Verhandlungen des Vereines Ungarischer Dermatologyen und Urologien.

Sitzung vom 11. März 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. Schwimmer: *Scrophuloderma et tuberculosis cutis, cicatrices extensae*. J. H., 20 Jahre alt, Landknecht, war angeblich bis zu seinem 10—12. Lebensjahre gesund; zu dieser Zeit entstanden an beiden Schultern und am Rumpf rothe Geschwülste, welche stellenweise vereiterten und nur sehr langsam im Verlaufe von 2 Jahren verheilten. An diesen Stellen sieht man gegenwärtig nur Narbenbildungen in der Grösse einer Erbse oder eines Fingernagels, welche theilweise flach, theilweise atrophisch unter dem Niveau der Haut, theilweise 1—2 Mm. aus dem Niveau der Haut hervorragend erscheinen. Letztere fühlen sich polsterartig weich an und sind von einander durch dünne Furchen getrennt. Die Narben zeigen ein netzartiges Bild und schliessen sozusagen eingesunkene, normale Hautinseln ein.

Das jetzige Krankheitsbild zeigt sich an beiden Ellbogengelenken in der Form von rothen, höckerigen, stellenweise geschwürigen Veränderungen, welche das Aussehen eines *Scrophuloderma*, respective einer Hauttuberculose haben. Aehnliche Veränderungen sind in der Kreuzgegend und an den unteren Extremitäten in grösserer Zahl zerstreut vorhanden. Diagnostisch sind die vorhandenen Narbenbildungen und die neuern Eruptionen von Wichtigkeit, indem das floride Hautleiden mit der vor 8—10 Jahren bestandenen Krankheit zweifellos identisch ist. Schw. hebt noch die Unterschiede dieser Veränderungen im Vergleich mit syphilitischen und lupösen Formen hervor.

2. Schwimmer. *Pemphigus membranae mucosae*. Der vorgestellte Patient machte an seinem Geburtsort auf ärztliche Verordnung gegen das, auch jetzt bestehende Leiden eine langwierige Schmiercur durch, während dem sich die Krankheit jedoch verschlimmerte. Im Mai vorigen Jahres begann das Leiden mit Blasen, welche auf der Rückenhaut, auf der Mundschleimhaut und der Zunge sich entwickelten. Auf letzteren Stellen bildeten sich die Bläschen nach 6wöchentlichem Bestand zurück, um nach weiteren 6 Wochen erneuert aufzutreten. Seit dieser

Zeit entstanden sowohl auf der Haut des Rumpfes, Halses und des Kopfes, als auch auf der Mundschleimhaut bald grössere, bald kleinere Blasen, welche mit der Zeit vergingen, um neu sich bildenden Platz zu machen. Gegenwärtig sieht man welche auf der Gesichts-, Brust- und Rückenhaut, als auch auf der Mundschleimhaut. Die Diagnose bot hier keine Schwierigkeiten, denn nach Schimmer's Erfahrungen treten die Pemphiguseruptionen entweder zuerst auf der Haut und nur nachher auf den Schleimhäuten auf, oder nur auf der Haut, oder zuerst auf den Schleimhäuten und nachher auf der allgemeinen Decke auf. Der vorgestellte Fall ist durch 2 Umstände interessant: erstens in Rücksicht auf die Aetiologie. Die Annahme von jähren oder langandauernden Gemüthsveränderungen, oder starken geistigen Anstrengungen als Ursache des Pemphigus gilt hier ebenfalls, nachdem der Patient in letzterer Zeit grosse materielle Schäden (sein Haus ist abgebrannt etc. etc.) erlitt. Der zweite Umstand bezieht sich auf die Therapie der Schleimhautveränderungen. Gewöhnlich pflegt man gegen die durch Aufplatzen der Blasen entstandenen Epithelverluste Kalium chloricum als Mundwasser zu verordnen. Bei Pemphigus verursacht dieses Mittel grosse Schmerzen. Schw. pflegt ein Decoctum malvae zu verordnen, welches die Patienten sehr gut vertragen.

3. Bakó. Cystitis pseudomembranacea. F. M., 26 J. alt, Diener, wurde am 26. Febr. l. J. mit acuter Urinretention auf B's. Abtheilung aufgenommen. Vor 9 Tagen bemerkte Patient 3 Tage nach dem letzten Coitus einen Ausfluss, wozu sich am 4—5. Tag des Bestandes häufiger Urindrang gesellte, das Urinlassen wurde allmählig beschwerlicher und am 23. Febr. konnte er keinen Urin mehr lassen. Am Abend dieses Tages, sowie am 24. und 25. Febr. entfernte ein Arzt mittelst Katheter den Urin und sandte den Patienten zur weiteren Behandlung in das Spital.

St. präs.: Die gefüllte Blase ist hoch über der Regio pubica, schmerzhaft. Kein Fieber. Der engl. weiche Katheter Nr. 6 konnte leicht eingeführt werden, jedoch, obwohl nach der Länge des eingeführten Stückes das gefensterte Ende des Katheters in der Blase sein musste, kam kein Urin. Das Einspritzen von Flüssigkeit war unmöglich, so dass B. den Katheter herausziehen musste. Die Oeffnung und ein grosses Stück des Lumens war durch weisse membranartige Gebilde verstopft. Der gereinigte Katheter wurde wieder eingeführt, es floss etwas Urin, alsbald war der Katheter abermals verstopft. Durch Einspritzen von Flüssigkeit gelang es jetzt das Lumen des Katheters frei zu machen und nun floss eine grosse Menge Urins gemengt mit vielen membranartigen Gebilden heraus. Der allmählig entfernte Urin war trüb, ohne einen besondern Geruch oder den einer ammoniakalischen Gährung.

Die weichen, leicht zerdrückbaren, ca. 3 Cm. langen, 2 Cm. breiten, weisslich-grauen Membranen erwiesen sich unter dem Mikroskop als Fibrin, mit Urinsalzkristallen bestreut. — Im Grundgewebe konnte man hier und da Eiterzellen und Blasenepithelzellen unterscheiden.

Am nächsten Tage hörte ich, dass der zur Blasenwaschung benützte, weiche Katheter immer schwerer einführbar war. Daher untersuchte ich die Urethra und fand 8 Cm. vom Orif. Ext. entfernt eine Stricture, durch welche nur eine 14er Sonde-olivaier geführt werden konnte. Die Stricture hatte weiche Wände und war 0.5 Cm. lang; weiter hinaus war die Harnröhre intact. — Patient gestand jetzt, dass er in seinem 18. Lebensjahre einen Tripper hatte, welcher ohne Medicamente wieder verging; nach vier Jahren, als er Soldat war, hatte er beim Uriniren Beschwerden, welche damals im Militärspital durch Erweiterung der Stricture binnen drei Wochen behoben wurden. Ein halbes Jahr nachher bekam Patient wieder einen Tripper, zu welchem sich acute Urinretention gesellte. — Durch einmaliges Katheterisiren war die Retention behoben; gegen den Ausfluss bekam er Einspritzungen. — In der dritten Woche entstand eine Nebenhoden-Entzündung, womit er weitere vier Wochen im Spital zubrachte. Seit dieser Zeit fühlte er sich ganz wohl.

Guyon ist der Ansicht, dass der Bildung dieser Pseudo-Membranen eine mehr weniger intensive Cystitis vorhergehe, und dass diese Membranen besonders dann auftreten, wenn ein mechanisches Hinderniss (Prostatahypertrophie oder Steine) eine Urinretention verursacht und der Urin ammoniakalisch wird. — Seiner Ansicht nach hat der Urin gleich am Anfange des Leidens einen faulen Geruch, gerade so, wie im Spätstadium einer Blasengeschwulst. — Rovsing und Savor fanden bei der bakteriologischen Untersuchung dieser Membranen das Bacterium coli; letzterer bringt das Grundleiden mit diesem Bacterium in causalen Zusammenhang.

Im vorgestellten Falle war die Urinretention nur drei Tage alt und durch die acute Urethrocystitis hervorgerufen. Der frisch entleerte trübe Urin war neutral und hatte nicht den von Guyon als charakteristisch bezeichneten Geruch.

Nach drei Tage hindurch fortgesetzte Entleerungen mittels Katheters wurde der Urin rein; die Retention dauerte bis 6. März, an welchem Tage der Patient zuerst in der Lage war, ein wenig Urin von selbst zu entleeren.

Jetzt ist das Residuum kaum 100 Grm. — Patient war während der ganzen Zeit fieberlos.

4. Bakó. Orchitis syphilitica. Josef V., Universitätshörer, kam vor einigen Wochen mit der Klage, dass sein linker Hoden grösser sei. Vor circa 1½ Wochen fühlte er beim Treppensteigen im linken Hoden ziehende Schmerzen. Dieses Gefühl verging jedoch auf kalte Ueberschläge und durch das Tragen eines Suspensoriums.

St. pr. Rechter Hoden normal, linker H. hühnereigross, überall gleichmässig anzufühlen, auf Druck fehlt jedoch das charakteristische Hodengefühl. Geringfügige Hydrokele, welche am ausgeprägtesten an der Ansatzstelle des Funiculus spermaticus ist. Funic. sperm. normal. Patient hatte nie Gonorrhoe, erinnert sich auch an kein Trauma oder dass er z. B. etwas Schweres gehoben hätte.

Das Bild entspricht einem in Entwicklungsstadium befindlichen Sarcom oder einer Orchitis syphilitica. In dieser Richtung befragt, gesteht Patient, dass er am Anfange des Sommers 1893 ein Geschwür an der Glans penis hatte, welches nach mehreren Wochen zuheilte. Im Laufe des Sommers bemerkte er ein Exanthem auf der Körperhaut und nachher hatte er Geschwüre im Mund und am After. Im September, als er in die Hauptstadt kam, hatte er noch Geschwüre, liess sich in einem öffentlichen Ambulatorium behandeln, wo ihm Quecksilberpillen und Mundwasser verordnet wurden. In einigen Wochen war er geheilt, befand sich seither wohl und nahm nicht mehr ärztliche Hilfe in Anspruch. — Jetzt war kein Zweifel mehr betreffs der Diagnose.

Bakó beobachtete schon mehrere Fälle von Orchitis syph. mit Hydrokele, bei allen entstand jedoch dieses Sympton der Syphilis erst viele Jahre nach dem Primäraffect. Die Hydrokele heilt gewöhnlich durch Punction, ein endgiltiges Resultat kann man jedoch nur bei zu gleicher Zeit angewandter antisiphilitischer Cur erreichen.

Wohl bemerkt, dass die Hydrokele, wie es scheint, ein Vorsymptom der Orchitis syphilitica ist. Er beobachtete nämlich 2 derartige Fälle. Bei dem einen vollzog er eine radicale Operation der Hydrokele, und nach 2 Jahren entwickelte sich an deren Stelle eine Orchitis und Periorchitis syphilitica. W. erklärt diesen Umstand auf die Weise, dass die Hydrokele auch damals nur das Symptom der seiner Zeit makroskopisch nicht constatirbaren Orchitis gewesen sei.

Schwimmer erwähnt den Fall eines jungen Mannes, welchem er, nachdem 4—5 Jahre hindurch keine Symptome der Lues beobachtet werden konnten, er das Heiraten erlaubte. Im 6. Jahre gebar seine Frau ein gesundes Kind. Im 7. Jahre (dass keine Symptome vorhanden gewesen sind) als sein Kind schon ein Jahr alt, und noch immer gesund war, kam Patient mit der Klage einer Hodengeschwulst. Patient holte einige Tage früher, da Schw. damals abwesend war, den Rath eines Chirurgen ein, welcher eine drei Monate dauernde Jodkalicur verordnete, und eine Exstirpation des Hodens empfahl. Schw. verordnete eine Inunctionscur. Nach 40 Einreibungen ward der Hoden wieder normal, die Frau des Patienten kam wieder in Hoffnung, blieb selbst gesund, und brachte wieder ein gesundes Kind zur Welt.

Marschalko bemerkt, dass dieser Fall Schw's. wieder dafür spricht, dass das Quecksilber auch in den Spätstadien der Syphilis ein souveränes Mittel sei.

Bakó hingegen bemerkte sehr oft, dass die Hodensyphilis sich auf Jodkali ausgezeichnet zurückbildet.

5. S. Róna. Urethritis membranacea fibrinosa?

E. M., 23 Jahre alter, lediger Mediciner, bekam vor 3 Jahren seine erste, mit acuten Symptomen aufgetretene Gonorrhoe, welche ausser den gewöhnlichen Injectionen und inneren Mitteln binnen 4 Monaten nach Anwendung Ultzmann'scher Instillationen und Sondencur bis 24 Ch. heilte. Eine Verengerung der Harnröhre bemerkte Patient nie, und

fühlte sich auch bis 21. Februar l. J. gesund. An diesem Tage Coitus, und 3 Tage nachher 2 linsengrosse Blasen auf der Lam. int. praep., und noch 2 Tage später ähnliche auf der Glans, welche aufgingen und an deren Stelle gelbliche Continuitätsstörungen sich entwickelten. Am 24. Februar kam Patient zu R., welcher die Läsionen für Herpes genitalis hielt. Am 26. Februar verspürte Patient beim Uriniren ein Brennen, und bemerkte im Orificium urethrae einige, kaum etwas getrübbte, schleimige Tropfen, und suchte wieder R. auf, welcher eine acute gonorrhoeische Infection annahm, ohne jedoch auf Gonococcen zu prüfen. Verordnet wurde zu Injectionen Argentanin 1:1000. Am 2. März war der Ausfluss eiterig, dick, rahmartig, die Urethralwandungen angeschwollen, der Urinstrahl verdünnt, das Uriniren sehr schmerzhaft. Spiegelbefund: der Tubus 16 Ch., kann nur schwer hinter der Fossa navicularis eingeführt werden und bleibt am Ende der Pars pendula stecken. Bis zu dieser Stelle ist die Urethra silber-, stellenweise gelblichweiss. Der 0.5—1.0 Mm. dicke Belag kann nur schwer abgerieben werden, wonach punktförmige Blutung sich einstellt. Das Secret, als auch der abgeriebene Belag wurde auf Gonococcen und Schankerbacillen untersucht. Negativer Befund. Verordnet wurden Jodoformbacillen. 4. März St. idem; sehr flüssiger, gelblicher, seröser Ausfluss. 8. und 9. März St. idem. Am letzteren Tage konnte ein Tubus 18 Ch. bis zur p. prostatica eingeführt werden. Die ganze Pars anterior mit weisslichem Belag bedeckt, die Pars posterior normal. R. entfernte von einem grossen Theil der Pars pendula den Belag, welcher sich als ein fibrinöses Exsudat erwies, wie dies in den eingestellten Präparaten sichtbar ist. Seitdem ist das Secret immer gelblich, schleimig, flüssig. Urinstrahl noch immer dünn, Uriniren noch immer schmerzhaft. Das Uriniren geschieht in normalen Zwischenräumen, im Urin keine Fäden. Seit 9. März keine Behandlung, status idem. Aetiologie des Leidens ganz dunkel.

6. Török. Lichen ruber planus.

Der 37 Jahre alte Arbeiter hat seit 2 Monaten auf den Beugeseiten der Arme und Füsse einen Ausschlag, welcher mit Jucken begann. Patient war nie krank, ist jedoch nervös. Sein Bruder hat einen eczematösen Ausschlag. Die Läsionen sind hauptsächlich an der Beugeseite der Arme, insbesondere der Ellbogen, an den Schultern, in den Achselhöhlen, und den nachbarlichen Theilen der Thoraxhaut, in der Kreuzgegend, am Penis und Scrotum, an der Innenseite der Oberschenkel, in den Kniebeugen und am Nacken dicht vorhanden; auch an anderen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten sieht man ähnliche Läsionen, jedoch in geringerer Anzahl. Nur das Gesicht, die Ohren, die behaarte Kopfhaut und die Handflächen sind frei. Die Fusssohlen sind verdickt und zeigen weissliche Furchen. Die kleinsten Läsionen sind flach hervorragend, meistens polygonal, bläulich- oder bräunlichroth, wachsartig glänzend, mit centraler Delle. An den Oberextremitäten sind diese Läsionen dicht nebeneinander gedrängt und bilden bläulichrothe, fein-

gefurchte, bis handflächengrosse Plaques, welche an mehreren Stellen in Rückbildung begriffen, sepiabraune Einsenkungen zeigen. An vielen Stellen sieht man linsen- bis kreuzergrosse, runde Flecke, deren Ränder von perlschnurartig dicht aneinander gereihten Läsionen gebildet sind, und deren Mitte auf das Niveau der normalen Haut eingesenkt ist. Die Plaques sind an den oberen Extremitäten und der Brusthaut heller, in der Kreuzgegend und am Scrotum dunkler braun. Schleimhäute frei. Therapie: Asiatische Pillen und Bäder.

7. Török. Syphilis miliaris. (Lichen syphiliticus.)

Der 22jährige junge Mann ist sehr blass. Die Halsdrüsen sind überhaupt, jedoch besonders links, in der Gegend des Angulus mandibulae, geschwulstartig hervorstehend. Axillar-, Cubital- und Inguinaldrüsen stark vergrößert. Am Präputium eine verheilende, knorpelharte Sclerosis. Am Rumpf und an den oberen Extremitäten zahlreiche, stecknadelkopfgrosse, bräunliche oder röthliche Läsionen, welche den Hautdrüsen entsprechen, und linsen- bis kreuzergrosse Gruppen bilden. Die Haut ist an diesen Stellen diffus bräunlich. Der Zustand hat sich schon sehr gebessert, und die Läsionen sind schon blasser, nachdem Patient seit zwei Wochen Inunctionen anwendet. Das Exanthem besteht angeblich seit acht Wochen.

8. H. Singer demonstrirt mikroskopische Präparate der Kraurosis vulvae (S. Róna's Patientin). S. Róna.