Demonstrationsabende im Alten Allgemeinen Krankenhaus St. Georg, Hamburg.

Demonstrationsabend vom 20. Oktober 1906.

I. Arning, als nunmehriger Oberarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten dieses Instituts, stellt vor: eine 35jährige unverheiratete Frau mit Erythrodermia exfoliativa universalis chronica, den die Wiener Schule vielleicht für einen nicht ganz ausgeprägten Fall von Pityriasis rubra Hebrae halten würde; doch fehle hier manches, und es seien diese Fälle als ganz individuell, jeder für sich bestehend, aus dem großen Topf der Erythrodermien herauszuheben, und von ihnen existiere bis jetzt erst eine verhältnismäßig kleine Serie. Patientin, die einen durchaus gesunden, sonst kräftigen Eindruck macht (fieberfrei), hat seinerzeit eine Bubooperation linkerseits durchgemacht und sei auch sonst bis auf diese vor 16 Jahren aufgetretene Hauterkrankung gesund gewesen. Die erste Erscheinung bildete eine scheinbar harmlose „Flechte“ in der linken Ellenbogenbeuge, dieselbe breitete sich langsam über den ganzen Körper und den Extremitäten (exklusive Hände, die auch jetzt frei sind) aus; die sonst beschriebene Affektion der Nägel fehlt und das Gesicht ist ebenfalls frei von der Schilferung und von Rhagaden, die besonders reich an Brüsten, Bauch und Rücken ins Auge fallen. Bei sonst ungestörtem Allgemeinbefinden — so daß Patientin bis vor kurzem ungestört ihrer Arbeit nachgegangen ist (Masseuse) — besteht intensives Frostgefühl (besonders am Rücken) und Unvermögen spontan zu schwitzen. Arning indentifiziert diesen Fall mit den von Brocq und Vidal als *Dermatitis exfoliatives généralisées chroniques* bezeichneten und faßt ihn als toxische Hauterkrankung auf. Die Franzosen unterscheiden bekanntlich 3 hierher gehörige Formen: a) akute, benigne;

b) subakute und c) chronische. In einem zur Sektion gekommenen Fall ad a) haben sich gar keine organischen, auf die Hautkrankheit zu beziehenden Veränderungen gefunden, und ebenso fehlen in den zu b) und c) zu rechnenden, im allgemeinen in 5—6 Jahren verlaufenden Affektionen, Störungen des Allgemeinbefindens. Auch der Blutbefund ergibt in diesem Falle nichts von der Norm Abweichendes.

Zur Differentialdiagnose stehen Psoriasis (mit typischer Blutung nach Abkratzen der Schuppen) und Pemphigus (mit feuchtem Untergrund nach leichter, abziehender Entfernung der Haut oder der Blasen). Starke Pigmentierungen der abgeheilten Partien. Zwischen den mit trocknen, dünnen Lamellen bedeckten kranken Partien findet sich vollkommen gesunde Haut; es treten neue Schübe oft auch auf alten Herden auf. Haarboden gesund, Pubes- und Achselhöhlenhaare ebenfalls. Mikroskopischer Befund steht noch aus. Therapie einstweilen große Dosen Arsen.

II. Wilbrand einen Fall von Spätlues (8 Jahre) aus der Arning-schen Abteilung bei einem Mann, die sich ophthalmoskopisch als Sehnerven-atrophie (links) präsentierte; die ganz kolossale Einschränkung des Gesichtsfeldes und die dann in kürzester Zeit unter spezifischer Behandlung eingetretene, beinahe totale Rekonstruktion desselben wird in projizierten Bildern demonstriert. Früher rubrizierten derartige Fälle unter die allgemeine Diagnose „progressive genuine Sehnervenatrophie“ und kamen nicht zur Heilung; jetzt seien diagnostisch davon ausgeschieden Perineuritis optica luetica, ferner Sehnervenatrophie bei multipler Sklerose und hysterische Asthenopie und S. N.-Atrophie bei Pseudotabes als Perineuritis. Bei durchaus günstig zu stellender Prognose müsse man in allen diesen Fällen energisch und schnell therapeutisch vorgehen. W. demonstriert Projektionsbilder derartig affizierter Nerven.

Primäre Degeneration käme nur bei Tabes und Paralyse vor, alles übrige sei als Neuritis mit Druckatrophie aufzufassen. So auch der hier demonstrierte Fall, bei dem es sich um einen retrobulbären Herd handelt.

III. Albers-Schönberg: a) mit einem neuen, billigen Apparat (Wiesbaden) hergestellte stereoskopische Röntgenaufnahmen; der Vorzug des betreffenden Apparats sei erstens dessen Billigkeit (zirka 35 Mark) und zweitens die durch ihn gegebene Möglichkeit, sofortiger Herstellung der Stereoskopie nach R.-Aufnahmen;

b) ein in 11 Röntgen-Sitzungen (à 6 Min.) von Haselnußgröße bis auf den Umfang einer kleinen Erbse reduziertes Cancroid an der linken Schläfe eines 66jähr. Mannes. A.-Sch. taxiert nach dem bisherigen günstigen Verlauf, daß nur noch etwa 4 Sitzungen à 6 Min. bis zur definitiven Beseitigung des in glattnarbiger, reaktionsloser Haut sitzenden Restes nötig sein werden. Im Nebenraum waren mehrere Mikroskope mit Präparaten von *Spirochaete pallida* aufgestellt.

Demonstrationsabend vom 17. November 1906.

Wiesinger schildert eingehend den Normalverlauf einer Perityphlitisoperation und hebt rühmend die Methode der Hautnaht (nicht durch Catgut oder Seide), sondern durch Aluminiumbronze hervor; A. Br. könne sich nicht inhibieren und ließe deshalb nicht so erhebliche Stichnarben zurück (Demonstration).

Paschen demonstriert folgenden Fall (Autoreferat): 47jähriger Mann. 1884 Primäraffekt. Sekundäre Affektionen nicht beobachtet. Seit 1887 sehr viel Kopfschmerzen; wegen Blutarmut von verschiedenen Ärzten Eisen. 1889 und 1892 wegen Hydrops genau punktiert. 1893, 5./I. Schwindel, leichte Unbesinnlichkeit, am nächsten Tage rechts Parese. Puls an der rechten Radialis und Brachialis fehlt. Über dem Manubrium sterni weiches systolisches Blasen. Herztöne rein. Unter energischer Schmierkur und Jodkali gehen die Lähmungserscheinungen zurück. Juni 1893 Punktion des r. Kniegelenks wegen Hydrops genu mit nachfolgender Sublimatauswaschung. Seit der Zeit keine Gelenkschwellungen wieder, keine Kopfschmerzen. In den nächsten Jahren Jodkali; dazwischen auch Schmierkur. Bis 1898 gut. Sehr schwere Erkrankung an Aortitis mit heftigsten Schmerzen und Beklemmungen. Morphinum in großen Dosen subkutan, dann wieder Schmierkur resp. Jodkalium. Die Oppressionserscheinungen verschwinden allmählich; jetzt hat Patient nur gelegentlich das Gefühl von Druck auf der Brust. Seit zirka 3 Jahren Schmerzen im r. Fuß, Schwellung des Gelenks; Injektion von Jodoformglyzerin ohne Erfolg (Sick). Frühjahr 1906 Zittmann, später Schmierkur, ohne Erfolg; Pat. kann nur mit den größten Schmerzen kurze Strecken gehen. Carotispuls links fehlt! Subklavia links über der Clavicula fühlbar mit deutlichem Schwirren. Radialpuls r. fehlt!

Status praesens: 17./XI. 1906: Puls an der r. Radialis und Brachialis sowie l. Carotis fehlt. Deutliches Pulsieren der l. Subclavia über der l. Clavicula. Herzton 2 Finger nach außen von der Mamilla und nach unten. Durchleuchtung ergibt Querstellung des Herzens; Spitze sehr beweglich.

Die Ursache für diese Symptome ist eine Sklerose der Aorta; Verziehung der Abgangsstellen der r. Subclavia (vielleicht für sich entspringend aus dem arcus aortae, oder Kompression durch Aneurysma der r. Carotis und der l. Carotis, Aneurysma der Subclavia. Als Ursache für die Schmerzen und Funktionsstörungen im r. Fußgelenk fand sich auf der Röntgenplatte eine Knorpelspange auf dem Calcaneus, die die Bewegungen im Fußgelenke hindert.

(Hahn spricht sich gegen den syphilitischen Charakter der Fußgelenkserkrankung aus, es scheine ihm hier (das Röntgenbild wird

demonstriert) eine primäre Erkrankung der Knorpelscheibe vorzuliegen und nicht ein ausgeheiltes Fußknochengummi.)

Maess (an Engel-Reimers Stelle mit der Oberaufsicht über die hiesige Puellen-Behandlung betraut) demonstriert:

1. an einem 16jährigen Mädchen (Primäraffekt März 1906) ein durch seine Deutlichkeit und Lokalisation auffallendes Leucoderma syphilitic.; bei Leuc. colli hat sich dieses Hautphänomen auf dem Abdomen, den Flanken und dem Rücken (speziell im Kreuz) etabliert. (Ausgebreitete Alopecia diffusa capillitii.)

2. bei einem Mädchen (Primäraffekt 1900), welches wiederholt spezif. Kuren durchgemacht hat, ein differentialdiagnostisch interessantes guirlandenartiges Syphilid an den Vorderarmen und an den Beinen.

Sudeck: 1900 und 1902 habe Klemperer (in der „Therapie der Gegenwart“) auf das Bild akuter Lebersyphilis aufmerksam gemacht: bei hohem Fieber plötzlich einsetzende Schmerzen im Epigastr. r. etc. Einen analogen Fall beobachtete Sudeck; dieser Fall kam unter hohem Fieber ad exitum, leider nicht zur Autopsie; plötzlich im Epigastr. auftretende Beschwerden, Auftreibung der Därme und Ascites; Leber nicht abzugrenzen, sehr hyperämisch und wesentlich vergrößert und zeigt beim Betasten auf vielen Stellen kleine Tumoren von zirka Haselnußgröße. Man konnte an subphrenischen Abszeß (auf dem r. Rippenbogen) oder an Leukämie oder an Gummiknoten denken.

Heute demonstriert er einen solchen Fall im Genesungsstadium: 39jährige Frau, Nachts akut erkrankt an Schmerzen unter der Brust bis tief in den Leib hinein ausstrahlend; dieselben hatten gut 2 Tage lang angehalten, als Pat. aufgenommen wurde; auch hier differ. diagn. eventuell subphrenischer Abszeß; Schwellungen in der Lebergegend, besonders hart von außen anfühlbare Druckschmerzen; die Ränder der Schwellung durch aufgetriebenen Darm überlagert; die Größe des vermeintlichen Tumors widersprach der Auffassung einer Gallenblasengeschwulst, ebenso einem Echinococcusabszeß. S. dachte in Anlehnung an oben Gesagtes an akute Hepatitis. Es fand sich außerdem daselbst ein pleuritisch-exsudatives Exsudat serösen Inhalts, ohne Bakterien, von zirka 700 cm³ Inhalt. S. gab reichliche subkutane Sublimatinjektionen; gleich darauf Abschwollen der Leber und Zurückgehen der Temp. zur Norm.; dennoch glaubt S. aber den Erfolg nicht auf die spezif. Therapie, sondern eher auf ein Herabrücken der Leber durch das Abfallen des pleuritischen Exsudats [wie auch (z. B. bei Beurteilung der Klempererschen Fälle) Rosenbach] zurückführen zu müssen und wenn auch das nicht, so noch eher an eine akute Hepatitis, die schon spontane Neigung zum Abklingen zeigte, wobei der Hg-Kur wohl ein erheblicher Anteil an der Heilung zugesprochen werden mag. — Die Anamnese ergab quoad Lues keine Anhaltspunkte.

Edleffsen tritt für die luetische Natur der Affektion ein.

Demonstrationsabend vom 15. Dezember 1906.

Es demonstrieren:

1. Ringel ein zirka 6jähriges Mädchen, bei der er direkt unter der Achselhöhle (r.) ein einkammeriges Lymphangiom — er glaubt kongenitalen Ursprungs — operativ (durch Exstirpation) entfernt hat; bis jetzt sind — s. W. n. — solch angeborene Cystome nur am Halse beschrieben worden, doch hat Wiesinger (am selben Krankenhaus) neulich einen ganz analogen Fall auf seiner Abteilung operiert. Außer kongenital kämen ja derartige Bildungen auch auf traumatischem Wege zu stande, doch seien dieselben dann anders lokalisiert, so z. B. am Oberschenkel (Nordmann), oder durch Stoß ans Knie daselbst zu finden.

Außerdem finden wir an diesem Mädchen am Übergang der Kopfhaut auf den Helixrand (l.) oben einen kleinen, in der Haut liegenden und mit derselben verschieblichen Tumor, in seiner Wölbung von knapp Erbsengröße und unregelmäßiger Oberfläche, welchen R. ebenfalls für ein Lymphadenom hält, welches wohl in kongenitalem Zusammenhang mit der oben erwähnten Affektion stehe. — Wiesinger bestätigt die Diagnose des von ihm operierten absol. analogen Falles und macht auf die große Neigung zu Blutungen bei diesen Tumoren aufmerksam. Die durch Trauma entstandenen gleichartigen Bildungen reihen sich aber s. A. n. nicht an die auf kongenitalem Wege zu stande gekommenen an, sondern seien — wie die Franzosen sagen — durch Décollement (Verschiebung) (eigentlich: Losgehen des Leimes. Ref.) der Haut zu erklären; diese verschwänden denn auch sehr rasch auf z. B. Jodinjektionen oder dergl. Therapie hin und brauchten nicht operiert zu werden.

2. Sinell ein 8jähriges Mädchen mit zerfallenem Tonsillargummi (l.) zur Diagnose; von der Mutter wisse er nur, daß sie vor einiger Zeit eine Schwellung an der Vulva gehabt habe. In der Diskussion macht Arning noch besonders auf die Formation der Schneidezähne des Mädchens aufmerksam und bestätigt die Diagnose.

3. Maes einen Fall von Lupus syphiliticus (ulzeröses III. Syphilid) der Nasenspitze bei einer bereits vielfach mit Quecksilber und Jod vorbehandelten Puella, welcher seit 3 Wochen bestehen soll und bereits so viel zerstört habe, daß man nach eventueller Heilung durch energisches traitement mixte an Plastik werde denken müssen; mißlich sei aber die Prognose trotz der Plastik gerade bei diesen tertiären Zerstörungen.

4. Voretzsch (für Albers, Schönberg), ein in 22 Röntgen-Sitzungen à 3 Minuten im Laufe von 3 Monaten geheiltes Cancroid der Haut in der Mitte des Jochbeins l.; 61jähriger Mann; von der nußgroß gewesenen Affektion sei nur noch ein schwacher Pigmentfleck übrig. Bei der Nachprüfung durch die Corona entstehen starke Zweifel über

die definitive Heilung, da man deutlich ein oder mehrere Knötchen in der Haut daselbst fühlen kann (Deneke und Wiesinger), und Wiesinger macht gerade deswegen darauf aufmerksam, daß ein chirurgisches, absolut vollständiges Heilungsergebnis in so einem Fall in einer kurzen Sitzung erzielt werden könne und für den Patienten zweifellos radikaler (und billiger! Ref.) sei.

5. Harmsen a) (für Arning) Favus am Skrotum eines jungen Maurers (wurde vor kurzem durch Arning im ärztl. Verein hieselbst vorgestellt); seit zirka 3½ Wochen befindet sich Patient wegen Akne des Gesichts im Krankenhaus und diese Affektion bestünde zirka 2 Wochen; die Ätiologie sei nicht ganz klar, da Pat. weder ein Kataplasma aufs Skrotum erhalten habe, noch eine familiäre Infektionsquelle nachweisbar sei; aber es hätten sich angeblich Mäuse in seinem Hause befunden. Plaut berichtete bei dieser Gelegenheit im ärztl. Verein über die sicherste und einfachste Art davon zu machender Kulturen. Das ist nun geschehen und ein projiziertes, sehr gelungenes Diapositiv derselben zeigt uns nun nach 2 Tagen schon entstandene Sprossungen (auch mikroskop. Präparat davon aufgestellt). 1897 habe Leik 7 bisher beobachtete Fälle von Favus des Skrotums zusammengestellt und soviel H. wisse, sei dieses also nun ein achter. (1898. 19. April in der Wien. dermat. Gesellschaft Deutsch (Abteilung Lang) Favus am Skrotum demonstr., referiert im Arch. f. Derm. und Syph. 1898. XLV. 412. — Ref.)

In der Diskussion betont Arning, daß dieses wohl sicher ein von Mäusen auf den Menschen übertragener Favus sei, da 1. nur ein solcher so schnell wachse, wie es hier in der Kultur der Fall gewesen sei, und 2. spräche auch der klinische Befund, daß sich nirgends ein Entzündungshof um die (schönen gelben) Skutula herum fände, dafür. Die Therapie sei hier — ganz im Gegensatz zum Favus der behandelten Kopfhaut, wo der Pilz tief in die Wurzelscheide der Haare eindringe — sehr erfolgreich, zumal das Skrotum dieses jungen Menschen so gut wie gar keine Haare aufweise, so daß er in zirka 14 Tagen unter Naphthol oder Chrysarobin eine vollständige Heilung zu erzielen hoffe.

b) Einen besonders schönen Fall von Vitiligo bei einem 14jähr., wegen allgemeiner Pediculosis aufgenommenen Jungen; Pat. habe die Fleckung der Haut angebl. erst vor 2 Jahren bemerkt, doch sei wegen der enormen Ausbreitung und wegen der sehr starken Pigmentanhäufung an den Rändern anzunehmen, daß sie schon wesentlich länger bestände; Ätiologie dunkel. Besonders präzise ist hier die Symmetrie der Affektion an Ober- und Unterschenkeln, am Penis, den Armen und speziell den Ellenbogen innegehalten bei sehr deutlich gezeichneter Konvexität der Ränder nach der gesunden Seite der Haut hin. Im übrigen ist Pat. ein durchaus wohlgebauter und gesunder Mensch.

Demonstrationsabend vom 20. April 1907.

Meyer-Delius (Arningsche Abteilung) demonstriert:

1. Einen Gonorrhöiker, der während seines 2 $\frac{1}{2}$ monatlichen Krankenhausaufenthaltes eine sehr ungewöhnliche Komplikation darbot. In verschiedenen großen Zwischenräumen, meist alle 4 Tage, doch auch häufiger, setzten hohe, bis 40-9° ansteigende Fieberattacken ein, mit denen gleichzeitig, über Rumpf und Extremitäten verstreut, ohne besondere Prädispositionsstellen ein makulöses oder papulöses Exanthem auftrat, das mit Aufhören des Fiebers, gewöhnlich schon am folgenden Tage, wieder verschwand. Fast jeder Anfall war ferner mit der Erkrankung irgend eines Gelenkes, eines Knies, eines Hand-, Kiefer-, Phalangeal- oder Rippgelenks verbunden, zuletzt trat vikariierend hierfür auch eine Myositis in den Muskelbäuchen der Extensorengruppe am rechten Vorderarme auf. Diese Affektionen verloren ihre Schmerzhaftigkeit ebenfalls mit dem Fieberabfall und waren wenige Tage darnach völlig verschwunden. Die Untersuchung des Blutes während des Fieberanstieges und des Erythemknoten war bakteriologisch, mikroskopisch und kulturell, negativ. Vermutlich müssen alle diese Erscheinungen auf Wirkung des Toxins der Gonokokken zurückgeführt werden. Sehr auffallend war, daß der Patient sich während der schweren Fieberanfälle (immer über 39°) subjektiv fast gar nicht beeinträchtigt fühlte. Die Therapie war völlig machtlos, nach 10tägiger fieberfreier Periode bei geheilter Gonorrhoe wurde der Patient auf seinen Wunsch, da er sich, wie gesagt, durchaus nicht der Krankenhauspflege bedürftig fühlte, entlassen.

2. Ebenfalls auf Wirkung des Toxins der Gonokokken muß wahrscheinlich die Balanitis circinata (zu unterscheiden von der durch *Spirochaete refringens* bedingten Balanitis erosiva circinosa) zurückgeführt werden, die Jadassohn in den „Komplikationen der Gonorrhoe“ in der deutschen Klinik bei den hyperkeratotischen Exanthemen erwähnt, und die scheinbar nur in Begleitung von gonorrhöischer Arthritis und Conjunctivitis toxica vorkommt. Ein typischer, hochgradiger Fall bei einem gonorrhöischen Polyarthritiker wird demonstriert. Die Glans ist fast völlig von kaum linsengroßen, runden, bröckeligen Hornschildern bedeckt, unter denen eine rings von einem leicht erhabenen Wall umgebene Erosion verborgen ist. Sind derartig hochgradige Balanitis-circinata-Formen anscheinend etwas seltenes, so sind mildere Formen bei Arthritikern gonorrhöischer Ätiologie entschieden etwas häufiges, was dadurch bewiesen wird, daß gleichzeitig 3 andere Patienten gezeigt werden können, bei denen die gleiche Affektion in den verschiedensten Intensitätsgraden vertreten ist. Am häufigsten zeigt sich diese Balanitis in Gestalt von senfkorn- bis linsengroßen Kreisen, deren Rand leicht aufgeworfen, aus grauweißlichen Körnchen zusammengesetzt ist, während das Zentrum eingesunken, manchmal von dünner Epidermisschuppe

bedeckt ist, unter der eine oberflächliche Erosion zu Tage tritt. In diesen Effloreszenzen sind weder Gonokokken noch Spirochaete refringens nachzuweisen. Alle 4 demonstrierten Patienten sind Arthritiker, einer leidet gleichzeitig an einer Conjunctivitis toxica. Bei dreien von ihnen inkl. dem hochgradigen Falle, fehlen andere hyperkeratotische Erscheinungen, bei dem vierten aber sind zugleich Verunstaltungen der Zehennägel und eine eigentümliche Veränderung der Fußsohlen vorhanden. Beide Fußsohlen, mit sehr derbem Hornlager versehen, sind von zahllosen reißzweckengroßen, strohgelben, zunächst von einem roten Hof umgebenen Epidermisabhebungen übersät, deren Inhalt eine krumelige, atheromatöse Detritusmasse ohne Bakteriengehalt ist. Nach Eröffnung der Blasen und Entleerung ihres Inhalts kommt der leicht entzündete Papillarkörper zum Vorschein. Diese Affektion, wie auch die Balanitis circinata gonococco-toxica heilten ab, spontan mit der Gonorrhoe, waren vorher aber therapeutisch wenig zu beeinflussen.

3. Demonstration eines nicht gonorrhoeischen chronischen Arthritikers, bei dem eine Psoriasis vulgaris einen außerordentlich stark schuppenden Charakter zeigt, so daß also auch hier ein gleichzeitiges Vorkommen von Gelenkaffektion und Hyperkeratose zu verzeichnen ist.

Demonstrationsabend vom 15. Juni 1907.

Saenger demonstriert:

a) Ein 19jähriges, sonst nervengesundes Mädchen mit Herpes zoster, welcher seltener Weise alle 3 Äste des Nerv. trigeminus zugleich befallen hat (Analogie zu einem von Moers (?) beobachteten Fall). Die Affektion begann am 8./VI. mit Übelkeitsgefühl; es traten dann zuerst am Kinn die jetzt noch bestehenden Bläschen auf, dann wurde die Nase und zuletzt — am reichlichsten — das Gebiet des frontalis (speziell supraorbitalis) und des naso-ciliaris befallen; im ganzen streng rechtsseitig lokalisiert, nur am Kinn noch einzelne Übergriffe auch auf die linke Seite. Die Cornea ist freigeblieben, denn es besteht keine Areflexie, wenn auch leichte Herabminderung des Cornealreflexes.

b) 15jähriges imbecilles Mädchen mit Assymetrie des Gesichtes zu Gunsten der r. Hälfte, Hemiatrophie faciei, Ptosis links und hysterischer Amaurose links; er bedeckt das r. Auge und veranlaßt Patientin einen Schlüsselbund zu holen, den er ca. 5 Meter von ihr entfernt auf einem Tisch deponiert hat; das geschieht prompt. Mit dem Stereoskop wurde bei ihr auch eine Amblyopie festgestellt, denn das angeblich nicht sehende Auge sollte auch im Stereoskop nicht sehen, aber trotzdem sah es!

Delbanco (Gastdemonstration):

a) 1 $\frac{1}{2}$ -jähriger Knabe mit extragenitalem Primäraffekt an der Oberlippe und im Filtrom nasi; deutlich — besonders an den Oberschenkeln — ausgesprochene Roseola und im Roseolenblut (Serum) (Paschen) *Spirochaete pallida* nachzuweisen, im Primäraffekt nicht (derselbe blutete stark nach Entfernung des Schorfs). Seine (ihn begleitende) Mutter hat ihn gestillt ohne infiziert zu werden; es läßt sich näher nichts Spezifisches nachweisen und der Vater sei ebenfalls absolut gesund.

b) Junger Mann mit Ichthyosis nitida (d'Alibert) und Primäraffekt; die Ichthyosis habe die Roseola wohl nicht aufkommen lassen, sie konnte wohl durch die so stark verdickte Oberfläche nicht durchschimmern. Delbanco sei gespannt, ob sich auch hier wird beobachten lassen, daß ein stark auftretendes akutes (luetisches) Exanthem die Ichthyosis eventuell zur Heilung bringen würde, wie es ihm von anderen akuten Exanthemen bekannt sei.

In der Diskussion erzählt Jolasse von einer Ichthyosis, welche durch ihn reichlich mit Resorcin behandelt (und angeblich geheilt) wurde und bei der sich während des Gebrauchs besagten Medikamentes eine Psychose ausbildete; er fragt an, ob von den Anwesenden Ähnliches beobachtet worden sei? Delbanco weist darauf hin, daß man erfahrungsgemäß bei stark reduzierenden Mitteln in der dermatologischen Praxis (Pyrogallus etc.) überhaupt gut tue, zugleich Salzsäure zu geben, und daß es wohl möglich sei, daß dadurch bereits mancher Intoxikation vorgebeugt worden sei; er glaube für den Fall Jolasse sicher an den Zusammenhang zwischen der dermatologischen Therapie und der Psychose (Orthoform).

Meyer-Delius (aus der Arningschen Abteilung) demonstriert einen jungen, sonst organisch vollkommen gesunden Kellner, der vor zirka 4 Wochen am Bein an einer (angeblich harmlosen) Flechte (in Güstrow) erkrankt sei; der behandelnde Arzt habe ihm dagegen eine „weiße“ (?) Salbe gegeben und infolgedessen sei nunmehr schnellstens die Entwicklung einer über den ganzen Körper — inklusive Gesicht und Kopf — verbreiteten Dermatitis vor sich gegangen; heute ist der ganze Patient wie in ein weißes Schuppenkleid gehüllt, welches aus kleinkalibrigen, schneeweißen und dicken einzelnen Lamellen besteht, die lose auf der dunkelrosa gefärbten und etwas verdickten Oberhaut aufsitzen, so daß Morgens das Bett und die Umgebung desselben wie besät mit Schuppen sei. Es sei hier nicht leicht zu entscheiden zwischen einem subakuten Arzneiexanthem oder einer konfluerten Psoriasis. Temperatur nie über 38° und reichliche Eosinophilie. Die Diagnose bleibt in suspensio. Nach fast völliger Heilung mittelst Eurobin zeigten sich am Rücken einige frische Psoriasisstellen, so daß nachträglich die Diagnose: konfluente Psoriasis gestellt werden muß.

Harmsen (aus der Arningschen Abteilung). 54jährige Frau, welche bis jetzt nie geschlechtskrank war, 6 noch lebende und

ein totgeborenes Kind zur Welt gebracht hat und sich vor 2 Jahren bereits in der Menopause befand. Bis 27./I. hatte sie ein Pflegekind, das dann starb, während sich bei ihr seit Ende März u. a. zuerst im Gesicht, dann über den ganzen Körper hin ein enormes, derbes papulöses Luid entwickelte mit Condylomen ad genitalia und reichlichem Spirochaetenbefund in den Effloreszenzen; die Massigkeit der Affektion im Gesicht läßt dasselbe wie eine facies leonina erscheinen und könnte in Lepraländern den Verdacht einer Lepra erwecken.

Westberg (Hamburg).