

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Jänner 1903.

Vorsitzender: Neumann.

Schriftführer: Löwenbach.

Finger demonstriert einen 34jährigen Mann mitluetischer Spätaffektion der Lymphdrüsen in einer Ausdehnung, wie man sie wohl selten zu sehen Gelegenheit hat. Man findet zunächst in der linken Subinguinalgegend ein faustgroßes Paket von ziemlich derben, teilweise bereits erweichten Knoten, über denen die Haut infiltriert, zum Teil auch erweicht und zu scharf umschriebenen, eiternden Substanzverlusten umgewandelt ist. Ähnliche derbe, noch nicht exulcerierte Drüse befindet sich in der r. Subinguinalgegend, ein größerer, im Zentrum erweichter Knoten reicht von der rechten Cubitaldrüse bis zur Mitte des Oberarmes. Die linke Cubitaldrüse bildet einen derben, orangegroßen, mit der Haut verwachsenen Tumor. In beiden Kieferwinkeln sind rechts eine bereits schrumpfende, links eine derbe Geschwulst.

Interessant ist auch der Hodenbefund. Beide Hoden sind infiltriert; rechts vorwiegend der Nebenhoden, der zu einem fast faustgroßen, derben, kleinhöckerigen Tumor umgewandelt ist, während auf der linken Seite der Hode von der Epididymis nicht zu trennen ist und gemeinsam mit derselben in eine derbe Geschwulst umgewandelt erscheint. Am Rücken findet sich an einer Stelle ein hellergroßer Rupiaknoten. Auf der Stirne ist ein wallnußgroßer, im Zentrum erweichter Knoten, dessen Peripherie einen derben Wall darbietet. Außerdem hat der Patient Ulzerationen im Halse, gummöse Ulzera an beiden Stimmbändern und starke Heiserkeit.

Dabei ist die Dauer der ganzen Infektion seit 1899 und der Lymphdrüsenaffektion auffallend, die fast $1\frac{1}{2}$ Jahre besteht. Dabei sind fast alle tastbaren Lymphdrüsen erkrankt. Die Veranlassung für die Malignität im Verlaufe dieses Falles ist nicht bestimmt; der Patient ist kein Alkoholiker, hat weder Tuberkulose noch Malaria; in Betracht käme nur die relativ geringfügige Behandlung.

Neumann. Der Fall erscheint zunächst durch die Beteiligung so vieler Drüsen interessant. Solche gummöse Formen von Lymphgefäß- und Drüsenerkrankung mit Schwellung, Rötung und späterem Durchbruch kommt sonst mehr an einzelnen Stellen, oft mit Beteiligung innerer Organe vor; z. B. an den Bronchialdrüsen mit Durchbruch in den Ösophagus ähnlich wie bei indurierten Carcinomen.

Was die Erkrankung der Nebenhoden anlangt, so ist dieselbe bei rezenter Syphilis wohl selten. Auch Gummen kommen am Nebenhoden seltener vor, häufiger in Combination an der Orchis.

Ehrmann erinnert an den voriges Jahr vorgestellten Fall von Gumma der r. Schilddrüsenhälfte; derselbe war seit 1898 in seiner Behandlung und konstant weiter behandelt worden. Doch bekam er in rascher Reihenfolge ein krustöses Syphilid, dann ein lichenoid-kleinpapulöses Exanthem und Drüsengummen. Ein anderer Patient zeigte schon 1 Jahr nach dem Initialaffekt ohne deutliches erstes Exanthem Gummen an den Unterschenkeln und Lähmungen, welche umschriebenen Herden in den Rindenzentren oder im Stabkranz entsprachen. Er wurde antiluetisch behandelt, hatte aber auch darnach noch Anfälle von Jackson-Epilepsie, wohl durch Narbenbildung an Stelle der Gummen bedingt.

Speziell bei Gummen am Genitale ist oft zu finden, daß dieselben an Stelle des früheren Initialaffektes sitzen; so beobachtete ich dies sehr schön in knotenförmiger Anordnung entlang einer anfangs bestandenen dorsalen indurierten Lymphangitis.

Finger. Diese Beobachtung ist gewiß richtig und erinnere ich mich an einen Fall, wo an Stelle des Initialaffektes am orificium externum erst 2—3 Rezidivpapeln, dann Gummen auftraten. Doch ist es auffallend, daß die Lymphdrüsen, die in der Frühperiode immer beteiligt sind, im tertiären Stadium so selten ergriffen erscheinen.

Nobl demonstriert einen 26jährigen Mann mit akuter Urethritis und einem ausgedehnten venerischen Geschwür am Boden des vorderen Anteiles der Urethra, durch welches die Urethra hinter dem Frenulum offen und inmitten eines Geschwüres zu liegen kommt, dessen aufsteigende Ränder mit gelbem eitrigem Detritus belegt sind

Riehl demonstriert:

1. Einen Fall von Leukonychie bei einem zirka 20jährigen Mädchen. Sämtliche Fingernägel der Hände sind in ihren an die Matrix grenzenden Stellen milchweiß — die Form und Konsistenz der Nägel normal; es fehlen krankhafte Erscheinungen an der Matrix.

R. bespricht die Erscheinungen¹⁾ (Anatomie dieser Nagelveränderungen, demonstriert Abbildungen) und erwähnt, daß bei drei anderen von ihm beobachteten Fällen Congelatio ersten Grades an den Händen bestanden habe, wie auch in diesem Falle.

Dasselbe Mädchen leidet an Ichthyosis nitida in gewöhnlicher Lokalisation und zeigt Ichthyosis beider Flachhände.

2. Einen Fall von ausgebreiteter Sklerodermie bei einem 22jährigen Mädchen.

Die Veränderungen erstrecken sich über den ganzen Stamm und die Extremitäten fast diffus ausgebreitet. Hände und Gesicht sind frei. Es sind verschiedene Stadien des Prozesses vorhanden, noch rote, frische, erythemartige, bereits indurierte Partien, ausgebildete Platten intensiver Härte und beginnende Rückbildung. Mäßige Pigmentverschiebung.

3. Einen Fall von über Stamm und Extremitäten ausgebreiteter Psoriasis punctata, welche dadurch bemerkenswert ist, daß unzählige

¹⁾ R. knüpft einige Erörterungen über die Therapie an, die in diesem Falle durch profrahierte Bäder und Massage mit Jodsalben eingeleitet worden ist.

stecknadelkopfgroße, mit Schüppchen besetzte, lebhaft rote Knötchen an vielen Stellen konfluierend die Haut bedecken, so daß das Bild an Lichen ruber acuminatus stark erinnert. Der Befund einiger sich in der Peripherie auf Linsengröße und darüber ausbreitender Effloreszenzen und die siebförmige Blutung nach Abkratzen der Schuppen machen den Fall als Psoriasis kenntlich. In geringer Ausdehnung sehe man derartige lichen ruberähnliche Psoriasis nicht selten — in so gleichmäßiger Weise und in derartiger Ausbreitung sei dieses Bild höchst ungewöhnlich.

4. Einen Fall von eigentümlichem Ekzem bei einem anämischen jungen Mann. Am Stamm und unteren Extremitäten finden sich bis talergroße, mäßig schuppemde, teilweise zerkratzte rote Flecke; an den Oberschenkeln tragen diese zum Teil Krusten, an den Unterschenkeln sind sie zu einem krustösen Ekzem konfluert, während sie am Stamm überall isoliert von normaler Haut begrenzt stehen. Die Scheiben am Stamm zeigen bei genauerer Betrachtung eingestreute hirsekorngroße, bräunliche Knötchen, welche den Lanugobälgen entsprechen und deutlich tastbar sind. In inguine große indurierte Drüsenpakete. Erscheinungen von Prurigo und Ichthyosis fehlen. Riehl bespricht die Differentialdiagnose und bezeichnet diese Ekzemform als *Eczema scrophulosorum*.

R. hat Fälle ähnlicher Art gesehen, bei welchen nebstbei typischer Lichen scrophulosorum vorhanden war und auch beobachtet, daß die follikulären Knötchen in den Ekzemplaques nach Abblasen des letzten sich direkt in Lichen scroph. umgewandelt haben. Dazu kommt die Lymphdrüseninfiltration und Anämie, so daß diese Ekzemform als Zwischenstufe zwischen Ekzem und L. scroph. anzusehen ist.

Die Anhänger der Tuberkulidtheorie müßten dieses Ekzem den Tuberkuliden zuzählen.

5. Eine zirka 30jährige Frau mit Mykosis fungoides. Die Kranke ist schon im Sommersemester demonstriert und bietet teils knotige, teils infiltrierende, über weite Hautstrecken sich ausbreitende Form der M. f.

R. demonstriert den günstigen Effekt, welchen Röntgenbestrahlung hervorgebracht hat. Weidenfeld hat versuchsweise Röntgentherapie angewendet.

Der eine Vorderarm zeigt nach zweimaliger Bestrahlung fast normale Haut — der andere nur einmal bestrahlte Arm ist neuerdings von fleckigen Nachschüben der Krankheit eingenommen.

R. hebt hervor, daß Versuche der Heilung der M. f. auf diesem Wege mit wechselndem Erfolge schon mehrfach gemacht sind, das schönste Resultat erst jüngst Jamieson mitgeteilt hat, dessen Pat. fast völlig geheilt worden ist und seit mehreren Monaten keine Rezidive aufgewiesen hat.

Spiegler stellt einen 32jährigen Bäcker vor, der an der Streckseite des rechten Vorderarmes und am Handrücken 4 über guldengroße, braunviolette, im Zentrum eingesunkene, am Rande elevierte Herde mit peripherer Schuppenabhebung zeigt. Die Affektion bei dem Manne, der mit Tieren nichts zu tun hat, besteht 6—8 Wochen; Pilze wurden bisher nicht nachgewiesen, doch liegt nach dem klinischen Bilde zweifelsohne eine *Trichophytia profunda* vor.

Ullmann. Diese Form ist auch als *Folliculitis agminata mycotica* bezeichnet worden. Aus dem dünnen eitrigen Sekret und der buckligen Beschaffenheit wäre ja die Diagnose zu stellen; doch ist in jedem solchen Falle der Nachweis von Pilzen, eventuell mit Zuhilfenahme von Kulturen nicht schwer und notwendig.

Neumann erinnert an einen im abgelaufenen Jahre vorgestellten Fall einer ähnlichen Affektion, bei der Pilze in den Haaren nachgewiesen wurden.

Ehrmann. Die Lokalisation spricht nicht gegen die Diagnose und habe ich selbst 2 ähnliche Fälle am Handrücken bei stark behaarten Leuten gesehen. Aber hier stimmt das Aussehen der Herde nicht ganz mit dem Bilde der *Sycosis parasitaria*, es könnte sich vielleicht um eine andere Mykose mit Strahlenpilzen oder Blastomyceten handeln.

Weidenfeld demonstriert:

1. einen Fall von *Lichen ruber accuminatus*, der vor drei Wochen hier vorgestellt, nunmehr nach interner Arsenmedikation (285 asiatische Pillen) fast vollständig geheilt ist. Nur am Halse besteht noch Rötung und stärkere Ausprägung der Hautfelderung; die Streckseiten der Extremitäten und Hohlhände sind jetzt aber bedeutend weniger ergriffen und auch an der Körperhaut hat die Schuppung aufgehört.

2. Einen Mann, der vor 7 Jahren mit einem Rezidivexanthem auf der Klinik in Behandlung stand und jetzt ein Rezidiv von eigenartigem Aussehen darbietet. Auf der Brust- und Bauchhaut, sowie am Rücken und über dem Kreuze finden sich in großen Kreisen und Bogen angeordnete, flache, derbe, etwas lebhafter braunrote, großpapulöse Effloreszenzen, in ihrer Umgebung nirgends Narben als Residuen nach Abheilung derselben.

Neumann. Solche Formen sind immer Spätformen. Was deren Zerfall betrifft, so hängt dies nicht mit dem Stadium der Erkrankung, sondern vielmehr mit den Ernährungsverhältnissen des Patienten und der besonderen Lokalisation des Infiltrates zusammen. Was letztere anlangt, so sieht man an gewissen Körperstellen, wie den Fußsohlen, den Daumenballen, besonders an der behaarten Kopf- und Gesichtshaut oft auch bei sonst gesunden Leuten Zerfall, weil hier die Zwischenräume zwischen den einzelnen Haaren so gering sind, daß das Epithel rasch abgehoben wird und Nekrobiose eintritt. Aber bei schlecht genährten Leuten, bei Alkoholikern oder Kranken, die durch Tuberkulose oder Malaria herabgekommen sind, kommt es meist an fast allen Effloreszenzen zum Zerfall.

Finger. Die Grenze zwischen den kutanen Formen der sekundären und tertiären Periode ist keine scharfe. Außer der sogenannten Frühroseola gibt es auch eine größere, die öfters nach 2—3 Jahren auftritt, aber selbst 6—8—10 Jahre nach der Infektion beobachtet wird. Auch bei den papulösen Formen halten wir uns besser an die pathologischen Formen, wenn man auch nach der Gruppierung sehen kann, daß es sich um eine Spätform handelt, wie in dem vorliegenden Falle.

Ehrmann. Was die Heilung dieser *Tubercula cutanea* betrifft, so erfolgt dabei oft Narbenbildung ohne klinisch sichtbare Exulceration. Ein solches Knötchen bildet ein Granulom mit sehr viel Riesenzellen. An Stelle desselben tritt dann ein junges Bindegewebe, das schrumpft und in Narbengewebe übergeht. Das Aussehen der Papillen ist dabei verschieden, weil der Papillarkörper oft ersetzt wird. Auch manche breite Kondylome persistieren lange; auch hier sind unter dem gewucherten

Papillarkörper viel Riesenzellen, die resorbiert werden und an ihrer Stelle ein Narbengewebe zurücklassen. Lang nannte sie organisierte Papeln.

Nobl glaubt, daß es sich bei diesen nicht um Narbenbildung, sondern im wesentlichen um eine Hypertrophie des Bindegewebes und Epithels handelt.

Weidenfeld. Auch im Sekundärstadium kommt Narbenbildung ohne vorausgegangene, sichtbare Exulceration zu stande; ich weise nur auf den Lichen lueticus hin, nach dessen Abheilung oft pigmentierte, punktförmige Narben restieren.

Zumbusch demonstriert eine Lues gummosa bei einem 63jähr. Manne. Derselbe hatte mit 17 Jahren Lues akquiriert, war nie behandelt worden und zeigt jetzt am linken Unterschenkel neben vielen schmutziggelbbraunen Pigmentationen und Narben mehrere bis guldengroße, kreisrunde, speckig belegte gummöse Geschwüre.

Neumann stellt vor: 1. Einen 26jährigen Patienten mit Gummien am weichen Gaumen und Psoriasis vulgaris. Am weichen Gaumen seitlich von der Uvula ein haselnußgroßes Geschwür mit speckigem Belag und steil abfallenden Rändern; vor der Uvula ein kleineres analoges Geschwür inmitten derb infiltrierten Gewebes. An der Streckfläche der Ellbogen- und Kniegelenke linsengroße, über das Niveau hervorragende Effloreszenzen, die mit silberweißen Schuppen bedeckt sind, nach deren Abkratzung das punktförmig blutende Corium zu Tage tritt. Die Syphilis des Patienten besteht 6 Jahre. Er lag damals mit Phimose, Sklerose und Exanthema maculosum an der Klinik.

2. Einen 28jährigen Patienten mit Sclerosis palati mollis, krustösem Syphilid am behaarten Kopf und Exanthema maculo-papulosum. Am weichen Gaumen rechts von der Uvula ein hellergroßes Geschwür mit glattem Grund, speckigem Belag und starkem Infiltrat des Gewebes. Die Submentaldrüsen und die Jugular- und Zervikaldrüsen bis fast nußgroß geschwellt, derb indolent. Am Stamm und an der Beugeseite der Extremitäten linsengroße rotbraune, im Hautniveau liegende, keinerlei Gruppierung zeigende Effloreszenzen. Ebensolche, jedoch mit Krusten bedeckt, am behaarten Kopf. Am Genitale kein Geschwürsprozeß, die Drüsenschwellung daselbst mäßiger als submental und am Halse.

3. Eine 43jährige Kranke mit Rhinosklerom. Die Affektion begann vor 8 Jahren mit einem derben, harten Knoten an dem rechten Nasenflügel. Vor 4 Jahren stand Patientin auf der chirurgischen Klinik Gussenbauer wegen derselben Affektion in Behandlung. Sie bekam 54 Subluminjektionen und Pinselungen des weichen Gaumens. Seit Mai 1898 besteht eine Behinderung der Atmung.

Jetzt zeigt Patientin folgendes Bild: Die Nasenöffnungen, der verkleinerten Nase verkleinert durch sehr harte Wucherungen, die mit Krusten bedeckt sind. An der Oberlippe eine strahlige Narbe, durch welche die Lippe nach oben verzogen wird. Der ganze Gaumenbogen in eine harte, exulcerierte, infiltrierte Platte umgewandelt. Uvula und Tonsillen fehlen, der Zungengrund an die Gaumenbögen angewachsen. Die Nasenflügel bewegen sich bei der Atmung nicht, sie sind starr.

Die laryngologische Untersuchung ergibt eine Verziehung des Kehlkopfs nach rechts. Kehlkopf frei. Unterhalb des rechten Stimmbandes in der Höhe des Ringknorpels eine narbige Strikture der Trachea.

4. Eine 45jährige Patientin mit Hautgummien und Tophi an der linken Tibia. Vor 4 Jahren bemerkte Patientin an der linken Tibia Anschwellungen, die besonders Nachts mit heftigen Schmerzen einhergingen. Die Behandlung bestand vor 4 Jahren in einer Einreibungs-

kur mit grauer Salbe (10 Einreibungen), in den folgenden Jahren je 15, 20 und 30 Einreibungen.

An der l. Tibia, an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel in ungefähr guldengroßer Ausdehnung befindet sich eine flach erhabene Protuberanz, über der die Haut verschieblich, an der Grenze des mittleren gegen das untere Drittel eine gleiche, etwas größere. An der Streckfläche des l. Kniegelenkes livide, aneinander gestellte, aggregierte, mit zentraler Borke versehene Infiltrate und Narben nach solchen.

Temperatur über den Tophi links erhöht, die Haut infolge von Applikation von Medikamenten pigmentiert und gerötet. Mundhöhle, Rachen, Handteller und Fußsohlen sind frei. Rechts an der Stirne gruppierte, depigmentierte, etwa linsengroße Narben, ferner eine Gruppe von rotbraunen, etwas über das Hautniveau erhabenen, mit kleinem roten Hof umgebenen, z. T. mit Krusten bedeckte Effloreszenzen.
