlei: Die sklerosenähnlichen Rezidiven und die in Papelform und später als Gummien. Die papulösen Syphiide gehen bekanntlich von den Blutgefäßen aus. Man muß annehmen, daß in jenen Fällen, wo lange vor Ausbruch des ersten Exanthemes papulöse Exantheme ad genitale entstehen, das Kontagium aus den Lymphspalten in die benachbarten Arterienstämme übergeht. In Beziehung auf die Lymphgefäße kann Ehrmann über eine Reihe von Tatsachen berichten, daß die beschriebenen Infiltratreste an den Lymphgefäßen auch der Ausgangspunkt für spätere Gummien sind, besonders bei Gummien des Genitale. Eine Tatsache, welche für Lymphgefäßveränderungen in den Lymphdrüsen spricht, ist die, daß Ehrmann nach Ablauf der Sklerosen in den oberflächlichen Lymphbahnen der Lymphdrüse ähnliche Lymphgefäßinfarkte fand wie in der Initialsklerose.

Galewski (Dresden): Über chronische, nicht gonorrhoeische Urethritiden.

Waelsch setzte bei diesen Erkrankungen folgende Punkte auf:

1. das lange Inkubationsstadium,
2. den von Anfang an chronischen Verlauf,
3. die geringen objektiven Symptome,
4. den stets negativen Gonokokken-Befund,
5. den langwierigen Verlauf,
6. die schlechte Prognose.

G. berichtet über 7 einschlägige, einwandfreie Fälle aus seiner Praxis mit einer Inkubationszeit von 9—14 Tagen, geringen subjektiven und objektiven Beschwerden, geringem schleimig-eitrigem Sekrete. Mikroskopisch und kulturell waren nie Gonokokken nachweisbar, nie Prostatitis oder eine Komplikation von Seite der Urethra posterior.

Sehr widerstandsfähig gegen jede Therapie.

Diskussion: Winternitz (Prag) hat solche Fälle oft gesehen. Ihre Dauer ist sehr verschieden, von wenigen Wochen bis Monaten und Jahren. Bei einem jetzt in Behandlung stehenden Falle besteht eine Prostatitis.

Justus (Budapest) konnte in einem solchen Falle eine Urethritis posterior haemorrhagica konstatieren.

Böhm (Karlsbad) beobachtete eine nicht gonorrhoeische Urethritis mit beiderseitiger akuter, katarrhalischer Epididymitis, die nicht zur Sterilität geführt hatte

Merk, Demetriades, Reisner erwähnten ebenfalls von solchen nicht gonorrhoeischen Urethritiden.

V. Bandler (Prag): Über Cystitis tuberculosa.

Die primäre Blasen tuberkulose wurde vielfach angezweifelt und erst Casper hat in letzter Zeit mehrere Fälle mitgeteilt und speziell auf die Gonorrhoe als ätiologisches Moment der primären Blasen tuberkulose

hingewiesen. B. wendet sich gegen die Ansicht, daß die Früh-Diagnose so schwierig sei; ihm war es gelungen, schon in den ersten Stadien bei leicht diffus getrübbtem Harn im Sedimente die gehäuft liegenden zerfaserten Tuberkelbazillen nachzuweisen. Schwerer nachweisbar wurden dieselben in den späteren Stadien bei zunehmendem Eitergehalt. Unter den Symptomen sind besonders bemerkenswert der große Harnzwang (infolge der geringen Kapazität der Blase), der die exzessiven Schmerzen verursacht wie bei keinem anderen Blasenleiden, ferner die oft in bedrohlicher Weise auftretenden kolossalen Blutungen. B. berichtet von einem Falle, in welchem nach 1½jährigem Bestande eine ascendierende Nierentuberkulose hinzukam. Nach zweijähriger Dauer kam es zur Sectio alta, die von solchem Erfolge war, daß Patient sich in kurzer Zeit erholte und nach 4 Wochen von Schmerzen befreit, das Bett verlassen konnte. Auch die Nierentuberkulose war ganz zum Stillstande gekommen, so daß der Kranke nach 1 Jahre wieder arbeitsfähig geworden war. Dieser Fall beweist, daß die Prognose selbst in den schwersten Fällen nicht aussichtslos ist und einen chirurgischen Eingriff rechtfertigt.

Diskussion: Goldberg (Wildungen): Sterilität sauren, eitrigen Urins spricht für Tuberkulose, falls Gonorrhoe ausgeschlossen werden kann. Sekundärinfektionen sind bei Urogenitaltuberkulose meist artifiziell. Primäre hämatogene Blasen-tuberkulose ist sehr selten.

Grosz (Wien): Über eine seltene Komplikation der chronischen Gonorrhoe nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra.

Bei Untersuchung eines seit 1½ Jahren an chronischer Gonorrhoe leidenden Mannes fand G. an der Unterseite der Urethra hinter dem Sulcus coronarius ein über erbsengroßes Knötchen, das der Urethra fest und unverschieblich aufsäß. Ab und zu waren Größenveränderungen an dem Knötchen sichtbar. Es wurde operativ entfernt und die histologische Untersuchung ergab, daß es aus vielfach gebuchteten und verzweigten Gängen bestand, die sich zu einem kurzen, in die Urethra mündenden Gange vereinigten. Die Gänge selbst entsprechen den Morgagnischen Lacunen. Das eigentümliche Auswachsen derselben und ihre vielfache Verzweigung ist entweder angeboren oder vielleicht durch die Entzündung bedingt. Knötchenartige Bildungen an der Urethra kommen im Verlaufe einer Gonorrhoe nicht selten vor als paraurethrale Entzündungen, Follikel, als Periurethritis. Mit keiner dieser Affektionen kann die vorstehende Beobachtung identifiziert werden.

Benario (Frankfurt a. M.) demonstriert zur Behandlung der Gonorrhoe einen einfachen Apparat „Urosanol“, welcher aus einer kleinen Glastube besteht, die mit Protargolgelatine gefüllt ist und auf welche eine Gummiolive oder ein kleiner Nelatonkatheter aufgesetzt wird.

Vorteile: Einfachheit, Reinlichkeit und Handlichkeit.

Dommer (Dresden): Zur instrumentellen Behandlung der gonorrhoischen Strikturen.

In den meisten Fällen handelt es sich um eine Verengung des Lumens. Diese zu beseitigen, versagen oft die Dilatatoren. Man ist gezwungen, die Urethrotomia interna auszuführen. Für weite Strikturen eignet sich das Kollmannsche Urethrotom. Zur Behandlung enger Strikturen schneidet nun D. nicht in einer vertikalen, sondern noch in zwei schrägen Richtungen ein. Dadurch entsteht eine Zerklüftung der Strikturen; die einzelnen Taschen hängen in das Lumen des Tubus hinein und werden mit einem von D. konstruierten Instrumente abgetragen.

Der Apparat kann auch benützt werden zum Abtragen randständiger Papillome.

Goldberg (Wildungen): Die Verhütung der Harninfektion.

1. Die Erforschung der Ursachen der externen Harninfektion führt zu der Erkenntnis, daß dieselbe in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vermeidbar ist.

2. Fernhaltung der Infektionsstoffe, mechanische Entfernung derselben, Anwendung keimtötender und entwicklungshemmender Mittel soll sich auf den Operateur, auf die Objekte der Umgebung, auf die einzuführenden Instrumente und Medikamente erstrecken. Instrumente und Medikamente sind, wo nur möglich, mit physikalischen Methoden keimfrei zu machen.

3. Die Urethraflora hindert eine wirksame Verhütung der Harninfektion keineswegs.

4. Eine intravesikale prophylaktische Desinfektion ist vorzunehmen
a) bei allen Eingriffen mit nicht exakt sterilisierbaren Instrumenten (optische, Konduktiv, Verweil-Instrumenten), b) bei Erkrankungen der Vorräume.

5. Die Tatsache, daß in vielen Fällen der Mikrobenimport nicht zur Infektion führt, darf nicht Anlaß werden, nicht allgemein, sondern nur bei den disponierten Fällen aseptisch respektive antiseptisch vorzugehen; denn wir können nicht immer vorher wissen, ob die Empfänglichkeit für Infektion besteht oder nicht. Wohl aber soll diese Existenz „disponierter Fälle“ Anlaß sein: a) Schlüsse über Erfolge von Sterilisationsmethoden sind nur aus disponierten Fällen zu ziehen. b) Bei diesen Fällen ist die äußere Antiseptik durch die interne prophylaktische Desinfektion mittelst Verabreichung von Urotropin (2.—3. pro die), Chinin (mehreremale 0.25) Salol (große Dosen) zu ergänzen; ersetzen kann die interne Harnantiseptik die äußere niemals.

Winternitz (Prag): Über die Wirkung der Balsamica.

Die diesbezügliche Arbeit erscheint in diesem Archiv.

V. Sitzung am 25. September, 3 Uhr nachmittags.

Vorsitz: Galewsky (Dresden), Merk (Graz), Delbanco (Hamburg).

Freund (Wien): Neuere Erfahrungen über die physikalische Behandlung von Hautaffektionen.

In Paris wurden in jüngerer Zeit zwei Instrumente erfunden, das Radiochromometer und das Spintometer, die jedoch nach Untersuchungen von F. keine besonders exakten Resultate liefern. Ein viel rationelleres Prinzip zur Bestimmung der Intensität der von der Vakuumröhre ausgehenden Strahlungen liegt dem Holzknechtschen Chromoradiometer zu Grunde. Derselbe therapeutische Effekt läßt sich mit starker und schwacher Bestrahlung, d. h. mit weichen und harten Röhren, bei großen und kleinen Röhrenabständen, bei langen und kurzen Expositionen bei entsprechender Dosierung erzielen. Da die X-Strahlen nur bis zu einer gewissen Tiefe wirken, muß man, um mehr in die Tiefe wirken zu können, Strahlen von größerer Wellenlänge (blau-rot) anwenden. Es ist dies die Finseubestrahlung. Die diesen Strahlen nachgerühmte bakterizide Wirkung ist nach F. nicht vorhanden. Nach Versuchen von F. hat es sich gezeigt, daß die langwelligen Wärmestrahlen günstige Wirkungen bei Acne vulgaris, Ulcus cruris haben.

An der **Diskussion** beteiligen sich Ehrmann, Euler gegen Rolle und Holzknecht (Wien).

Holzknecht (Wien): Das Chromoradiometer.

H. ist es gelungen, die absorbierte Lichtmenge direkt zu messen. Das Problem der direkten Dosierung des Röntgenlichtes durch direkte Messung der absorbierten Lichtmenge beruht auf der Beobachtung, daß die Färbung durchsichtiger Reagenskörper von der absorbierten Lichtmenge abhängt. Er legt zu diesem Zwecke neben oder auf das Bestrahlungsfeld einen Reagenskörper und achtet bloß darauf, ob der Reagenskörper schon den nötigen Färbungsgrad erreicht hat. Dieser wird dann an einer kalorimetrischen Skala abgelesen. Die Einheit hat H. mit *se* benannt. Die Vorteile seiner Methode sind leichte Erlernbarkeit und Ausführbarkeit, die zahlenmäßige Exaktheit, die Vergleichbarkeit der literarischen Angaben und der eigenen Resultate. Das gilt auch von der Becquerelbestrahlung.

An der **Diskussion** beteiligten sich Merk (Graz), Strebel (München) und Holzknecht.

Strebel (München): Lichttherapeutische Spezialitäten und neue Lichtgeneratoren. Beitrag zur Theorie und Praxis der Röntgen-Therapie.

St. spricht zunächst über die Resultate der Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit dem von ihm im Vorjahre veröffentlichten elektrischen Glühlicht, das in sondenartigem Instrument erzeugt wird. Weiterhin ist St. durch Verwendung seiner neuesten Lampe im Stande, in der Urethra Lichtreaktion hervorzurufen, welche sich voraussichtlich zur Behandlung der akuten Gonorrhoe verwenden lassen werde. Das Licht der Lampe ist reich an Ultraviolett, enthält aber auch viel Strahlen in Blau und Violett. Der Redner erklärt, daß die Heilung der akuten Gonorrhoe durch das Licht noch Problem ist, daß aber durch die Versuche die Frage in einen diskutablen Standpunkt gekommen sei.

Bezüglich der Röntgen-Therapie fragt es sich, ob der photochemische Effekt der Röntgenstrahlen mit der therapeutischen Wirksamkeit derselben identifiziert werden kann. Die heftigsten photochemischen Wirkungen werden durch Ultraviolett hervorgebracht, das aber schon in den obersten Hautschichten absorbiert wird, also ungenügende Tiefenwirkung entfaltet. Es geht also photochemische Leistung und Heileffekt nicht Hand in Hand. Zur Dosierung der Strahlungen des weichen, therapeutisch wirksamen Rohres wendet er den „Strahlendämpfer“ an. S. betont seine Priorität bezüglich der Feststellung einer bakterientötenden Kraft des Radium. Seine Erfolge der Röntgentherapie decken sich mit den bisherigen Erfahrungen.

Diskussion: Freund (Wien) hält harte Röhren für unzweifelhaft wirksam.

Holzknecht (Wien) glaubt nicht mehr recht an Heilungen von Lupusfällen. Die intumeszierten Formen gehen rasch ins Niveau zurück, dann sind sie aber nicht mehr vom Fleck zu bringen. Finsenbehandlung hingegen scheint wirkliche Heilungen zu bewirken.

Ehrmann (Wien) bemerkt zur Photographie eines durch Röntgen geheilten Falles von Alopecia areata, daß solche Fälle auch nach Faradisation und hautreizenden Mitteln heilen, vorausgesetzt, daß die Pillen nicht atrophisch sind.

Dessauer (Ingenieur, Aschaffenburg): In einer weichen Röhre entstehen viel mehr Strahlen als in der harten und daraus erklärt sich der verschiedene Grad der Wirksamkeit.

Demetriades (Jassy): Mitteilung über einen Fall von Lues hereditaria tarda und Laryngopathia luetica.

Patient bis zum 10. Lebensjahre gesund, erkrankte unter Schmerzen im linken Fuß und in der linken Hand. Ein Jahr später traten Geschwüre auf der Stirn, Händen und Füßen auf, die unter Narbenbildung abheilten. Um diese Zeit begannen die Beine sich zu krümmen. Im Jahre 1901 wurde Patient heiser und es traten schwere asphyktische Zustände auf. Die Tibien des Kranken sind nach der beschriebenen Lues hereditaria tarda Fournier gestaltet. Unter eingeleiteter anti-spezifischer Kur besserten sich die Erscheinungen.

Merk (Graz): Kritische Betrachtungen über die Symptomatologie der Herpeserkrankungen und die Beziehungen von Hautkrankheiten zu hautfernen Lymphangioitiden.

An der Hand eines von Horstmann geschilderten Falles bespricht M. die Symptome des Herpes vom Beginne an. Zuerst ist eine schwache diffuse Rötung, nach mehreren Tagen erst treten stärker rote Stellen auf, am 14. Tage erscheinen die Bläschen. Es ist also eine langandauernde Saftflut dem Bläschenausbruche vorangegangen. Anfangs ist Hyperästhesie, später Anästhesie.

Vortr. wendet sich dann dem Bilde der kutanen Lymphgefäßentzündung zu und sucht die Fragen zu behandeln, wie etwa bei hautfernen Lymphgefäßentzündungen der Verlauf sein dürfte, durch welche Ursachen sie hervorgerufen werden können und von welchen Symptomen sie begleitet sein mögen.

Zosteren, welche von motorischen Lähmungen begleitet sind, sind in der Literatur bekannt. Man wird die Lähmung im Gebiete desjenigen motorischen Nerven erwarten müssen, der mit dem ergriffenen sensorischen Nerven parallel läuft. Am einfachsten wird die Erklärung bei gemischten Nerven. Ein Herpes facialis vorgesellschaftet mit einer Facialislähmung ist als einheitlicher pathologischer Prozeß ganz gut denkbar, wenn man sich vorstellt, daß z. B. eine Erkältung einen Katarrh der Nasenschleimhaut, diese eine Lymphangioitis und eine Mitaffektion des Trigemini und des Facialis herbeiführt. Und wenn man sieht, daß auf der einen Seite eine Neuritis eines sensiblen Nerven von einem Herpes gefolgt ist, daß eine Neuritis eines gemischten Nerven Herpes und Lähmung erzeugt, dann werden die so häufig vorkommenden Lähmungen rein motorischer Nerven gleichsam als das reine Bild derselben Erkrankung in der motorischen Sphäre erscheinen, wie sonst eine sensorische Neuritis das reine Bild eines Herpes bedingt. Dem Herpes sensorius stünde dann ein Herpes „motorius“ gegenüber. Je zentraler die Neuritis, desto mehr Hautgebiete werden erkranken, desto deutlicher das Bild des Zoster. Je peripherer, desto mehr entsteht der Herpes vulgaris. Ursachen für Herpes und Zoster sind dieselben wie für Neuritis und die Lymphangioitiden spielen als Vermittler eine vielfach verkannte Rolle.

Geyer (Zwickau): Demonstration einer eigenartigen Lichenerkrankung.

G. stellt einen Patienten vor, der neben den Erscheinungen von Arsenmelanose und Arsenkeratose eine Affektion zeigt, welche knötchenförmige, stark schuppige Einzeleffloreszenzen auf leicht geröteter oder normaler Haut bildet, die auf Arsenbehandlung zwar schwinden, aber nach Aussetzen der Medikation immer wieder auftauchen. Er glaubt, daß diese Erkrankung der Gruppe des Lichen ruber acuminatus oder der Pityriasis rubra pilaris oder der Keratosis follicularis rubra zuzurechnen ist.

Diskussion: Pick (Prag) hält den Fall für eine Psoriasis mit einem seltener vorkommenden Ausgang der Hyperkeratose. Er empfiehlt lokale Behandlung mit Chrysarobin.

Ehrmann (Wien) ist der gleichen Ansicht.

Ullmann (Wien): Weitere Mitteilungen über Wirkungen konstanter Wärme höherer Temperaturen auf die Haut; Demonstration eines Hydrothermoregulators und Nebenapparates für die lokale Thermotherapie.

Die lokale rationelle Thermotherapie besteht in der Anwendung von temperierbaren Kataplasmen, denen man durch beliebig lange Zeit durch das Prinzip der Autoregulierung dieselbe Temperatur mitteilen und in derselben Höhe beibehalten lassen kann. Das U'sche Verfahren bietet die Gewähr, das meiste und überhaupt das wünschenswerte an Temperatur durch beliebige Zeit auf die betreffende Körperstelle einwirken lassen zu können, ohne die Gefahr der Schädigung des Protoplasma und deren Umgebung. Weiterhin gewährt es die Möglichkeit der Applikation von Wärme auf alle Körperregionen, auf die Haut und alle Höhlungen, Nase, Ohr, Vagina, Rektum u. a. Als Wärmezuleitungskörper dienen Röhren, Schläuche, Ballons aus Gummi oder Metall. U. bespricht dann des Genaueren die von ihm konstruierten Apparate und die Indikationen für die Anwendung dieser Behandlungsweise.

An der sich anschließenden Diskussion beteiligten sich Freund und Ullmann.

Rosenstadt (Karlsbad): Über den Verhornungsprozeß.

R. stellte seine Untersuchungen an dem Eizahn, einem embryonalen Gebilde des Hühnchens an und kam dabei zu folgendem Resultate: Die nach außen gerichteten Partien des Eizahnes bestehen aus vollständig homogenen Zellen, die stellenweise miteinander verschmelzen. Setzt man Schnitte von solchen Stellen der Wirkung einer kräftigen Verdauungsflüssigkeit aus, so kommt es zu einer ganz geringfügigen Aufhellung. Die homogenen Zellen mit ihren stellenweise durchschimmernden Kernen bleiben aber vollkommen unverdaut. Es ergibt sich somit, daß hier das ganze Protoplasma zusammen mit dem Kerne der Verhornung unterliegt. Dieser Befund ist insofern von Interesse, als er zeigt, daß es noch einen anderen Modus der Verhornung gibt, bei dem nicht allein der Mantel der Zelle verhornt, sondern die ganze Zelle diesem Prozeß anheimfällt und zwar unter vorheriger Ausscheidung von spezifischen Körnern, die vielleicht als die Ursache des ganzen Prozesses anzusehen sind.

Diskussion: Merk (Graz) erinnert, daß er neben Rabl an ausgebildeten menschlichen Hornzellen Plasma- und Epithelfasern nachgewiesen hat und daß die Ansicht, als fehlten diese Fasern in Hornzellen, unrichtig sei.

Waelsch (Prag): Über chronische Prostatitis.

W. konnte bei 200 chronischen Gonorrhöen in 81% chronische Prostatitis konstatieren. Von diesen 200 Fällen waren 86% Urethritis posterior; es ist also fast jede chronische Posterior mit Prostatitis kompliziert. Die Diagnose Prostatitis darf nur gestellt werden auf Grund des mikroskopischen Befundes im Sekrete der Drüse; die rektale Untersuchung allein reicht nicht aus. Der gonorrhöische Prozeß in der Urethra kann ganz ausgeheilt sein und doch kann die Prostatitis bestehen, die zur Reinfektion oder Infektion der Frau Veranlassung geben kann. Die chronische Prostatitis ist in vielen Fällen die Ursache der Rezidive der chron. Gonorrhöe oder ihrer geringen Beeinflussung durch die Therapie. Die in die Urethra posterior nach Massage der Prostata deponierten medikamentösen Lösungen dringen nicht in die Ausführungsgänge derselben ein; ihre nicht zu leugnende Wirkung dürfte im wesentlichen eine derivatorische sein.

Goldberg (Wildungen): Kleine Mitteilungen über Prostatitis.

1. Diagnostisches: a) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kann, nachdem die Harnröhre durch Miktion gereinigt ist, ein Irrtum über die Provenienz des durch Expression gewonnenen Eiters aus der Prostata nicht entstehen, denn der Unterschied zwischen den spärlichen, etwa nach Miktion noch in der Harnröhre verbliebenen Resten und den Massen von Eiterzellen, die bei Expression erscheinen, ist durchaus unverkennbar. b) Bei akuten profusen Eiterungen aus Urethra oder Vesica und negativem Palpationsresultat, ferner bei chronischer Cystitis und Retentio urinae, endlich wenn die Provenienz der Gonokokken aus der Prostata bewiesen werden soll, sind außer der Miktion vorgängige gründliche Reinigungen der Urethra und Blase notwendig, um Verwechslungen mit Harnröhren- oder Blaseneiter zu vermeiden.

2. Prostatitis mit Blutung. Bei akuter Prostatitis sind Blutungen sehr selten. G. sah sie in etwa 5 von 75 Fällen; zweimal wurde aus Hämospermie bei Vorhandensein von Prostatitis und Fehlen anderweitiger Blutungsursachen, dreimal aus dem Blutgehalt des exprimierten Sekretes die hämorrhagische Prostatitis diagnostiziert. Bei chronischer Prostatitis ist die Blutbeimengung zum Sekret nicht so häufig; er fand sie unter 100 Fällen 5mal. Die Blutung hörte immer im Laufe der Behandlung auf. Die Prostatitiden wurden stets gebessert; die Gonorrhoeen waren stets schwere. Von den akuten war eine mit Tripperrheumatismus kompliziert, drei durch Persistenz der Gonokokken im Prostatasekret bis in den 7. Monat gekennzeichnet.

3. Therapeutisches. Terminale Hämaturien bei subakuter Urethrocystitis können mehrfach nach sehr langem Bestand durch Kombination von Prostataexpression mit Spülung zur Heilung kommen. Bimanuell, rektoabdominal, sowie bei erhöhter Stellung kann man am liegenden Patienten anderweitig nicht erreichbare Prostatapartien exprimieren. Die Galvanokaustik nach Bottini ist bei chronischer Prostatitis irrational und zwecklos.

4. Prostatitis und Sterilität. Der behauptete deletäre Einfluß der Prostatitis auf die Potentia generandi durch Abtötung der Spermatozoen ist bis nun unerwiesen.

Diskussion: Delbanco (Hamburg): Ebenso oft wie die Prostata, sind die Samenblasen bei der chronischen Gonorrhoe beteiligt. Er hält die chronische Prostatitis oft genug für bedeutungslos. Die lokale Behandlung der Prostata züchtet Neurastheniker.

Galewsky (Dresden) schließt sich Waelsch an. Die Prognose der Urethritis anterior ist günstig, die der posterior ungünstig.

Pincus (Berlin): Selbst nach den gründlichsten Spülungen gelingt es zuweilen nicht, sicher zu entscheiden, ob der im Sekrete vorhandene Eiter aus der Prostata stammt oder nur aus der Urethra anterior.

Ehrmann (Wien) weist darauf hin, daß beim Ausdrücken der Prostata immer noch Leukozyten bleiben, die zwischen den Zellen liegend, der Expression entgehen.

Ullmann (Wien) glaubt, daß Waelsch um einige Prozente zu hoch gegriffen hat; er möchte jene Fälle, die palpatorisch keinen Befund geben, nicht hinzugezählt wissen. Therapeutisch empfiehlt er die Anwendung protrahierter konstanter Wärme.

Löwenheim (Liegnitz) beobachtete mehrere Fälle von Prostatitis ohne bestehende Posterior und erklärte sich dies damit, daß die Entzündung der Prostata sprungweise, vielleicht auf dem Lymphwege entstanden sei.

Waelsch (Schlußwort): In zirka 2% der chron. Prostatitiden lassen sich Gonokokken nachweisen. Das Fehlen der Gonokokken möchte er nicht als absoluten Beweis für die Nichtinfektiosität des Prostatasekretes ansehen, aus denselben Gründen, die bei der Beurteilung von eiterzellenhaltigen Fäden der Urethra maßgebend sind. Daß, wie Löwenheim sagt, Epididymitis und Prostatitis ohne Urethrititis posterior auftreten kann, ist ihm bekannt. Anders liegen aber die Verhältnisse bei chronischer Prostatitis, die ja zumeist sich nicht aus einer akuten entwickelt, sondern ganz langsam und chronisch im Anschlusse an chronische Urethrititis posterior entsteht.

Hierauf hält der zweite Karlsbader Einführende Herr **Dr. Hugo Guth** eine von lebhaftem Beifall gefolgte Ansprache an die Sektionsmitglieder, in welcher er, nach einem kurzen Rückblicke auf die Verhandlungen der Sektion, zunächst dem Vorstande der Prager Klinik Herrn Prof. Pick und dessen Assistenzärzten, sodann allen Vortragenden und Teilnehmern an den Arbeiten der Sektion den Dank ausspricht und die Verhandlungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis an der 74. Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte als geschlossen erklärt.