

Sitzung am 16. November 1920.

Vorsitzender: O. Rosenthal.

Schriftführer: R. Ledermann.

Ledermann stellte einen Neger mit syphilitischen Papeln vor, welche auf der dunklen Haut wie silberglänzende Psoriasisefloreszenzen aussahen.

Löhe: Primäraffekt an der Mündung eines paraurethralen Ganges.

Gebert stellte einen Patienten mit Dermatitis der Stirn vor infolge von Reizung durch Kunstleder in seinem Hute. Gebert hat ein derartiges Rezidiv bei einem Patienten beobachtet, als derselbe sich auf einer Reise mit dem Gesicht an das mit Kunstleder überzogene Polster eines Eisenbahnabteils gelehnt hatte.

Buschke stellte vier Fälle von abortiver Neurofibromatosis Recklinghausen vor, ferner einen Fall von Leucoderma universale bei Syphilis.

Fritz Lesser, Bruhns und *O. Rosenthal* geben teils dem Quecksilber, teils dem Salvarsan die Schuld an dem Entstehen des Leukoderms.

Buschke: Über die Behandlung des Lupus vulgaris mit dem Friedmannschen Mittel. Buschke hat im ganzen 16 Fälle von Lupus vulgaris und Skrofuloderma mit dem Mittel behandelt, außerdem noch zwei Fälle von Nebenhodentuberkulose mit Fistelbildung. Es handelt sich um Fälle von Lupus vulgaris von verschiedenster Ausdehnung und Bestanddauer, von ganz kleinen, relativ kurz dauernden Affektionen, bei denen die Patienten eine andere Behandlung ablehnten, bis zu mittelgroßen und ausgedehnten, disseminierten älteren Fällen, die einer definitiven Heilung durch sonstige Methoden nicht zugänglich waren. Die Behandlung wurde genau nach den von Friedmann 1920 selbst gegebenen Vorschriften durchgeführt. Zwei Fälle wurden von Friedmann selbst injiziert. Die Erfolge waren, daß die Nebenhodentuberkulose sich in beiden Fällen vorübergehend besserte, aber nicht dauernd, daß die Fisteln nur vorübergehend sich schlossen. Auf den Lupus vulgaris hat das Friedmannsche Mittel in seinen verschiedenen Formen einen heilenden Einfluß nicht ausgeübt.

Bruhns, Alexander und *Fischer* zweifeln gleichfalls an der Wirksamkeit des Mittels.

Heller hat in einem Falle von Hodentuberkulose den Schluß der Fisteln gesehen.

Blumenthal meint, daß man ebenso wie mit den anderen Tuberkulinen auch mit dem Friedmannschen Mittel bisweilen bei Lupus Erfolge erzielen könne, vor welchen es den Vorzug der bequemen Anwendung habe.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. November 1919.

Vorsitzender: Groß.

Schriftführer: Planner.

Hans Krüger:

1. Erythema toxicum haemorrhagicum.

Der 21jährige Patient lebte vom November v. J. an durch 9 Monate in italienischer Kriegsgefangenschaft unter ungünstigen Verhältnissen. Mitte August kehrte er nach Wien zurück und vor 4 Wochen entwickelten sich an

beiden Oberschenkeln rote Flecke, die dann auf den Körper übergriffen. Kein Fieber, keine sonstigen Beschwerden.

An beiden unteren Extremitäten — besonders an der Innenseite beider Oberschenkel — in der Fossa poplitea beiderseits, ferner auf Brust und Rücken — die Nates wieder freilassend — finden sich zahlreiche linsen- bis zweikronenstückgroße, hellrote und braungelbe, unregelmäßig begrenzte Hautblutungen. Am Rücken konfluieren diese Efflorescenzen größtenteils.

Hand- und Fußrücken, sowie das Gesicht, zeigen eine lividrote Verfärbung, sind jedoch wie Volae und Plantae frei. Kein Juckreiz; Wassermann negativ. Keine Drüsenschwellungen. Zucker und Eiweiß fehlen, Leukocytose.

Kyrle glaubt, daß mit Rücksicht auf die zahlreichen ringförmig angeordneten Hämorrhagien doch auch eine Purpura teleangiectodes Majocchi in diagnostische Erwägung gezogen werden müsse. Er wird auf diese Annahme durch einen kürzlich beobachteten Fall (15 jähriges Mädchen) mit außerordentlich reicher Entwicklung der Majocchischen Dermatose hingewiesen.

2. Pemphigus vulgaris circinatus bei einer 43jährigen Patientin.

Über der Brust sowie am Bauche, an Stirn und Schläfen, spärlicher an den oberen Extremitäten, finden sich zahlreiche, isoliert und in Gruppen stehende Borken und Blasen. Außerdem sieht man rote Flecke, die mit kleinen Blasen umsäumt sind.

Über den Streckseiten der oberen Extremitäten finden sich polycyclisch konturierte Flecke, deren periphere Teile aus abgehobener Epidermis bestehen.

An den unteren Extremitäten impetigoähnliche Eruptionen, die dazwischen liegende Haut gerötet.

Die Beugeseiten der oberen und unteren Extremitäten, ebenso Handteller und Fußsohlen sowie Schleimhäute sind frei. Auf Quarzlampe, Salben und 40 Natr. kakodyl.-Injektionen vor Monaten Besserung. Anfangs Oktober neuerdings Verschlechterung mit Fieber bis 40°.

Unter Neosalvarsan und Chininbehandlung wieder wesentliche Besserung.

Löwenfeld stellt einen Fall von Keratosis follicularis vor. Der 14jährige Patient leidet angeblich erst seit 4 Monaten an der Affektion. Die Hautdecke des Rumpfes, insbesondere des Rückens, und der Extremitäten zeigt eine trockene, reibseidenartige Beschaffenheit, bedingt durch hyperkeratotische Veränderungen der Follikelmündungen. Man sieht daselbst kleine, harte, primär nicht entzündliche Knötchen und konisch zulaufende Hornzäpfchen, die nicht selten in fädige Spitzen auslaufen, an den oberen Extremitäten auch stellenweise comedonenartige schwarze Hornpföpfe. An anderen Stellen, am Gesäß, sind auch größere, flachelevierte Knötchen zu finden, vielfach sieht man auch perifollikuläre Erytheme sekundär entzündlicher Natur. Das histologische Präparat ergibt hyperkeratotische Verdickung und Einlagerung lamellär geschichteter Hornmassen in den Follikelmündungen, die sich teils zapfen- und fadenförmig über die Oberfläche erheben, andererseits oft tief in den Follikel eindringen, wo man dann in Mitte geschichteter Hornmassen häufig noch atrophische, verbogene Lanugohaare sieht. Talgdrüsen sind nicht nachzuweisen. Ich möchte mit der Bezeichnung Keratosis follicularis nichts über die Natur des Krankheitsprozesses präjudizieren, da die Frage offen bleibt, ob man mit Brooke die Kerat. foll. als Krankheitsbild sui generis auffassen will, oder mit Jadassohn und Neisser Beziehungen zum Lichen pilaris annimmt, der ja wieder von vielen Autoren als leichte Form der Ichthyosis aufgefaßt wird.

Sachs demonstriert einen 48jährigen Mann mit einem auf der Kopfhaut (Glatze) lokalisierten *Lupus vulgaris*. In der Mitte der Kopfhaut parallel zur Pfeilnaht sind mehrere in Reihen angeordnete, miteinander konfluierende, linsengroße, braunrote, zum Teil mit Schuppen bedeckte Knötchen zu sehen. Im Gesicht und auf der Haut des übrigen Körpers keinerlei Zeichen von Tuberkulose. Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. In einem vorwiegend fibrösen Gewebe finden sich Gruppen von spindelförmigen epitheloiden Zellen mit vereinzelt Riesenzellen, die entzündlichen Elemente sind recht spärlich. Um zugrunde gegangene Talgdrüsen gruppieren sich Fremdkörperriesenzellen.

Nach Injektion von 1 mg Alttuberkulin trat an der Injektionsstelle eine deutliche Stichreaktion (Rötung und Schwellung der Haut), um die Effloreszenzen der Kopfhaut eine schwache, aber noch deutliche Herdreaktion auf. Patient erlitt vor 6 Jahren ein Trauma, im Anschlusse an dieses trat auf der Kopfhaut ein Knötchen auf; vor 2 Jahren erlitt er im Felde ein zweites Trauma durch Anschlagen an einen Balken. Es handelt sich um die recht seltene Lokalisation eines primären *Lupus vulgaris* auf der Kopfhaut, entstanden auf exogenem Wege.

Rusch demonstriert:

1. 2 Fälle von nodösen Syphiliden des Frühstadiums. Der erste Fall betrifft eine 32jährige Frau mit Resten einer linksseitigen Tonsillarsklerose und einem generalisierten dicht stehenden, lenticulären Exanthem. Bei ihrer Aufnahme bestand mäßiges Fieber und im Bereiche der Oberextremitäten ober- und unterhalb der Ellbogengelenke, im Bereiche der Unterextremitäten ober- und unterhalb der Kniegelenke, ferner an den Waden, nußgroße, blaurote, druckschmerzhaft, unscharf umschriebene, cutan-subcutan sitzende Knoten, völlig dem Erythema nodosum gleichend. Wenige Tage später waren die cutanen Veränderungen nahezu rückgebildet, so daß gegenwärtig nur mehr subcutan sitzende, derbe, kugelige oder walzenförmige, oberflächlich glatte Knoten zu tasten sind, die sich wie vergrößerte Lymphknoten anfühlen. Das demonstrierte histologische Präparat eines derartigen extirpierten Knotens zeigt in der Mitte den Durchschnit einer thrombosierten, mittelgroßen Vene und den Hauptsitz der entzündlichen Infiltration in ihren äußeren und mittleren Schichten.

Der 2. Fall betrifft einen 30jährigen Mann mit Primäraffekt im Penoscrotalwinkel und einem wenige Tage alten maculo-papulösen Exanthem, der an der linken Wade die kleine Rosenvene als federkielartigen, derben, verschieblichen, druckschmerzhaften Strang tasten läßt, das Beispiel einer strangförmigen, syphilitischen Phlebitis.

2. Einen 42jährigen Mann, der an den Oberextremitätenstreckseiten, auch im Bereiche der seitlichen Thoraxgegenden und am Rücken zerstreut stehende akneiforme, papulo-nekrotische Tuberkulide zeigt. An den Handrücken und den benachbarten Vorderarmstreckseiten überwiegen jedoch linsengroße, oberflächlich glatte, nur gelegentlich im Zentrum wenig schuppig und leicht eingesunkene, oftmals polygonal umrissene und flach elevierte Knoten, dunkelrot, derb, die niemals pustulös werden, aber gleichfalls mit Hinterlassung pigmentierter, atrophisch-narbiger Flecke heilen. Diese anscheinend wenig bekannten und wenig beachteten, knotigen Tuberkulide von lichenoidem Aussehen gleichen, wie die histologischen Präparate demonstrieren, dem papulo-nekrotischen Typus. Nur erstreckt sich die birnförmig gestaltete Nekrose mehr in die Tiefe und ist von der so charakteristischen

Zone gewucherter Fibroblasten schalenartig umgeben, in der sich vereinzelte Riesenzellen finden. Bezeichnenderweise fehlt jede Exsudation; die Gewebse Nekrose bleibt trocken und wird offenbar als solche langsam resorbiert.

Fasal stellt einen Patienten mit einem universellen groß-pustulösen Syphilid (*Variola syphilitica*) vor. Der ganze Stamm und die Extremitäten sind an Vorder- und Rückseite übersät von zahlreichen pustulösen Efflorescenzen verschiedener Größe, die teils eitrigen Inhalt zeigen, teils bereits zu einer Borke eingetrocknet sind. Die ersteren sind sehr succulent mit rotem entzündlichem Hof. Die letzteren sind von einem braunroten Infiltrat umgeben. An der Rückseite neben zahlreichen pustulösen Efflorescenzen einzelne zu einer dünnen eingesunkenen Borke eingetrocknete Ektymaformen. An der Stirne und am behaarten Kopfe zahlreiche krustenbedeckte Efflorescenzen.

In der Scroto-Inguinalgegend durch Wucherung der Pustelbasis Formen der *Framboesia syphilitica*.

Bemerkenswert erscheint das Auftreten des Erythems nach der 1. Salvarsaninjektion als erste sekundär-syphilitische Manifestation mit den stark hervortretenden Reizungserscheinungen der Herxheimerschen Reaktion.

Volk: 1. Bromoderma an der linken unteren Extremität stellenweise an ein Kerion celsi erinnernd, in anderen Partien oberflächlich ulceriert und mit papillomatösen Wucherungen besetzt. Patient nimmt seit längerer Zeit wegen Epilepsie Bromnatrium.

2. Lupus erythematoses des Gesichtes mit sehr massigen schmutzigräuen, festhaftenden Krusten bedeckt. — Daneben dieselbe Affektion an der Backenschleimhaut in Form von bläulich-weißen Plaques, welche im Zentrum narbig vertieft erscheinen, während in der Peripherie ein schmaler roter Saum vielfach erkennbar ist.

Porias stellt einen Fall von ausgebreitetem Lupus erythematoses im Gesicht und an den Ohren vor, bei dem auch die Schleimhaut der Ober- und Unterlippe besonders befallen ist. Man sieht Schwellung, Schuppenbildung und weiße, narbig-atrophische Herde. Die übrige Mundschleimhaut ist frei. Krankheitsdauer ungefähr ein Jahr.

Stein demonstriert zwei stark pigmentierte junge Männer, deren universelle Hyperpigmentation auf Sonnenbäder zurückzuführen ist, welche die Patienten im August dieses Jahres genommen haben. Beide zeigen disseminiert am Stamme, an den Schultern und Armen polycyclisch begrenzte, leicht schuppende Herde von Linsen- bis Handtellergröße. Diese Gebilde heben sich als ganz helle weiße Flecke von der tiefbraun verfärbten Umgebung ab. Sie enthalten in ihren Schuppen zahlreiche Exemplare von *Microsporon furfur* (Demonstration des nativen und gefärbten Pilzpräparates). Es handelt sich in beiden Fällen um eine Pityriasis versicolor bei stark sonnverbrannten Individuen. In den letzten Wochen kamen acht gleichartige Fälle zur Beobachtung. Es liegt daher die Vermutung nahe, daß die ganz helle, fast farblose Variante dieser Pilzaffektion häufiger sein könnte, als wir annehmen. Sie dürfte auf der normalen Haut leicht übersehen werden, bei stark sonnverbrannten Leuten aber infolge des Kontrastes als heller Fleck in dunkler Umgebung um so schärfer hervortreten. Einer der vorgestellten Patienten gibt mit Bestimmtheit an, daß zahlreiche kleinste Fleckchen in der Nachbarschaft der größeren Krankheitsherde und auch weit entfernt von denselben an den Armen erst in den letzten Wochen entstanden seien. Wir konnten uns von der Zunahme der hellen Fleckchen durch eigene Beobachtung überzeugen. Entfernt man durch Kratzen mit dem Fingernagel die

Pilzauflagerungen von der durch die vorhergehende Insolation hyperpigmentierten Haut, so ist unter derselben das Integument viel heller als die tiefdunkelbraune Umgebung. Die solare Hyperpigmentation scheint an dieser Hautstelle unter dem Einfluß der Dermatomykose rascher zu schwinden als an den pilzfren Hautpartien.

Lipschütz: Ohne zu den von Stein hier angeschnittenen Fragen endgültig Stellung zu nehmen, erlaube ich mir mitzuteilen, daß ich sowohl in Galizien während des Krieges, als auch späterhin in Wien (Filialspital Meidling) bei einer Reihe von Kranken mit Pityriasis versicolor ähnliche Hautveränderungen nach vorausgegangener intensiver Sonnenbestrahlung wahrgenommen, sie aber auf rein physikalische Vorgänge zurückgeführt habe. Auch experimentell ließ sich durch Sonnenbestrahlung das gleiche Bild erzielen. Bemerkenswert waren in einem Fall die einem Leucoderma syphiliticum täuschend ähnlichen Hautveränderungen bei herdförmiger Lokalisation der Pilzaffektion auf der Haut des Halses und Nackens, wodurch ein jüngerer Kollege sich sogar veranlaßt gefühlt hatte, den Kranken zu mercualisieren.

Fischl: Auch wir haben in der letzten Zeit einen Fall von Pityriasis versicolor beobachtet, dessen helle Farbe sich sehr deutlich von der dunkel pigmentierten Haut des Stammes abhob, und ich hatte auch auf der dermatologischen Abteilung des Festungsspitals in Pola wiederholt Gelegenheit, diesen auffallenden Farbenkontrast zwischen Pityriasisrasen und umgebender Haut zu konstatieren.

Finger glaubt nicht, daß aus dem vorgestellten Fall der Schluß auf eine Pityriasis versicolor alba gezogen werden könne. Das Interessante des Falles liege auch nicht in dieser Richtung, als vielmehr in der Beobachtung Steins, daß auch Herde von Pityriasis versicolor, die nachträglich, auf bereits gebräunter Haut entstanden sind, zur Depigmentierung der Haut führen.

Riehl: Fälle wie die demonstrierten hat wohl jeder Dermatologe beobachtet, neu sind aber die Schlußfolgerungen, die Stein daran knüpft. Es ist schon von anderer Seite hervorgehoben worden, daß die helle Färbung der Pityriasisflecke wohl hauptsächlich durch den Kontrast der stark sonverbrannten Haut verursacht sein dürfte. Die Annahme einer eigenen Pilzvariante, Pityriasis versicolor alba, scheint wenig begründet, wenn man bedenkt, daß dieselben Krankheitsherde, die früher schon bestanden, jetzt hell erscheinen. Die Annahme einer teilweisen Desquamation der Pityriasisflecke, welche dadurch weniger intensiv gefärbt erscheinen, liegt wohl näher als die Vermutung, daß eine neue Art des Mikrosporon vorliege. Die Krankheit hat ja ihren Namen versicolor von der außerordentlichen Variationsfähigkeit ihrer Färbung erhalten.

Die Hypothese Steins kann auch nicht dadurch gestützt werden, daß ganz kleine Herde der Krankheit heller erscheinen, da wir ja wissen, daß die Pityriasis versicolor bei manchen Patienten ungemein langsam wächst und monatelang kaum eine Ausbreitung derselben zu erfolgen braucht. Die angeführten kleinen Herde, die nach Angabe des Patienten neue Eruptionen sein sollen, sind wohl schon vor der Sonneneinwirkung vorhanden gewesen. Die Vermutung, daß durch den Einfluß der Pilze Pigment zum Schwund gebracht werde, wird durch keinerlei tatsächliche Momente begründet (histologischer Befund liegt nicht vor) und ist nach allem, was wir über Pigmentschwund und die Pityriasis versicolor wissen, auch höchst unwahrscheinlich.

Fischl stellt einige Fälle follikulärer Hyperkeratosen vor:

1. Einen typischen Fall von Lichen ruber acuminatus mit Hyperkeratosen an den Follikeln der Fingerphalangen und des Handrückens sowie an den Extremitäten, besonders schön hervortretend an den Unterschenkeln, wo sie an einer Stelle zu einer Plaque aggregiert erscheinen. Auf der Mundschleim-

haut sind die in der Literatur wiederholt beschriebenen hypertrophischen Talgdrüsen zu sehen; es handelt sich nicht um Lichen-ruber-Knötchen.

2. Einen Fall, bei dem die Hyperkeratosen nicht die charakteristische Form und Anordnung eines Lichen ruber acuminatus haben, sondern in jene Gruppe fallen, die in der Literatur verschieden benannt und unter den Namen Aené cornée (Hardy, Leloir, Vidal), Keratosis follicularis (Brooke) beschrieben wurden. Sie unterscheiden sich vom Lichen ruber acuminatus deutlich durch das Vorausgehen kleiner schwärzlicher comedonenartiger Punkte, dann erst bilden sich follikuläre Hyperkeratosen, die manchmal die Länge mehrerer Millimeter erreichen. Sie treten nur regionenweise auf, wie hier an den Oberarmen, Schulter und Oberbauchgegend. Die Infiltrationserscheinungen am Rande sind manchmal recht beträchtlich, während beim Lichen ruber acuminatus die Hyperämie überwiegt. Auffallend ist — was auch von Hering und andern Autoren angegeben wurde — die Miterkrankung der Mundschleimhaut. Auch hier findet man am harten Gaumen auf einer leukoplakieartigen Fläche comedoähnliche Pfröpfe oder Grübchen nach denselben, bei unserem Patienten zu beiden Seiten rechts und links an der Raphe des harten Gaumens. Wenn auch an manchen Stellen die Hyperkeratosen eine gewisse Ähnlichkeit mit der Psorospermiosis haben, so ist klinisch durch die Lokalisation sowie auch durch die Form des Knötchens schon makroskopisch ein wesentlicher Unterschied gegeben. Übrigens bestehen auch histologisch wesentliche Unterschiede, über die wir uns nach der Beendigung der histologischen Untersuchungen zu sprechen vorbehalten.

3. Zum Vergleiche stellen wir 2 Fälle vor, die von Prof. Ehrmann bereits in der Gesellschaft der Ärzte demonstriert wurden und von denen einer die dritte Generation einer Psorospermiosisfamilie darstellt. Der Vater des älteren Patienten ist der Fall, der in der Janovskyschen Klinik beobachtet wurde. Überdies ist noch eine Schwester des jüngeren Patienten in der Wiener Gesellschaft der Ärzte vorgestellt worden, so daß also 2 Glieder der III. Generation einer Psorospermiosisfamilie demonstriert werden.

4. Eine universelle papulo-squamöse Lues mit Anordnung en cocarde am Rücken und der rechten Schulter, psoriasiformen weißen Schuppenauflagerungen, die den Stellen, die der größten Reibung ausgesetzt sind, entsprechen, überdies bestehen Papeln an den Conjunctiven. WaR. positiv. Die Erkrankung ist 4 Monate alt.

Sitzung vom 20. November 1919.

Vorsitzender: Volk.

Schriftführer: Planner.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor:

1. Einen Fall von Vaselineoderm.

An beiden Wangen der 13jährigen Patientin — besonders rechterseits — finden sich überaus zahlreiche, hirsekorn- bis hanfkorngroße rote, auch graue perlmutterartig glänzende, zum Teil dichtgedrängte, jedoch nicht konfluierende Knötchen von derber Konsistenz; dort wo die Knötchen dichtgedrängt sind, erhält die Haut ein warziges Aussehen.

Patientin wurde wegen Impetigo faciei mit Borsalbe und 1 proz. Präcipitat behandelt. Bei gleichzeitiger Abheilung der Impetigo entwickelte sich auch an den nicht von Impetigo befallenen Stellen ein Vaselineoderm.

2. Nochmals den Fall von Erythema toxicum haemorrhagicum aus der Sitzung vom 6. November 1919.

Während die Efflorescenzen an beiden unteren Extremitäten unverändert geblieben sind, vielleicht an den Beugeseiten noch etwas an Zahl und Ausdehnung zugenommen haben, sind die Efflorescenzen am Stamm größtenteils geschwunden. An der Brust und Schultergegend sieht man, wie die Haut stellenweise über den Efflorescenzen gefältelt ist; stellenweise sind auch neue bis 20-hellerstückgroße, gelblichrote, scharf begrenzte, mäßig derbe Efflorescenzen aufgetreten, die kleinförmig schuppen und an das Bild einer Pityriasis rosea lebhaft erinnern.

Im histologischen Präparat findet man Vergrößerung der Papillen durch geringgradiges Ödem, Erweiterung der Papillarcapillaren und Subpapillargefäße, Rundzelleninfiltration um diese und spärliche Blutaustritte um die Subpapillargefäße. Am deutlichsten ist die Pigmentation des Rete Malpighii, die sich nicht nur auf die Basalzellen sondern auch über mehrere Lagen der Retezellen intensiv erstreckt.

Oppenheim: In der letzten Sitzung, an der teilzunehmen ich leider verhindert war, wurde bei dem eben demonstrierten Falle bemerkt, daß es sich auch um eine *Purpura annularis Majocchi* handeln könne. Der Verlauf des Falles zeigt die Unrichtigkeit dieser Auffassung, da eine so deutliche kleinförmige Abschuppung, wie sie hier eingetreten ist, niemals zum Symptomenbild der Majochischen Purpura paßt, abgesehen von anderen Momenten, die Kollege Krüger hervorgehoben hat.

Oppenheim demonstriert:

1. Ein Zwillingsspaar von 16 Jahren weiblichen Geschlechtes mit Erbsyphilis behaftet. Durch Zufall kamen die Zwillingsschwestern beide mit Gonorrhöe fast gleichzeitig auf meine Abteilung, ohne voneinander etwas zu wissen. Es ist merkwürdig, daß weder die Zwillingsschwester noch die Lues der Mutter imstande war, in diesem Falle zu einem Abortus oder zu Frühgeburt oder zum Absterben der Früchte zu führen. Noch interessanter sind die Differenzen der Schwestern in bezug auf ihre Erbsyphilis. Die eine zeigt Reste einer Keratitis parenchymatosa, Perforation des Nasenseptums mit Eingesunkensein der Nase, Narben am harten und weichen Gaumen mit Zerstörung der Uvula und Fixation des Gaumensegels an die narbige hintere Gaumenwand, einen gewölbten harten Gaumen, Hutchinsonsche Zähne, Strabismus divergens, ausladende Tubera frontalia und einen positiven Wassermann. Sie wurde wiederholt (8 mal) auf der Abteilung Ehrmann wegen ihrer Lues mit Salvarsan und Quecksilber behandelt.

Die andere Schwester hat außer Resten einer Keratitis parenchymatosa keine Zeichen einer hereditären Lues, hat auch einen negativen Wassermann, so daß ich anfangs glaubte, sie hätte keine Erbsyphilis. Im sonstigen Knochenwachstum sind beide Schwestern ziemlich kräftig entwickelt und von guter Ernährung. Auch die Intelligenz ist so ziemlich intakt. Wenn man bedenkt, daß man hier eine Infektion mit denselben Spirochäten bei Zwillingorganismen annehmen muß, so muß man wegen der Differenz der Erscheinungen, insbesondere in bezug auf die Differenz der Seroreaktion sehr überrascht sein.

2. Einen Fall bei einem 16jährigen Jungen von tiefer Trichophytie der Kopfhaut und einer Knötchenruption am Stamme, die man in letzter Zeit als Lichen trichophyticus bezeichnet hat, ob mit Recht, lasse ich dahingestellt sein. Wir sehen abgesehen von den typischen, bis über kindsfachhandgroßen tiefen Trichophytieherden am Kopfe, an der Brust- und Bauchwand, spärlicher an den oberen Extremitäten, fast nicht an den unteren Extremitäten, spärlicher auch am Rücken, eine Eruption von braunrötlichen

stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroßen, isoliert stehenden Knötchen ohne Gruppenbildung, von denen viele eine kleine Pustel tragen. An den oberen Extremitäten findet man ebensolche Knötchen in der Umgebung der Trichophytininjektionen, die der Knabe erhalten hat. Die Anamnese ergibt folgendes: Er bekam zuerst drei Injektionen zu 0,1 ccm intracutan einer 1 : 50 verdünnten Paltaufschen Trichophytinlösung, worauf der Knabe bis 38° fieberte. Nach drei Tagen bekam er dieselbe Menge einer 1 : 30 verdünnten Lösung, worauf er 39° Fieber und am nächsten Tag in der Umgebung der Stichreaktionen im Kreis gestellte Knötchen und Pusteln bekam. Nach vier Tagen erhielt er zum dritten Male Injektionen der 1 : 10 verdünnten Trichophytinlösung, und daraufhin entstand ebenfalls unter Fieber der Ausschlag. Die Pilzuntersuchung der einzelnen Knötchen war negativ. Die histologische Untersuchung steht noch aus. Ich bin der Ansicht, daß wir das Exanthem, das einem Lichen acutus gleicht, als Überempfindlichkeitsreaktion der Trichophytininjektionen auffassen sollen.

Straßberg: Wir haben an der Klinik Finger in letzter Zeit an zwei Knaben mit tiefer Trichophytie die vollkommen gleichen Krankheitsbilder beobachtet und haben damals von der Diagnose Lichen trichophyticus deshalb abgesehen, weil die Efflorescenzen weder auf eine nachträgliche Trichophytininjektion noch auf Einreibungen mit Trichophytin-Morosalbe mitreagiert haben.

3. Ein 16jähriges Mädchen mit einer isolierten Affektion der linken Mamilla und Mamma, bei der die Diagnose zwischen Paget disease und Ekzema mammae nicht sicher zu stellen ist. Konzentrisch um die linke Mamilla sehen wir einen nicht entfernbaren, glatten fibrinösen Belag in der Ausdehnung eines Talerstückes, der sich mit einem scharfen, zum Teil kreisförmigen Rand gegen die blaurötlich verfärbte Haut abgrenzt. Diese blaurötliche, etwa fingerbreite Zone klingt allmählich in die Umgebung aus. Der Rand ist ein wenig infiltriert, die Gegend der Mamilla eingezogen, von Belag entblößt, rot, nicht blutend und von granulierter Oberfläche. Eine deutliche Infiltration der Affektion besteht nicht. Die Berührung ist sehr schmerzhaft, die Lymphdrüsen, die von der Mamma bis in die Achselhöhlen ziehen, sind vergrößert und derb. In der Umgebung des großen Substanzverlustes findet man einige, etwa hanfkorngroße, unregelmäßige Erosionen. Die Affektion entstand vor drei Monaten nach einer Schnellbehandlung der Krätze in meiner Anstalt im Wilhelminenspital und trotz seither jeder Therapie. Oppenheim bespricht im Anschluß an die Demonstration die Differentialdiagnose der Affektion gegenüber Ekzem, Sklerose, Tuberkulose und Paget's disease und will den Fall in der nächsten Sitzung wieder demonstrieren.

Porias demonstriert eine Patientin, die eine zum Teil auf die Wange übergreifende Aussaat von Mollusca contagiosa des Nackens und der seitlichen Halsgegend zeigt. Genitale frei, keine Pediculose.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Ein papulo-pustulöses Syphilid mit Rupiaformen, das differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber der überdies vorhandenen Aene vulgaris bereitet. Es kommt diesbezüglich der mehr livide Farbenton der luetischen Efflorescenzen gegenüber der lebhaft roten Aene in Betracht. Patient zeigt auch Rupiaformen der behaarten Kopfhaut, sezernierende Papeln an der Stirn. Liquorbefund ist negativ, ebenso die Wassermannreaktion im Blut, wie dies ja bei malignen Formen, die keine Antikörper bilden, häufig ist. Die Lues ist erst 10 Wochen alt. Nach den Erfahrungen unserer Abteilung werden diese malignen Luesfälle bis zum Positivwerden der WaR. mit Jodkali,

dann mit Neosalvarsan behandelt, erst dann wird vorsichtig mit Hg begonnen, da vorzeitige Mercurialisierung nicht vertragen wird.

2. Eine typische Initialsklerose der Unterlippe mit mächtiger submaxillarer indolenter Drüsenschwellung.

Brandweiner demonstriert einen 23jährigen Mann, bei dem seit 2 Monaten unterhalb des linken Kniegelenkes eine nun rein granulierende Wunde mit scharfen Rändern zu sehen ist. Zur Zeit, als Patient auf die Abteilung aufgenommen wurde, war ein Teil des Ulcus mit einer Borke bedeckt, die aus mumifizierter Haut bestand, der Rest stellte ein scharfrandiges Geschwür dar, das einem Gumma ähnlich war. Die Diagnose Gumma konnte prima vista wegen des nekrotischen Schorfes abgelehnt werden. (Anamnese und Wassermann negativ.) Es kann sich somit nur um einen Fall neurotischer Hautgangrän oder um ein Artefakt handeln. Die Entscheidung, welche von beiden Affektionen vorliegt, ist deshalb unmöglich, weil Primäreffloreszenzen, welche im Sinne einer autochthon entstehenden Hautgangrän gedeutet werden könnten, nicht zu beobachten waren.

Riehl demonstriert ein 6jähriges Mädchen mit impetiginösem Ekzem am Vorderarm und Ellenbogen und über den Stamm zerstreuten, in Gruppen stehenden, follikulären, lebhaft roten Knötchen. Das Exanthem am Stamm erinnert an schwach ausgeprägten Lichen scrophulosorum. Bedingt ist die vorliegende Eruption des follikulären papulösen Ekzems durch eine Ichthyosis milden Grades, welche an den Unterschenkeln in der Form der Ichthyosis nitida deutlich in Erscheinung tritt, an den Achselfalten als Lichen spinulosus angedeutet erscheint. Riehl weist auf eine Erscheinung, die bei diesem Kinde stark ausgeprägt ist, hin, das ist die Kombination der Ichthyosis mit Hypertrichosis. An den Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten findet sich eine dichte Behaarung von schwach pigmentierten bis $1\frac{1}{2}$ cm langen Lanugo. Es ist das eine Erscheinung, die in der Literatur wenig beobachtet erscheint, aber gar nicht selten zur Beobachtung gelangt und zeigt, daß die Ichthyosis nicht als einfache Verhornungsanomalie der Oberfläche, sondern als weitergehende Bildungsanomalie in Erscheinung treten kann. Riehl weist noch darauf hin, daß andere Hautkrankheiten, die auf ichtyotischer Haut entstehen, in ihrem Aussehen vielfach Modifikationen erfahren können.

Sitzung vom 4. Dezember 1919.

Vorsitzender: Finger - Ehrmann.

Schriftführer: Planner.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim ein Epitheliom am Penis eines 40jährigen Patienten vor, das histologisch verifiziert ist.

Oppenheim demonstriert:

1. Jenen Knaben, der in der letzten Sitzung der Gesellschaft mit lichenoidem Exanthem nach Trichophytininjektionen bei tiefer Trichophytie des behaarten Kopfes demonstriert wurde und bei dem die Frage erörtert wurde, ob es sich um einen sog. Lichen trichophyticus oder um eine Überempfindlichkeitsreaktion gegen Trichophytin gehandelt hat. Patient wurde nun keinerlei Behandlung mehr unterzogen. Das Exanthem, das hauptsächlich am Stamm generalisiert war und aus Knötchen und kleinen Pusteln bestand, ist allmählich abgeblaßt, die Pusteln sind verschwunden, und man sieht noch an Brust und Bauch zahlreiche in Gruppen gestellte hellbraune Knötchen, die einem Lichen scrophulosorum oder noch besser einem sog. Ekzema scrophulosorum gleichen. Der Verlauf zeigt also ein anderes Verhalten, als wir es sonst bei einem Ekzema

folliculare oder Lichen acutus zu sehen gewohnt sind. Pilzuntersuchungen der verschiedensten Stellen sowohl im Ausstrich als auch kulturell waren negativ. Die Pirquetreaktion war schwach positiv. Es ist nach meiner Meinung das Exanthem als Überempfindlichkeitsreaktion aufzufassen.

2. Das 16jährige Mädchen mit der Mammaaffektion, bei dem die Diagnose zwischen Paget's disease und Ekzema mammae damals nicht zu entscheiden war. Heute besteht wohl kein Zweifel, daß es ein Ekzema mammae ist, das im Anschlusse an Scabies entstanden war. Unter einfachem Borsalbenverband ist der größte Teil des Substanzverlustes überhäutet.

3. Bei 2 Mädchen typisches Vaselineoderma (Oppenheim) beider Wangen, das sich im Anschlusse an Impetigo contagiosa entwickelte und bei dem der Versuch gemacht wurde, experimentell der Ursache näherzukommen. Bei beiden Mädchen zeigt die rechte Wange stärkere und ausgedehntere Veränderungen als die linke.

Beide Patientinnen hatten ziemlich gleich stark Vaselineoderma, als ich mit zwei verschiedenen Arten von Vaseline, von denen ich mir 2 Proben zu demonstrieren erlaube, die Wangen einreiben ließ. Und zwar rieb ich ein braunes, wenig durchsichtiges, nach Petroleum riechendes, also dem Anscheine nach schädlicheres Vaseline links und das weiße, durchsichtige geruchlose Vaseline rechts zweimal täglich durch je 1 Minute durch 1 Woche ein. Dort, wo das unreine Vaseline eingerieben wurde, also links, nahmen die Symptome des Vaselineoderma eher ab, und rechts, wo das anscheinend reine, weiße Vaseline verrieben wurde, verbreiterte und vergrößerte sich die Affektion zu meiner Überraschung.

Beide Vaselinearten stammen aus verschiedenen Fabriken; die eine Sorte, die braune, kam als Sanocid in den Handel, die weiße ist von der Apotheke als Unguentum paraffini bezeichnet. Nun wissen wir, daß der Paraffingehalt des Vaselins schwankt; es ist anzunehmen, daß in dem weißen Vaseline mehr Paraffin enthalten ist als in dem braunen. Vom Paraffin wissen wir, daß es Hyperkeratosen erzeugen kann; ich verweise nur diesbezüglich auf die Paraffinhaut bei Petroleumraffineuren und bei Kerzenarbeitern, ferner auf den Paraffinkrebs. Das Vaselineoderma des Krieges ist nach meinen Untersuchungen eine Hyperkeratose. Man kann daher schließen, daß vielleicht der Paraffingehalt im Vaseline bei der Erzeugung des Vaselineodermas mitbeteiligt ist.

Sachs demonstriert einen 44jährigen Patienten mit einem auf beide untere Extremitäten lokalisierten Lichen ruber atrophicus. Außerdem sind noch zehnhellerstückgroße Pigmentierungen und Plaques mit verrukösen Auflagerungen zu sehen, welche gleichfalls dem Krankheitsbilde des Lichen ruber planus angehören. Auf dem linken Unterschenkel findet sich ein einkronenstückgroßer Herd mit randständig gestellten, lividroten, mit Schuppen bedeckten Knötchen; die zentrale Partie desselben ist eingesunken, die Haut braunrot verfärbt, verdünnt und läßt sich leicht in Falten abheben. Patient klagt über sehr starken Juckreiz, außerdem steht der Patient wegen eines Ulcus venereum und wegen einer auf beide unteren Extremitäten lokalisierten Purpura in Behandlung. In der linken Schulterblattgegend sind zwei weiche pigmentierte Naevi zu sehen.

Rusch demonstriert ein 18jähriges Mädchen, das seit einem Jahr an einem rätselhaften ulcerösen Prozeß an der Haut des rechten Unterschenkels leidet, möglicherweise eine dem Granuloma anulare verwandte Affektion. Ein doppelhandtellergroßer Herd okkupiert die vordere, laterale und rückwärtige Fläche des Unterschenkels in seinem unteren Drittel, ein kleinerer sitzt vorn im

Bereiche des oberen Drittels. Infolge spontaner Rückbildung sind die zentralen Partien narbig, während sich die rezenten Vorgänge im Bereiche eines mehrere Zentimeter breiten, orbikulären serpiginösen Randsaumes abspielen, und zwar in Form eines cutan sitzenden, die obersten Hautschichten unterminierenden Zerfallsprozesses. Diese sind hier livide, verdünnt und von zahlreichen kleinen Fistelöffnungen siebartig durchbrochen, die mit nekrotischen Bröckeln untermischten Eiter entleeren. Mit der Sonde gelangt man in einen cutan sitzenden, dem Randsaum parallel verlaufenden Absceß, der, wäre seine obere Decke entfernt, dann eine rinnenförmige Ulceration vorstellen würde. Die klinische Beobachtung zeigte, daß nach Entleerung des Eiters die oberen Hautdecken sich der Unterlage anlegen und mit ihr verwachsen, daß aber gleichwohl die Absceßbildung gegen die gesunde Umgebung fortschreitet. An anderen Abschnitten des progressiven Randsaumes kam es plötzlich zu umfangreichem Zerfall der Absceßdecken und zur Bildung schmaler, mehrere Zentimeter langer, sichelförmiger, ziemlich tiefer, nekrotisch belegter Geschwüre, die sich rasch reinigten, gegenwärtig gut granulieren und epithelisieren. Doch zeigt auch hier der gegen das Gesunde grenzende Saum livide Verfärbung und cutane Absceßbildung, also Fortschreiten des Prozesses. Diese Vorgänge spiegelt das Aussehen der zentralen narbigen Partien gleichsam wieder. Diese sind größtenteils rostbraun pigmentiert, etwas eingesunken, von eigentümlich pastöser Konsistenz; ihr Oberflächenrelief aber größtenteils erhalten, hier und da kleine Milien. Sie entsprechen der narbigen Verlötung erhalten gebliebener Hautdecken mit ihrer Unterlage. Da, wo Fistelöffnungen oder Ulcerationen vorhanden waren, finden sich eingesprengt kleine rundliche oder größere sichelförmige, tiefer deprimierte Narben, die zu mehreren konzentrischen Reihen gestellt sind. Die demonstrierten histologischen Präparate, dem progressiven Randsaum entstammend, zeigen unter der unversehrten Epidermis umfangreiche Nekrosen am kollagenen Bindegewebe der mittleren und unteren Cutisschichten, meist in eitrigem Zerfall begriffen. Sie werden von einem eigentümlichen Granulationsgewebe umschlossen, gebildet von Fibroblasten, lymphocytären Elementen; letztere namentlich in der Umgebung der Blutgefäße, und von auffallend großen, epitheloiden Zellen, die knospenartig zusammengelegt sind und eigenartig gewundene Stränge konfigurieren. Spärliche Plasmazellen, vereinzelte Mastzellen, keine Riesenzellen, keine eosinophilen Elemente. Im narbigen Anteil junges, sich organisierendes Bindegewebe in den mittleren und unteren Cutisschichten, und als bemerkenswerter Befund ein nestartiger Herd im oberen Fettgewebe, der völlig den Bildern Flemmingscher Wucheratrophie gleicht.

Die histologischen Veränderungen erinnern am ehesten an jene beim Granuloma anulare, mit dem die Affektion — wenn man von dem eitrigen Zerfall absieht — mancherlei verwandtschaftliche Züge aufweist. Innere Organe gesund; keine tuberkulösen Stigmata, Pirquet negativ, subcutane Tuberkulininjektion (1 mg) ohne Reaktion. Resultat des Tierversuchs ausständig; Autoinokulation mit Gewebsbrei negativ; Blut normal; Wa. negativ. Bakteriologische Untersuchung ergab Staphylokokken im Absceßleiter; keine säurefesten Stäbchen oder Mucosche Granula, keine Blastomyceten, keine Pilzelemente.

Scherber demonstriert:

1. 45jährigen Mann mit Pemphigus vulgaris; jäher Ausbruch der Blasen vor 10 Wochen; Blasen von Erbsen- bis Haselnußgröße am ganzen Stamm, Kopf und Extremitäten; Blasen auf Mund- und Nasenschleimhaut,

dabei hohes Fieber, durch 2 Wochen anhaltend, allgemeine Prostration vorzügliche Wirkung der Höhensonnenbestrahlung bei gleichzeitiger Arseneinverleibung; nach dreiwöchiger Behandlung ist Patient fast völlig frei, zeitweise vereinzelte Blasenausbrüche an den Vorderarmen.

2. 24jährigen Mann mit Dermatitis herpetiformis Duhring. Typisches Krankheitsbild, an dem besonders auffallend die dichte Lokalisation von herpesähnlichen, heftig juckenden Blasenausbrüchen an der Innenfläche beider Vorderarme ist.

Perutz stellt eine 37jährige Patientin vor, die eine angeborene depigmentierte, unscharf begrenzte, im Hautniveau liegende Affektion fast der ganzen linken Gesichtshälfte hat. Die Umgebung ist unverändert. Beim Anämisieren verschwindet die Affektion, während beim Darüberfahren die kranken Stellen sich viel deutlicher von der Umgebung abheben. Die Affektion ist ein Naevus anaemicus Vörner.

Brandweiner demonstriert einen 62jährigen Mann mit Lichen ruber planus verrucosus der unteren Extremitäten, einzelnen typischen Planusefflorescenzen und Gummiformen am Rücken. Das Leiden besteht seit 7 Jahren.

Ehrmann stellt einen schon in der Gesellschaft vorgeführten Fall von Lupus erythematoses disseminatus neuerdings vor; bei der erstmaligen Vorstellung zeigte der Fall eine mehr diffuse Schwellung der Augenlider und Bindehäute, und wenn auch damals wegen der einseitig stärker hervortretenden diffusen Schwellung des einen Augenlides die Vermutung auf Lupus erythematoses nahelag, so wurde dies doch bis auf weitere Beobachtung in suspenso gelassen. Die adstringierende Behandlung hat die diffuse Schwellung zum Schwinden gebracht, und jetzt zeigt sich deutlich eine den marginalen Saum in den äußeren und mittleren Anteilen des unteren Augenlides einnehmende umschriebene Rötung und leichte Schwellung, die besonders gegen die Cilienreihe sich scharf absetzt, gegen die Conjunctiva mehr diffus endigt und von fettigen oder feuchten Schuppen gleichmäßig bedeckt ist. Den Übergang hierzu bilden nicht ganz linsengroße, typische Flecke von Lupus erythematoses discoides der äußeren Haut knapp am äußeren und inneren Lidwinkel. Es handelt sich mithin um einen Lupus erythematoses des Übergangsteiles der Haut in die Schleimhaut der Conjunctiva.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann eine 32jährige Patientin vor, die seit 5 Jahren an einer Affektion der Kopfhaut leidet. Namentlich am Scheitel, jedoch auch auf die Haut über dem Stirn- und Hinterhauptbein übergreifend finden sich annähernd kreisförmige, großenteils konfluierende der Haare völlig beraubte Partien, die zwischen sich Streifen von noch erhaltener Behaarung fassen. Die Haut ist an den genannten kahlen Stellen nur verdünnt, atrophisch, die normale Hautfärbung ist jedoch fast völlig intakt, die Hautoberfläche hat ihr samtartiges Aussehen behalten. Lupus erythematoses ist infolge Fehlens von narbiger Ausheilung, Favus wegen Mangel der für die letztgenannte Erkrankung charakteristischen feinstrahligen Narben auszuschließen. Es liegt hier ein Fall von Pseudopelade (Brocq) vor.

Riehl zeigt:

1. das in der letzten Sitzung vorgestellte 6jährige Mädchen, bei dem jetzt ohne spezifische Behandlung das Exanthem am Stamm vollständig geschwunden ist. Es ist damit die gestellte Diagnose follikuläres Ekzem auf ichthyotischer Grundlage bestätigt.

2. Einen 9jährigen Knaben mit atypisch lokalisierter Ichthyosis, bei welcher die stärksten, der Ichthyosis serpentina entsprechenden Stellen sich im Gesicht und an beiden Seiten der Extremitäten vorfinden. Riehl erörtert die Stellung solcher Fälle namentlich in Beziehung zur Ichthyosis congenita.

3. Einen 10jährigen Jungen mit Granulosis rubra nasi.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. einen 35jährigen Patienten, dessen Erkrankung vor 10 Jahren mit urticariellen Erscheinungen begann. Eine Verschlimmerung des Leidens trat vor 4 Monaten auf; man sieht nunmehr ein über den Stamm und die Extremitäten ausgebreitetes Exanthem. Die einzelnen Efflorescenzen stellen stecknadelkopfgroße, dunkelrot gefärbte Knötchen dar, die isoliert, oft aber zu dichteren Gruppen oder reihenförmig angeordnet stehen. Bei vielen Knötchen sind Hämorrhagien deutlich nachweisbar. An jenen Stellen, an denen die Efflorescenzen sich bereits rückgebildet haben, findet man Pigmentflecken. Während der Rückbildung schuppt die Oberfläche in geringem Grade. Die WaR. negativ, Pirquetreaktion ebenfalls negativ. Auch auf subcutane Tuberkulininjektion tritt keine Reaktion auf. Das histologische Bild zeigt ein scharf umschriebenes Infiltrat, das sich aus mononucleären, gleichmäßig geformten Zellen aufbaut. Wir würden mit Rücksicht auf den histologischen Befund, da akut entzündliche Veränderungen vollständig fehlen, die Affektion am ehesten als ein pseudo-leukämisches Exanthem ansprechen. Von Seite der Internisten wurde die Diagnose der Pseudoleukämie aber abgelehnt. Wir möchten aber darauf hinweisen, daß der Blutbefund, der 48% Polynucleäre, 40% Lymphocyten und 9% Eosinophile aufweist, doch als von der Norm abweichend anzusprechen ist.

Sachs: Im Sommersemester hat Luithlen denselben Pat. mit der Diagnose eines unter dem Bilde einer Purpura papulosa verlaufenden Tuberkulids vorgestellt. Histologisch wurden Epitheloidzellen gefunden. Es ist sicher, wie ich auch damals in der Diskussion ausführte, daß sowohl das Exanthem als auch die Gelenksaffektion auf ein und dieselbe, wenn auch uns zur Zeit unbekannte Ursache zu beziehen seien, gleichgültig, ob die Gelenkserkrankung dem Exanthem vorausgeht oder diesem nachfolgt. Ähnliche Befunde kommen ja bekanntlich bei der Purpura und beim Erythema multiforme vor.

Oppenheim: Bei dem Falle Luithlens habe ich gelegentlich der Diskussion auf den von mir zweimal hier vorgestellten Fall eines dem chronischen Erythema multiforme recidivans ähnlichen Krankheitsbildes mit Gelenkschwellungen hingewiesen, einen Soldaten betreffend, bei dem im Anschlusse an eine heftige Erkältung Schwellungen der Hand- und Fußgelenke, Stomatitiden und alle möglichen Arten von Efflorescenzen an den Streckseiten der Extremitäten ohne Fieber aufgetreten waren, wobei besonders schwarze Punkte und Fleckchen der Flachhände und Fußsohlen auffielen, die ungemein schmerzhaft waren und sich als Hautblutungen entpuppten. Ich vermutete damals einen chronischen septischen Prozeß mit Gelenks- und Hauterscheinungen und möchte auch in dem eben demonstrierten Falle dies annehmen.

Löwenfeld: Ich erlaube mir darauf hinzuweisen, daß man bei chronischem Rheumatismus im Herzmuskel Knötchen findet, die das gleiche anatomische Substrat (Infiltrate von Rundzellen) haben (sogenannte rheumatische Knötchen).

2. Einen Patienten, der Klinik Ortner mit einem chronischen verrukösen Ekzem. Die äußerst derben Knötchen sind in Gruppen, vorwiegend aber streifenförmig angeordnet, an der Oberfläche mit mächtigen Schuppenmassen bedeckt. Diese Affektion wurde von Weidenfeld als Keratosis verrucosa cutis beschrieben und ist dem chronischen Ekzem zuzuzählen.

Ehrmann: Der vorgestellte Fall entspricht den in der Literatur mit Recht als „*Neurodermitis hypertrophica*“ bezeichneten Fällen, die aus nummulären Ekzemen sich entwickeln und immer mit Pruritus und Dermographismus verlaufen. *Ehrmann* hat erst im vergangenen Jahre solche Fälle in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellt. Die Weidenfeldsche Bezeichnung besteht also nicht zu Recht, da sie dem Zusammenhang der Erscheinungen nicht Rechnung trägt.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. einen Fall von *Dermatitis papillaris nuchae*, der wegen seines Leidens mit Röntgen bestrahlt wurde und infolge dieser Bestrahlung typische Röntgenhautveränderungen zeigt;

2. einen Fall von *Erosio interdigitalis blastomycetica* oder interdigitaler Soor-Mykose, wie sie von Wolf-Kaufmann aus der Lesserschen Klinik, von Erich Hoffmann und aus der Fabryschen Klinik beschrieben wurden. Im letzten Halbjahr sind an der Klinik Riehl über 20 Fälle dieser Erkrankung beobachtet worden, teils an den Händen, teils an den Füßen. Am häufigsten war der dritte Interdigitalraum, seltener daneben auch der zweite und vierte, niemals der erste ergriffen. Die Erkrankung überschritt auch nie die Interdigitalräume. Alter und Beruf, ebenso auch Hyperidrosis scheinen keine besondere Prädisposition für die Erkrankung zu bilden, wohl aber fördert Beschäftigung, mit der häufiges Hantieren in Wasser verbunden ist, das Auftreten des Leidens. Auch wir konnten, wie Hoffmann, in einem Fall familiäre Übertragung nachweisen. Die Erkrankung scheint, ebenso wie die Pilzekzeme der Hände und Füße, besonders gehäuft im späten Frühjahr aufzutreten, im Winter selten zu sein. Auf eine kausale Therapie reagierten die Fälle prompt und heilten in 5 Tagen bis 1 Monat glatt ab, mit Ausnahme einiger weniger, welche die Behandlung schlecht durchführten oder durch ihren Beruf viel mit Wasser zu tun hatten. Der Pilznachweis gelang in allen Fällen, oft allerdings erst nach längerer Mühe. Auch die Kultur ergab stets einen Pilz, der vielleicht — wie auch andere Autoren meinen — mit dem Soorpilz identisch ist.

3. Eine Paronychie mit positivem Pilz- und Kulturbefund (wird ausführlich mitgeteilt).

Ehrmann: Auf meiner Abteilung wurden solche Fälle um die Weihnachtszeit des vorigen Jahres in größerer Menge beobachtet. Bei einem derselben wurden von Brünauer Hefepilze in Reinkultur, bei einem anderen ein auf Maltoseagar in dichten, schokoladepulverähnlichen Rasen wachsendes, den Nährboden tiefdunkelbraun färbendes Endodermophyton gezüchtet.

B. Lipschütz: I. Mitteilung über cutane Transplantation tierischer Neoplasmen.

Ich habe in einem im letzten Semester in der „Dermatologischen Gesellschaft“ gehaltenem Vortrag über die Ergebnisse der cutanen Transplantation des Mäusecarcinoms berichtet und möchte heute über einige weitere Versuche Mitteilung machen, die ich mit dem Mäusechondrom von Ehrlich vorgenommen habe. Die Technik war die gleiche wie in den früheren Versuchen, das heißt, die Tumormasse wurde, nach Entfernen der Haare auf der Rückenhaut, nach Scarification derselben, eingerieben. Nachdem in den ersten 3 Wochen, nach Abfallen der durch die Impfung entstandenen Kruste, nichts Abnormes an der Impfstelle wahrzunehmen war, ist nunmehr — 1 Woche später — folgendes zu sehen: Ein linsengroßer, bis auf eine zentrale Einziehung halbkugelig vorgewölbter, vom Epithel bedeckter Tumor, der die ganze Haut durchsetzt und mit ihr auf der Unterlage verschieblich ist. Der Tumor zeigt

einen bläulichen Farbenton, was von der hämorrhagischen Komponente der Geschwulst herrührt, die durch das dünne Epithel durchscheint. (Folgt Demonstration des Tieres und vergleichsweise Hautsarkome der Maus [Kayserlingpräparate].)

Histologisch zeigt das Ausgangsmaterial neben zahlreichen Hämorrhagien die typische Struktur des Mäusechondroms: eine homogene Grundsubstanz, in der zahlreiche Zellen und Zellgruppen, von Kapseln umgeben, eingelagert zu sehen sind. Die Geschwulst ist scharf begrenzt, muß jedoch klinisch als maligne bezeichnet werden, da sie transplantabel ist und zum Tode der Versuchstiere führt. Es handelt sich demnach um ein experimentell, durch Transplantation entstandenes Chondrom der Mäusehaut.

Aus diesen Versuchen sowie aus den mit Mäusesarkom ausgeführten geht hervor, daß bei entsprechender Technik die Tumoren cutan geimpft werden können, daß jedoch ihre Wachstumsenergie geringer ist als bei den im Laboratorium üblichen Transplantationsarten, z. B. durch intramuskuläre Injektion (folgt Demonstration des histologischen Präparates).

2. Lipschütz demonstriert das histologische Präparat der Haut einer wegen Räude untersuchten Maus, wobei in dem mitexzidierten Stückchen Muskel eine Infektion mit Sarkosporidien (*Sarcocystis muris* Blanchard) in Form der „Miescherschen Schläuche“ nachgewiesen werden konnte. Als Gegenstück der von Lipschütz immer wieder betonten Bedeutung der „dermotropen“ Infektionserreger in der Genese einer Reihe von Dermatosen liegt hier eine Infektion mit einem „myotropen Virus“ vor.

Sitzung vom 18. Dezember 1919.

Vorsitzender: Kren.

Schriftführer: Kerl.

Rusch demonstriert einen 20jährigen Mann mit einem Exanthem, das jenen seltenen Formen von Pityriasis lichenoides chronica zugehört, die sich durch das gleichzeitige Vorhandensein hämorrhagisch-pustulöser und pustulös-nekrotisierender bzw. ulceröser Efflorescenzen auszeichnen, wie sie zuerst von Mucha beschrieben wurden. Zwei andere Fälle hat Votr. hierorts bereits vorgestellt. Bemerkenswert erscheint der fast durchgehends hämorrhagische Charakter der zahlreichen, zum Teil follikulär sitzenden Flecke, Knötchen und flachen Pusteln, die vielfach im Zentrum zu schwärzlichen Krusten vertrocknen, nach deren Eliminierung tiefe, ektymaartige Ulcerationen zurückbleiben. Sie sind stecknadelkopf- bis münzengroß, am Stamm sehr dicht sitzend, spärlicher an den Beugeflächen der Extremitäten; manche von ihnen zeigen die charakteristische Schuppung. Das Exanthem ist 14 Tage alt, trat akut auf und ist von allgemeinen mäßigen Drüsenschwellungen begleitet, ähnlich jenen bei recenter Lues.

Sachs: Bei dem Krankheitsbild der Pityriasis lichenoides chronica, wie es von Jadassohn, Neisser, Juliusberg u. a. geschildert wurde, sind außer makulösen und papulösen Efflorescenzen mit ihren Rückbildungserscheinungen keine anderen pathologischen Veränderungen beschrieben worden. Es stellt daher das Auftreten von Hämorrhagien, Nekrosen in den Fällen von Rusch, Mucha und Oppenheim ein Novum dar.

Rusch weist auf die Möglichkeit spontaner, restloser Abheilung derartiger Fälle hin, man könnte dann von einer Pityriasis lichenoides acuta sprechen.

Volk demonstriert:

1. Einen Patienten, welcher im Gesichte einen typischen Lupus ery-

thematodes aufweist, an den Händen, speziell am Dorsum der Finger, ebenfalls Plaques von L. e. Am Dorsum einzelner Zehen sieht man an 2 Stellen etwa linsen- bis hellergröße, hyperkeratotische Stellen, welche stecknadelspitze- große, auf Druck nicht schwindende, rotverfärbte Punkte zeigen. Mikroskopisch findet man eine starke Hyperkeratose, die Capillaren der Papillen ad maximum erweitert, an einzelnen Punkten der Hohlraum derselben von geronnenem Blute erfüllt, so daß ein Bild resultiert, welches sich in nichts von dem eines Angiokeratoms unterscheidet, so daß der Gedanke naheliegt, dieses zum Lupus erythematodes zu zählen.

2. Einen Lupus erythematodes mit gleichzeitig bestehender Anetodermie.

Oppenheim: Dieser höchst interessante Fall Volks bestätigt aufs neue meine Theorie vom Angeborensein der idiopathischen Hautatrophien speziell auch der maculösen Formen. Nicht nur die Schwimmhosenatur betätigt dies, sondern auch der klinische Befund an den einzelnen atrophischen Herden. Wenn man nämlich genau zusieht, so sieht man um die meisten fingernagel- bis kronengroßen atrophischen Lücken, besonders ad nates, rote hirsekorngröße Knötchen dicht gedrängt, die einem Lichen pilaris gleichen. Nun habe ich vor etwa 2 Jahren hier einen Fall von Atrophia maculosa vorgestellt, der um die einzelnen maculösen atrophischen Herde Lichen pilaris-Knötchen ziemlich reichlich zeigte, ohne daß sonst an den Lokalisationsstellen des Lichen pilaris, Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel Lichen pilaris vorhanden war. Da man den Lichen pilaris zu Ichthyosis, mithin zu den angeborenen Hautveränderungen zählt, so ist diese Beobachtung als Stütze für die angeborene Natur der idiopathischen, maculösen Hautatrophien zu verwerten. Das gleiche gilt für diesen Fall. Es ringt sich schon allmählich die Anschauung durch, daß die idiopathischen Hautatrophien, sowohl die diffusen als auch die maculösen, zu den Naevi im weitesten Sinne gehören, wie auch unlängst Sachs und Buschke betont haben. Die angeborene Widerstandsschwäche oder das angeborene Fehlen der Elastica ist die Ursache der Atrophien.

Sachs: Im Wintersemester d. J. habe ich einen Fall von beginnender idiopathischer Hautatrophie demonstriert, welcher unter dem Bilde eines Naevus pigmentosus einherging, die Haut war braun verfärbt, zart gefältelt und mit erweiterten, durchscheinenden Venen versehen. Bei flüchtiger Betrachtung war der Eindruck der eines pigmentierten Naevus, welcher Umstand für die Oppenheimsche Theorie des naevogenen Ursprungs der idiopathischen Hautatrophie spricht.

B. Lipschütz demonstriert:

1. Ein 9 Monate altes Kind mit einem fast handtellergroßen, in spontaner Abheilung befindlichen Naevus vasculosus unterhalb der linken Clavicula. Bis auf einen peripheren, sehr schmalen, blutroten Streifen ist es allenthalben zur Rückbildung des Gefäßmales gekommen mit Hinterlassung einer leicht atrophischen Haut, durch die die in der Tiefe noch befindlichen Anteile des Naevus leicht bläulich durchschimmern.

2. Lichtbilder von Kranken, die die im Anschluß an eine Demonstration von Stein in der vorletzten Sitzung gemachten Diskussionsbemerkungen über Pityriasis versicolor mit dem Sitz am Hals und Nacken betreffen, die infolge intensiver Sonnenbestrahlung eine Farbenveränderung unter dem Bilde eines Pseudoleucoderma colli erleidet.

3. In Fortsetzung der in der letzten Sitzung über cutane Transplantation tierischer Geschwülste gemachten Mitteilung demonstriert Lipschütz einen weiteren Fall von (cutan transplantiertem) Chondrom der Haut bei der Maus.

4. Histologische Präparate des in der letzten Sitzung demonstrierten Falles von Chondrom der Haut bei der Maus. Der Befund stimmt vollkommen mit dem histologischen Substrat des Ausgangsmaterials überein. Im Gegensatz zum kutan transplantierten Hautsarkom bei der Maus, das infiltrierend wächst und auf die Muskulatur übergreift, wächst das Hautchondrom begrenzt, von einer dünnen Bindegewebskapsel umgeben. In den demonstrierten Mallorypräparaten lassen sich die blauen Kapseln von den rötlich gefärbten Zellgruppen deutlich trennen.

Kerl demonstriert:

1. Einen hyperkeratotischen Naevus bei einem Kinde, der sich fast über den ganzen Körper ausbreitet. Am intensivsten sind die Erscheinungen an den unteren Extremitäten. Man findet zum Teil in Gruppen gestellte warzenartige Efflorescenzen mit mächtiger, graugrüner Hornschicht, vorwiegend aber ist die Anordnung strichförmig; auch am Rumpf finden sich solche strichförmige Veränderungen. Die Affektion reicht bis in die Gegend der Ohren.

2. Eine 33jährige Patientin, die Ende Juni 1919 mit papulösem Exanthem, Papeln der behaarten Kopfhaut und positiver WaR. in Behandlung kam. Sie erhielt 5 Salvarsan-Silber in der Gesamtmenge von 0,8. Hierauf mußte die Behandlung wegen Osteomalacie, die von der Klinik Chvostek festgestellt wurde, ausgesetzt werden. Sie erhielt dann nach 3 Wochen noch 2 kleine Neosalvarsaninjektionen.

2 Monate später kam Patientin mit linksseitiger Neuritis optica zur Behandlung. Die Affektion wurde von den Augenärzten als sicher auf luetischer Basis beruhend angesprochen. Wassermannreaktion war zu dieser Zeit negativ.

Bemerkenswert ist, daß die Patientin nachträglich anamnestisch angibt, sie sei im 14. Lebensjahre nach Diphtherie gleichfalls $\frac{3}{4}$ Jahre mit Neuritis optica in Behandlung gestanden.

Bei der Patientin wurde nunmehr eine Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan (eine Salvarsan-Silber-, mehrere Neosalvarsaninjektionen) eingeleitet. Es trat wohl subjektiv Besserung auf, objektiv blieb der Befund im Auge aber unverändert. Da sie während der ganzen Zeit über starken Kopfschmerz klagte, so wurde eine Lumbalpunktion vorgenommen. Es gelang nur zweimal, sanguinolenten Liquor zu gewinnen. Am nächsten Tage traten Gehstörungen und Schmerzen vorwiegend rechts auf, die sich nach und nach steigerten. Patientin kann derzeit sich nur mühsam fortbewegen; der Befund der Nervenklinik lautet auf meningo-myelitische Erscheinungen in der Höhe des X. bis XI. Dorsalsegments (Dozent Dr. Biach). Nach Ansicht des Neurologen ist eine direkte Wurzelverletzung nicht anzunehmen, wohl wäre eine Blutung im Anschluß an die Lumbalpunktion denkbar, am wahrscheinlichsten aber wäre der Befund damit zu erklären, daß bereits früher Spinalerscheinungen da waren, die durch die Lumbalpunktion erst manifest geworden sind.

Der Ohrenbefund (Dozent Dr. Beck) ergibt: Trommelfell und Mittelohr beiderseits normal, rechtes Ohr normal, linkes Ohr *Affectio nervi cochlearis* mit Konversationsgehör 3 m, Flüstersprache 20 cm. Kein spontaner Nystagmus, Labyrinth ohne pathologischen Befund.

Dieser Fall ist wohl als Neurorezidiv aufzufassen; nach Silbersalvarsan sind bis nun erst 2 Fälle bekannt. Der eine stammt von Buschke, der zweite aus der Klinik Hoffmann, Bonn. Der letztere zeigte Erscheinungen von seiten des rechten Facialis und des rechten Acusticus. Sie traten 1 Monat nach der Silbersalvarsanbehandlung auf.

3. Einen ausgebreiteten Lichen ruber acuminatus. Das Gesicht ist gelbrot verfärbt, die Oberfläche an manchen Stellen geringgradig schuppig, an den Extremitäten, besonders an den Streckseiten, finden sich follikuläre, mehr-minder rote Knötchen mit zentraler Hornauflagerung, sie stehen zum Teile strichförmig angeordnet, zum Teile in Gruppen; besonders reichlich sind sie über dem Olecranon. Am Stamme stehen die Knötchen zerstreut, reichlicher in der Kleiderbundgegend. Auch hier überall in der Mitte der Knötchen ein kleiner Hornstachel. Beide Hohlhände weisen verdickte Hornschichte auf; die Haut daselbst ist gerötet. Die Affektion greift stellenweise auf die Handrücken über. Die Finger sind an der Streckseite frei.

Oppenheim: Die Diagnose Lichen ruber acuminatus erscheint mir in diesem Falle doch zu wenig gestützt. Man sieht nirgends charakteristische derbe rote, mit spitzen Hornkegeln besetzte Knötchen. Dort wo die Affektion diffus wird, wie am Ellbogen und im Gesicht, ist die Oberfläche glatt, mit lamellenförmigen Schuppen bedeckt, keine Infiltration. Die Lieblingslokalisationsstellen des Lichen ruber sind frei. Ich glaube, daß man eine Kombination von Ichthyosis mit Ekzem nicht von vornherein ausschließen kann.

Kerl: Gegenüber der Auffassung des Falles als Vaselineodermie oder als follikuläre Ichthyosis hebt Kerl hervor, daß die gelbrote Farbe des Gesichtes wohl eine Vaselineaffektion ausschließen läßt, gegenüber der Ichthyosis, daß die Knötchen an vielen Stellen doch genügend entzündliche Erscheinungen ohne Exsudation aufweisen, um die Diagnose im Sinne des Lichen ruber acuminatus zu sichern.

4. Eine Acne sclerotisans nuchae während der Radiumbehandlung. Man sieht an der rechten Halsseite, wie das wulstige Bindegewebe bereits erweicht und abgeflacht ist, während an der linken Seite zum Teil die ursprüngliche Form besteht.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Eine Patientin mit extra-genitaler Sklerose, ausgebreitetem Exanthem und beiderseitiger luetischer Phlebitis der Vena saphena an den unteren Extremitäten.

2. Eine 24jährige Patientin mit seit $\frac{3}{4}$ Jahr bestehender universeller Sklerodermie; die Haut des Gesichtes, des Halses, der vorderen Brustpartien, der Hände und beider Unterarme ist pastös geschwollen, zeigt bläulichen Farbenton, fühlt sich bei Berührung verhärtet an, läßt sich von der Unterlage nicht abheben. Besonders deutlich ist die asphyktische Cyanose an der Nase und den Fingern ausgeprägt. Am Hals und an den oberen Brustpartien zeigt die Patientin Pigmentverschiebungen. Bemerkenswert ist an der Nase der Patientin ein mehrere Zentimeter großer, ovaler Herd, im Bereich dessen die Haut leicht erhaben ist und eine Verhornungsanomalie mit erweiterten Follikelmündungen zeigt, wie wir es beim Lupus erythematosus zu finden gewohnt sind.

Sitzung vom 29. Januar 1920.

Vorsitzender: Riehl.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim einen Fall von Lichen ruber planus ausgedehntester Art vor.

Am Stamm, besonders am Rücken, am reichlichsten an den oberen und unteren Extremitäten finden sich bei der 60jährigen Patientin neben typischen Lichen-Effloreszenzen bis erbsengroße, teils bis fingernagelgroße, derbe Papeln, deren Kontur scharf begrenzt ist. In den unteren Rückenpartien sind diese Papeln zum Teil konfluiert zu flachhandgroßen Herden. In der hinteren

Schweißfurche und an den Schulterblättern sind die Efflorescenzen viel weniger reichlich, zeigen aber hier eine leicht warzige Oberfläche. An den Vorderarmen bis hinauf in die Mitte der Oberarme ist die Konfluenz am stärksten ausgeprägt: hier erscheint der Aufbau aus einzelnen Efflorescenzen verschwunden, die Haut intensiv dunkelbraun gefärbt, verdickt, infiltriert, chagriniert, rauh und trocken. Die Handteller und Nägel sind frei. An den unteren Extremitäten ist die warzige Beschaffenheit der Efflorescenzen noch viel deutlicher ausgebildet. In den Kniekehlen und an der Außenseite der Oberschenkel ist die Haut ungemein verdickt, mit leicht warziger Oberfläche und von plattenförmigem, eidechsenhautähnlichem Charakter. An der Zunge vereinzelte weiße Papillae fili- et fungiformes. Die Inguinaldrüsen beiderseits bis über nußgroß, derb, hoch und indolent.

Oppenheim demonstriert mehrere Fälle von Vaselineoderma, die einen Beitrag zur Entwicklung dieser von ihm zuerst beschriebenen Hauterkrankung liefern.

In einer der letzten Sitzungen wurde von ihm ein Fall demonstriert, bei dem durch Einreibung zweier verschiedener Vaselinearten verschieden intensive Entwicklung eines Vaselineodermas im Gesichte zustande kam. Der erste Fall, der heute demonstriert wird, zeigt beide Wangen des 15jährigen Burschen intensiv erkrankt. Die rechte Wange war beim Spitalsseintritt des Patienten bereits in ihrer ganzen Ausdehnung in eine verdickte, warzige Haut umgewandelt deren Peripherie sich allmählich unter Abflachung in die charakteristischen grauen und grauweißen, glänzenden und derben Knötchen und Papeln auflöste, aus deren Konfluenz das Vaselineoderma entsteht. Die linke Wange war frei. Durch Einreibung mit einem weißgelben Vaseline (Unguentum paraffini flavum der Firma Petzold & Süss) entstand innerhalb von 6 Tagen die Veränderung der linken Wange, die an Intensität die Erkrankung der rechten Wange übertrifft. Die Einreibung wurde zweimal täglich durch 2 Minuten gemacht. Es entstanden zuerst in der Mitte der Wange einzelne follikulär gestellte, stecknadelspitzgroße Knötchen von glänzender grauer Farbe, auf normaler Haut auflitzend, die sich papelartig verbreiterten, immer zahlreicher wurden, konfluerten und schließlich fast die ganze Wangenhaut einnahmen. Die grauweiße Farbe wurde im Zentrum gelb, und jetzt zeigt sich das Zentrum der Wange mit einer gelben festhaftenden, dicken, mörtelartigen und höckerigen Schuppe bedeckt. Man kann also experimentell auf gesunder Wangenhaut mit geeignetem Vaseline Vaselineoderma in kurzer Zeit erzeugen.

Der zweite Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen mit typischem Vaselineoderma beider Wangen in fünfkronenstückgroßer Ausdehnung nach Impetigo contagiosa. Als sie auf die Abteilung kam, hatte das Mädchen eine Andeutung der Hautveränderung; durch Einreibung mit dem eben erwähnten Vaseline rechts und mit „Sanocid“ Vaselineum halboisicosum flavum der Firma Rode ist das Vaselineoderma in dem demonstrierten Ausmaße entstanden.

Der dritte Fall zeigt den spontanen Ablauf des Vaselineoderma und das negative Resultat eines Einreibungsversuches mit dem Vaselineum Petzold & Süss bei einem Mädchen, das in die Station mit einem mächtig entwickelten Vaselineoderma der rechten Wange kam — wie die Photographie zeigt — und bei der sich die gelbe Schuppe allmählich in toto ablöste, die warzigen Wucherungen abflachten und nach 8 Tagen fast vollständige spontane Heilung eintrat. Es ist dies ein typischer Verlauf, den wir schon wiederholt beobachten konnten. Nach dem Ablauf der Erkrankung gelingt es nicht mehr durch Einreibung

mit Vaseline ein neues Vasinoderma zu erzeugen; auch auf der gesunden Gesichtsseite gelang es nicht. Es scheint eine gewisse Immunität zu bestehen.

Die chemische Untersuchung der beiden Vasinarten ergab keine Differenz in bezug auf Gehalt an Paraffin und Vaseline; auch Verunreinigungen mit Mineralsäuren oder anderer Natur konnten nicht nachgewiesen werden. Ob der Paraffingehalt die Ursache des Vasinodermas ist, läßt sich nicht mit Sicherheit nachweisen; es scheint das Vaseline der Firma Petzold-Süss reicher an Paraffin zu sein und ist sicher viel geeigneter, Vasinoderma zu erzeugen. Der prozentuelle Gehalt an Paraffin im Vaseline läßt sich nicht so leicht feststellen.

Riehl: bemerkt, daß wir der Meinung *Oppenheims*, daß es hauptsächlich das Paraffin sei, das im Kriegsvaseline die pathologische Wirkung ausübt, nicht beistimmen können, da Paraffinsalben allein schon früher in Gebrauch waren, ohne Erscheinungen hervorzurufen. Die bei Paraffinarbeitern beobachteten Schädigungen sind wohl kaum auf reines Paraffin als solches zurückzuführen. Die Vaseline sind so komplizierte Gemische, daß es sehr wahrscheinlich ist, daß weder der Paraffingehalt noch Säurereste den Grund ihrer irritierenden Wirkung bilden, sondern wahrscheinlich irgendeine Gruppe noch unbekannter Körper.

Es wäre sehr dankbar, weitere Forschungen anzustellen im Einvernehmen mit Chemikern verschiedener Fabriken, da die Qualität des Vaselins je nach der Reinigungsprozedur erheblich schwankt.

Schlußwort: *M. Oppenheim*: Die Erkrankungen, die *Hofrat Riehl* angeführt hat bei Schmierölarbeitern usw., sind mit dem Vasinoderma nicht zu identifizieren. Ich kenne die Hautveränderungen bei Teer-, Asphalt-Schmierölarbeitern usw. sehr genau durch meine 13jährige Tätigkeit beim Verbands der Krankenkassen. Sie setzen sich aus drei Kardinalsymptomen zusammen: Hyperkeratose, Hyperpigmentation und Folliculitis mit Comedonenbildung. Beim Vasinoderma besteht nur jene eigentümliche von mir beschriebene Hyperkeratose, die es zu einem eigenartigen Krankheitsbild stempelt.

Was die Ursache des Vasinoderma betrifft, so bin ich mit *Riehl* einer Meinung; es ist nicht bewiesen, daß die Ursache in Paraffin liegt; aber man kann in ihm die Substanz vermuten, die das Vasinoderma erzeugt.

Rusch demonstriert:

1. Zwei junge Männer, die hierorts bereits im Herbst mit Pityriasis lichenoides chronica vorgestellt wurden und gegenwärtig nach einer Pilocarpinbehandlung (nach *Herxheimer*) als erscheinungsfrei bezeichnet werden dürfen. Es genügten 25 bzw. 30 Injektionen einer 1proz. Lösung à 1 ccm. Ein Patient zeigt ein deutliches Leukoderm am Stamm, der andere zarte, pigmentumsäumte Narben nach Abheilung papulo-pustulöser bzw. nekrotisierender Efflorescenzen.

2. Ein Mädchen, das mit einer exsudativ-hämorrhagischen und nekrotisierenden Form von Pityriasis lichenoides bereits im Mai 1919 vorgestellt wurde. Gegenwärtig sind die papulo-pustulösen und nekrotisierenden Efflorescenzen verschwunden, und es besteht das gewöhnliche Bild der Pityriasis lichenoides chronica. Am Halse, in den Ellbogenbeugen, über den Schulterblättern und anderenorts ist es durch Konfluenz der Knötchen zu netzartig zusammentretenden schmalen Bändern gekommen, demnach zu Bildungen, wie sie der Parakeratosis variegata als eigentümlich beschrieben werden. Auch diese Kranke wird mit Pilocarpin behandelt, derzeit noch ohne Erfolg.

3. Ein Mädchen, das an Lues und Pityriasis lichenoides chronica leidet. Bei ihrer Spitalsaufnahme bestand eine rezente Lues: Papeln am Genitale und am Gaumen, ferner ein maculo-papulöses Exanthem am Stamm. Die luetischen Erscheinungen heilten auf spezifische Therapie ab, am Stamm mit Hinterlassung eines Leukoderma syphiliticum, der Wa. wurde negativ. Hingegen persistierten in den Hüftgegenden, über den Schultern, in den Seitenteilen des Stammes und in der Kreuzbeingegend zerstreut stehende, linsengroße, braunrote Knötchen, die nach Art ihrer Schuppung, mangels deutlicher Infiltration, ferner nach dem histologischen Befund sich als Efflorescenzen der Pityriasis lichenoides chronica manifestierten. Sie wurden anfänglich nicht erkannt und differenzierten sich nicht von dem luetischen Exanthem.

Ehrmann stellt vier Geschwister (Knaben) mit hereditärer Lues vor, die wegen Skabies aufgenommen wurden. Sie stammen von einer Mutter her, die vor der Geburt des Ältesten 6 Abortus hatte. Sie starb auf der I. internen Abteilung des Wilhelminenspitales mit der Diagnose „Aortitis luetica, Insufficiencia Aortae, Infarctus pulmonum“. WaR. positiv.

Obduktionsbefund: Insuffizienz und Stenosis valvulae mitralis, beginnende Atheromatosis der Aorta, fettige Degeneration des Herzfleisches, Thrombose im rechten Ventrikel, multiple Infarkte beider Lungen, Atelektase des rechten Unterlappens, Ascites, Hydrothorax, Stauungsorgane, arteriosklerotische Absorption der Nieren.

Der Vater zeigt keinerlei Erscheinungen. WaR. negativ.

Der älteste Knabe Johann ist 16 Jahre alt, 1,55 m groß, 41,2 kg schwer. Er ist mäßig genährt, von gracilem Bau und zeigt folgende Skelettveränderungen. Turmschädel mit Zeichen von gesteigertem Hirndruck: der Schädel ist auffallend hoch, schmal und kurz, Schläfenbeine flach; Dicke des Schädeldaches annähernd normal. Impressiones digitatae in hohem Grade verstärkt. Die Juga, namentlich die frontalen und temporalen stark vorspringend, die Hinterhauptnaht stark klaffend, die Stirnnaht nicht sichtbar: prämatüre Synostose. Türkensattel etwas geräumig, keine Zeichen von Usur. WaR. negativ (an drei verschiedenen Stationen untersucht). Lumbalpunktat negativ, Goldsol negativ.

Augenbefund: periphere Chorioiditis. Visus $\frac{6}{6}$.

Der zweite Knabe, Emerich, zeigt die typischsten Stigmata: 12 Jahre alt. Gewicht 27,2 kg. Länge 1,25 m. Er ist, wie wir sehen werden, an Körperlänge wie auch an Gewicht hinter seinem um 1 Jahr jüngeren Bruder zurück. Schädeldurchleuchtung ergibt normalen Befund. Dagegen zeigen sich ziemlich stark vorspringende Tubera und Arcus superciliares, steile Stirne, Sattelnase, typische periorale Narben, Venenektasien in der Gegend der oberen Brustapertur, großer Bauch, kurzer Thorax. (Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, daß Fournier seinerzeit unter den hereditär-luetischen Stigmata auch übermäßige, bis an das Poupart'sche Band hinabreichende Venenektasien bei Erwachsenen angeführt hat.) Pat. zeigt Hutchinson'sche Zähne.

Augenbefund: Chorioiditis centralis luetica. Visus $\frac{6}{36}$.

Der dritte, Josef, 11 Jahre alt, 29 kg schwer, ist also seinem um 1 Jahr älteren Bruder um 2 kg überlegen und um 5 cm größer (1,30 m). Schädelbefund normal. Am Auge periphere Chorioiditis.

Der vierte, Franz, 8 Jahre alt, ist 21,5 kg schwer, 1,13 m lang. Schädel-durchleuchtung ergibt normalen Befund. Er zeigt im wesentlichen normale Verhältnisse bis auf leicht vorspringende Tubera frontalia, die wohl auf rhachi-

tischen Charakter hinweisen. Größe und Körpergewicht entsprechen der Norm. Sein Aussehen ist viel ästhetischer als das seines Bruders, er kann als hübsch gelten.

Augenbefund: periphere Chorioiditis.

Wenn wir zusammenfassen, müssen wir sagen, daß bei dem Ältesten, der Zeit der Infektion am nächsten Geborenen, die Hauptveränderungen den Innenschädel betreffen: deutliche Zeichen gesteigerten Hirndruckes und einer Ependymitis.

Im Körperwachstum am meisten zurückgeblieben ist und die typischsten äußeren Erscheinungen zeigt der Zweitgeborene. Er hat auch die schwersten Veränderungen am Auge (Chorioiditis centralis), Gefäßdilatationen an der oberen Brustapertur bei normalem Herzbefund. Ganz auffallend ist die Schwere der Erkrankung bei diesem Knaben, wenn man ihn mit dem um 1 Jahr jüngeren dem zweitjüngsten Bruder vergleicht.

Das jüngste Kind, der 8jährige Franz, zeigt bis auf die Veränderungen am Auge sowohl im Habitus als auch sonst vollkommen normale Verhältnisse. Er zeigt auch die größte Lebhaftigkeit und Frische im Benehmen.

Besonders hervorzuheben aber ist, daß bei deutlichen Erscheinungen von Lues, die mitten in der Reihe zuzunehmen scheinen, um am Schlusse der Reihe abzunehmen, der Wassermann sowohl im Serum als auch im Liquor negativ ist. Erkrankungen der verschiedenen Gewebssysteme sind aber nicht in gleicher Skala abzulesen.

Dies deckt sich auch mit den Erfahrungen, die Eskuchen in seinem Buche: „Die Lumbalpunktion“ auf S. 158 niederlegt: Der Liquorbefund richtet sich danach, ob es sich um eine allgemeine hereditäre Lues (Keimschädigung) ohne besondere Affektion des Zentralnervensystems handelt, oder ob speziell eineluetische Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt.

Im ersten Fall findet sich vollkommen normaler Liquor (oft auch negative WaR. im Serum).

Aber auch bei Bestehen von klinischen Symptomen von seiten des Zentralnervensystems zeigt der Liquor meist nur recht geringen Befund. Am ehesten zeigt sich dieser noch erheblicher (Pleocyte, Globulinreaktion, WaR., Kolloidreaktion) bei gummösen Prozessen der Meningen. Bei Hydrocephalus findet sich: Drucksteigerung, Pleocytose, Globulinreaktion. Dagegen ergibt sich bei isolierter Lichtstarre der Pupillen meist ein gänzlich negativer Befund; ebenso bei fehlenden Patellarreflexen usw. Nur bei Entwicklung einer juvenilen Paralyse kommt es im Liquor zur Ausbildung des typischen paralytischen Befundes. Bei sonst negativem Liquor zeigte am ehesten noch die Goldreaktion eineluetische Reaktion.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Eine 32jährige Frau mit Neurofibromatosis Recklinghausen, deren Haut ausgebreitete Naevi pigmentosi und Fibromata mollusca und im Gesicht einen Naevus pilosus zeigt.

Patientin wurde vor einem halben Jahr wegen eines Sarkoms in der Achselhöhle operiert.

2. 2 Fälle von Atrophia cutis idiopathica, deren erster das Anfangsstadium der Erkrankung zeigt, während beim zweiten Fall die Haut sich schon im atrophischen Endzustande befindet.

3. Ein anatomisches Präparat, von einer 52jährigen, kürzlich operierten Frau stammend. Die Patientin litt an einer Kraurosis vulvae und zeigte am äußeren Genitale mehrere Tumoren, und zwar an den kleinen Labien drei

linsengroße, teilweise exulcerierte Knoten, in der hinteren Commissur drei dicht nebeneinander stehende walnußgroße stark prominente Tumoren, die papillären Aufbau hatten. Einige dieser Knoten waren exulceriert, zeigten an ihrer Oberfläche kraterähnliche Geschwüre, deren Grund fleischfarben war. Diese Tumoren waren von mäßig derber Konsistenz und wenig empfindlich.

Keine Drüsenschwellung, auch sonst bestanden keine Anhaltspunkte für einen malignen Charakter der Erkrankung.

Die Diagnose war erst durch die Probeexcision zu stellen, die ergab, daß es sich um eine jener seltenen Geschwülste handelt, die als *Cylindroma epitheliale* beschrieben sind.

Das histologische Bild der erst kürzlich gewonnenen Präparate zeigt bis in die tiefen Schichten hinein reichende epitheliale Wucherung, die schlauchartig angeordnet ist; am Schnitt sieht man zahlreiche von Bindegewebe umscheidete Stränge von gewucherten Epithelzellen, in deren Zentrum sich meist ein Hohlraum befindet.

Riehl erwähnt, daß der hier kurz demonstrierte Fall als recht seltene Dermatoze unser Interesse verdient, da das *Cylindroma epitheliale* nicht bloß eine histologische Variante des Carcinoms darstellt, sondern auch in seinem klinischen Verlauf sich wesentlich von anderen Carcinomen unterscheidet. Es dauert oft Jahre bis die regionären Drüsen infiziert werden und der Verlauf ist im allgemeinen ein ziemlich benigner. Speziell die an der Vulva vorkommende Form dieser Erkrankung mit ihren multiplen höckerigen oder papillären Geschwülsten, die am Durchschnitt schon mit freiem Auge kleine Cysten erkennen lassen, die an den Karlsbader Erbsenstein erinnern, sind ziemlich charakteristisch.

Riehl bespricht die Genese dieser Geschwülste und ihre Ähnlichkeit mit anderen Carcinom- und Epitheliomformen.

4. Eine Patientin mit psoriasiformer Lues, die auch auswärts drei Monate wegen Psoriasis behandelt worden war.

5. Einen ausgebreiteten Fall von *Erythema exsudativum multiforme*. Der 37jährige Patient erkrankte vor 4 Tagen unter Schüttelfrost und zeigt jetzt eine dichte Aussaat von bis talergroßen erythematösen Herden an den Streckseiten der beiden oberen und unteren Extremitäten. Diese Herde konfluieren über den Unterarmen und Handrücken, dort ist es vielfach zu einer blasigen Abhebung der Haut gekommen. Spärliche Efflorescenzen finden sich an der Schultergegend, einzelne am Stamm und Rücken.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl

1. Eine 45jährige Patientin, die mit einer rechtsseitigen Lähmung des Gesichtes, sowie Schwäche im rechten Arm und rechten Bein vor etwa einer Woche erwachte. Zwei Tage später bemerkte sie erst den Ausschlag. Es besteht ein ausgebreitetes maculo-papulöses Exanthem am Stamm und Extremitäten, Papeln am Genitale und ad anum, universelle Lymphdrüsenschwellung. Nervenbefund der Klinik Wagner: Unter anderem Parese des rechten Facialis in allen drei Ästen, Parese der oberen, sowie der unteren Extremität. Die Erscheinungen werden von Seite der Klinik Wagner als *Polyneuritis* aufgefaßt. Untersuchung des Liquors ergab: Zellenzahl 26, Pándy ++++, Nonne-Appelt ++, Nissl 0,35%, WaR. negativ, Goldsol: $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{40}$ violett.

2. Ein 17jähriges Mädchen, bei dem sich sowohl an der Beuge-, als an der Streckseite der Unterschenkel zahlreiche, tief ins Subcutan- und Fettgewebe eingelagerte Knoten finden, über denen die Haut bläulich-rot verfärbt ist, manche der Knoten sind an der Oberfläche exulceriert. Die Knoten sind nicht schmerzhaft und die Affektion als *Erythema induratum Bazin* aufzufassen.

Bemerkenswert ist bei dem Mädchen ein eigentümliches marmoriertes Aussehen des Unterschenkels bis weit an den Oberschenkel hinauf, welches dadurch zustande kommt, daß bräunliche Streifen von etwa $\frac{1}{2}$ —1 cm Weite, netzartig verzweigt, weiße Flecke einschließen. Das Bild erinnert an die von Ehrmann beschriebene Livedo racemosa, die auf Schädigung der Gefäße durch Lues und Alkohol zurückzuführen ist. Die Veränderungen sind hier nur bedeutend massiger. Probeexcision aus einer solchen streifenförmigen Partie hat neben entzündlichen Veränderungen eine vollkommene Thrombose einer tief gelegenen kleinen Arterie ergeben. Der Fall wird noch ausführlich publiziert.

3. Einen von Prim. Rusch in der Dermatologischen Gesellschaft am 23. Oktober 1919 gezeigten Fall mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Lichen chronicus Vidal. Das Bild hat sich klinisch seither wenig verändert. Der Fall wird unter Zugrundelegung eines neuen histologischen Befundes abermals zur Diskussion gestellt.

4. Das schon früher demonstrierte Kind, bei dem die Diagnose Tuberkulid bezweifelt wurde. Die Aussaat der einzelnen Efflorescenzen hat sich in der letzten Zeit noch vermehrt trotz energischer antiluetischer Kur. Eine neue Probeexcision ergibt Infiltrat und Epitheloidzellen, Riesenzellen und geringes leukocytäres Infiltrat an den Randpartien, so daß an der am 23. Oktober 1919 gestellten Diagnose jetzt nicht mehr zu zweifeln ist.

5. Zwei Brüder, die beide wegen tiefer Trichophytie im September 1918 mit Röntgen bestrahlt wurden; die Haare wurden nicht epiliert. Patienten kamen einige Monate später an die Klinik mit großen derben Tumoren, die als Fremdkörpertumoren aufzufassen waren und sich wohl infolge der rückgebliebenen Haarteile entwickelten. Durch wiederholte Tiefenbestrahlung gelang es, die derben Knoten allmählich zum Schwinden zu bringen.

Mucha demonstriert das Präparat eines Penis, das einem 49jährigen Manne entstammt und durch Operation gewonnen wurde:

Der Kranke, der über Beschwerden bei der Harnentleerung klagte, zeigte bei der klinischen Untersuchung eine deutliche Vorwölbung der Urethrallippen, die fein granuliert und leicht vulverabel waren. Das Bild erinnerte an ein Ulc. molle elevatum, doch sprach gegen diese Annahme die derbe Basis, auf der die Veränderungen saßen, was zu dem Verdachte eines Ulc. mixtum führte. Der sofort versuchte Spirochätennachweis mißlang, überdies ergab eine neuerliche genaue Untersuchung, daß die ganze Urethra bis zum Bulbus in ein derbes, wenig elastisches Rohr verwandelt sei. Die nun von der Urethrallippe gewonnene Probeexcision ergab ein typisches, zur Verhornung neigendes Plattenepithelcarcinom. Daraufhin Amputatio penis. Das durch die Operation gewonnene Präparat zeigt nun die Urethralschleimhaut bis zum Bulbus von Tumormassen durchsetzt, die in Form warziger, bis klein erbsengroßer Vorwölbungen insbesondere auf der Hinterseite der Urethra deutlich sichtbar sind. In der Gegend des Bulbus zeigt sich die stärkste Entwicklung des Tumors bei bereits beginnendem Zerfallserscheinungen, so daß es den Anschein hat, als ob hier der Ausgangspunkt des Tumors zu suchen wäre.

Histologische Präparate aus verschiedenen Anteilen der Urethra zeigen, daß die carcinomatösen Veränderungen streng auf das Urethralrohr beschränkt sind und nicht einmal auf das Corpus cavernosum der Urethra übergreifen. In histologischer Hinsicht unterscheiden sich die Schnitte aus den tieferen Partien von der Probeexcision als daselbst Verhornungen nicht nachweisbar sind.

Wir haben es somit mit einem streng auf das Urethralrohr beschränkten Platten- bzw. Basalzellenkrebs der Harnröhre zu tun, wobei noch der

Umstand Erwähnung verdient, daß nach der Intensität der Veränderungen der Ausgangspunkt in den Bulbus verlegt werden müßte. In diesem Falle müßten wir wohl annehmen, daß sich entweder versprengte Plattenepithelinseln im Bulbus des Pat. vorgefunden oder durch Metaplasie des Cylinderepithels im Anschlusse an eine vor mehr als 25 Jahren durchgemachte Gonorrhöe erst entwickelt haben.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann einen 75jährigen Patienten vor, der angibt, seit einigen Monaten eine Verhärtung der Eichel zu bemerken. Die Glans penis zeigt ein über haselnußgroßes, sehr derbes, scharf begrenztes Infiltrat, das sich strangförmig am Dorsum penis bis zur Radix penis fortsetzt und eine Induratio penis plastica vorstellt. Eine Röntgendurchleuchtung der indurierten Partien ist noch nicht vorgenommen worden. Die Anamnese ergibt, daß Patient seit über 40 Jahren Luetiker ist und über 20 gonorrhöische Erkrankungen durchgemacht hat. Schlüsse auf die Ätiologie des Leidens lassen sich in unserem Falle daraus nicht ziehen.

Sitzung vom 12. Februar 1920.

Vorsitzende: Riehl, Pranter.

Schriftführer: Kumer.

Sachs demonstriert eine 54jährige Frau mit außergewöhnlich stark entwickelten hypertrophischen Narben nach Verbrennung III. Grades auf den Streckflächen beider Vorderarme und beider Handrücken. Auf dem rechten Handrücken hat die Narbe die Gestalt eines apfelgroßen, derben, von rotbrauner atrophischer Haut überzogenen Tumors. Die Patientin erlitt im September 1919 die Verbrennung.

Löwenfeld demonstriert bei einem 14jährigen Patienten aus der Abteilung Nobl, ein am Stamm disseminiertes, zu Plaques gruppiertes, an den Extremitäten weniger ausgedehntes Exanthem, dessen Primäreffloreszenzen kleine, hornige, den Follikeln entsprechende Knötchen sind. Am Stamm sowie bei größeren Knötchen an Armen und Beinen, finden sich stärkere entzündlich exudative Veränderungen, Infiltration und Schuppung, gelegentlich Übergang zur Pustulation. Es handelt sich um einen Lichen scrophulosorum mit stärkerer exudativer Neigung und Übergang zu aeneartigen Formen. Gleichzeitig besteht ein Scrophuloderma am Hals und ein periorales skrofulöses Ekzem. Solche Übergangsformen eines Tuberkulids sind bei dem gleichen ätiologischen Faktor auf weitgehende allergische Umstimmung des Organismus zu beziehen.

Hellmann demonstriert von der Abteilung Rusch ein 8jähriges Mädchen mit Hypotrichosis. Der Kopf ist mit schütterten Haaren bedeckt, die sich bei näherer Betrachtung verschieden repräsentieren. Die Mehrzahl ist fein, dünn hellblond, gekräuselt, leicht ausziehbar, 7—8 cm lang; an einzelnen Stellen, namentlich am Vorderhaupte, sind die Haare stärker, etwas dunkler, bedeutend länger (26—30 cm), schlicht und stehen büschelförmig. Nach der Aussage der Mutter ist das Kind mit einem Lanugohaarkleid zur Welt gekommen, das bald ausfiel, worauf der Kopf längere Zeit ganz kahl blieb. Nach dreiviertel Jahren bedeckte er sich allmählich mit den oben beschriebenen kurzen Haaren; seit zweieinhalb Jahren fallen nun diese aus und werden büschelweise durch längere, anscheinend normale Haare ersetzt. Am Kopfe besteht eine leichte Seborrhöe; der Körper ist sehr spärlich mit Lanugohaaren bedeckt. Weitere Entwicklungsstörungen, wie Nagel- und Zahnanomalien, sind nicht vorhanden. Diese Anomalie ist als eine Art Hypotrichosis aufzufassen. Bisher sind wenige Fälle

in der Literatur bekannt, wo es bei angeborener Kahlheit in den späteren Lebensjahren zu einer mehr oder minder unvollständigen Ausbildung des Haarkleides kam; dagegen konnte ein ähnlicher Fall wie der demonstrierte nicht gefunden werden. Gerade mit Rücksicht auf den erwähnten förmlichen Arthaarwechsel fällt es schwer, diese Affektion als Mißbildung aufzufassen, als welche sie gewöhnlich ausgesprochen wird. Vielmehr liegt es nahe, bei der erwiesenen Abhängigkeit des Haarwachstums von der normalen Tätigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion auch diesfalls eine Relation der Haaranomalie mit einer Disfunktion irgendeiner der genannten Organe anzunehmen. Bei oberflächlicher Untersuchung lassen sich allerdings derartige Störungen bei der Patientin nicht nachweisen; doch soll der Fall diesbezüglich noch näher und genauer untersucht werden.

Scherber demonstriert eine 30jährige Frau mit Lichen ruber planus nur an der Mundschleimhaut lokalisiert. An beiden Wangen typische Knötchen in Plaques zusammentretend, im weitem Verlauf zu zarten netzförmigen, bläulichweißen Linien zerfließend. Auf der Zunge einzelne Knötchen und größere Plaques, die beim ersten Anblick den Eindruck oberflächlicher Lapisierungen der Schleimhaut machen.

Mucha stellt ein 9jähriges Kind mit einer bandförmigen Veränderung an der rechten Schläfe vor, die über das Niveau der umgebenden Haut etwas erhoben ist, leicht gelblich gefärbt erscheint und haarlos ist. Im vorderen Drittel der Veränderung fand sich eine hellergroße tumorartige, mit blutigen Borken bedeckte Einlagerung, die excidiert wurde. Die histologische Untersuchung ergibt, daß es sich bei der ganzen Veränderung um einen Schweißdrüsen-Naevus handelt.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen Patienten, der angibt, niemals geschlechtskrank gewesen zu sein und dessen Erkrankung vor etwa 5 Wochen begann und sich schnell bis zum jetzigen Aspekt entwickelte. Die Frau des Patienten ist gesund, hat ein gesundes Kind geboren und niemals abortiert. Der Kranke zeigt im Bereich der Anal- und Perinealgegend 4 zwanzigheller- bis 5 kronenstückgroße polycyclische begrenzte Geschwüre von teils speckigem, teils wallartig krustösem Belag. Die Ränder sind nicht unterminiert und fallen tellerartig gegen den Geschwürsgrund ab. Die Umgebung der Ulcerationen ist lividrot verfärbt; geringe Schmerzhaftigkeit. Differentialdiagnostisch kommen Tbc.-Ulcera, Initialsklerosen, Gummen und maligne ulceröse Syphilide in Frage. Für tuberkulöse Ulcera ist wegen mangelnder Tuberkelbacillen (wiederholte Untersuchung!) und Fehlen sonstiger positiver Merkmale kein Anhaltspunkt, ebensowenig für Initialsklerosen, da die öfters vorgenommene Spirochätenuntersuchung keine Spirochaetae pallidae ergab. Gummen zeigen meniscoidale Ränder und fallen schroff gegen den Geschwürsgrund ab; die Luefinreaktion war auch negativ, die bei tertiären Syphiliden fast stets positiv ist, hingegen war die Wassermannreaktion positiv. Wir kommen also per exclusionem zur Diagnose: malignes ulceröses Syphilid. Therapie: Zuerst Jodkali, bald darauf lösliche Hg-Präparate und Neosalvarsan.

2. Eine Patientin mit² exzessiven hypertrophischen Papeln in sämtlichen Interdigitalfalten der Füße. Patientin zeigt außerdem neben einem gut entwickelten Leucoderma lueticum am Nacken, Papeln am Genitale und positive Wassermannreaktion. Seit 3 Wochen ist der linke Fuß in Spitzfußstellung. Dorsalflexion unmöglich, typischer Steppengang. Es liegt hier zweifellos eine luetische Peroneuslähmung vor, wie sie ja im frühen Sekundär-

stadium der Lues ebenso wie die Ulnarislähmung (Ehrmann) beschrieben wurde.

Straßberg demonstriert aus der Klinik Finger einen 51jährigen Patienten mit einem haselnußgroßen, ulcerierten Epitheliom am rechten Ohr läppchen nach einer vor 5 Jahren erfolgten Röntgenbestrahlung seines Lupus erythem. im Gesichte.

Kren möchte gelegentlich des vorgestellten Falles mit wenigen Worten auf die Behandlung der Gefäßerweiterungen nach Röntgen zu sprechen kommen; speziell bei Behandlung des Lupus eryth. bleiben nach Röntgenisierung leicht Gefäßerweiterungen — wie sie auch der vorgestellte Fall zeigt — zurück.

Zur Verödung dieser Gefäßektasien wurden vor einiger Zeit von einer Seite Verbrennungen mit heißer Luft vorgenommen, wie sie Holländer vor 2 Dezennien zur Zerstörung von Lupus vulgaris-Infiltraten empfohlen hat.

Diese Methode ist längst als ungeeignet wieder aufgelassen. Eine solche Verbrennung macht selbstredend auf einer durch Röntgen an und für sich schon geschädigten oder sogar atrophischen Haut ausgedehnte und tiefgreifende Zerstörungen, die mitunter nur sehr schwer oder auch gar nicht reparabel sind.

Es scheint mir geradezu unverständlich, wie man als Behandlung von aus Röntgenbestrahlung entstandenen Gefäßerweiterungen eine so schwer schädigende Noxe wählen kann, wie es die Verbrennung ist.

Eine Verödung solcher Gefäßerweiterungen kann — fast möchte ich sagen — einzig und allein durch eine ganz gering dosierte Erfrierung durchgeführt werden, wie es Riehl vor ungefähr 15 Jahren empfohlen hat.

Riehl wählte damals — es war noch vor der CO_2 -Therapie — Chloräthyl-Besprayingen, unter welchen entsprechend der leichten Erfrierung narbenlose Gefäßverödung entstanden ist. Heute macht man das am besten mit CO_2 und wählt für diese Behandlung Zeiten von etwa 4—5 Sekunden.

Riehl bemerkt, daß auch er nach seinen Erfahrungen die vorsichtigste, kurz dauernde Vereisung mit Kohlensäureschnee bei Teleangiektasien im Gefolge von Röntgenbestrahlung als die ungefährlichste und beste Methode empfehlen kann.

Mucha erinnert daran, daß er vor Jahren in der Derm. Gesellschaft aus der Klinik Finger Fälle mit Teleangiektasien nach Röntgenbestrahlung vorgestellt hat, die mit Kohlensäureschnee mit bestem Erfolge behandelt worden sind und darauf aufmerksam gemacht hat, daß bei dieser Behandlung mit der größten Vorsicht zu Werke gegangen werden müsse, da die Empfindlichkeit der röntgenveränderten Haut eine ganz kolossale ist.

Volk: Man muß bei den nach Röntgenbestrahlung auftretenden Gefäßektasien zwei Formen oder besser vielleicht zwei Stadien unterscheiden: eine leichtere, bei welchen makroskopisch wenigstens keine wesentliche Atrophie der Haut zu erkennen ist, und eine andere, welche mit einer mehr weniger hochgradigen Atrophie der Haut einhergeht. — Diese letzteren Fälle exulcerieren oft auf kleinste Insulte, deren man sich manchmal kaum erinnert, ja schon stärkere Lichteinwirkung kann mitunter zum Zerfall führen. — Sie sind daher mit größter Vorsicht zu behandeln, ja vielfach als ein Noli me tangere anzusehen. Bei den Patienten erster Kategorie kann ein vorsichtiger Versuch mit Kohlensäureschnee nach Riehl mitunter zum Ziele führen, doch ist es empfehlenswert, auch bei diesen sich eher an die untere Grenze der Expositionszeit zu halten, als zu starke Reaktionen zu erzielen.

Königstein stellt einen 9jährigen Knaben mit einer eigentümlichen Dermatoze vor, die hauptsächlich auf beiden Wangen, an den Nasenflügeln und den Ohr läppchen, auf der Streckseite der Extremitäten mit besonderer Bevorzugung des Ellbogen- und Kniegelenks ausgebreitet ist. Die Affektion besteht seit Monaten und zeigte im Verlauf von mehreren Wochen, während

welcher der Knabe in Beobachtung stand, keine Veränderung. Im Gesicht zieht man kreuz- und querverlaufende Streifen von mattrotbrauner Farbe, die scharf begrenzt sind, keinen Niveauunterschied aufweisen, an ihrer Oberfläche kleinste festhaftende Schuppen zeigen und die Follikelmündungen deutlicher als normal hervortreten lassen. Auf der Streckseite der Ellbogen- und Kniegelenke sind die im übrigen gleich gefärbten Plaques deutlich infiltriert. Die Partien fühlen sich pastös an, und die Oberfläche zeigt wegen Schuppung eine sehr deutliche grobe Hautfältelung. An den Unterarmen tritt bei der Färbung der Plaques die rote Beimischung zurück, dieselben erscheinen hier braun und zeigen in den zentralen Partien Veränderungen, die an eine Atrophie erinnern. Auf Tuberkulin Allgemeinreaktion. Der Knabe ist fieberfrei und zeigt im übrigen keine pathologischen Veränderungen. In Rücksicht auf die besonders reichliche Lokalisation im Gesicht und das Ergriffensein der Ohrmuschel könnte an einen Lupus erythematoses gedacht werden. Eine histologische Untersuchung war bisher noch nicht möglich. Die Excision ist jedoch schon vorgenommen worden.

Oppenheim: Was mir bei dem Falle am meisten auffällt ist die vollkommene Symmetrie der Affektion. Im Gesichte beide Wangen, beide Streckseiten der Ellbogen, Knie und Sprunggelenke. Diese Verteilung und Lokalisation erinnert an die von mir hier demonstrierten Fälle von pellagra-ähnlichen Hautaffektionen, die Jadassohn mit dem Namen Pellagroid belegt. Nach meiner Meinung gehört der vorgestellte Fall zu den chronischen Erythemen, die wohl in irgendeiner Beziehung zur Ernährung stehen und als toxisch aufzufassen sind.

Rusch hält gleichfalls die Affektion für ein toxisches Erythem und verweist hinsichtlich seiner langen Dauer auf jene Fälle, die in der Literatur als Erythema chronicum perstans beschrieben werden.

Königstein (Schlußwort): Mit dem Ausdruck Pellagroid läßt sich kaum eine bestimmte Vorstellung verbinden, so daß von der Einführung dieser Bezeichnung derzeit kaum ein Nutzen zu erwarten ist. Die Diagnose Lupus erythematosus ist nur eine Aushilfsdiagnose.

Riehl führt aus, daß in den letzten Jahren bei Kindern mit Kerion Celsi die verschiedenartigsten Exantheme, maculösartige, knötchenartige Lichen spinosus und dem papulo-nekrotischen Tuberkulid ähnliche Formen sowie an Erythema nodosum erinnernde Knoten beobachtet und mit der Trichophytie in kausalen Zusammenhang gebracht wurden; einzelne Autoren sahen selbe fast bei jedem Fall von Kerion Celsi. Über die Entstehung der Exantheme ist noch keine Einigung der Ansichten erzielt worden, die einen sprechen sich für das Auftreten auf ektogenem Wege aus, während andere eine Aussaat von Pilzelementen auf dem Blutwege annehmen und wieder andere nur die Stoffwechselprodukte der Pilze als auslösendes Agens beschuldigen, und so diese Exantheme in Parallele mit den Tuberkuliden stellen und sie daher auch als Trichophytide bezeichnen. Eigentümlicherweise wurden in Wien trotz der herrschenden Trichophytiepidemie nur sehr wenig hierher gehörende Fälle beobachtet und in der Dermatologischen Gesellschaft nur 2 solche Erkrankungen als wahrscheinlich diesem Typus zugehörig vorgestellt.

Der vorgestellte Patient ist ein 11jähriger Knabe, welcher wegen eines Kerion Celsi der behaarten Kopfhaut und einiger Herde eines Herpes tonsurans squamosus am Nacken zur Aufnahme kam. Während der ersten Tage seines Spitalaufenthaltes kam es zu Fiebersteigerung die abends 38,5° erreichte, Morgentemperatur war meist normal. Gleichzeitig bestand eine Bronchitis, mit der das Fieber in Zusammenhang gebracht wurde. Patient bekam eine

intradermale Injektion von Trichon conc. und 2 mal je 3 intradermale Injektionen von Trichophytin Bussan, worauf er mit einer 3 cm im Durchmesser messenden, lebhaft entzündlich geröteten Impfpapier reagierte. Während zurzeit seiner Aufnahme die Haut des Patienten nichts Ungewöhnliches zeigte, finden wir jetzt, 10 Tage nach Abfall des Fiebers ein dicht desiminiertes Exanthem ausgebreitet an der Haut des ganzen Stammes, herabreichend bis zur Schenkelbeuge und Kreuzbeingegend an den oberen Extremitäten bis zum Handgelenke und an der Haut des Halses. Die stecknadelkopfgroße Einzelefflorescenz besteht aus einem weißgrauen, follikulär gestellten Knötchen, das an seiner Spitze eine Schuppenauflagerung von kugelig oder konischer Form, manchmal auch Taschenform trägt. Die Knötchen sind äußerst derb, beim Darüberstreichen hat man das Gefühl, als ob man über ein Reibeisen streichen würde. Am dichtesten ist die Aussaat am Hals. Dort sind die Knötchen etwas weniger prominent. Bemerkenswert ist, daß an Stelle der alten Trichophytininjektionen alle Follikel ergriffen sind. Auf eine gestern ausgeführte Trichophytininjektion reagierte Patient stärker als früher.

Der Pilzbefund in den Efflorescenzen war negativ.

Nach den Literaturangaben ist der vorgestellte Fall als spinulöser Typus eines Lichen trichophyticus aufzufassen. Trotz genauen Daraufachtens ist dies der erste Fall eines Trichophytides, obwohl im letzten Jahr an der Wiener Dermatologischen Klinik über 2000 Fälle von Trichophytie zur Beobachtung kamen, darunter die Mehrzahl der Fälle von Sykosis parasitaria und viele von Kerion Celsi bei Kindern.

Volk: Es ist noch nicht klar, wie der Lichen trichophyticus pathogenetisch zu werten ist, ob als reine Überempfindlichkeitsreaktion analog der Tuberkulinüberempfindlichkeit oder als Trichophytid entsprechend den Tuberkuliden. Insolange der Bacillennachweis in den Efflorescenzen des Lichen nicht gelingt, ist die letztere Analogisierung wohl nicht erlaubt und die vorsichtige Beurteilung Riehls gewiß am Platze.

Straßberg: Wir haben an der Klinik Finger im September vorigen Jahres zwei Knaben mit tiefer Trichophytie der Kopfhaut und Lichen trichophyticus gesehen. Später hat Oppenheim hier einen identischen Fall vorgestellt. Zu Weihnachten konnten wir an der Klinik Finger an einem Erwachsenen mit tiefer Trichophytie der Barthaut auf die 3. Trichophytininjektion hin einen um die früheren Trichophytinreaktionsstellen gruppierten Lichen trichophyticus beobachten, der sich auf eine neuerliche Injektion unter Fieberausbruch auf die Haut des Stammes ausbreitete. Die einzelnen Efflorescenzen waren vorwiegend entzündlich gerötete, stecknadelkopfgroße Knötchen, die stellenweise an ihrer Kuppe ein kleines Bläschen bzw. Pustelchen trugen und follikulären Sitz hatten. Wir ließen den Ausschlag ohne Behandlung abblassen und konnten ihn mehrmals auf neuerliche Trichophytininjektionen hin immer wieder aufflammen lassen. Aus der Literatur ist mir bisher kein Fall von Lichen trichophyticus beim Erwachsenen bekannt.

Krüger konnte auf der Abteilung Oppenheim bereits mehrere Fälle von sogenanntem Lichen trichophyticus beobachten. Es waren dies Kinder im Alter von 6—11 Jahren, bei denen im Anschluß an Trichophytininjektionen an den Streckseiten der oberen Extremitäten und am Stamm ein Exanthem von hirsekorn- bis hanfkorngroßen, hellroten Knötchen auftrat. Ganz besonders war die Kreuzbeingegend und die Gegend um den Nabel befallen. Dabei bestand auch Fieber.

Merkwürdig war das Auftreten kleinster Knötchen in der unmittelbaren Nähe (ca. 2 cm im Durchmesser) der Injektionsstellen (mit Trichophytin!). Eine ähnliche Erscheinung kann man auch manchmal nach der Pirquetschen Reaktion bei Tbc.-Erkrankungen der Haut sehen, wie ja überhaupt der „Li-

chen trichophyticus“ sehr viel Ähnlichkeit mit dem Lichen scrophulosorum hat.

Der Pilznachweis in den Knötchen war immer negativ; nach 6—14 Tagen verschwand das Exanthem; das Kerion Celsi selbst kam zur vollständigen Ausheilung.

Oppenheim: Der erste Fall dieser Art wurde von mir in einer der letzten Sitzungen vorgestellt, und zwar als Fall, der nach den Publikationen der letzten Zeit als Lichen trichophyticus bezeichnet werden könnte. Ich habe mich damals ausdrücklich dagegen ausgesprochen, die disseminierte Knötchenaffektion als durch Trichophyton bedingt aufzufassen, und war mehr der Meinung, daß es sich um eine Überempfindlichkeitsreaktion bei Trichophytininjektionen handle. Dafür sprach das Auftreten unter Fieber, die Knöthenruption um die Injektionsstellen vor dem Ausbruch des allgemeinen Exanthems, das Fehlen der Pilze und der histologische Befund, der sich als Dermatitis follicularis repräsentierte.

Riehl (Schlußwort): Eine endgültige Entscheidung, ob dieser Fall als Lichen trichophyticus aufzufassen ist, will ich nicht treffen. Die Vorliebe vieler Erkrankungen sich um die Follikel zu lokalisieren, hängt meist mit einer gleichzeitig bestehenden Ichthyosis zusammen. Auch bei dem vorgestellten Patienten treffen wir Anzeichen davon. Ich möchte mit Rücksicht auf die geringen eigenen Erfahrungen zu der Frage der Trichophytide vorläufig nicht Stellung nehmen, die Herren Kollegen aber ersuchen, über ihre eventuelle Beobachtung hier zu berichten.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Eine 50jährige Frau mit Pseudopelade Brocq in typischer Ausbreitung und Form;

2. Einen 39jährigen Patienten, der im November 1919 mit einer Affektion in der Bartgegend erkrankte und bisher zweimal, und zwar am 9. und 26. Januar, mit Röntgen bestrahlt wurde. Eine Epilation wurde nicht angeordnet. Es findet sich derzeit eine oberflächliche Dermatitis mit tiefen Knollen und Knoten. Die Pilzuntersuchung ergab ein negatives Resultat.

Es dürfte sich auch bei diesem Falle, wie bei dem in der letzten dermatologischen Gesellschaft am 29. Januar 1920 gezeigten um die Entwicklung von Fremdkörpertumoren handeln, die sich im Anschluß an in der Haut zurückgebliebene Haarteile entwickelt haben.

Riehl: Die Epilation durch Röntgenstrahlen, die wir mit bestem Erfolg bei Favus und Herpes tonsurans der Kopfhaut verwenden, hat sich bei der Behandlung der tiefen Trichophytie des Bartes nicht immer als geeignet erwiesen. Der gewünschte Effekt — Ausfall der Barthaare — tritt selbst bei intensiver Bestrahlung nicht mit jener Gleichmäßigkeit und zu einer Zeit ein, wie wir es bei Sykosis parasitaria wünschen müssen. Holzknechts Mitteilungen über die Dauerepilation des Bartes lassen dies wohl begreiflich erscheinen.

Die Röntgenepilation wird passend durch mechanische Entfernung unterstützt, da sonst häufig Haar- und Haarscheidenreste, im Gewebe zurückbleibend, später Fremdkörpertumoren hervorrufen.

3. Eine 33jährige Frau, bei der sich vor 2 Monaten eine Affektion am linken Oberschenkel entwickelte. Einige Tage später trat eine ähnliche Affektion am rechten Unterarm auf. Man sieht derzeit einen fast die ganze Circumferenz des Oberschenkels umfassenden Herd, der sich bei Palpation aus einzelnen bis wallnußgroßen Knoten zusammengesetzt erweist. Die Knoten sind mehr plattenförmig, die Haut über dem Herd ist bläulich verfärbt, im lateralen Anteil, der auch etwas eingesunken erscheint, gebräunt. Die Knoten sind auf Druck nicht schmerzhaft, in der Umgebung des Knies finden sich noch Veränderungen, die als sekundäre Reizung mit dem Krankheitsprozeß nicht in Zusammenhang

zu bringen sind. An der Streckseite des rechten Unterarmes finden sich ebenfalls im Subcutangewebe eingelagerte, zahlreiche (7—9) unter-haselnußgroße Knoten von ähnlicher Qualität. Die Knoten stehen gruppiert, die Haut über dem Herd ist, abgesehen von geringer bläulicher Verfärbung, nicht verändert.

Wassermannreaktion negativ, Pirquetreaktion negativ. Im histologischen Präparat findet sich das Subcutanfettgewebe kleinzellig infiltriert, an vielen Stellen auch Epitheloidzellen zu Haufen mit kleinzelligen Randzonen nachweisbar. Die Affektion dürfte mit Rücksicht auf das klinische und das histologische Bild dem Erythema induratum Bazin, evtl. dem Boeckschen Sarkoid nahestehen.

4. Eine 20jährige Patientin, bei der die Affektion vor 3 Jahren ohne bekannte Ursache ihren Anfang genommen hat. Man findet symmetrisch an beiden Ohr läppchen blaurote Verfärbung. Die Hautoberfläche grobhöckerig, bei Palpation findet man, daß die Volumszunahme und die Oberflächenveränderungen durch etwa erbsengroße, derbe, auf Druck nicht schmerzhaft Knötchen bedingt ist. Durch diese Erscheinungen konnten leukämische Prozesse, dann Lupus pernio, an die mit Rücksicht auf die blaulivide Verfärbung gedacht werden mußte, ausgeschaltet werden.

Es wurde zum Zwecke der Diagnosestellung eine Probeexcision vorgenommen, und diese ergab, daß es sich um einen kleinzelligen, das Fettgewebe mächtig infiltrierenden Prozeß handelt, dessen Ätiologie nicht geklärt werden konnte.

Pirquet- und Wassermannreaktion negativ.

Riehl bemerkt, daß in vorliegendem Fall bei der histologischen Untersuchung kein Fremdkörper im Präparat gefunden worden ist. Bei symmetrischer Lokalisation der Erkrankung an den Ohr läppchen kämen Fremdkörpertumoren differentialdiagnostisch in erster Linie in Betracht.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

Einen 13 jährigen Knaben, dessen Haut am Stamm der Sitz einer typischen Pityriasis rosea ist. Einzelne Herde greifen auf den Hals über. Ungewöhnlich ist die Ausbreitung der Erkrankung auf die behaarte Kopfhaut; wir treffen hier 8—10 Herde typischer Art, nicht bloß an der Haargrenze, sondern auch in der Scheitelgegend mit geringen entzündlichen Erscheinungen aber lebhafter Schuppung. Sie sind scharf begrenzt, mit kleinlamellösen, weißlichen Schuppen bedeckt, an einzelnen von ihnen ist der zentral gerichtete Schuppensaum deutlich nachweisbar. Pilzbefund negativ. Es ist dies bereits der 3. Kranke, an dem diese außergewöhnliche Lokalisation beobachtet werden konnte; alle 3 Fälle betrafen Knaben unter der Pubertätsgrenze.

Riehl bemerkt, daß er die Lokalisation einer Pityriasis rosea an der behaarten Kopfhaut nie gesehen habe, während das Auftreten einzelner Herde in der Gesichtshaut, Wangen- und Schläfengegend nicht allzu selten ist; er möchte daher diese Beobachtung Kumers als bemerkenswert hervorheben.

2. Einen Fall von Lichen scrophulosorum.

3. Eine Patientin mit mächtigen luetischen Papeln des Stammes und Gesichtes.

Sitzung vom 26. Februar 1920.

Vorsitzender: Rusch.

Schriftführer: Kumer.

Reiner stellt eine exzessive Sklerosierung der Glans und des Präputiums mit ausgedehnter Gewebszerstörung vor, die 3 Monate in steter ärztlicher Behandlung gestanden war und keiner spezifischen Behandlung zugeführt wurde.

Volk muß eine Diagnose berichtigen. Die Patientin wurde vor mehreren Wochen als Lupus vulgaris des Gesichtes und des harten Gaumens in Kombination mit einem Erythema induratum vorgestellt; aber schon damals wurde auf das eigentümlich Starre des Gaumenaffektes hingewiesen. Trotz eingeleiteter Lichttherapie, speziell mit Röntgen und Radium, trotzdem die Patientin an Gewicht zunahm, das Allgemeinbefinden ein vorzügliches war, zeigte sich die Erkrankung fast unbeeinflusst. Das veranlaßte uns, eine Auswertung mit Partialantigenen vorzunehmen, wobei sich die Patientin als vollständig anergisch erwies; keine Allgemein- und keine Herdreaktionen; ebenso fiel die Pirquetsche Reaktion negativ aus, auch auf Tuberkulin bis 5 mg absolut keine Reaktion. Wies schon dieses Verhalten nach einer ganz bestimmten Richtung, so bestätigte die nunmehr vorgenommene histologische Untersuchung eines Knotens vom Vorderarme, daß es sich um ein typisches Boecksches Sarkoid handle: in Nestern angeordnete größere und kleinere Epitheloidzellenansammlungen; in der Cutis und Subcutis lagernd, das Bindegewebe zur Seite gedrängt und die einzelnen Herde einschneidend, nirgends Riesen-, Mast- oder Plasmazellen nachweisbar, ebensowenig Leukocyten erkennbar. Dagegen sind die epitheloiden Zellen vielfach vakuolisiert oder durch kleinste wabenartige Hohlräume geschieden, was auf ein Stadium regressionis entweder spontan oder durch die Röntgentherapie hinweist. Es erübrigt sich, heute auf die Stellung dieser Erkrankung einzugehen, da ja in der Diskussion zu meinem Referate, besonders mit Rücksicht auf den höchst interessanten Fall von Kyrle, darüber ausführlich gesprochen wurde.

Hervorgehoben sei nur nochmals der fast in allen Fällen konstante negative Ausfall der Tuberkulinreaktion, in unserem Falle die starke Mitbeteiligung der Mundschleimhaut, indem fast der ganze harte und ein großer Teil des weichen Gaumens befallen ist, und schließlich das fast refraktäre Verhalten gegenüber Röntgenstrahlen, trotzdem es sich um ein so zellreiches Gewebe handelt.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor:

1. Eine 20jährige Patientin mit Lichen scrophulosorum, Lymphomata colli und Oedema indurativum beider großen Labien. WaR. positiv.

2. Einen 17jährigen Patienten mit hereditärer Lues und chronisch rezidivierender Urticaria.

Der Vater des Patienten starb an progressiver Paralyse; die Mutter befindet sich in Steinhof, Patient zeigt einen schwächlichen Körperbau und mindere Intelligenz. Rechterseits besteht eine Periostitis luetica tibiae. An den Streckseiten beider unteren — weniger an den oberen — Extremitäten finden sich zahlreiche linsengroße bis zweihellerstückgroße braune, peripher stärker pigmentierte, zumeist kreisrunde, scharf begrenzte Efflorescenzen.

Stellenweise sieht man kleine Quaddeln und derbe, gelbbraune prurigoähnliche Knötchen, die mit einer gelben Kruste bedeckt sind und heftig jucken. Die Affektion besteht schon seit einigen Jahren.

Stamm und Gesicht fast vollständig frei.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen 14jährigen Burschen mit einer eigentümlichen Pityriasis rosea des Körpers mit zahlreichen Herden des behaarten Kopfes.

Die Haut des Stammes, besonders in der Kreuzgegend, ist teilweise diffus scharlachrot gefärbt; die Rötung erstreckt sich über die Nates, vorne über die Unterbauchgegend und bis zum Gürtel. An zahlreichen Stellen finden sich

im Bereiche dieser Rötung Schuppenhäufchen, die ziemlich fest haften. Die peripheren Anteile der Rötung lösen sich in einzelne unregelmäßig begrenzte, zentral schuppene bis kronengroße Herde auf, die auch zum Teil die Extremitäten und das Gesicht bedecken. Die Stirne sowie der Nacken sind ebenfalls ergriffen. Nur an einzelnen dieser Hautblüten kann man eine deutlichere Colerette erkennen.

Von der Stirne und vom Nacken aus gehen die Efflorescenzen unmittelbar auf den behaarten Kopf über, der mit circumscripiten, lebhaft roten, zentral Schuppenhäufchen zeigenden, etwas elevierten, bis fingernagelgroßen Efflorescenzen bedeckt ist. Hier ist wohl kein Zweifel an der Diagnose Pityriasis rosea des behaarten Kopfes möglich. Weniger deutlich waren die Efflorescenzen bei den in der letzten Sitzung aus der Klinik Riehl von K u m e r demonstrierten Fällen.

2. Eine 50jährige Frau mit einer eigentümlichen Nasenaffektion, deren Diagnose zweifelhaft ist; es käme Sarkoid Boeck, Lupus pernio oder eine nicht beschriebene spezifische Affektion in Betracht.

Die Frau hat ein Scrophuloderma des Halses und vereinzelte kleine Lupusherde im Gesicht, die ausgekratzt wurden. Auf der linken Nasenfläche, zum Teil über dem knöchernen, zum Teil über dem knorpeligen Anteil der Nase, sieht man einen ringförmigen Wulst von der Größe eines Guldens, der sich auch ein wenig über den Nasenrücken auf die rechte Seite erstreckt. Die Haut ist daselbst bläulich rot, von Gefäßektasien durchzogen, mit dem Tumor fest verbunden; ihre Rötung gegen die Umgebung ziemlich scharf begrenzt. Der Wulst selbst ist sehr derb, etwa bleistift dick, auf der Unterlage unverschieblich, nicht schmerzhaft. Er umgibt ein deprimiertes, nicht narbiges Zentrum. Der Tumor hat sich seit Weihnachten 1919 ohne subjektive Symptome entwickelt. Was die Differentialdiagnose betrifft, so ist Lues III, Lupus vulgaris, Erythematosis auszuschließen. Gegen Lupus pernio spricht die Konsistenz, der Zusammenhang mit Periost und Perichondrium und die Farbe. Am ehesten würde die Affektion in den Symptomenkomplex des Boeckschen Sarkoids passen.

Kren hat in letzter Zeit einen ganz ähnlichen Fall auch an der Nase und außerdem in den beiden Supercilien lokalisiert gesehen. Es bestand ein derbes Platteninfiltrat mit zentraler Rückbildung, das Kren den Eindruck einer tuberkulösen Affektion gemacht hat.

Oppenheim wird noch histologisch untersuchen. Es dürfte ein spezifischer Prozeß zugrunde liegen, wofür das Scrophuloderm und der Lupus sprechen, doch stellt die Affektion sich klinisch ganz besonders dar.

Polaček demonstriert aus dem Ambulatorium Sachs einen 63jährigen Patienten mit einer idiopathischen Hautatrophie, welche auf beiden Unterschenkeln lokalisiert ist. Dieselbe erscheint rechts stärker als links ausgebildet. Den Beginn der Erkrankung führt Patient bis auf das zweite Lebensjahr zurück.

Löwenfeld stellt aus der Abteilung Nobl eine Patientin vor, die vorwiegend an den Armen und über dem Nacken, weniger an den Händen und im Gesicht, schilfernde Verrucae juveniles aufweist, die durch die atypische Lokalisation und die ausgedehnte Verbreitung bemerkenswert erscheinen. Die rasche Expansion bestätigt die infektiöse Genese des Leidens.

Porias stellt aus der Ambulanz des Rainerspitals vor:

1. Einen Fall von Lupus vulgaris disseminatus bei einem Kinde, der vor 2 Jahren nach einer Masernerkrankung auf hämatogenem Wege entstanden ist. Nach Masern werden spezifische Erkrankungen sehr häufig gesehen, die sich zunächst oft nur durch leichte Temperatursteigerungen ohne

besonderen Befund verraten und sich vielfach an den Hilusdrüsen lokalisieren. In diesem Falle ist es dann in weiterer Folge zur Aussaat in die Haut gekommen, die sowohl im Gesicht als auch am Stamme und an den Extremitäten zu Gruppen und Kreisen angeordnete infiltrative Einlagerungen zeigt. Auf der Gesichtshaut sind die Herde wahrscheinlich durch Salbeneinwirkung zum Teile pustulös und impetiginös verändert; zum Teil zeigen sie verrucöse Umwandlung, und an manchen Stellen, so besonders über einem flachen Infiltrat an der Nasenspitze, deutliche Teleangiektasien. Die Tendenz zum Zerfall ist gering. Es besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit Lues, die früher viel größer war als jetzt, doch bestätigen die negative Wassermannreaktion und der für Lupus typische histologische Befund den spezifischen Charakter der Affektion, der durch die eigentümlich hellgelbliche Farbe und den wachsigen Glanz der weichen, auf die Haut aufgesetzten und wie mit einem Firnis überzogenen Efflorescenzen auch klinisch ausgeprägt ist. Eine innere tuberkulöse Erkrankung ist derzeit nicht nachweisbar, nur am rechten Unterarm besteht eine das Handgelenk freilassende, wahrscheinlich den Sehnscheiden zugehörige fungöse Schwellung mit Bewegungsbehinderung.

Der Fall wird derzeit im Lupusheim behandelt.

2. Einen Lichen ruber planus partim verrucosus mit ziemlich reichlicher Aussaat am Kreuzbein und an den Unterschenkeln. Der Patient wurde bereits einmal, und zwar vor 12 Jahren, mit Lichen ruber planus durch etwa 2 Jahre in einem Wiener Spitale behandelt. Damals war nach Angabe des Patienten fast nur der Oberkörper, dieser aber sehr stark befallen, der jetzt vollkommen frei ist, während die Stellen, die heute Veränderungen zeigen, bei der ersten Erkrankung völlig frei geblieben sein sollen. Der jetzige, bereits im Abklingen begriffene Schub entwickelte sich allmählich vor mehreren Jahren.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen 53jährigen Patienten, dessen Hautaffektion seit über 5 Monaten besteht. Die Haut des Dorsum des linken Fußes ist von den Zehen aus bis zu einer Linie, die ungefähr transversal von der Grundphalange der großen Zehe bis zum Malleolus externus verläuft, livid verfärbt, ödematös geschwollen. Die genannte Hautpartie bretthart gespannt, von der Unterlage nicht abhebbar, einzelne livide papulöse Efflorescenzen namentlich in der Gegend des Malleolus externus. Mäßige Schmerzhaftigkeit. Die genannte, proximal scharf abgegrenzte Hautpartie fühlt sich eher etwas kühler an als die gesunde Umgebung. WaR. negativ. Morosche Tuberkulinsalbenreaktion stark positiv, Pirquetsche Reaktion schwach positiv. Lungenbefund normal.

Die histologische Untersuchung (Demonstration des Präparates) zeigt zahlreiche typische Langhanssche Riesenzellen, dichte Infiltrate um die größtenteils in der Media und Adventitia verdickten Gefäße der Cutis und Subcutis. Die genannten Infiltrate bestehen vorwiegend aus epitheloiden Zellen, vereinzelt Plasmazellen und aus Lymphocyten und mononucleären Leukocyten.

Obwohl das Bild nicht dem klassischen Typus des Boeckschen Sarkoids entspricht, wäre es doch als in diese Gruppe gehörig aufzufassen.

2. Eine 32jährige Patientin, die mit der Diagnose Lues (maculo-pap. Exanthem, Papeln am Genitale, WaR. positiv) auf die Abteilung aufgenommen wurde. Bereits damals fielen ziemlich gleich große, hautfarbene, über halberbsengroße urticarielle Efflorescenzen am Stamme auf, die insbesondere in der Kälte deutlich hervortraten, wenig juckten und, nachdem das maculo-papulöse Exanthem auf 12 Hg-sal.-Injektionen und 4 Neosalvarsan geschwunden war, unverändert blieben. Es wurde an leukämische Infiltrate gedacht, insbesondere

da ein chronischer Milztumor besteht. Der Blutbefund (Prof. Eppinger) ist jedoch völlig normal. Da lebhafter Dermographismus besteht, muß bei der langen Dauer der Affektion (8 Jahre) an eine *Urticaria perstans* gedacht werden, insbesondere, da man stellenweise ein Abheilen unter mäßiger Pigmentation sieht. Ein ähnlicher Fall wurde von Ehrmann voriges Jahr vorgestellt.

Die Excision einer Quaddel ergab (histologisches Präparat wird demonstriert): Ödem des Papillarkörpers, durch das sich das Verschiedensein der Reteleisten erklären läßt; im Methylenblaupräparate sieht man auch die alkalische Beschaffenheit der Ödemflüssigkeit, die sich durch rotviolette Färbung der Flüssigkeit in den Gewebsspalten manifestiert. Die kollagenen Bündel erscheinen verdickt und nehmen den blassen Farbenton des polychromen Methylenblau besonders intensiv auf. Die Blutgefäße des oberflächlichen Gewebnetzes erscheinen erweitert und von einem geringen Leukocyteninfiltrat umgeben. Die Mastzellen sind nicht vermehrt.

Sachs: Auf dem letzten Dermatologenkongreß habe ich einen Patienten mit in Gruppen stehenden linsengroßen, mäßig über das Hautniveau erhabenen Knötchen von weißlicher Farbe als Fall zur Diagnose vorgestellt, welcher nach längerer Beobachtung in die Nävusgruppe einzureihen ist. Er gehört zu dem von Sherwell und Johnston beschriebenen, welcher wie der von mir beobachtete histologisch dadurch charakterisiert ist, daß sich in den Gewebsmaschen das zugrunde gegangene Kollagen als basophile Granula präsentiert.

Kren möchte sich bezüglich der Diagnose des vorgestellten Falles nicht äußern, aber doch bemerken, daß wir mit dem Namen der *Urticaria perstans* ein ganz bestimmtes und bekanntermaßen ganz anderes Krankheitsbild verbinden, das mit braunen, konsistenten, ziemlich großen Knoten einhergeht. Es mag im vorgestellten Falle eine persistierende *Urticaria* bestehen, aber keine *Urticaria perstans*.

Fischl (Schlußwort): Daß hier kein Nävus vorliegt, ergibt das histologische Bild.

Zur Stütze der Diagnose *Urticaria perstans* zieht Fischl den Bestand durch 8 Jahre und die Abheilung mit Pigmentation heran, wenn auch die Quaddeln nicht sehr groß sind.

3. Einen Patienten mit knorpelharter Initialsklerose der Unterlippe mit regionären Papeln der umgebenden Haut und Schleimhaut. Am Stamm ein teils pustulöses, teils varicellenförmiges Syphilid.

4. Das histologische Präparat eines seinerzeit vorgestellten Falles von Talgdrüsen der Wangenschleimhaut (Maladie de Fordyce nach Darier). Man sieht zahlreiche wohlerhaltene Talgdrüsen. Das Epithel der Schleimhautpartien scheint stellenweise in Zellen überzugehen, die den Eindruck von Talgdrüsenparenchymzellen, also den Eindruck einer Metaplasie der Epithelzellen machen. Bei genauer Betrachtung sieht man jedoch, daß in diesen eigenartig veränderten Epithelzellen keine geronnenen Fettröpfchen zu sehen sind. Auch ist die intercelluläre Kittsubstanz (Stachel- und Riffelzellen) deutlich erhalten, was bei den Talgdrüsenparenchymzellen nicht der Fall ist.

Kyrle demonstriert aus der Klinik Finger eine 29jährige Patientin mit den Erscheinungen des *Cancer en curasse*. Sitz der Erkrankung: linke Mamma, Dauer des Leidens ca. 2 Jahre. Die krebsige Infiltration der Haut reicht am Rücken fast bis zur Mittellinie. Keine Ulceration; histologisch handelt es sich um einen Scirrhus.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 27jährigen Patienten, der vor 7 Jahren beim Ringkampfe einen Bruch des Ohrknorpels erlitten hat. Das Knorpelgerüst ist an dieser Stelle

bedeutend verdickt, die Haut darüber unverändert, die Ohrmuschel leicht deformiert.

2. Einen 16jährigen Patienten, der an den seitlichen Brustpartien einen über kronengroßen ovalen Herd zeigt, im Bereich dessen die Haut entzündlich gerötet und wenig erhaben ist und kleinförmige Schuppen aufweist. In der Mitte des Herdes zwei typische Favusscutula. Behaarte Kopfhaut gesund. Der Patient lag bis vor 2 Wochen im Spitale und scheint sich dort die Infektion zugezogen zu haben.

3. Eine Reihe von Pemphigusfällen, und zwar a) einen 38jährigen Bauer aus Niederösterreich, der seit 7 Wochen erkrankt ist und das typische Bild eines ausgebreiteten Pemphigus vulgaris darbietet.

b) Einen 76jährigen Patienten, ebenfalls aus Niederösterreich stammend, der vor einem halben Jahre mit Blasen im Mund erkrankte und derzeit einen typischen Pemphigus vulgaris zeigt, der sich ausschließlich auf der Mundschleimhaut, an der Glans und am Penisintegument lokalisiert.

c) Eine 32jährige Patientin aus Nordböhmen, die vor 3 Jahren mit Blasen im Mund erkrankte. Jetzt ist das Leiden lokalisiert in der Umgebung des Mundes und Nackengegend, von ihr auf die oberen Brust- und Rückenpartien übergreifend, in der Genital- und Aftergegend und an Händen und Füßen. Es treten kurzlebige Blasen auf, deren Grund zu wuchern beginnt. Es bilden sich dann mächtige papilläre Excrescenzen, die reichlichen übelriechenden Eiter produzieren. Patientin wurde mit Arsen, Salvarsan, Röntgen und verschiedenen andern Mitteln behandelt. Die Rückbildung der Pemphigus vegetans - Herde erfolgt teils spontan, teils auf Röntgenbestrahlung in kurzer Zeit; es bleibt an dieser Stelle eine Pigmentierung zurück, doch treten stets neue Herde auf.

d) Einen 31jährigen Patienten aus Galizien, dessen Leiden seit 3 Jahren besteht. Zu der Zeit, als er unsere Behandlung aufsuchte, zeigte er mächtige Efflorescenzen eines Pemphigus vegetans in der linken Genito-Femoralfurche, die wir auf chirurgischem Weg entfernten. Der Erfolg ist ein guter, an Stelle der früheren Vegetationen ist eine Narbe zu sehen. Vor 3 Monaten trat ein neuerlicher Blasenausbruch auf, ohne daß es jedoch an dieser Stelle zur Ausbildung von Pemphigus vegetans gekommen wäre.

e) Einen bereits des öfteren in dieser Gesellschaft demonstrierten Fall eines atypischen Pemphigus, betreffend eine 46jährige Frau aus Rumänien, die seit 9 Jahren an der Erkrankung leidet; derzeit ist die Haut des ganzen Körpers diffus erkrankt, verdickt, in ihr finden sich wieder stärker entzündlich gerötete Partien, die teils nassen, teils mit Schuppenkrusten bedeckt sind. Besonders mächtig sind die Schuppen und Krusten an der behaarten Kopfhaut. Das Gesicht der Patientin bekommt durch diese Hautveränderungen ein ganz ungewöhnliches, elephantiasisches Aussehen. Vor 2 Monaten erfolgte wieder ein Ausbruch von Blasen an den Händen. Kumer macht darauf aufmerksam, das nach der Erfahrung der Klinik Riehl Pemphigusfälle, deren Mehrzahl vor dem Kriege aus Galizien stammte, nunmehr auch in Wien und Niederösterreich gehäuft aufzutreten scheinen.

Rusch demonstrierte ein 11jähriges Mädchen mit Acne scrophulosa am Stamm. Die zu Gruppen und Scheiben zusammengedrängten, durchaus papulo-pustulösen Knötchen gleichen in hohem Maße einem acneiformen Syphilid; eine Fehldiagnose liegt um so näher, als in der Oberlippe ein münzengroßes, gut umschriebenes, an der Basis infiltrierte, flaches Geschwür sitzt, dunkelrot nassend, einem Primäraffekt außerordentlich ähnelnd. Bei näherer

Betrachtung zeigt sich die Ulceration zusammengesetzt aus agminierten, offenbar follikulären Pusteln entstammenden kleineren, rundlichen Efflorescenzen und dürfte gleichfalls die Bedeutung eines Tuberkulids haben. Spirochäten fehlen, desgleichen typische Drüenschwellungen; WaR. ist negativ.

Sitzung vom 11. März 1920.

Vorsitzender: Riehl-Pranter.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor:

1. ein Epithelioma penis.

Schon im Jahre 1915 wurde der 40jährige Patient wegen Phimose behandelt, jedoch nicht geheilt. Im Jahre 1917 wurde er privat (ohne vorherige Blutuntersuchung) mit 7 Neo-Salvarsan- und 17 Hg-Injektionen behandelt. Erst im Jahre 1918 wurde das Epitheliom diagnostiziert und nach vorausgegangener Dorsalincision usw. mit Röntgen behandelt.

Die Haut des Penis ca. $1\frac{1}{2}$ Finger von der Radix penis bis zum Sulcus coronarius fehlend; die Corpora cavernosa liegen frei und sind teilweise konsumiert.

Der Substanzverlust ist unregelmäßig konturiert, der Rand kallös und seicht unterminiert. Der Grund stellenweise mit frischen hellroten Granulationen bedeckt. Entlang des Lymphstranges mäßige Induration. In beiden Inguinalbeugen derbe, nußgroße, auf der Unterlage fest aufsitzende Drüsen, die man linkerseits bis auf den M. Psoas verfolgen kann. In der linken Leistengegend ein Naevus sebaceus fibromatosus von der Größe eines Apfels.

2. Zwei Fälle von Salvarsanexanthemen.

Bei der einen 23jährigen Patientin — es handelt sich um eine hereditäre Lues — trat nach der 2. Neosalvarsaninjektion ein Exanthem an den Streckseiten der oberen Extremitäten auf, das nach der 3. u. 4. Injektion auf die unteren Extremitäten und den Stamm sich ausbreitete. Das Exanthem besteht aus hirsekorn- bis hanfkorngroßen, hellroten, derben Knötchen, die stellenweise zu größeren Plaques konfluieren und stark jucken.

Bei der zweiten Patientin trat nach der 3. u. 4. Neosalvarsaninjektion an den oberen und unteren Extremitäten sowie auf dem Bauch in der Flankengegend ein ähnliches Exanthem auf, das aber wegen der vorausgegangenen Scabies nicht so leicht erkennbar war. — Interessant ist auch bei Patientin ein gegen Quecksilber ungemein resistentes, orbiculäres Syphilid in der Kreuzgegend, das erst jetzt auf Salvarsan zum Schwinden gebracht wurde.

Oppenheim demonstriert:

1. Noch einmal den Fall von Nasenaffektion, bei der keine bestimmte Diagnose in der letzten Sitzung gestellt werden konnte und bei der er sich am ehesten für ein Sarkoid oder Lupoid aussprach. Inzwischen hat sich das ringförmige derbe Infiltrat bis auf einen fast horizontalen Balken, der sich über den Nasenrücken erstreckt, zurückgebildet, ebenso ist der größte Teil der Rötung und der Gefäßektasien geschwunden. Man erkennt auch deutlich, daß keine Narbenbildung der Haut zurückgeblieben ist. Dies alles entwickelte sich unter Natr. kakodylic.-Injektionen. Also spricht auch der Verlauf für ein Lupoid.

2. Einen Fall von Vaselineoderma, bei dem die Erzeugung nur mit einer bestimmten Vaselineorte gelang. Gegenwärtig sind auf der Abteilung mehrere Vaselineorten in Gebrauch, von denen eine sehr stark nach Petroleum

und wie nach Fußbodenpasta riecht. Diese Sorte macht fast keine Hyperkeratosen, also auch kein Vasinoderma, dagegen erzeugt sie aber Dermatitis und Akne- wie Impetigoeruptionen, wie wir mehrere Fälle jetzt beobachten konnten. Die Art, die besonders rasch und deutlich Vasinoderma erzeugt, ist geruchlos, von festerer Konsistenz und mehr weiß, ist also paraffinreicher. Es scheint sich also so zu verhalten, daß die unreineren, stinkenden Sorten mehr Entzündung und Eiterinfektionen befördernd wirken, während die paraffinhaltigen mehr Hyperkeratosen und somit mehr mein Krankheitsbild des Vasinodermas hervorrufen.

Histologisch (Demonstration von Präparaten) sieht man beim Vasinoderma fast keine Entzündungserscheinungen, die Veränderungen betreffen das Epithel, das allmählich akanthotisch und hyperkeratotisch wird. Der interessanteste Befund hierbei ist eine Verbreiterung der sonst einreihigen Basalzellschicht bis zu vier bis fünf Reihen langgestreckter, senkrecht zur Oberfläche verlaufender Zylinderzellen, die sich also weit höher in die polygonale Zellform der Keimschicht umbilden. Diese ist allerdings ebenfalls verbreitert, aber die Verbreiterung des Rete wird zum größten Teil durch zylindrische Zellen, die sich an die Basalzellen anschließen, gebildet. Die Verbreiterung des Stratum granulosum und corneum ist gering. Es steigen also die zylindrischen Formen der Basalzellen unter dem Einflusse des Vaselins weit höher ins Rete, als wir es sonst zu sehen gewohnt sind. Mir ist momentan keine Hautaffektion erinnerlich, bei der ähnliche Bilder beschrieben wurden. Auch bei dem Präparat der Vasinakne kann man ähnliche Bilder sehen, wenn auch viel weniger entwickelt. Man sieht den Eiterpfropf, stärkere Entzündungserscheinungen um den Follikel, an zahlreichen Stellen Epithelzapfen der Talgdrüsen- und Haarepithelien mit Verzweigungen, auch akanthotische und hyperkeratotische Prozesse.

Kren demonstriert ein 12jähriges Mädchen, das wegen Trichophytie des Kopfes vor etwa einem halben Jahre röntgenologisch epiliert wurde. Eine ganz geringe Röntgendermatitis über dem Scheitel ist mit dem demonstrierten Resultate abgeheilt, daß die etwas spärlicher nachkommenden Haare außer geringer Kräuselung in einzelnen Exemplaren eine Canities zeigen.

Wir sehen also, daß das Röntgenlicht die Papille in einzelnen Fällen derart schädigen kann, daß sie wohl noch ihre Haare produziert, aber kein Pigment.

Königstein: Zur Frage der Schädigung des Haarwachstums möchte ich folgendes bemerken. Man sieht nicht selten bei Lappenplastiken, die aus einer behaarten Gegend genommen sind, daß nach Anwachsen des Lappens die Haare zunächst ausfallen und dann in weißer Farbe nachwachsen. An Ratten wurde bei frei transplantierten Lappen festgestellt, daß an Stelle schwarzer Haare weiße Haare treten.

Ullmann stellt eine 27jährige kachektische Frau vor, die vor 2 Jahren im Anschluß an eine Grippe unter Lymphdrüenschwellungen der rechten Schlüsselbeingrube und Halsseite erkrankte, die nach dem Blutbefund am wahrscheinlichsten einer Lymphogranulomatose entsprechen dürften. Der Blutbefund ergab am 7. Februar 1919 Sahli 62, Färbeindex 0,95, Erythrocyten 3 900 000, Leukocyten 33 000. Davon polynucleäre Leukocyten 86%, Lymphocyten 12,5%, Eosinophile 1%, Mastzellen 0,5%, Reizformen 0%, am 10. März 1920 Sahli 45, Färbeindex 1,7, Erythrocyten 1 520 000, Leukocyten 12 400. Davon polynucleäre Leukocyten 94%, Lymphocyten 2,8%, Eosinophile und Mastzellen fehlen. Reizformen 0,4% und Mononucleäre 2,8%.

Außerdem besteht Apicitis und eine Tuberkulose des Peritoneums. Die Temperaturen zeigen oftmals Steigerungen bis 40°.

Dermatologisch besteht eine ausgebreitete Hyperkeratose, die hauptsächlich die Gelenkbeugen, die Volae und Plantae befallen hat. Die Haut ist rauh, im Relief vergrößert, stellenweise grauweiß. Der Grundton ist subikterisch, gelblichgrau. Conjunctiven, Skleren und Schleimhäute frei. Nägel nicht verändert. Bauchgegend stark pigmentiert. Außer der Hyperkeratose besonders an den unteren Extremitäten vereinzelte braunrote, verschieden große, z. T. excorierte Papeln pruriginöser Art und Pusteln.

Die Patientin hat in toto 0,3 Liq. arsen. Fowleri in 30 Injektionen bekommen. Die Frage, ob es sich um eine As-Intoxikation oder eine autotoxische Hyperkeratose handelt, ist ohne vorausgegangene eingehende Untersuchung der Organe nicht zu entscheiden. Auffallend ist die diffuse, fast universelle Ausbreitung der Keratose. Histologisch besteht eine intensive reine Hyperkeratose ohne Entzündung und ohne Parakeratose.

Nobl demonstriert:

1. Eine 30jährige Patientin mit Lichen ruber planus der Mundschleimhaut. Den Zungenrücken bedecken über kirschkorngroße, kantig begrenzte, kreideweiß erscheinende, leicht erhabene Knötchen. Neben solchen sind noch flachere, minder scharf begrenzte Herde eingestreut. Die Wangenpartien, den Molaren entsprechend, von leisten- und ringförmig angeordneten, dicht aneinander gereihten, blauweiß schimmernden Knötchenverbänden besetzt. Am Stamm und den Extremitäten zerstreut sehr spärliche zugehörige Elemente von undeutlichem Gepräge.

2. Einen 35 Jahre alten Arbeiter, dessen Vorderarme an der Außenseite von drei fingerbreiten, rötlichvioletten Streifen bedeckt erscheinen. Der Verfärbung entspricht eine vom Ellbogen bis an das Handgelenk reichende Rarefizierung der Cutis und feinfaltige Zerknitterung der Oberhaut. Es handelt sich um den sog. Ulnarstreifen, den schon Herxheimer und Hartmann in der Erscheinungsfolge der Akrodermatitis atrophicans ausgewiesen haben und der ziemlich häufig als Teilerscheinung des Krankheitsbildes zu verfolgen ist. Als Komplikation der bandförmigen Atrophie treten bei dem Kranken plattenförmige Verdickungsherde hinzu, welche vom Olecranon aus sich in der Kutistiefe bis zur Ulnarmitte verfolgen lassen. Diese auf Wucherung und Sklerotisierung der tiefen kollagenen Geflechte zu beziehende Teilerscheinung ist in Analogie zu setzen zu den derben fibrösen Knoten, die gelegentlich über den Knien und Ellbogen bei der Akrodermatitis zur Beobachtung gelangen. Über die Gewebsverhältnisse dieser Wucherformen haben die Untersuchungen von Oppenheim und Nobl Aufschluß gebracht. Nebst den Armveränderungen bietet der Kranke weit gediehene Veränderungen des Leidens an den Füßen, Beinen, sowie der Gesäß- und Hüftgegend. An den Fußrücken durchziehen tiefviolett verfärbte, extrem atrophische Flächen sehnig mattglänzende sklerosierte Leisten und Spangen.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen Patienten, der seit Jahren an chronischem Unterschenkelgeschwür litt, überdies vor 12 Jahren an dieser Stelle eine Fraktur der Tibia erlitt. Seit einigen Monaten entwickelte sich auf der Basis dieses Ulcus cruris eine das Hautniveau bis 1 cm hoch überragende, drüsigen-warzige, derbe, infiltrierende fleischfarbene Geschwulst, die mit übelriechendem, gelblichgrünlichem Sekret bedeckt ist. Die genannte Neubildung ist etwa handtellergroß. Die umgebende Haut zeigt bräunliche Verfärbung, bis bleistiftdicke Infiltration

der umgebenden Lymphgefäße mit stellenweiser suppurativer Erweichung. Eine excidierte Lymphdrüse der Inguinalgegend ergab nur Hypertrophie des adenoiden Gewebes, die histologische Untersuchung einer excidierten Geschwulstpartie typisches, verhornendes Hautcarcinom.

2. Einen Patienten mit einer seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bestehenden rechtsseitigen kompletten Facialislähmung (alle 3 Äste befallen). Der Patient aquirierte im Mai 1917 Lues und wurde sehr energisch mit Hg und Neosalvarsan bereits damals behandelt, machte seitdem drei weitere Kuren durch, nichtsdestoweniger trat im September 1918, knapp nach einer Kur, die genannte Lähmung auf, die bis zum heutigen Tage fast unverändert besteht. Der Prozeß muß zwischen Einmündung der Chorda tympani (Geschmack erhalten, keine Fein- oder Schwerhörigkeit, keine Tränensekretionsstörung) und Pes anserinus lokalisiert werden und dürfte durch eine ossifizierendeluetische Periostitis bedingt sein. Das lange Bestehen der Lähmung und ihr Nichtreagieren auf spezifische Therapie, Jodkali und Galvanisation rechtfertigt die Demonstration der sonst nicht allzu seltenenluetischen Facialislähmung.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Eine 21jährige Patientin, die im August v. J. im dritten Monat abortierte und seither wiederholt, ohne wesentliche Krankheitserscheinungen, zeitweise fieberte. Vor 3 Wochen traten kleine fleckige Hautblutungen, daneben tiefe Suffusionen und in der Mundschleimhaut Blasen mit sanguinolentem Inhalt auf. Intermittierendes hohes Fieber. Blutuntersuchung, angestellt an der Klinik Chvostek, ergab folgenden Befund: Rote 5 400 000. Sahli 75%. Weiße 9680. Im Harn frisches, hellrotes Blut. Gynäkologischer Befund ohne Besonderheit. Am 9. März trat plötzlich bei lebhafter Druckschmerzhaftigkeit in der Unterbauchgegend beiderseits Erbrechen auf; Temperatur $40,4^{\circ}$, Puls 100. Am nächsten Tag ließ die Druckschmerzhaftigkeit und die Temperatur etwas nach.

Es handelt sich um ein schweres septisch-toxisches Exanthem, der primäre Entzündungsherd dürfte seinen Ausgang vom Genitale genommen haben.

2. Einen 32jährigen Mann, der an der Glans und an der Penisbedeckung einige etwa hellergroße Herde aufweist. Der Fall, bei dem an Lichen ruber planus oder Lues gedacht wird, wird zur Diagnose vorgestellt. Wassermannreaktion negativ.

Ehrmann stellt den, als Urticaria perstans in der letzten Sitzung von Fischl vorgestellten Fall nochmals vor, um die in der Diskussion darüber gemachten Bemerkungen zu besprechen.

Es handelt sich um eine Dermatose, die sicher seit 8 Jahren besteht nach Angabe der Mutter der 27 Jahre alten Patientin schon in der Kindheit bestanden haben soll. Bei der Aufnahme zeigten sich über die Hautoberfläche flach elevierte, ziemlich dicht gedrängt stehende, stellenweise aneinander angepaßte, sonst durch schmale Streifen normaler Haut voneinander getrennte an der Oberfläche teils glatt, teils runzlig aussehende Efflorescenzen, von verschiedenem Turgor, auf der Höhe ziemlich glatt, bei Abflachung mehr runzlig die teilsweise so vollständig sich abflachen, daß keine Elevation mehr zu sehen ist, zeitweise gerötet, sonst blaß sind. Ihr Gebiet ist die Haut von der Clavicula nach abwärts bis zur Inguinalgegend. Zu bemerken ist, daß die Patientin wegen Lues bereits mit Schmierkur und Injektionen behandelt wurde, ohne daß etwas anderes als Flecken aufgetreten wären. Im Juni 1913 seborrhoisch Papeln im Gesicht und am Nacken. Die Patientin hat allgemeinen Dermoc

graphismus, besonders aber elevieren sich die bei mechanischem Anstreifen getroffenen stabilen Efflorescenzen. Pruritus hat Patientin nie gehabt. Wir haben die Dermatose als *Urticaria perstans* bezeichnet; nicht als *Urticaria perstans pigmentosa*, da ja selbst nach Auffassung der älteren Autoren wie Kaposi es ein klassisches Bild der *Urticaria perstans* nicht gibt, den vielen Bezeichnungen *Urticaria perstans*, *Urticaria cum pigmentatione*, *Urticaria papulosa* u. dgl. auch immer ein differenter klinischer und histologischer Befund entspricht. Dies traf auch schon im Jahre 1898 auf dem I. Kongreß Deutscher Dermatologen in Prag bei Vorstellung eines Falles durch F. J. Pick zu. Zufällig besitze ich eine Abbildung des Falles, die ich Ihnen zeige; denn der Patient hat sich mir früher vorgestellt. Ich zeige Ihnen noch eine Moulage eines vor einigen Jahren von mir beobachteten Kindes. Die zwei Fälle zeigen schon bei flüchtiger Beobachtung wesentliche Unterschiede. In dem heute, sowie vor einem Jahre vorgestellten Falle fehlt die Pigmentierung; sie müßten also als *Urticaria perstans sine pigmentatione* bezeichnet werden.

Nun zur Begründung, daß wir das überhaupt als *Urticaria perstans* bezeichnen gegenüber den in der Diskussion gemachten Bemerkungen.

Histologisch handelt es sich um ein Ödem des Papillarkörpers und des Stratum reticulare cutis mit „Lymphseen“ in der Basalschicht und an der Grenze des Papillarkörpers gegen die Epidermis. In dem elevierten Stadium zeigen die ödematösen Schichten bei Färbung mit polychromem Methylenblau eine diffuse Violettfärbung, die Gefäße in der Tiefe zeigen eine nicht beträchtliche Zahl von Plasmazellen und in der Umgebung derselben ausgetretene basophile Granula und leichte diffuse Violettfärbung. Eine Vermehrung des Bindegewebes, Hyperkeratose, Hypertrophie des Papillarkörpers ist nicht vorhanden, elastische Fasern normal, hier und da durch Ödem auseinandergedrängt. — Die Annahme eines Nävus ist mithin nicht zutreffend; dem widerspricht schon der Umstand, daß beim Nävus eine Gewebshypertrophie dieser oder jener Gewebsbestandteile vorhanden sein muß und es undenkbar ist, daß im Verlauf einiger Stunden oder nach kürzerer Zeit eine Volumsdifferenz eintreten soll, so wie hier. Das ist eben nur bei periodisch auftretendem Ödem denkbar. Auch die Möglichkeit, daß es sich um das I. Stadium der Anetodermie handelt, findet in den Tatsachen keine Stütze, denn es müßte nach achtfährigem Bestande der Erkrankung die charakteristische Atrophie mit hernienartiger Einstülpbarkeit der Flecke erfolgt sein. Histologisch müßte, wenn dies alles das Anfangsstadium der Anetodermie wäre, eine dichte, chronisch-entzündliche Infiltration nachweisbar sein, durch deren Umwandlung in elastinarmes Bindegewebe die charakteristische Atrophie entsteht. — Da es sich mithin um eine quaddelförmige, rasch einsetzende, durch Ödem des Papillarkörpers rasch entstehende und vergehende Efflorescenzen handelt, was ja nach Hebra den Begriff *Urtica* ausmacht, so ist der Ausdruck *Urticaria* begründet, und da die Efflorescenzen insofern persistieren, daß sie immer auf denselben Stellen auftreten (darin dem fixen Antipyrinexanthem ähnlich), so ist wohl die Bezeichnung als eine Form der *Urticaria perstans* gegeben. — Wenn wir alle hier fallenden Formen aufzählen wollen, so wären es folgende: Die im frühen Kindesalter entstehende, aber lange fortdauernde Form, welche lange andauernde gelbliche Quaddeln bildet, die bis auf die Farbe denen unseres Falles gleichen, wie der Fall von Pick, die aber nach sehr langem Bestande sich abflachen und Pigmentierungen (xanthelasmaidea) hinterlassen. Bei Bestreichen der noch bestehenden Efflorescenzen, sowie der daraus resultierenden Pigmentflecke elevieren sich

bei dem immer bestehenden Dermographismus die Quaddeln auf den Pigmentflecken und alten Quaddelresten viel stärker und werden rot; dabei werden die gelblichen Quaddelreste wegen zunehmenden Ödems weißlicher. Zweitens Fälle, welche als abwechselndes lichtrotes und lividrotes, stärker und schwächer eleviertes Exanthem über den ganzen Körper sich ertwickeln, das sehr häufig mit Lues verwechselt wird; dabei ist immer Dermographismus vorhanden, der die bestehenden Efflorescenzen noch deutlicher hervortreten läßt. Ich habe in einem Falle beide Stadien untersucht und im abgeflachtem Stadium eine Anhäufung von Mastzellen um die Gefäße, im elevierten Stadium von basophilen Granulationen aus den Zellen und diffuse Violettfrärbung des Bindegewebes an polychromen Methylenblaupräparaten gefunden. — Solche Fälle hat auch Sprinzels (Biach) aus der Abteilung von Nobl demonstriert, und dann wären unsere zwei Fälle, von denen ich vor Jahresfrist einen mit demselben Befund hier vorgestellt habe.

Damals hat Groß die Meinung ausgesprochen, es könnte sich um Leukämie handeln; der Blutbefund sowohl wie der Befund in den Efflorescenzen hat keine Stütze für diese Annahme gegeben. Blutbefund der I. med. Klinik: Zahl der Leukocyten: 10 300. — Sahli 83. Im Präparat keine pathologischen Zellen, vermehrte polynucleäre und eosinophile Zellen. Das letztere dürfte mit einem chronischen Milztumor zusammenhängen, den Patient aufweist; aber von einer Pseudoleukämie kann schon bei der langen Dauer der Affektion nicht gesprochen werden.

Kren kann den vorgestellten Fall mit der von Pick zuerst beschriebenen *Urticaria perstans* nicht identifizieren (Demonstration einer Monlage), da dieses Krankheitsbild in einzelnen Schüben ungemein stark juckende, zirka erbsengroße Knoten erzeugt, die sich sehr bald intensiv pigmentieren. Wenn Ehrmann den demonstrierten Fall als *Urticaria perstans* hinstellt, so mag das seine persönliche Meinung sein, der wir uns aber nicht anschließen können, weil wir bis nun unter diesem Namen immer nur die den Pickschen Fall konformen Krankheitsbilder als solche bezeichnet haben.

Ullmann: Ich kenne die persönlichen Auffassungen Kaposi über die *Urticaria perstans* aus mehreren gemeinsamen Beobachtungen. Er unterschied scharf zwischen dieser und der *xanthelasmaidea* zum Unterschied von Ehrmann. In einem Falle, bei welchem nur wenige Efflorescenzen etwa in der Form eines fixen Antipyrinexanthems am Stamme vorhanden waren, führte er die Affektion auf den Darm zurück gegenüber der ganz unbekannten Ätiologie der *U. pigmentosa*. Unter den gemeinsamen Fällen befand sich offenbar noch einer der hier moulierten, einen Prager Kaufmann betreffend. Der mächtige Juckreiz bei oft ganz wenigen Efflorescenzen, deren Hartnäckigkeit im Bestande zeigt doch auf ein bestimmtes, ätiologisch definiertes autotoxisches Krankheitsbild, das mit dem hier vorgestellten keine Ähnlichkeit hat.

Ehrmann: Kren zeigt eine Monlage, bei der es sich um Bildung sehr derber, bräunlicher, knötchenförmiger Efflorescenzen handelt, die mit Hinterlassung von Pigmentierung heilen und dem Patienten intensives Jucken verursacht haben, als Typus der *Urticaria perstans*. Demgegenüber muß ich darauf verweisen, daß Kaposi, auf den sich Kren beruft, in der letzten Auflage seines Lehrbuchs auf die große Mannigfaltigkeit der klinischen Erscheinungen und histologischen Befunde hinweist. Übrigens ist es überhaupt fraglich, ob man diese, mit derben Infiltraten einhergehende Fälle zur *Urticaria* rechnen darf; denn es handelt sich bei ihnen um derbe Infiltrate, während zum Begriff der *Urticaria* gehört, daß die Elevation durch Ödem erzeugt wird daher weich sei. — Man kann allenfalls für die verschiedenen Formen neue Namen einführen, aber da hier im morphologischen Sinne Quaddeln vorhanden

sind, die persistieren, so ist die vorläufige Einreihung in die Gruppe der *Urticaria perstans* gerechtfertigt.

Sachs: Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Karbid auf die menschliche und tierische Haut. Mit Demonstration mikroskopischer Präparate. (Vorläufige Mitteilung erscheint in der Wiener klinischen Wochenschrift. Die ausführliche Publikation in der Festschrift für Unna.)

Sitzung vom 22. April 1920.

Vorsitzender: Pranter.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor:

1. Einen Fall von *Ulcus rodens* der rechten Hand.

Die Ulnarseite der rechten Hand der 74jährigen Patientin ist von einem ca. 5 cm langen und 1½ cm breiten, scharf begrenzten, polyzyklisch konturierten Substanzverlust eingenommen, der zum Teil auf die Innenseite der Hand übergreift. Die Ränder sind narbig, weißlich, derb, flach, nicht unterminiert, sondern leicht aufgeworfen, der Geschwürsgrund eigentümlich glänzend, zum Teil gelblichweiß, fein granuliert und von derber Konsistenz.

Die Haut in der nächsten Umgebung des *Ulcus* weißlichglänzend. Von dem großen *Ulcus* durch einen weißlichen Hautstreifen getrennt; am *Dorsum manus* zwei dicht nebeneinander liegende etwa zweihellerstückgroße, sich derb und rauh anfühlende Hautpartien. Der kleine und Ringfinger in Beugestellung fixiert.

2. Ein *Recidivexanthem* nach Silbersalvarsan.

Im Oktober 1919 akquirierte der Patient Lues und wurde ausschließlich mit Silbersalvarsan behandelt. Trotz der erhaltenen 20 Silbersalvarsaninjektionen zeigt Patient ein schweres papulöses, z. T. chorymböses Rezidivexanthem. Im *Sulcus coronarius* die Sklerosennarbe.

Sachs demonstriert:

1. Einen 43jährigen Mann mit einer *Myositis diffusa luetica* (*gummosa*) des rechten *Triceps*. Wassermann schwach positiv. Die Krankheitsdauer beträgt ungefähr drei Jahre, vor zwei Jahren stand der Patient mit einem frambösiformen Syphilid der Unterlippe in meiner Behandlung. Acht Tage nach der Entwicklung der *Myositis* entstand, entsprechend dieser, eine diffuse Schwellung der Streckfläche des rechten Oberarmes bis zum *Olecranon* reichend. Die Haut war gerötet, die Schwellung zeigte deutliche Fluktation. Durch Punktion entleerte sich eine rein eitrige Flüssigkeit, welche keine *Spirochäten* und keine Bakterien enthielt, wohl aber zahlreiche polynucleäre Leukocyten, wenige Lymphocyten, zahlreiche Epithelien und viel Fibrin. Der Wassermann der Punktionsflüssigkeit ergab ein negatives Resultat. Röntgenologisch zeigte weder der Knochen noch der Muskel irgendeine Veränderung, abgesehen von einem *Olecranonsporn*.

2. Eine 25jährige Patientin mit *Lymphomata colli* mit zahlreichen, auf dem Thorax zerstreuten, unregelmäßig begrenzten Narben nach skrophulösen Abscessen, mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden und Narben nach solchen auf dem linken Ellenbogen. Beide Hand- und Fingerücken sind bläulichrot verfärbt, die Haut ein wenig atrophisch, ähnlich einem *Lupus erythematodes*. Auf dieser zahlreiche, unregelmäßig konstruierte Narben nach Verletzungen und wie mit einem Locheisen ausgeschlagene, seichte Narben nach papulo-nekrotischen Tuberkuliden. Die Fingernägel

sind brüchig, trocken, glanzlos. Der vierte Finger der rechten Hand zeigt röntgenologisch einen ausgeheilten destruktiven Prozeß (Spina ventosa).

Oppenheim:

1. Demonstration dreier Gasarbeiter, die eine akute Dermatitis der Stirnhaut und horizontale erythematöse Streifen in der behaarten Kopfhaut entsprechend den Druckstellen der Kopfbedeckungen zeigen. Diese sind neu angeschaffte Kappen aus einer bestimmten Fabrik, die als Schweißleder ein Kunstfabrikat verwendet hat, das aus Papier und einer Lackart besteht. Dieser Lack wirkt als Reiz und erzeugte bei einer Reihe der neu bekleideten Gasarbeiter Dermatitis. Aus Berlin sind bereits solche Fälle publiziert worden, so von Siebert.

2. Einen 48jährigen Mann mit *Folliculitis exulcerans nasi*. Die Diagnose ist schwierig. Die Nase fast in toto hellrot, vergrößert, die Rötung unscharf begrenzt. Am freien Rande zahlreiche Pusteln, an einer Stelle eine Perforation des Nasenflügels. Ein akuter Prozeß ist ausgeschlossen, die Affektion besteht seit einem Jahr; Syphilis macht stärkere Infiltrationen, zeigt keine Pusteln, Lupus vulgaris hat andere Farbe und Knötchen, auch Narben, von denen keine Spur vorhanden ist. Pirquet stark positiv; Allgemeinreaktion negativ, Herdreaktion positiv. Also eine bazillenreichere Tuberkulose, die als *Folliculitis exulc. nasi* von Finger dem Lupus vulgaris angegliedert wurde.

3. Einen 20jährigen Luetiker, der im Verlaufe seiner Mundpflege mit *Tinctura Gallarum* und *Ratanhiae aa.* eigentümliche weißliche, dem Lichen ruber planus ähnliche Epitheltrübungen und Verdickungen der Wangenschleimhaut beiderseits zeigte. Die Ursache der schwarzen Haarzunge bei Luetikern wurde seinerzeit von Oppenheim in der *Tinctura Ratanhiae* experimentell festgestellt, deren Hyperkeratose erzeugende Wirkung in dem in ihr enthaltenen Ratanhiarot und der Ratanhiagerbsäure zu suchen ist. Auf Grundlage seiner diesbezüglichen Untersuchungen hat Oppenheim dann die Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel empfohlen. Die Epitheltrübungen der Wangenschleimhaut des demonstrierten Patienten zeigen sich als feinste parallele Linien, die aber größere Flächen bedecken, und als Knötchen und Papelchen von hellweißer Farbe. Analoges konnte schon wiederholt an der Schleimhaut der Ober- und Unterlippe bei Mundpflege mit *Tinctura Ratanhiae* von Oppenheim beobachtet werden. Reizung allein ist es nicht, weil keine Rötung und Entzündung vorhanden ist, es ist daher Hyperkeratose und mit der überstarken Verhornung der Papillae filiformes bei der schwarzen Haarzunge zu analysieren.

4. Demonstration des histologischen Präparates, das vom Falle: fragliches Lupoid der Nase stammt, der in den letzten zwei Sitzungen demonstriert wurde. Man sieht Fehlen der Papillen, eine Reduzierung der Epidermislagen auf 4—5 Zellreihen, bedingt durch oberflächliche Narbenbildung; vielleicht ist auch an dem Ausgleich der Papillen die fremdartige Einlagerung eines Zellinfiltrates beteiligt, das aus sehr großen Plasmazellen besteht, unter denen sich vielfach Riesenzellen von verschiedenen Formen und Größen und verschiedenster Kernstellung finden. Rundzellen sind nur in den peripheren Anteilen des Infiltrates und auch da nur sehr spärlich vorhanden. Die Blutgefäße, die spärlich am Querschnitt anzutreffen sind, zeigen Erweiterung, Schwellung der Intimazellen, an manchen Stellen auch Wucherung, stellenweise auch Erweiterung; keine Verkäsung, keine Anordnung von Knötchen und Epitheloidzellen, keine Bindegewebsneubildung. Es entspricht also

der Befund am ehesten noch einem Sarkoid, wofür auch der Erfolg der Therapie anzuführen ist, da unter As-Injektionen der Tumor der Nase verschwunden ist.

E. Spitzer demonstriert einen 43jährigen Mann mit einer Mykosis fungoides. Es bestehen am Stamm zerstreut scheibenförmige, trockene, leicht schuppige prämykotische Herde, die durch zentrale Abheilung und peripheres Fortschreiten girlandenförmige Konfiguration annehmen. Ferner einzelne urticariaartige Erythemflecke flüchtiger Natur, dann Erytheme mit stärkerer Verdickung der Haut. Vereinzelt treten innerhalb der prämykotischen Herde, so über der rechten Schultergegend und auf Brust und Rücken, linsen- bis erbsengroße, leicht prominente, ziemlich derbe braunrote Knötchen auf. Im Gebiete der Fossa supraclavicularis dextra sieht man ein flaches, über kronengroßes, bretthartes Infiltrat mit schuppender Oberfläche. Patient gibt an, daß das Leiden vor fünf Jahren mit einem roten Flecke am Bein unter starkem Jucken begonnen habe. Die einzelnen erythematösen und auch knötchenförmigen Hauterscheinungen seien oft von kürzerem Bestande und bilden sich unter Hinterlassung einer pigmentierten Stelle zurück. Mehrere der jetzt bestehenden infiltrierten Herde zeigen an ihrer Oberfläche Excoriationen und Borkenbildung infolge des Kratzens. In der rechten Axilla findet sich ein derbes Drüsenpaket. Die Leber ist hart und reicht bis handbreit unter den Rippenbogen. Intern findet sich linksseitig eine nichtfluoride Apicitis. Das Blutbild ergibt keine Abweichung von der Norm. Wassermann negativ. Die histologische Untersuchung zweier excidierten Herde läßt den für Mykosis fungoides charakteristischen Polymorphismus in Größe und Form der Zellen vermissen.

Haas (Gast) berichtet über Technik und Erfolge der jontophoretischen Behandlung bei Lupus erythematoses und demonstriert im Anschluß daran zwei Patienten aus der Lupusheilanstalt, die nach 60 bzw. 87 Sitzungen mit Chlorzink-Jontophorese fast geheilt worden sind. Mit Cu-Jontophorese sind ebenfalls Versuche im Gange. Auch von diesen Patienten zeigen einzelne deutliche Tendenz der Rückbildung.

Pranter stellt einen Fall von Induratio penis plastica bei einem 65jährigen Manne vor, kombiniert mit einer Dupuytrenschen Contractur der rechten Hand. Es besteht angeblich seit sechs Wochen eine Chorda, bei der Erektionen und Schmerzen beim Urinieren auftreten. Symptome einer Lues, Gonorrhöe oder anderweitigen Erkrankung bestehen nicht.

Leiner stellt aus dem Kronprinz-Rudolf-Kinderspital vor:

1. Einen drei Jahre alten Knaben mit einem Kerion Celsi, begleitet von einem Exanthem, das unser besonderes Interesse erregt. Die Trichophytie besteht seit Monaten, über die Dauer des Ausschlags weiß die Mutter nichts zu berichten. Das Exanthem ist lokalisiert an den Streckseiten der Extremitäten und an beiden Wangen. Die stärkste Aussaat ist an beiden Unterschenkeln zu sehen, die bedeckt sind mit kleinsten, gelblichrot verfärbten, derben, indolenten Knötchen; einzelne zeigen eine leicht eitrig-einschmelzung in den obersten Partien, ohne daß dadurch irgendeine stärkere entzündliche Reaktion am Knötchen oder in der Umgebung desselben zutage tritt; wieder andere sind abgeflacht, livid verfärbt, zentral gedellt und mit einem Schüppchen bedeckt. Das gleiche Aussehen, nur spärlicher in der Aussaat, zeigen die Efflorescenzen an den Oberschenkeln und an den oberen Extremitäten, an beiden Wangen sind vereinzelte, akneiforme Knötchen zu sehen.

Die Pirquetsche Cutireaktion ist negativ, ebenso die Trichophytin-Cuti-reaktion; dagegen ist die intracutane Trichophytininjektion stark positiv ausgefallen.

Das Gesamtbild, die symmetrische Ausbreitung des Ausschlags lassen eine hämatogene Ursache vermuten und, da die Pirquetsche Hautprobe negativ ist, wäre es möglich, daß es sich hier um eine jener Formen handeln könnte, die Bloch unter dem Gruppennamen der Trichophytide zusammengefaßt wissen will. Sollten die weiteren Untersuchungen die Richtigkeit dieser Annahme ergeben, so wäre dies der erste Fall eines Trichophytieexanthems, das in seinem Aussehen an das papulonekrotische Tuberkulid erinnert.

2. Ein 14jähriges Mädchen mit einer Primel-Dermatitis.

Die Affektion ist lokalisiert an beiden Händen und den Beugeseiten der Vorderarme, rechts viel intensiver als links, und besteht aus stark juckenden Knötchen und Bläschen an den Fingern und den Interdigitalfalten, am Handrücken und an der Handoberfläche und einer mehr erythemartigen Veränderung an den Vorderarmen; namentlich die Beugeseite des rechten Vorderarms ist fast diffus überzogen von intensiv roten, scheibenförmigen und bandförmigen Plaques, die an den Rändern von Knötchen und Bläschen umsäumt sind.

Rusch demonstriert:

1. Eine 72jährige Frau mit Darrierscher Dermatoze. Die Affektion beschränkt sich auf die behaarte Kopfhaut, auf Stirne, Schläfengegenden und obere Augenlider und entwickelte sich erst im 70. Lebensjahre, was als bemerkenswerte Tatsache besonders hervorgehoben wird.

2. Eine 34jährige Frau mit Lupus vulgaris der Nasenhaut und Oberlippe von atypischem, pernioartigem Aussehen.

Kren demonstriert:

Einen 27jährigen Patienten mit einer über den ganzen Körper gehenden, disseminierten Aussaat von Lichen-nitidus (Wird veröffentlicht).

Ehrmann erinnert daran, daß in einem ähnlichen, seinerzeit von *Königstein* vorgestellten Falle seiner Abteilung, Lier mit der Antiformin-Methode Muchsche Granula nachgewiesen hat.

Mucha demonstriert zwei Fälle von Hautveränderungen nach Neosalvarsanbehandlung.

Der erste Fall betrifft eine Patientin, bei der nach der vierten Neosalvarsaninjektion unter gleichzeitiger leicht diffuser erythematöser Färbung besonders an den Streckseiten der oberen Extremitäten follikuläre Knötchen auftraten, die sich nach einigen Tagen deutlich zurückbildeten und nach der fünften Injektion in verstärktem Maße wieder auftraten. Derzeit nur noch Reste der Hautveränderung.

Die Patientin hat gleichzeitig einen Lichen pilaris, der wohl die Disposition für das Auftreten der geschilderten Veränderungen abgeben dürfte.

Im zweiten Falle begannen die Veränderungen nach der fünften Neosalvarsaninjektion mit ähnlichen follikulären, stark juckenden Knötchen an der Streckfläche der Hände und unteren Extremitäten, die gleichfalls von Erythemen begleitet waren, doch kam es trotz Aussetzens der Behandlung nicht zur Rückbildung der Erscheinungen, sondern es entwickelte sich ein schweres, über den ganzen Körper ausgebreitetes Erythem mit starker Exsudation und Desquamation, nach dessen Abheilung es zum fast völligen Ausfalle der Haare an sämtlichen behaarten Körperstellen, sowie zur Abstoßung der Nägel an den Fingern und Zehen kam.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß ich im Laufe der letzten Jahre noch vier weitere derartige Fälle beobachten konnte. Bei zwei derselben entwickelten sich die geschilderten Veränderungen unmittelbar im Anschlusse an die Kur, beide Male kam es zu universellen Erythemen, jedoch ohne oder nur mit angedeuteter exsudativer Diathese. In den zwei restlichen Fällen begannen die Veränderungen erst vier bis fünf Wochen nach Beendigung der Kur und führten beide Male zu schwerer exsudativer Diathese. Dabei konnte beobachtet werden, daß gerade die Fälle, in denen die Erkrankung erst Wochen nach Beendigung der Neosalvarsankur sich entwickelt hatte, den weitaus schwereren Verlauf nahmen.

In zwei der beobachteten Fälle konnte noch nach Monaten nach völliger Heilung der Veränderungen eine hochgradige Idiosynkrasie sowohl gegen selbst kleinste Dosen von Neosalvarsan und Hydrargyrumpräparate beobachtet werden.

2. Eine Patientin mit einem sehr ausgesprochenen Nystagmus beider Augen. Dieser ist im Laufe einer Silbersalvarsanbehandlung aufgetreten. Wir konnten dieses Symptom bei silbersalvarsanbehandelten Kranken mit großer Regelmäßigkeit beobachten, ohne daß es, wenigstens bisher, von irgendwelchen schwereren Erscheinungen von seiten des Nervensystems gefolgt gewesen wäre. Von 50 mit Silbersalvarsan behandelten Fällen zeigten 33 das Auftreten von mehr weniger ausgesprochenem Nystagmus, derselbe pflegte nach der zweiten bis dritten Injektion, i. e. nach etwa 0,5 g Silbersalvarsan aufzutreten.

3. Eine Patientin mit zwei linsengroßen, erodierten Sklerosen an der Innenfläche der kleinen Labien. Spirochäten positiv, WaR. im Blute negativ. Gleichzeitig am Halse der Patientin leukodermaartige Veränderungen, die jedoch durch Pilze der Pityriasis versicolor hervorgerufen sind.

Lipschütz bemerkt, ähnliche Fälle von Pseudoleukoderma colli, bedingt durch belichtete Herde von Pityriasis versicolor, bereits in einer der letzten Sitzungen im Wintersemester besprochen zu haben.

Ehrmann stellt vor:

1. Einen Fall von prämykotischem Exanthem mit beginnender Tumorbildung an einzelnen Stellen. Dieser Fall wurde voriges Jahr von Dr. Fischl von seiner Abteilung hier vorgestellt mit der Diagnose „prämykotisches Exanthem“; es wurde jedoch von schätzenswerter Seite Zweifel an der Richtigkeit dieser Diagnose geäußert und an ein Eccema scrophulosorum gedacht. Der histologische Befund entspricht nicht dem eines Ekzems, sondern dem eines prämykotischen Stadiums.

2. Ein Lichen ruber verrucosus mit flächenhafter Entwicklung, bei dem die Diagnose einige Schwierigkeiten machen würde, wenn nicht der Rand serpiginös und von Knötchen gebildet, also ein Ansatz von Gemmenform vorhanden wäre.

Fischl demonstriert aus der Abteilung Ehrmann:

1. Einen Fall von über Stamm und Extremitäten ausgebreiteten Lichen syphiliticus. Patient hat überdies eine kolloquative Hauttuberkulose oberhalb der rechten Mamilla, sowie Narben nach ausgeheilten Skrophulodermen an der rechten Halshälfte. Mororeaktion sowie Wassermannreaktion stark positiv.

2. Einen Fall von Parapsoriasis en goutte, dessen Diagnose bei der Aufnahme in der Ambulanz trotz großer Ähnlichkeit mit einem papulo-squamösen Syphilid nur infolge Mangels von Skleradenitiden und Primär-

affekt mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte. Erst die negative Wassermannreaktion und die histologische Untersuchung sicherte die Diagnose. Es fanden sich Ödem im Papillarkörper, Hyperämie und perivaskuläre Infiltrate, die vorwiegend aus Lymphocyten bestehen. Für eine tuberkulöse Ätiologie, die von Civatte, Milian, Pick u. a. für das Leiden angenommen wird, fanden sich keine Anhaltspunkte. (Lungenbefund klinisch und röntgenologisch normal, Pirquet negativ, Mororeaktion negativ.) Auffallend an dem Falle ist, daß sich nach Angabe des Patienten die Dermatose binnen einer Woche aus voller Gesundheit heraus in seiner großen heutigen Ausdehnung entwickelte.

Therapeutisch wurde mit Höhensonnenbestrahlung und Arsen ein deutlich günstiger Erfolg erzielt.

3. Zwei Fälle von Chilblainlupus. Der eine zeigt das typische Nebeneinander von Lupus erythematosus und papulonekrotischen Tuberkuliden an den Streckseiten der Finger und Zehen, sehr ausgedehnte Entwicklung von papulonekrotischen Tuberkuliden an beiden Glutealgegenden, sowie über der rechten Mamma und an den Streckseiten der Extremitäten, ferner typische Erythemata indurata Bazin. Patientin hat auch eine Apicitis. Mororeaktion positiv, ebenso Pirquetreaktion.

Die zweite Patientin zeigt das genannte charakteristische Bild des Chilblainlupus an den Streckseiten der Finger, sie hat ein in Erweichung begriffenes Lymphoma colli der linken Submentalgegend sowie einen Herd von Scrophuloderm über der rechten Clavicula. Pirquet und Mororeaktion ebenfalls positiv. Apicitis dextra.

Das histologische Bild (Demonstration der Präparate) zeigt eine ziemlich tiefgreifende Nekrose vom Epithel bis in das Niveau der Talgdrüsen reichend. Erweiterung des subpapillären Venen- und Arteriennetzes, mononucleäres Leukocyteninfiltrat um dieselben. In der Tiefe frisch thrombozierte, zum Teil schon in Bindegewebe sich umwandelnde Venen, zum Teil Endothelwucherung derselben. Hyperkeratose und Akanthose sehr ausgebildet, Stratum granulosum vier- bis fünfschichtig. Ödem des Papillarkörpers. An eine Arterie der Subcutis angelegt findet sich ein typisches Tuberkelknötchen mit Epitheloid- und Riesenzellen, ein Befund, der bisher beim Chilblainlupus noch nicht erhoben wurde. Besprechung der histologischen Differentialdiagnose gegenüber dem Lupus pernio mit Demonstration eines histologischen Präparates der letztgenannten Erkrankung.

Planner demonstriert aus der Klinik Finger eine 26jährige Patientin mit Erythema induratum Bazin, die auf eine vor zwei Tagen vorgenommene Bestrahlung mit Höhensonne eine lebhafte diffuse Rötung an beiden Unterschenkeln zeigt. In der geröteten Partie sind nun mehrere kreisrunde, scharf begrenzte Stellen ausgespart, an denen die Haut weiß, manchmal auch bräunlich pigmentiert erscheint. Diese entsprechen dem Sitz noch bestehender oder in Involution begriffener Erythemknoten und sind wohl so zu erklären, daß hier durch den spezifischen Prozeß, vielleicht Veränderungen der tiefen Gefäße, die Reaktionsfähigkeit der Haut gegenüber dem photoklinischen Reiz abgeschwächt oder aufgehoben wurde.

Straßberg demonstriert aus der Klinik Finger eine 49jährige Frau, die seit acht Wochen an einer lebhaft juckenden follikulären Hyperkeratose leidet. Der Ausschlag ist nach täglicher Benutzung einer Salbe entstanden und breitete sich über die Haut des ganzen Stammes, mit Verschonung der Brust, aus, und reicht am Hinterhaupt bis in die behaarte Kopf-

haut hinein, läßt jedoch die Extremitäten fast vollkommen frei. Die Einzel-efflorescenzen sind stecknadelkopfgroße, blasse, derbe Knötchen mit follikulärem (und z. T. auch poralem) Sitze, die an ihrer Kuppe ein winziges Hornkegelchen und stellenweise einen kleinen Hornstachel tragen. Es ist wohl am nächstliegenden, die Affektion mit der Verwendung der vielleicht hautreizenden Salbe in ätiologischen Zusammenhang zu bringen.

Oppenheim: Ähnliche follikuläre, dem Lichen ruber acuminatus gleichende Hyperkeratosen, besonders an den Streckseiten der Hände und Vorderarme, aber auch am ganzen Körper, kann man bei Berufsarbeitern sehen, die mit Benzin, Schmieröl und ähnlichen Stoffen zu tun haben. Jeder einzelne Follikel trägt ein vorhorntes weißes Stachelchen, das der Hautoberfläche die Ähnlichkeit mit einer Feile verleiht.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

Eine 39jährige Patientin mit seit zwei Jahren bestehenden multiplen Epitheliomen am Stamm und besonders am Dorsum der Hände.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Eine 51jährige Patientin, die seit acht Wochen erkrankt ist. Die Haut des Gesichtes, der Brust, des Rückens und der oberen Extremitäten ist verdickt, geschwollen und starr, wachsgelb. An dem Prozeß ist auch die Subcutis beteiligt. Freigeblieben sind untere Extremitäten, Hände und Nase.

Blut- und Harnbefund normal. Es dürfte sich wohl um eine beginnende Sklerodermie handeln.

2. Eine 18jährige Virgo, die an der inneren Seite des linken Labiums ein beiläufig 1 cm breites, 3 cm langes, ziemlich tief greifendes Ulcus zeigt, dessen Grund schmierig belegt ist und dessen Ränder aufgeworfen sind.

Die bakteriologische Untersuchung ergab, daß es sich um ein *Ulcus vulvae acutum* handelt.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 26jährigen Patienten, der bei seiner Aufnahme im Bereich des Capillitiums drei große, über das Hautniveau prominierende, teils entzündlich gerötete, teils mit Eiter und Schuppenkrusten bedeckte Herde aufwies, die auch stellenweise Fluktuation zeigten. Haarstümpfe waren sehr spärlich vorhanden. Neben diesen scheibenförmigen Herden fanden sich auch kirschkerngroße, prominierende, etwas fluktuierende Knoten, die mit Eiter gefüllt waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab nach langem Suchen einen positiven Pilzbefund. Ebenso waren diagnostische Impfungen mit spezifischen Vaccinen hochgradig positiv.

Es handelt sich daher um den relativ seltenen Fall einer tiefen Trichophytie im Bereich des Capillitiums bei einem 26 Jahre alten Patienten.

Kren hat zwei gleiche Fälle gesehen, und zwar ein Bruderpaar.

Der erste Fall zeigte die disseminierte, haselnuß- bis wallnußgroße, fluktuierende, meist aber in der Basis aufgebrochene Knotenbildung am Capillitium in dichter Aussaat. Die aufgebrochenen Knoten stellten Ulcerationen dar, deren Ränder weit unterminiert waren, so daß das ganze Capillitium stellenweise wie zerfressen ausgesehen hat. Da gleichzeitig Temperatursteigerung und Drüsenschwellung bestanden, wurden die Geschwüre excochleiert und die Ränder abgetragen; das dabei gewonnene Material wurde auf Maltoseagar verimpft. Erst das Impfresultat — es wuchs Trichophyton — ermöglichte die Diagnose.

Der jüngere Bruder erkrankte nachher, wie es sich herausstellte, vom selben Meerschweinchen, mit dem die Kinder spielten. Er kam mit einer äußerst succulenten Trichophytia capillitii in Behandlung. Diese zweite

Trichophytie zeigte in wenigen Tagen Erhebung und Infiltration der Herde, die sehr bald zentral erweichten und schließlich ähnlich zum Durchbruch neigende Knotenbildungen der Cutis zeigten, wie beim älteren Bruder. In diesem zweiten Falle jedoch konnte das Krankheitsbild durch Röntgenepilation und Trichophytininjektionen zum Abheilen gebracht werden.

Auffallend ist, daß beide Knaben unter Temperatursteigerung am Stamme eine Knötcheneruption bekamen, die ich als *Lichen trichophyticus* angesprochen habe.

Unter den jetzt zur Beobachtung kommenden tiefen Trichophytien der Kinder und Erwachsenen am Kopfe finden sich auch vereinzelt derartige fluktuierende Knotenbildungen, wie sie der vorgestellte Fall von Arzt demonstriert.

2. Einen 62jährigen Mann, der im Bereich der dorsalen Seite der linken Hand, auf die Finger sich fortsetzend, einen lebhaft entzündlich geröteten Herd zeigt, der sich bogenförmig begrenzt. In diesem Herd ist die Haut stellenweise blasig abgehoben, und insbesondere am Rand ist es zu deutlicher Pustelbildung gekommen. Auch in diesem Fall war die mikroskopische Untersuchung auf Pilze sehr reichlich positiv. Es handelt sich daher um einen *Herpes tonsurans* mit hochgradigsten entzündlichen Veränderungen, die vielleicht gerade deshalb so intensiv ausgebildet waren, weil der Patient, wie die rechte Hand zeigt, an hochgradiger *Atrophia cutis* leidet.

3. Einen 6jährigen Knaben mit einem scheibenförmigen Haarausfall im Bereich der rechten Scheitelgegend, der schon vorbehandelt an die Klinik kam. Neben einer weißlichen Schuppenauflagerung, allerdings nicht sehr reichlich, fanden sich abgebrochene Haare.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung möchten wir vorläufig die Diagnose *Mikrosporie* stellen.

Sitzung vom 6. Mai 1920.

Vorsitzender: Stein.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim einen Fall von *Keratoma hereditarium palmare et plantare* vor.

Beide Flachhände des 47jährigen Patienten sind besonders ulnar in ihrem hornigen Anteil verdickt, gelbbraun gefärbt, trocken und von tiefen Rissen durchzogen. Die Daumen-Zeigefingerfalte ist verdickt und spröde, dagegen sind die Fingerkuppen frei, ebenso wie Nägel und Handrücken. In der Ellbogengegend und von dort streifenförmig längs der Ulna nach vorne ziehend, ist die Haut gerunzelt, gefaltet, mit kleinförmigen Schuppen bedeckt; die Felderung der Haut an den Streckseiten deutlich ausgesprochen. Die Präpatellargegend reibeisenförmig, grauweiß schuppig und tief gefurcht. Die Außenseiten der Ober- und Unterschenkel, die Kniekehlen freilassend, deutlich gefeldert, kleinlamellös abschuppig und trocken. Die Haut über den Nates zigarettenpapierähnlich gestaltet, zerknittert, gegen die *Crena ani* zu immer deutlicher die Felderung der Haut zeigend und mit festhaftenden Schuppen daselbst besetzt.

Zwei Geschwister des Patienten hatten dieselbe Hautaffektion.

Kren kann sich der Meinung des Vorstellenden, der neben der *Ichthyosis* ein *Keratoma palmare hereditarium* annimmt, nicht anschließen, sondern hält den Fall für eine reine *Ichthyosis*, die die etwas seltenere Lokalisation an den Hohlhänden darbietet. Es fehlen ja sämtliche charakteristische Anzeichen für ein *Keratoma*, das eine scharfe Umgrenzung, einen roten Saum,

eine dicke, nicht schilfernde Keratose und schließlich Hyperidrosis zeigt, welche Symptome alle im vorgestellten Falle fehlen.

Oppenheim: Die Grenze zwischen *Keratoma hereditarium palmare* und *plantare* und *Ichthyosis* ist nicht scharf zu ziehen. Ich habe bis jetzt keinen Fall von *K. hered. palmare* gesehen, wobei nicht zumindest an den Ellbogenstreckseiten Zeichen von *Ichthyosis* vorhanden waren. Die scharfe Abgrenzung der hyperkeratotischen *Palmae* vom Handrücken ist auch im vorgestellten Falle vorhanden. Der rote Streifen muß nicht vorhanden sein, da häufig sekundäre Infektionen und Irritationen von den Rhagaden und der trockenen, vulnerablen und rissigen Haut ausgehen. Ich möchte doch das *Keratoma hereditarium palmare et plantare* im weitesten Sinne der *Ichthyosis* zurechnen.

Gross bemerkt, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um das Krankheitsbild des *Keratoma heredit.* handle, sondern um eine *Ichthyosis* mit Befallen-sein von Handtellern und Fußsohlen. Dies lehre der Aspekt des Patienten.

Riehl kann den Fall nicht als *Keratoma palmare hereditarium* anerkennen. Bei der in üblicher Lokalisation am ganzen Körper ausgebreiteten Verhornungs-anomalie ist die Diagnose mit Bestimmtheit auf *Ichthyosis vulgaris* zu stellen, und die Veränderungen an der Flachhand sind als ein Teilsymptom dieser Krankheit aufzufassen, als atypische Lokalisationsform der gewöhnlichen *Ichthyosis*. Wenn auch die beiden Krankheiten in die Gruppe der Keratosen zu zählen sind, müssen wir sie doch auf Grund der klinischen Charaktere genau unterscheiden.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von *Epidermolysis hereditaria bullosa*.

30-jähriger Patient. An den Armen und Beinen Bläschen und Blasen bis zu Nußgröße, klaren Inhalts, von normaler Haut umsäumt. Reste älterer Blasen und Pigmentierungen, keine Narben, keine Nagelveränderungen, keine Horncysten und Milien. Im zweiten Lebensjahr von *Kaposi* als *Pemphigus* behandelt, seit dieser Zeit nie gesund. Die Blasen treten auf zumeist nach Hitze- und Schweißeinwirkung. Die jetzige Eruption entstand nach einem stundenlangen Spaziergang in der Sonne. Mechanische Hervorrufung der Blasen viel schwieriger. Patient gibt an, auch beim festen Anfassen Blasen zu bekommen.

2. Einen sechs Wochen alten Säugling mit einem kindsfach-handgroßen *Angioma simplex et cavernosum* und zwei Hautdefekten auf dem Angiom.

Auf dem nur wenig über das Niveau hervorragenden blauroten Angiom befinden sich zwei scharfrandige, hellergroße *Ulcerationen* von glatter Basis und steilen, wie ausgeschnitten aussehenden Rändern; in der Umgebung keine Reaktionserscheinungen. Die Affektion sitzt auf der Außenseite der Mitte des rechten Oberschenkels und war nach Angaben der Mutter gleich bei der Geburt vorhanden. Die Photographien zweier ganz analoger Fälle, einen sechs und vier Wochen alten Säugling betreffend, aus den Jahren 1916 und 1917 werden demonstriert. Bei dem einen Fall war die Lokalisation die gleiche, bei dem zweiten war sie an der Außenseite der rechten Bauchhälfte. Die Therapie erwies sich in allen Fällen ohne Effekt. Die Heilung fand ungemein langsam statt. Die Gleichsinnigkeit dieser drei Fälle bringt *Oppenheim* auf den Gedanken, daß es sich um angeborene Hautdefekte auf Angiomen handelt, bei denen amniotische Verwachungen eine Rolle spielen; dies ist zugleich eine Stütze für *Unnas* Angiomtheorie.

Riehl fragt an, ob der Vortr. das Kind unmittelbar nach der Geburt gesehen hat, und erklärt die anamnestischen Angaben der Mutter als ungenügend, um daraufhin einen so weitgehenden Schluß aufzubauen. Die angeborenen

Hautdefekte sind, abgesehen von ihrem gewöhnlichen Sitz am Kopf, bei der Geburt fast immer überhäutet, stellen keine Ulcerationen vor, wie man sie bei dem demonstrierten Kinde sieht. Es ist viel wahrscheinlicher, und das in der Umgebung ausgebreitete Ekzem unterstützt diese Annahme, daß die Zerfallserscheinungen auf dem Naevus vasculosus extrauterin und artefiziell entstanden sind.

Gross: Mir ist aus der Literatur eine angeborene Atrophie mit dieser Lokalisation nicht bekannt. Ich glaube, daß es sich hier um Traumen im Bereiche des Angioms handelt, die in diesem gefäßreichen Gewebe wenig Heilungstendenz zeigen.

Oppenheim: Ich halte natürlich den angeborenen Ursprung der Hautdefekte voll und ganz aufrecht. Die Lokalisation muß nicht immer am Scheitel sein, es gibt auch in der Literatur andere Lokalisationen. Daß die Ulcerationen keine Artefakte sind, beweisen:

1. die gleichsinnige Beobachtung an drei Fällen, immer an Säuglingen, die ein paar Wochen alt waren,
2. die bestimmten Angaben aller drei Mütter, daß die Defekte bei der Geburt vorhanden waren,
3. das klinische Aussehen, das absolut nicht für einen Artefakt spricht (keine Reaktionserscheinungen, scharfrandige, glattbasige, steilrandige runde Ulcerationen, geringe Heilungstendenz).
4. die Lokalisation an den Außenseiten der Körper, wo sie dem Amnion direkt anliegen.

Ich halte meine Meinung aufrecht, daß die Naevi angiomatosi in diesen Fällen mit den Hautdefekten genetisch zusammenhängen, und daß die Hautdefekte durch Verwachsungen mit dem Amnion und deren Lösung zusammenhängen.

Rusch demonstriert:

1. Einen 12jährigen Knaben mit tiefer Trichophythyie der Kopfhaut und zahlreichen follikulären, lebhaft roten, kleinen Knötchen, teils schuppig, teils pustulös an den Streckflächen der Extremitäten und Nates. Letztere werden als Lichen trichophyticus gedeutet.

Kren: Ob hier wirklich ein Lichen trichophyticus vorliegt, kann Kren nicht entscheiden, da der Lichen in den wenig beobachteten Fällen ein mehr disseminiertes, scarlatiniformes, an den einzelnen Effloreszenzen recht monotones Krankheitsbild darstellt, während hier nur vereinzelte Effloreszenzen und nur an der Streckseite der oberen Extremitäten bestehen, die mehr den Eindruck einer artefiziellen Follikulitis machen.

2. Eine Frau mit zahlreichen Mollusca contagiosa im Gesicht und am Halse, z. T. in linearer Anordnung, entsprechend vorausgegangenen Excoriationen.

Riehl demonstriert ein 6jähriges Mädchen, das er vor ca. drei Monaten mit multipler, einen großen Teil der Haut des Stammes einnehmender Sklerodermie en plaques behaftet gesehen hat. Die Herde vom Durchmesser von 2—8 cm sind scheibenförmig scharf begrenzt, hart infiltriert, nicht faltbar, auf der Unterlage schwer verschieblich gewesen. Sie zeigten an einzelnen Stellen den Lilacring. Unter dem Einflusse der Therapie ist seither die Infiltration bis auf wenige Stellen geschwunden, so daß die Herde jetzt als weißliche Scheiben, nicht prominierend und wieder weich, an der Oberfläche glatt, erscheinen, während die zwischenliegenden gesunden Hautpartien eine tiefbraune Pigmentierung angenommen haben, die allmählich in die gesunde Haut verläuft. Reste von Infiltration finden sich noch in der Nabelgegend und an anderen Herden deutlich nachweisbar. Der Pigmentierung war kein erythematöses Stadium vorausgegangen, was durch Beobachtung in 8—14tägigen

Intervallen konstatiert werden konnte. Und nun zeigen sich in der Nackengegend und über den Schulterblättern im Bereiche der pigmentierten Hautpartien zarte, oberflächliche Atrophien, die bei seitlicher Beleuchtung deutlich eine Einsenkung, seidenartigen Glanz und weißliche Farbe erkennen lassen. Diese atrophischen Partien sind fleckig, unscharf begrenzt und nicht scheibenförmig. Es handelt sich also in diesem Falle um eine Sklerodermie en plaques (Morphaea) mit starker Pigmentierung der zwischenliegenden Hautpartien und um das Auftreten von zarten atrophischen Stellen in letzteren, ohne daß daselbst bemerkbare Erythembildung oder Konsistenzänderung vorausgegangen wäre. Riehl erörtert die Ähnlichkeiten und Unterschiede dieser Erscheinung gegenüber idiopathischen Hautatrophien.

Porias stellt eine seit drei Jahren bestehende, wiederholt als Scabies und Ekzem behandelte, über den Schulterblättern, an den Nates, am Kreuzbein, ferner in den Beugen und in der Nabelgegend lokalisierte und juckende Dermatoze vor, bei der die ursprüngliche Zusammensetzung aus serpiginösen Bläschengruppen und urticariellen Elementen, die symmetrische Anordnung, die Polymorphie und das schubweise Auftreten die Diagnose Dermatitis herpetiformis Duhring ergibt.

B. Lipschütz demonstriert:

1. Einen Fall von *Keratoma hereditarium dissipatum palmare* bei einem 40 Jahre alten Fräulein und zeigt Aquarelle weiterer zwei Fälle der Hautveränderung, die er 1912 in der Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt hat. Die Affektion wird in der Literatur mit verschiedenen Namen belegt, Buschke und Fischer sprechen von *Keratoderma maculosa disseminata symmetrica palmaris und plantaris* (Ikon. dermat. Fasc. V.)

2. Einen isolierten Herd von Lichen ruber planus am äußeren Genitale eines fünf Jahre alten Mädchens.

Stein demonstriert aus der Klinik Finger drei Fälle von Alopecia areata, die einen eigentümlichen Verlauf darbieten.

Der erste Patient, ein 38jähriger Mann, zeigt das Bild der Alopecia areata maligna, charakterisiert durch einen vollständigen Haarverlust an der gesamten Körperoberfläche. Dieses Leiden begann vor 2 Jahren wie eine gewöhnliche Area celsi mit kreisförmigen kahlen Flecken am behaarten Kopfe und verursachte im Laufe weniger Wochen einen kompletten Haarschwund. Jede Therapie, auch die Darreichung der von Zuntz empfohlenen Humagsolanpillen zwei Monate hindurch blieb erfolglos.

Der zweite Patient, gegenwärtig 29 Jahre alt, erkrankte im vierten Lebensjahre an jener Form von Alopecia areata infantilis, die sich mit Vorliebe am Hinterkopf lokalisiert und ein Hinaufrücken der Haargrenze verursacht; die einzelnen miteinander konfluierenden Herde bedingen in Schlangenlinien verlaufende Grenzkonturen des Capillitiums, daher der alte Namen Ophiasis für diese Variante der Alopecia areata. Der Patient bietet noch jetzt ausgedehnte kahle Flecke im Bereiche der seinerzeit erkrankten Stellen, ein Beweis für die oft ungünstige Prognose der Ophiasis.

Die dritte Patientin, ein jetzt 13jähriges Mädchen, ist dadurch besonders interessant, daß sie neben den Resten einer im frühesten Kindesalter entstandenen Ophiasis schwere trophische Störungen an allen Finger- und Zehennägeln aufweist, die nach genauer Angabe der Mutter gleichzeitig mit der Ophiasis in Erscheinung traten und seit neun Jahren unvermindert fortbestehen. Die Nägel sämtlicher Finger und Zehen sind ganz kurz, weich und der Länge nach in zahlreiche Lamellen aufgesplittert. Die Koinzidenz

von Alopecia areata mit trophischen Nagelstörungen ist bisher in der deutschen Fachliteratur unberücksichtigt geblieben; die umfassende Monographie von Heller enthält keine Angaben darüber.

Kren weist auf eine im Jahre 1916 im Archiv erschienene Arbeit hin, welche universelle Alopecien mit endokrinen Funktionsstörungen in Zusammenhang bringt.

Kyrle hatte Gelegenheit, einen Fall von maligner universeller Alopezie am Sektionstisch zu sehen. Es handelte sich um einen Mann zwischen 40—50 Jahren, der auf der Straße tödlich verunglückt ist und zur gerichtlich anatomischen Sektion kam. Irgendwelche Anhaltspunkte über die Dauer der Alopezie, über die Art des Zustandekommens derselben u. dgl. waren nicht gegeben. Hier wurde nur die histologische Untersuchung der Hypophyse vorgenommen, und dieselbe ergab einen, wie es scheint, nicht unwesentlichen Befund. Es fand sich nämlich im Vorderlappen an einer kleinen umschriebenen Stelle deutliche Zelldegeneration. Während die Drüsenelemente im Bereiche des übrigen Organes völlig gehörige Struktur aufwiesen (typische eosinophile und basophile Zellen), erschienen die Zellen des erwähnten Areales im ganzen schlecht färbbar, es war nicht zu entscheiden, ob sie eosinophil oder basophil waren, vielfach waren sie aufgequollen, die Kerne zeigten Chromatinschwund, stellenweise fehlten sie überhaupt, oder waren nur mehr schattenartig angedeutet. Kurz ein Bild, wie wir es bei nekrotisierenden Vorgängen zu sehen gewohnt sind. — Weitgehende Schlüsse können aus diesem Befunde natürlich nicht gezogen werden; jedenfalls liegt aber hier eine Hypophysisläsion vor, die gewiß nicht als postmortal zustande gekommen aufgefaßt werden kann. *Kyrle* erwähnt noch, daß er während des Krieges bei drei Soldaten solche universelle Alopecien gesehen hat, deren Auftreten mit vorangegangenen Traumen verknüpft war.

Kren: Die Veränderungen an der Hypophysis, wie sie *Kyrle* erwähnt, scheinen dadurch begründet, daß die Hypophysis ebenso wie die Haut dem Ektoderm angehört.

Sachs: Im Garnisonsspital II hatte ich Gelegenheit, mehrere Fälle von totaler Alopezie zu beobachten. Zwei Fälle sind nach Verletzung durch Schrapnellschuß entstanden, der dritte entwickelte sich nach Abstürzen von einem Baume. Bei einem vierten Patienten trat eine Alopezie der Kopfhaut nach Explosion eines Acetylgasapparates auf. In einem weiteren Falle von totaler Alopezie kam es ohne äußere Ursachen zu dem diffusen Haarausfall. Es handelt sich um einen 46jährigen Patienten, bei dem Professor Chvostek nur die Erscheinungen einer hypoplastischen Konstitution, auf deren Basis sich die innersekretorische Störung entwickelt hat, feststellen konnte. Weder die Röntgenbehandlung noch die Therapie mit Schilddrüsen- und Hodensubstanz hatten irgendeinen Erfolg aufzuweisen.

Planner demonstriert aus der Klinik Finger:

1. Eine Purpura annularis teleangiectodes Majocchi bei einer 41jährigen Frau. Die Affektion besteht seit drei Jahren und ist ausschließlich auf den Stamm, die oberen Rücken- und Brustpartien der rechten Seite lokalisiert. Neben etwa kronengroßen Flecken und streifenförmig angeordneten Herden sind auch Kreisformen, deren Zentrum depigmentiert erscheint, vorhanden. Ob es sich hierbei um atrophische Veränderungen handelt, dürfte ohne Biopsie, die von der Patientin verweigert wurde, kaum zu entscheiden sein.

2. Einen ausgedehnten systematisierten Naevus verrucosus pigmentosus bei einem 14jährigen Mädchen, der streng halbseitig lokalisiert in bänder- und streifenförmigen Zügen die linke Hälfte des Halses und Stammes einnimmt. Außerdem findet sich ein über fünfkronenstückgroßer Herd in der linken Kniekehle.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Ein 8jähriges Kind mit einem luetischen Exanthem.
2. Ein 9jähriges Kind mit einem am Stamm und den Extremitäten, sowie am behaarten Kopf und Gesicht ausgebreiteten Exanthem. Die einzelnen Efflorescenzen stellen kleine, peripher wachsende Knötchen und Fleckchen dar, die im weiteren Verlaufe sich mit Schuppen bedecken. Am Stamm stehen die Efflorescenzen zum Teile gruppiert, im Gesichte konfluieren die Fleckchen reichlich in einer sonst bei Lupus erythematosus häufig beobachteten Schmetterlingsform. Am Capillitium, das reichlichst befallen ist, ist auch ein partieller Haarverlust nachweisbar, an der Stirnhaargrenze sieht man an einzelnen Stellen kleine, zarte Atrophien. Pirquetreaktion positiv. Das ganze Exanthem wird dem Ekzem bzw. dem Lichen scrophulosorum nahegestellt.

Pranter stellt einen Patienten mit einem harten, kronengroßen Knoten unter dem Kinn vor, der seinem Aussehen nach an eine tiefe Trichophytie erinnert. Die gleichzeitig bestehende indolente submaxillare Drüsenschwellung sowie ein bestehendes maculo-papulöses Exanthem zeigen, daß es sich um einen extragenitalen Primäraffekt handelt.

Fuhs stellt aus der Klinik Riehl vor:

Einen Fall von Naevus Pringle. Der 6jährige Knabe zeigt in den mittleren Anteilen der Haut des Gesichtes, besonders an den seitlichen Nasenpartien, Nasolabialfalten, den angrenzenden Wangen und an Kinn ziemlich symmetrisch angeordnete, multiple, stecknadelspitz- bis stecknadelskopfgroße, flache, derbe Knötchen von gelbroter Farbe. Nebenbei sind bei dem Kinde psychische Störungen sowie somatische Degenerationszeichen konstatierbar.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 51jährigen Bauer aus Niederösterreich, der seit drei Monaten an Pemphigus erkrankt ist. Es traten unter Temperatursteigerungen Blasen am ganzen Körper, besonders an Handtellern und Fußsohlen auf. Weitere Blasenanschübe, von leichtem Fieber begleitet, folgten.

Derzeit zeigt der Patient am ganzen Körper ohne besondere Bevorzugung der Lokalisation wenig prominente erythematöse Herde, die, mit einem lebhaft entzündlichen, roten schmalen Randsaum peripher weiterschreitend, vielfach konfluieren. Die Haut des ganzen Körpers ist leicht fältelbar, es gelingt, an jeder Körperstelle durch ein mit mäßigem Druck einhergehendes Darüberstreichen eine Epidermolysis hervorzubringen. Man sieht besonders an jenen Körperstellen, welche einer mechanischen Belastung ausgesetzt sind, ausgedehnte Epitheldefekte, die an manchen Stellen sekundär eitrig belegt sind.

An der Erkrankung ist in ausgedehntem Maße auch die Schleimhaut des Mundes und der Conjunctiven beteiligt. Die Temperatur ist normal, außer lebhaftem Jucken befindet sich der Patient im allgemeinen wohl.

Der Blutbefund ergibt 37% Lymphocyten, 6% Eosinophile.

2. Eine 78jährige, aus Ungarn stammende Patientin, die am ganzen Körper einen ausgedehnten typischen Pemphigus vulgaris zeigt. Auch die Conjunctiven sind ergriffen.

Arzt stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Zwei Brüder, 15 und 18 Jahre alt, die sich am 11. Februar dieses Jahres bei dem gleichen Mädchen luetisch infizierten. Bei beiden traten nach drei Wochen Primäraffekte auf. An spätere Erscheinungen kann sich keiner der beiden erinnern. Bei ihrer Aufnahme fanden sich neben den epithelisierten Sklerosen sekundär luetische Manifestationen, und zwar Papeln von verschiedener Intensität an Scrotum und Anus. Bei beiden Brüdern war die

Blutwassermannreaktion positiv. Der erst aufgenommene ältere Bruder zeigt eine ausgebreitete spezifische Alopezie. Im Liquor waren annähernd normale Verhältnisse.

Auch sein 15jähriger Bruder wies eine Alopecia specifica, ferner ein Leukoderm bei vermehrtem Zellengehalt ($22\frac{1}{3}$), schwach positivem Pandy und schwach positive Goldsolreaktion im Liquor auf.

2. Eine 24jährige Frau und einen 30jährigen Mann, die seit einem Jahre in ehelicher Gemeinschaft leben. Die Frau, deren Anamnese einen Abortus im Jahre 1919 enthält, weist seit zehn Monaten ein Leukoderm auf und zeigt außer einer positiven Blutwassermannreaktion im Liquor eine Zellvermehrung ($31\frac{1}{3}$).

Der Mann, der sich vor fünf Monaten bei ihr infizierte, hat derzeit ebenfalls ein ausgebreitetes Leukoderm, dabei einen positiven Blutwassermann und im Liquor positive Goldsol- und Pandyreaktion.

3. Einen 25jährigen Mann mit zahlreichen über Nase, Wangen, Kinn und auch Stirn disseminierten kleinsten Knötchen, die, leicht über das Hautniveau erhaben, vereinzelt eine zentrale geringgradige Eiteransammlung zeigen, eine braunrote Färbung aufweisen und von denen einige bei Druck ein geringes braunes Infiltrat zurücklassen.

Die histologische Untersuchung (Projektion) einer excidierten Partie hat einen typisch tuberkuliden Bau ergeben, besonders reich an Epitheloidzellen in ausgesprochen knötchenförmiger Anordnung, oft in unmittelbarer Nähe eines Gefäßes, und zwar sowohl in oberflächlichen wie auch ganz besonders in tiefen Cutisschichten.

Auf Grund des klinischen und histologischen Befundes erscheint die Diagnose, daß es sich um eine Acne teleangiectodes Kaposi handelt, gerechtfertigt.

4. Eine 54jährige Frau, die angeblich bisher immer gesund war, niemals an Ekzem oder ähnlichen Hauterkrankungen litt.

Dieselbe zeigt an der Außenseite des rechten Oberschenkels einen ca. fünf-kronenstückgroßen Tumor und einen zweiten, der Handtellergröße erreichte, unterhalb der rechten Inguinalfurche, einen dritten längsovalen in inguine, der im Zentrum geschwürig umgewandelt ist. Die Tumoren sind von braun-roter Farbe, harter, derber Konsistenz, reichen in die Tiefe und sind nach Angabe der Patientin schmerzhaft. Die Lymphdrüsen sind nicht ergriffen.

Der Blutbefund ergab nur geringe Eosinophilie.

Die histologische Untersuchung (Projektion) zeigt ein außerordentlich zellreiches Gewebe, das allerdings eine ganz schmale Zone unterhalb der Epidermis frei läßt. In den oberflächlichen Schichten der Cutis aus außerordentlich polymorphen Zellen aufgebaut, verdrängt es gegen die Tiefe zu das normale Gewebe vollständig.

So weit die bisherigen Untersuchungen ergeben, handelt es sich um mykoides Geschwülste, und, da irgendein Vorstadium der Erkrankung fehlt, um eine Mycosis d'emblée.

Sitzung am 20. Mai 1920.

Vorsitzender: Sachs.

Schriftführer: Kumer.

Sachs demonstriert:

1. Einen 42jährigen Mann, bei welchem sich auf Basis des auf der rechten Gesichts- und Halsseite lokalisierten Lupus vulgaris serpiginosus ein

Carcinom, das ganze Terrain des Lupus vulgaris einnehmend, entwickelt hat. Ich habe diesen Patienten bereits vor einem Jahre in dieser Gesellschaft vorgestellt; damals zeigte er auf der Basis einer Narbe einen walnußgroßen Knoten, der sich klinisch und histologisch als Carcinom dokumentierte. Heute sind bereits die rechten submaxillaren Lymphdrüsen derb infiltriert, und außerdem besteht eine Verengung der Mundöffnung. Patient klagt über sehr starke Schmerzen.

2. Eine 42jährige Patientin, welche auf der Haut des Stammes und der Extremitäten einen Lichen ruber planus zeigt. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist frei. Der Lichen ruber planus besteht seit drei Monaten. Außerdem leidet Patientin an Basedow. Ihre Struma wurde vor sechzehn Jahren durch vier Jahre hindurch mit Röntgen bestrahlt. Seit neun Jahren besteht auf der Haut über der Struma eine Atrophie nach Röntgen, welche außerdem fleckförmige Pigmentierungen und Depigmentierungen, sowie streifenförmige Teleangiectasien aufweist.

3. Ein 18jähriges Mädchen mit Psoriasis vulgaris und einem fast über den ganzen Körper gehenden Leukoderma psoriaticum, welches auf dem Nacken besonders schön ausgebildet ist. Die Patientin wurde vorher weder intern noch extern behandelt. Auf dem Nacken sieht man noch einzelne Psoriasiseflorescenzen, aber gleichfalls in Involution begriffen. Die Mutter dieser Patientin leidet auch an Psoriasis vulgaris. Wassermann negativ.

Popper demonstriert aus der Abendambulanz des Wiedener Krankenhauses einen Fall von Lichen ruber planus atrophicus bei einem 54jährigen Mann, der wegen Ödems des Präputiums, das auf chronischer Nephritis beruhte, die Ambulanz aufsuchte. Als Nebebefund zeigten sich am Scrotum zwei zarte, ringförmige, bläulichgraue Leisten vom Umfang eines Hellers, an den Streck- und Beugeseiten beider Unterschenkel einige gruppierte, münzengroße, z. T. verruköse Herde. Nebst diesen ausgebildeten Plaques sind auch einige tiefpigmentierte Abheilungsstellen mit ausgesprochener narbiger Atrophie zu sehen.

Volk stellt vor:

1. Eine 34jährige Frau, welche vor etwa $\frac{3}{4}$ Jahren mit einem typischen Lupus vulgaris der Oberlippe und einem tuberkulösen Geschwür der rechten Nasenscheidewand in der Anstalt erschien. Jetzt zeigt die Patientin daneben nach einer starken Sonnenbelichtung zu beiden Seiten der Nase und beiden Wangen eine Eruption, welche nur als ein Lupus erythematosus gedeutet werden kann. Der Fall demonstriert wieder den offenkundigen Zusammenhang des Erythematosus mit der Tuberkulose, andererseits zeigt er auch sowie vier andere Fälle, die in letzter Zeit zur Beobachtung gekommen sind, daß starke Belichtung bei durch Tuberkulose sensibilisierten Individuen einen Erythematosus provozieren kann, wofür ja Gross und Volk auch experimentelle Grundlagen beigebracht haben.

2. 30jährige Patientin mit einem Lupus erythematosus beider Wangen. An der Septumschleimhaut links in der Gegend des Locus Kieselbach findet sich eine runde Stelle von 7 mm Durchmesser, an welcher auf leicht infiltriertem Grunde eine weiß gefärbte, scharf begrenzte Epithelverdickung zu sehen ist; zwischendurch feinste ektasierte Gefäßchen. Die Affektion ist als Lupus erythematosus der Nasenschleimhaut anzusehen und wird wegen der Seltenheit eines selbständigen Vorkommens dieser Erkrankung an der Schleimhaut der Nase vorgestellt. Bei den wenigen bisher beschriebenen Fällen

handelt es sich um ein Übergreifen der Erkrankung von der Haut auf das Naseninnere.

Perutz stellt einen 52jährigen Patienten vor, der seit über sechs Jahren an einer Induratio penis plastica leidet. Die erkrankte Partie ist ungefähr walnußgroß, an der Peniswurzel lokalisiert und umgibt siegelringartig die Harnröhre. Die Affektion, die in letzter Zeit etwas gewachsen ist, verursacht dem Kranken keine wesentlichen Beschwerden. Die Familienanamnese ist belanglos. Anamnestisch bestehen keine Anhaltspunkte für rheumatische oder gichtische Krankheiten. Die Palmar- und Plantaraponeurosen sind ohne pathologische Veränderungen. Im Harn ist kein Zucker vorhanden. Die Wassermannsche Reaktion ist zwar positiv, doch äquirierte Patient vor vier Jahren, also zwei Jahre nach dem Auftreten der Penisveränderung, eine Sklerose.

Riehl demonstriert:

1. Einen 4½jährigen Knaben mit Kerion Celsi und Lichen trichophyticus am Stamm in geringer Ausbreitung in Form von roten Knötchen, doch ohne Lichen spinulosus. Intradermale Trichophytininjektion (Trichophytin Höchst 1 : 50 0,1) hat zur Entwicklung einer hochgradigen Lokalreaktion geführt. Am zweiten Tage trat Allgemeinreaktion auf (bis 37,8). Weder die Lichen trichophyticus-Knötchen, noch das Kerion Celsi zeigt jedoch eine Reaktion.

2. Ein 19jähriges Mädchen mit einer an Acne rosacea erinnernden, im Gesicht disseminierten Knötcheneruption, die schon vielfach fruchtlos auch mit Schälkuren behandelt worden ist. Die Knötchen zeigen bläulichrote bis gelbrote Verfärbung, ragen nur wenig über das Niveau, fühlen sich derb an. Entzündliche Erscheinungen höheren Grades fehlen. Die Ähnlichkeit mit Acne rosacea wird durch die vorhandenen Teleangiektasien vergrößert. Die histologische Untersuchung eines excidierten Knötchens ergibt Bindegewebshypertrophie in den oberen Cutisanteilen und auffallende Vergrößerung der Schweißdrüsen, deren Lumen im Knäuelanteile, sowie in den Ausführungsgängen bedeutend erweitert und teilweise von hyaliner Masse erfüllt ist. Entzündliche Erscheinungen fehlen, an der Epidermis keine wesentlichen Veränderungen. Dieser Befund, sowie die bestimmte Angabe der Patientin, daß das Hautleiden seit ihrem sechsten Lebensjahre besteht, führen uns zur Diagnose Naevus Pringle.

Kyrle demonstriert aus der Klinik Finger:

1. Einen 28jährigen, kräftig entwickelten Patienten mit ausgedehnten Erscheinungen von Mycosis fungoides (II. Stadium, oberflächliche, verschieden konturierte Infiltrate, z. B. mit Neigung zur Ulceration). Dauer des Leidens ungefähr fünf Jahre, wiederholt spezialärztliche Behandlung, durch Röntgen schon zweimal wesentliche Besserung erzielt. Wegen des intensiven Juckreizes, der den Patienten hauptsächlich quälte, wurde Eigenserumbehandlung eingeleitet. Bisher viermal intravenöse Verabreichung von je 20 ccm Eigenserum. Eklatanter Erfolg. — Patient ist dermalen völlig frei von Juckgefühl.

2. Eine 65jährige Frau, die schon vor fünf Jahren vorgestellt worden war. Dazumal bestand das typische Bild hochgradig entwickelter Acrodermatitis atrophicans an den oberen und unteren Extremitäten. Außerdem fand sich an der rechten unteren Extremität, etwa in der Mitte derselben, ein überpfäumengroßer, blaurot verfärbter, weicher Tumor, der mit der Unterlage ziemlich fest verwachsen war, und in seiner Umgebung einige kleine Knötchen gelagert hatte. (Vorzeigung der Moulage des damaligen Zustandes.)

Histologisch handelte es sich um ein Rundzellensarkom. Patientin lehnte damals die radikale Entfernung des Tumors ab; der Knoten nahm im Verlauf der Jahre an Größe zu, schließlich wurde vor ungefähr Jahresfrist in der Provinz die Ablatio des Unterschenkels vorgenommen. Jetzt kommt die Kranke wegen eines kleinhandtellergrößen Infiltrates im Bereiche des rechten Oberschenkels (Metastasen des Tumors) und einzelner kleiner Knoten in der Haut des linken Unterschenkels. Der Zustand der Hautatrophie ist unverändert gegenüber dem vor fünf Jahren.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall zur Diagnose. Man sieht am Rücken, viel spärlicher an den Oberarmen und Oberschenkeln, ziemlich scharf abgesetzte ovale, runde und auch unregelmäßig konturierte, flach erhabene linsen- bis über zweikronenstückgroße Efflorescenzen, deren Oberfläche sich teils glatt, teils leicht gefältelt, teils kleinförmig abschuppend erscheint. Die Farbe der Efflorescenzen ist größtenteils ein mattes Gelbbraun, doch sind kleinere Efflorescenzen lebhaft rot, manchmal auch blaurot gefärbt und zeigen manchmal auch Ringformen. Die meisten der Herde sind mäßig infiltriert, manche sind nur mehr als Flecke mit glänzender, leicht gefalteter Oberfläche sichtbar. Am Rücken sind die Efflorescenzen den Spaltrichtungen der Haut entsprechend angeordnet. Es besteht mäßiges, abends sich steigendes Jucken. Die Affektion begann vor sechs Jahren und hat früher jeder Therapie getrotzt.

In differentialdiagnostischer Beziehung käme eine Trichophytia disseminata in Betracht, doch sprechen die Farbe, das Fehlen zentraler Abheilung, die Infiltration, die nicht akzentuierte Peripherie der Efflorescenzen und die Anamnese dagegen; für die Diagnose Lues ergeben sich ebenfalls keine Stützpunkte. Für Parapsoriasis resp. Pityriasis lichenoides würde die Anamnese, das Verwachsensein und die Fältelung der Efflorescenzen und die Farbe von Rot bis Gelbbraun sprechen, dagegen aber die Größe und die Infiltration der Efflorescenzen. Für Mycosis fungoides wären der lange Bestand, die allmähliche Zunahme, die Farbe, Form und Oberflächenbeschaffenheit anzuführen, gegen diese Annahme das geringe Jucken, das Fehlen stärkerer Infiltrate. Vielleicht gibt der histologische Befund darüber Aufschluß.

2. Einen Fall von chronischer, rezidivierender Purpura mit Erythemen an den Streckseiten der Extremitäten und Stomatitis, der von Oppenheim zum drittenmal demonstriert wird. Das erstemal im Jahre 1917 mit der Diagnose rezidivierendes chronisches Erythema multiforme, das zweitemal im Jahre 1918, wobei die Schwellungen an den Gelenken besonders ausgeprägt waren, als chronische Arthritis mit Hautsymptomen (Sepsis chronica). Das Interessanteste an dem Falle sind die anfallsweise unter heftigen Schmerzen auftretenden dichtgestellten punktförmigen Blutungen an den Handflächen und Fußsohlen, deren Berührung schmerzhaft ist. Dabei kommt es gewöhnlich zur Schwellung des Handrückens und zum Auftreten von Erythemen, Papeln, Hämorrhagien in Form von Flecken, Ringen und girlandenförmigen Figuren an den Streckseiten der Extremitäten, besonders über Ellbogen und Kniegelenk. Das Zahnfleisch des Patienten ist stark geschwollen, die Zähne locker, doch ohne Blutung; Salivation reichlich. An den Streckseiten der Extremitäten zahlreiche Pigmentationen, nirgends eine Narbe. Die histologische Untersuchung einer papulösen Efflorescenz von dunkelroter Farbe und derber Konsistenz ergab entzündliche Veränderungen des Papillarkörpers mit Ödem und zahlreiche Hämorrhagien. Die Untersuchung der inneren Organe ist negativ, ebenso die Blutuntersuchung; Seroreaktion negativ.

Die Affektion entstand im Winter 1916 im Felde, in den Karpathen, als Patient unter der Kälte und der schlechten Ernährung sehr litt.

Meine Auffassung des Falles geht heute dahin, ihn in die Gruppe der Purpuraerkrankungen einzureihen, wo er wohl zwischen Skorbut und Morbus maculosus Werlhofii seinen Platz finden könnte; von beiden Krankheiten vereinigt er Symptome.

Ehrmann stellt einen Fall vor, bei dem durch Sonnenlicht eine Pigmentierung der oberen Brust- und Rückenpartie, dadurch entstanden ist, daß bei einer Vagantin infolge zu kurzer Bekleidung des Oberkörpers gerade diese Hautanteile dem Sonnenlichte stärker ausgesetzt waren. Außerdem sind die Oberarme, Hals, Nacken, vordere und hintere Achselpartie stärker pigmentiert. Auf diesen Hautstellen sind folgende Arten von Depigmentierung zu sehen:

1. Gleichmäßig verteilte, linsengroße, leicht depigmentierte Stellen von rundlicher Gestalt, ein *Leucoderma lueticum*. Patientin hat ferner dementsprechende pigmentarme Höfe um papulöseluetische Efflorescenzen und an verschiedenen Stellen große ulceröse Syphilide. Ferner hat sie

2. Auf der Brust symmetrisch angeordnete, bogenförmig die Brust umgreifende, äußerst scharf begrenzte, mit unregelmäßigem, landkartenähnlichem Rand begrenzte, vollständige Depigmentierungen. Eine typische Vitiligo. Ferner eine dritte Art von Depigmentierung: kleine, streifenförmige, grellweiße Hautentfärbungen in der Nackengegend: *Exkorationes post pediculosim*. Es ist differentialdiagnostisch interessant, alle diese Erscheinungen beisammen zu sehen. Über histologische Befunde wird später berichtet.

Straßberg demonstriert aus der Klinik Finger:

1. Einen Mann mit Lichen ruber planus, bei dem auf den Gebrauch von grauer Salbe gegen Filzläuse die typischen Efflorescenzen in reichlicher Auswahl am Genitale, in den Achselhöhlen und an der Mundschleimhaut aufgetreten sind. Der Patient schwitzt sehr viel und ist starker Raucher.

2. Fall: Lichen scrophulosorum mit stark positiver Mantouxreaktion. Nach Ablassen der Reaktionsröte traten in derem Bereiche zahlreiche feinste Knötchen vom Charakter eines Lichen scrophulosorum auf, ebenso wie bei tiefer Trichophytie nach Ablassen der intradermalen Trichophytininjektionsstelle manchmal Knötchen vom Charakter des Lichen trichophyticus zum Vorschein kommen. Die Knötchen zeigen auf weitere Tuberkulin- bzw. Trichophytininjektionen deutliche Mitreaktion.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen 52jährigen Patienten, der vor 20 Jahren eine Initialsklerose hatte und nur damals eine Kur mitmachte. Derzeit zeigt er das Bild einer ausgebildeten Tabes dorsalis (Anisokorie, reflektorische Pupillenstarre, Areflexie, positives Rhombergsches Phänomen, Incontinentia urinae). Überdies aber findet sich am harten Gaumen des Kranken eine etwa pflaumengroße Vorwölbung, die die Farbe der umgebenden Schleimhaut aufweist. Die Konsistenz ist ziemlich derb, nur im Zentrum findet sich eine etwa erbsengroße erweichte Partie, aus der sich dünner Eiter entleert, der sich bakteriologisch als steril erweist. Die genannte Geschwulst besteht etwa sechs Monate. Patient stand deswegen bereits in Budapest in antiluetischer Behandlung, da die damalige Wassermannreaktion positiv war; die Kur mußte jedoch bald wegen Intoleranz gegen Hg unterbrochen werden. Es liegt hier einer jener seltenen

Fälle von Gumma palati und gleichzeitiger Tabes dorsalis vor. Therapie: Jodkali, später Salvarsan.

2. Einen 22jährigen jungen Mann mit Lichen ruber planus am Stamme, den Extremitäten und der Glans penis. Neben den zahlreichen Ringformen am Stamme bei dieser erst 14 Tage alten Affektion fällt das überaus starke Befallensein der Plantae pedis auf.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

Einen 13jährigen Jungen, der an beiden Fußsohlen ein Ekzema mycoticum zeigt, wie es von Kaufmann, Schramek u. a. beschrieben wurde. Das Eigentümliche des Falles ist, daß an den Fußbrücken, Unterschenkeln, Handrücken und Unterarmen disseminiert angeordnet in reichlicher Aussaat sich Herde vorfinden, die aus Bläschen und Bläschengruppen auf leicht gerötetem Grunde bestehen. Der Pilznachweis ist hier negativ, während an den Fußsohlen sich die bekannten Pilze massenhaft nachweisen lassen.

Fuhs stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 21jährigen Patienten mit einem vier Wochen bestehenden Kerion Celsi und kleineren Herden von Herpes tonsurans vesiculosus in dessen Umgebung. Der Fall beansprucht lediglich Beachtung wegen der Lokalisation des Kerion an der Nackenhaargrenze mit teilweisem Befallensein der behaarten Kopfhaut. Ist der Befund von Kerion des Capillitiums oder der Nackenhaargrenze auch bei Kindern ein gewöhnlicher, so verdient er immerhin als seltener bei Erwachsenen eine kurze Würdigung.

2. Einen 40jährigen Schwerarbeiter, dessen Haut speziell an den vorderen und seitlichen Brust-, vorderen Halspartien sowie Innenseite des linken Armes und zum Teil auch am Rücken an zahlreichen scharf umschriebenen, hirsekorn- bis münzengroßen, unregelmäßig disseminierten Stellen die Zeichen einer Combustio ersten, zweiten und auch dritten Grades aufweist, die dadurch entstanden ist, daß Patient beim Abkühlen flüssigen Metalls mit einer wahrscheinlich noch etwas feuchten, kalten Eisenstange durch heiße Metallspritzer getroffen worden ist.

L. Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 24jährigen Patienten, bei dem ein Geschwür im linken Mundwinkel seit mehr als einem Jahr besteht. Das Ulcus greift auf die Wangenschleimhaut über, hat einen leicht papillären Grund und bereitet dem Patienten keinerlei Schmerzen. Die Excision aus dem Geschwürsgrunde ergab zahlreiche Knötchen aus Epitheloidzellen, vorwiegend aber aus außerordentlich großen Riesenzellen bestehend. Nach dem klinischen Befunde, dann aber auch auf Grund der Excision möchten wir diese Affektion als ein tuberkulöses Geschwür im linken Mundwinkel ansehen.

Nachtrag: Der Nachweis säurefester Stäbchen im Schnitt wurde später erbracht.

2. Einen 38jährigen Mann mit einer Pleuraaffektion und einem Geschwürsprozeß vom rechten Mundwinkel ausgehend gegen die Wangenschleimhaut sich fortsetzend. Das Geschwür ist von einem leicht erhabenen Rand umgeben, der Grund von papillärer Beschaffenheit. Die Probeexcision ergab in diesem Falle ebenfalls einen tuberkuliden Bau, wobei es aber zu außerordentlich großer Riesenzellenbildung gekommen ist. Wir möchten in diesem Fall noch keine absolut sichere Diagnose stellen, jedoch der Meinung zuneigen, daß auch hier eine tuberkulöse Affektion zugrunde liegt.

Sitzung vom 10. Juni 1920.

Vorsitzender: Sachs.

Schriftführer: Kumer.

Löwenfeld (Abt. Nobl) demonstriert:

1. Einen Patienten mit *Acne varioliformis*, der im Bereich des Barts follikulär angeordnete, entzündliche, bis erbsengroße Knötchen aufweist, so daß bei flüchtigem Zusehen der Eindruck einer nodulären Trichophytie entsteht. Genauere Betrachtung zeigt aber, daß im Zentrum aller solcher zum Teil borkig belegter Knötchen, Nekrosen, jedoch keine Vereiterungen bestehen. Analoge Knötchen finden sich auch am Scheitel. An Stellen abgeheilter Efflorescenzen flache, eingedellte Narben.

2. Einen zweiten Patienten mit *Acne varioliformis*, der das charakteristische Bild im Bereiche des Capillitium und der Stirn in dichter Efflorescenzenaussaat aufweist.

3. Eine Patientin mit disseminiertem Lichen ruber planus, die über beiden Knien bis auf einzelne randständige, charakteristische Efflorescenzen größere derbe Plaques und gyrierte Formen aufweist, die jedoch durch polygonale Begrenzung, Felderung und Leistenbildung ihre Zugehörigkeit zum Lichen ruber verraten. Auffällig sind ferner größere lamellöse Schuppen und gelegentlich sogar Blasen, wie dies von Kaposi, Besnier, Bettmann als ziemlich selten bei Lichen ruber beschrieben ist. Endlich zeigt die Haut der befallenen Partien vielfach deutlich atrophische Veränderungen, Fältelung und livide Verfärbung. Die Abheilung erfolgt mit zart atrophischen, pigmentierten Narben. Histologisch (Demonstration) finden sich flache Verdickung der Epidermis, insbesondere Verbreiterung des Stratum granulosum und corneum, Verstreuen der Reteleisten und Rundzelleninfiltration im Papillarkörper.

4. Eine Patientin mit seit Jahren im Sommer schubweise an Stamm und Extremitäten unter Schmerzen auftretenden, stark juckenden, entzündlich geröteten Knötchen, die sehr bald im Zentrum kleine dunkelrote Blutaustritte erkennen lassen, die gelegentlich in ihrer Mitte weißlich verfärbt beginnende Nekrosen zeigen. An den Oberschenkeln findet sich ein reichlicher Schub echter Purpuraflecken, der erst in letzter Zeit auftrat, dazwischen noch zahlreiche der früher beschriebenen, sonst an Stamm und Armen lokalisierten Knötchen mit bisweilen erythematösen Höfen. Es handelt sich hier anscheinend um eine Kombination eines papulösen Erythems mit Purpura. Ätiologisch wäre vielleicht zu verwerthen, daß das Leiden das erstemal nach einer Schwangerschaft (chronische Streptokokkeninfektion?) auftrat.

Oppenheim: Der vorgestellte Fall erinnert ein wenig an den von mir in der letzten Sitzung demonstrierten Fall von chronischer, rezidivierender Purpura mit polymorphen Exanthemen, den ich seit 3 Jahren beobachte und hier früher schon zweimal vorgestellt habe. Ich bin zur Ansicht gekommen, daß es sich in diesen Fällen nicht um Infektionen, sondern um Ernährungsstörungen wie etwa beim Skorbut handelt.

Ich glaube jedoch nicht, daß beim Zustandekommen dieser Exantheme die Sonne oder das Licht irgendwie beteiligt ist, da in meinem Falle das Gesicht stets frei geblieben ist und an den Händen nur die Handteller von jenen punktförmigen Blutungen befallen waren. Auch im Falle, der oben demonstriert wurde, ist das Gesicht nur sehr wenig beteiligt.

M. Oppenheim demonstriert einen 30jährigen Mann mit einem fast über den ganzen Körper verbreiteten Sarkoid, das teils in Form von bis taubeneigroßen blauroten Knoten, teils in Form von Strängen auftritt. Der

Kranke wurde bereits von Grosz im Jahre 1916 hier vorgestellt, seit dieser Zeit hat die Ausdehnung der Infiltrate bedeutend zugenommen. Am interessantesten sind in dem Falle die Knochenveränderungen.

Die Grundphalanx des vierten Fingers der rechten Hand und des dritten Fingers der linken Hand ist verdickt, und volarwärts von einem fluktuierenden nußgroßen Tumor bedeckt. Im Röntgenbild entspricht dieser Verdickung ein Fehlen der Corticalis und eine gleichwertige Durchsetzung des verbreiterten Knochens mit Spongiosa.

Die Lymphdrüsen sind allenthalben vergrößert, derb und nicht schmerzhaft, besonders in inguine. An den inneren Organen, an den Schleimhäuten keine Befunde. Tuberkulinproben, cutan, intracutan negativ; diagnostische Reaktion negativ. Blutbefund: Erythrocyten 3 900 000, normale Verhältnisse. Leukocyten 12 000; Neutrophile 71%, Lymphocyten 17%, Monocyten $7\frac{3}{5}\%$, Eosinophile $3\frac{1}{5}\%$. Basophile $1\frac{1}{5}\%$!

Der Blutbefund ist ähnlich dem bei Lymphogranulomatosis.

Erwähnenswert erscheint, daß am Oberarm an Stelle der jetzigen Infiltrate Injektionen von As gemacht wurden. (Analogie mit Oppenheims Fällen.)

Demonstration der histologischen Präparate des Falles: Excidiert wurde ein frischeres blaurotes Infiltrat der Schulter.

Die Veränderungen zeigen ein der Tuberkulose sehr ähnliches Bild und unterscheiden sich in bezug auf die Epidermis und in bezug auf das Verhalten der Rundzellen wesentlich von den Bildern bei Sarkoid. Man sieht im Epithel Veränderungen der Hyperkeratose und Akanthose, Verzweigungen, Verlängerungen und Verbreiterungen der Papillen.

In der Cutis und besonders in der Subcutis scharfbegrenzte Knoten aus Epitheloidzellen und sehr zahlreiche Riesenzellen, die von reichlichen Lymphocytenmänteln umgeben sind. Diese knotigen Infiltrate gleichen sehr dem leprösen Gewebe, nur scheint die Verkäsung zu fehlen, obwohl an einzelnen Stellen im Zentrum der Knoten regressive Veränderungen, die einer beginnenden Verkäsung entsprechen dürften, zu sehen sind. Vielleicht können wir die histologischen Bilder des Kollegen Grosz in der nächsten Sitzung mit den jetzigen vergleichen.

Grosz: Ich habe diesen Patienten in der Sitzung vom 16. November 1916 hier gezeigt. Damals waren die Knoten an der Haut des Stammes zahlreicher, die Beteiligung der der Betastung zugänglichen Drüsen eine viel intensivere. Im histologischen Bilde, das als ziemlich typisch zu bezeichnen war, fanden sich knotenförmige Infiltrate, die sich aus epitheloiden und Bindegewebszellen zusammensetzten, Riesenzellen fanden sich in mäßiger Anzahl, entzündliche Elemente in der Randzone spärlich. Tierversuch negativ.

Porias stellt einen Fall von Chininexanthem vor. Der an Malaria tropica leidende Patient bekommt nach jeder Chiningabe ein Exanthem mit bestimmter Lokalisation. Es treten an Handtellern und Fußsohlen, auf der Schleimhaut der Lippen und auch auf der Haut um diese, am Penis, an den Achselfalten und in der Gegend der Schulterblätter mattrote Flecken auf, die zum Teil Blasenbildung aufweisen. Man sieht derzeit neben frischen, gut erhaltenen Blasen noch die Reste früherer Schübe in Form von roten Flecken mit Blasensäumen und zum Teil auch Krusten. Am Penis bestand vor mehreren Tagen noch ein linsengroßes Geschwür mit speckigem Belag, das einem aphtösen Geschwür sehr ähnlich sah. Die Lippen waren unförmig geschwollen. — Der jetzige Schub trat auf ein halbes Gramm Chinin nach mehren Stunden unter starkem Jucken auf. Das Bemerkenswerte des Falles ist, daß ein Teil der

Efflorescenzen nach jeder Chinineinnahme immer wieder am Standorte der alten auftritt, was sich auch dadurch geltend macht, daß an den älteren Herden Verdickung der Haut und deutlichere Furchenbildung mit Pigmentation wie bei einem chronischen Prozeß sich zeigt. Es ist dies ein Verhalten, das den Fall den fixen Erythemen nach Antipyringegebrauch nahe stellt. Es ergibt sich daher die Frage, ob es möglich sein wird, vielleicht durch eine modifizierte Verabreichung des Chinins die quälenden Beschwerden zu vermeiden.

Brandweiner demonstriert:

1. Einen Fall von gruppiert papulösem Spätsyphilid,
2. einen Fall von cutanen Gummen,
3. einen Fall von Lichen planus,
4. einen Fall von universell ausgebreiteter Vitiligo.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. 3 Fälle von Naevus anaemicus (Vörner) — 2 Fälle bei Männern, 1 Fall bei einer Frau. In allen 3 Fällen konnte durch intensives Reiben und Kneten der tiefliegenden Hautteile des Naevus anaemicus eine Bestätigung der Befunde Fischers und Steiners erreicht werden. Die Hautfunktionsprüfung der genannten Partien (Adrenalin-, Coffein- und Morphinquaddel) ergab einen durchaus normalen Ablauf der Reaktion. Die histologische Untersuchung eines Falles zeigt, daß sich in den anaemischen Partien nicht nur Capillaren, sondern auch spärliche Gefäße finden. Klinisch kommen differentialdiagnostisch Leukoderma, Vitiligo und Leukopathia congenita partialis in Betracht. Ätiologisch muß man mit Bimser annehmen, daß es sich vermutlich um eine auf Störung der Hautgefäßinnervation beruhende circumscripte Insuffizienz des Hautgefäßsystemes handelt. Daß die Affektion nicht allzu selten ist, beweist der Umstand, daß diese 3 Fälle sowie ein vierter, der hier nicht erscheinen konnte, binnen 10 Tagen in unserer Ambulanz beobachtet wurden.

2. Einen Patienten, der auf der rechten Thoraxhälfte den eben demonstrierten Naevus anaemicus zeigt, während ungefähr symmetrisch dazu auf der linken Thoraxhälfte sich ein zosteriformes Syphilid findet. Patient hatte vor 19 Jahren eine Initialsklerose und blieb nach einer einzigen Kur bis vor 6 Monaten erscheinungsfrei.

Riehl zeigt einen 39jährigen Mann, bei welchem eine halbseitige in der Lokalisation eines Zoster cervicobrachialis fleckförmige Depigmentierung der Haut und Haare auffällt.

Riehl bespricht die Genese und hält es für wahrscheinlich, daß es sich um einen metameren Albinismus handelt, trotzdem der Patient angibt, die Flecke seien nach einem in seinem 6. Lebensjahre erfolgten Trauma entstanden. (Der Fall wird ausführlich publiziert.)

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 42jährigen Patienten mit Lichen ruber planus, der sich ausschließlich am Hodensack, am Nabel, an der Glans penis und am inneren Präputialblatt lokalisiert. An der Glans penis sind zwei kronengroße mit blutigem Serum gefüllte Blasen. Außerdem zeigt der Patient eine äußerst dichte Aussaat an Wangenschleimhaut und Zunge.

2. Eine 84jährige Frau mit einem über der Patella und in der Knöchelgegend lokalisiertem Lichen ruber verrucosus.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

Einen 45jährigen Mann, der vor 3 Monaten unter dem Bilde einer Stomatitis erkrankte und Mitte Mai an der Klinik mit einem kleinen ulcerösen Prozeß

an der Übergangsstelle der Schleimhaut des rechten Unterkiefers auf die Wangenschleimhaut zur Aufnahme kam. Bei dem Patienten, bei welchem ein spezifischer Prozeß der Lungen besteht mit reichlichem Bacillenbefund und massenhaften Muehschen Granula im Sputum, ist die Ulceration in der letzten Zeit rasch vorgeschritten und hat teils zum Ausfall, teils zur Lockerung der Zähne im rechten Unterkiefer geführt. Eine Excision aus dem Geschwürsrande ergab ein aus Epitheloid- und Riesenzellen bestehendes Knötchen. Durch den Nachweis von säurefesten Stäbchen im histologischen Schnittpreparat konnte die Diagnose *Ulcus tuberculosum* einwandfrei verifiziert werden.

Straßberg demonstriert aus der Klinik Finger eine 49jährige Frau, die er bereits in der Sitzung vom 22. April 1920 mit einer seit 2 Monaten bestehenden follikulären Hyperkeratose der Haut des Stammes und des Halses vorgestellt hat. Seither hat sich die Affektion unter heftigem Juckreiz auf die ganze behaarte Kopfhaut ausgedehnt und dort an verschiedenen Stellen zu Haarausfall mit Atrophie der Follikel und großfleckiger, narbiger Alopecie geführt. An der Vorderseite des Stammes und am Halse sind die Hornkegelchen größtenteils ausgefallen, am Rücken ist es zur Ausbildung 1—2 mm langer Hornstachelchen gekommen. Der Juckreiz hat seit 14 Tagen aufgehört. Es handelt sich demnach um eine Affektion, die in der Kopfhaut zu follikulärer Hyperkeratose mit mächtigem perifollikulären Rundzelleninfiltrat geführt hat und die unter Atrophie der Follikel und Talgdrüsen mit Narbenbildung ausheilt, während die perifollikulären Rundzelleninfiltrate an den Lanugohärchen des Stammes unter *Restitutio ad integrum* ausheilen. In der Literatur konnte kein identischer Fall gefunden werden.

Sitzung vom 24. Juni 1920.

Vorsitzender: Sachs.

Schriftführer: Kumer.

Riehl zeigt neuerlich den in der Sitzung vom 6. Mai 1920 demonstrierten Fall von Sklerodermie. Es sind nun die letzten Reste der sklerotischen Partien geschwunden. Die Pigmentierung und die alten Herde haben sich noch deutlicher entwickelt. Die bei der ersten Demonstration besonders erwähnten Atrophien, welche in der Umgebung der Sklerodermieplaques in gesunder Haut ohne vorläufige Entzündungserscheinungen entstanden waren, sind heute nicht bloß deutlicher zu sehen, sondern an Zahl und Ausdehnung beträchtlich vermehrt. An zahlreichen Stellen der oberen Brustapertur sieht man jetzt fleckige und streifenförmige, zum Teil Gruppen atrophischer Herdchen, die nach und nach konfluieren. Die Atrophie betrifft scheinbar nur die Papillarschichte und ist bei seitlich einfallendem Lichte besonders deutlich zu sehen. Bei Faltung der Haut entsteht über den atrophischen Herden eine feine Runzelung der Hornschicht, ähnlich wie bei der spontanen *Atrophia cutis propria* (Zigarettenpapier), entzündliche Erscheinungen fehlen vollständig.

Sachs demonstriert:

1. Eine 42jährige Frau mit einer auf der linken Thoraxhälfte lokalisierten Sklerodermie von Handtellergröße und Elfenbeinfarbe, welche von einem bläulichroten Wall (Lilaering) umsäumt wird.

2. Eine 36jährige Frau mit einem auf den rechten Unterschenkel lokalisierten *Erythema induratum* Bazin. Der lividrote Knoten zeigt in seinem zentralen Teile Erweichung. Wassermann negativ.

Nobl demonstriert:

1. Eine 70jährige Frau, welche an den Beinen das typische Bild der *Acrodermatitis atrophicans* mit den Erscheinungen der extremen Rare-

fizierung bis in Hüftbeinhöhe darbietet. Gleichzeitig bestehen an den Fußrücken, der Knöchelgegend und den Streckflächen der Unterschenkel leisten- und bandförmige Sklerosierungsherde. Dem Krankheitsbilde gesellt sich eine ausgebreitete Vitiligo der Arme und des Schultergürtels hinzu, wobei der Pigmentschwund erst oberhalb des atrophischen Handrückeninteguments beginnt. Die Pigmentatrophie hat sich erst in letzter Zeit der seit 20 Jahren bestehenden Akrodermatitis hinzugesellt.

2. Eine 30 Jahre alte Frau mit der Kombinationserscheinung von Psoriasis vulgaris und umschriebener atrophisierender Akrodermatitis. Am rechten Handrücken, dem Ellbogen und längs der Ulnarkante sieht man violett verfärbte, zigarettenpapierdünne, zerknitterte und gerunzelte circumscripte Hautpartien, die stellenweise von kirsch kern- bis erbsengroßen Psoriasisefflorescenzen bedeckt erscheinen. Am Stamm und den Beinen eine mäßige Aussaat der Schuppenflechte. Der atrophische Ellbogenbezirk soll durch 10 Jahre von einer großen Psoriasisscheibe eingenommen gewesen sein, nach deren Rückbildung die Verdünnung erst zum Vorschein kam.

3. Eine mit streifenförmigem Haarschwund und follikulärer Hyperkeratose einhergehende knotige Kopfhautläsion, welche weder aus dem klinischen Aussehen, noch nach dem Gewebefund den geläufigen Krankheitstypen untergeordnet werden kann. Es handelt sich um eine 70jährige Frau, die seit 6 Monaten über Brennen und Jucken der Kopfhaut klagt und seit 2 Monaten leichte Erhöhungen an der rechten Scheitelgegend tastet. Im rechten Frontal- und Parietalgebiet ist es zu völligem Defluvium gekommen. Die Follikel gut erhalten, von derben, mächtigen Hornpfropfen eingenommen. Die Haut mäßig gerötet. An der Stirnhaargrenze und von da auf die kahle Kopfhautstellen übergreifend sitzt ein aus kirschgroßen, leicht erhöhten bräunlichroten derben Knoten gebildeter kindsfaustgroßer Herd, der in die Cutistiefe eingebettet, mit der Haut verschieblich ist. Die mangelnde Atrophie sowie das Fehlen von Gefäßektasien läßt Lupus erythematosus ausschließen. Andererseits gibt das noch zu erläuternde histologische Bild keinerlei Anhaltspunkte für die tuberkulöse oder sarkoide Natur der knotigen Infiltrate. Möglicherweise handelt es sich um einen einfach entzündlichen Vorgang, der bis zur herdförmigen Verdichtung der banalen Zellelemente gediehen ist.

Löwenfeld: Das histologische Präparat zu dem von meinem Chef, Prof. Nobl, demonstrierten Fall von Alopecie mit knotigen Infiltraten ergibt folgenden Befund: Einlagerung horniger Massen in den Follikelmündungen, im Zentrum bisweilen noch Reste atrophierter Haare. Atrophische Veränderungen der Epidermis und des Bindegewebes der Cutis, entsprechend dem hohen Alter der Patientin. Während das unmittelbar unter der Epidermis gelegene Gewebe nur ganz spärliche entzündliche Infiltrate aufweist, findet sich in der Tiefe der Cutis ein chronisch-entzündliches Infiltrat, das in seiner Anordnung nichts Charakteristisches zeigt und sich größtenteils aus Lymphocyten, vereinzelt aus Plasmazellen und eosinophilen Zellen zusammensetzt; somit kein Anhaltspunkt für eine Erkrankung spezifischer Natur.

Grosz zeigt einen 35jährigen Mann mit Livedo racemosa.

Luetische Infektion 1905, im Anschlusse an dieselbe soll eine akute hämorrhagische Nephritis aufgetreten sein, mit der Patient 6 Monate in Spitalsbehandlung blieb. Im Jahre 1915 Beschwerden seitens des Herzens, Stauungsleber, Ödeme, Spuren von Albumen im Harn, Befund einer luetischen Aortitis; außerdem der zu demonstrierende Hautbefund. Im Jahre 1917 neuerlicher Spitalsaufenthalt unter ähnlichen Erscheinungen, Hautbefund unverändert.

Die Haut des Stammes und der Extremitäten weist zahlreiche baumförmige, netzförmige und blitzfigurenähnliche bläulichrote Zeichnungen auf, die bei Druck abblassen, mit Aufhören des Druckes sofort wieder auftreten.

Es handelt sich hier um die von Ehrmann beschriebene *Livedo racemosa*. Ehrmann erklärt das Zustandekommen dieser eigenartigen Bilder durch die Verlangsamung des Blutstromes in den zuführenden Capillaren und subcapillaren Gefäßen, in welchen er anatomische Veränderungen (Intimaverdickung) nachweisen konnte. In allen seinen Fällen bestand Syphilis. Im vorliegenden Falle sind die Gefäßveränderungen gleichfalls nachweisbar, dazu kommen noch die Veränderungen am Herzen und an der Aorta, welche die Verlangsamung des Blutstromes begünstigen würden. Dennoch glaubt Groß, daß diese Erklärung nicht ausreicht, daß zu dem Zustandekommen der *Livedo* noch irgendein uns bisher nicht erschlossenes Agens hinzutreten müsse. Vielleicht liegt es in einer spezifischen Innervationsstörung der capillaren Hautgefäße. Groß verweist noch auf die Häufigkeit spezifischer Herz- und Gefäßveränderungen und auf die Seltenheit der vorliegenden Affektion, was gleichfalls gegen die Ehrmannsche Erklärung verwertet werden müsse.

Kerl zeigt einen dem Großschen Fall ganz analogen nur in geringerer Intensität. Auch bei diesem Patienten besteht, wie die Untersuchung ergeben hat, eine Herzaffektion, und zwar neben Ateromatose eine Angina pectoris.

Dozent Hess und ich haben eine Reihe von ähnlichen Fällen gesammelt und fanden sie neben Erkrankung des Gefäßapparates auch bei Tuberkulose. Es scheinen also die verschiedenartigsten Ursachen zu denselben Gefäßveränderungen und klinischen Bildern Veranlassung zu geben.

In jüngster Zeit ist auch ein Fall mit einer derartigen Veränderung zur Obduktion gekommen, die histologische Untersuchung ist aber noch nicht abgeschlossen und wird seinerzeit über diesen Fall berichtet werden.

Porias stellt einen Fall von chronischem medikamentös erworbenen Mercurialismus vor. Der Patient acquirierte Lues im November 1918, blieb bis anfangs Januar 1919 unbehandelt. Damals erhielt er von einem Privatarzt eine Einreibungskur mit der officinellen Hg-Salbe verschrieben. Nach 5 Einreibungen suchte er eine dermatologische Station auf, wo er symptomfrei befunden und angewiesen wurde, die Einreibungskur fortzusetzen. Er hat seither mit kurzen Intervallen eingerieben, so daß er nach seiner Angabe ungefähr 15 Kuren zu fast 30 Einreibungen, die letzte vor einigen Wochen, gemacht hat. Bei Kopfschmerzen, die häufig aufgetreten sein sollen, erhöhte er auf den Rat eines der Patienten die verwendete Dosis. — Es handelt sich um einen sehr anämischen, abgemagerten und muskelschwachen Mann, die Haut ist frei von Erscheinungen, es besteht nur eine geringgradige Stomatitis. — Im Harn nichts Abnormes; ob Quecksilber ausgeschieden wird, ließ sich wegen der Kürze der Zeit seit der Aufnahme nicht feststellen. — Der von Dr. Groag (interne Abt. des Rainerspitals) erhobene Nervenbefund ergibt eigentlich nur einen hochgradigen Intentionstremor der oberen Extremitäten, ähnlich dem einer multiplen Sklerose, ferner sehr starke Ataxie der unteren Extremitäten und einen gewissen Erethismus. Nystagmus, Babinski, Kleinhirnstörungen, Abblassung der temporalen Papillenhälfte fehlen. Pupillarreflexe intakt, auch sonst keine Anzeichen für P. p. Der intentionelle Tremor und eine gewisse Schwerbesinnlichkeit sprechen sehr für eine chronische Hg-Vergiftung, wie sie gewöhnlich als Gewerbekrankheit vorkommt, deren Entstehung auf medikamentöser Basis aber von Jacksch, Strümpell, Penzoldt-Stintzing jetzt als extrem selten bezeichnet wird. Therapeutisch kommen Jodkali, Schwefelbäder und Galvanisation in Betracht.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen Patienten, dessen Hauterkrankung seit über 8 Jahren besteht. Man sieht in über 1 cm Breite im Bereiche der rechten Nasenhälfte von dem Nasenflügel bis an die Nasenwurzel reichend sich scharf, bandförmig abgrenzend zahlreiche braunrote stecknadelkopf- bis hirsekorngroße Knötchen, teils einzeln stehend, teils aggregiert auf leicht geröteter Basis, die konisch sind und manchmal auch kleinste Ulcerationen zeigen. Ebenso findet sich an der rechten Scrotalhälfte eine über fünfkronenstückgroße, scharf umschriebene leicht gerötete mäßig juckende Hautpartie, die mit Knötchen bedeckt ist, die den oben beschriebenen völlig gleichen. Links von der Linea alba sieht man einige braune über stecknadelkopfgröße in 2 Reihen angeordnete flache warzige Efflorescenzen. Die histologische Untersuchung der oberen Hautpartie ergab neben sehr zahlreichen hypertrophischen Talgdrüsen Akanthose, Spongiose und Parakeratose sowie subpapilläre geringe Leukocyteninfiltration. Das histologische Bild des Herdes am Scrotum zeigt sehr hochgradige Hyper- und Parakeratose, wie sie beim Lichen circumscriptus chronicus Vidal vorkommt (Demonstration der Präparate). Es handelt sich also jedenfalls um eine systemisierte strichförmige Dermatoze im weiteren Sinne nach Vignolo-Lutatti, vielleicht in die Gruppe der strichförmigen Ekzeme gehörend.

2. Einen Patienten mit ziemlich gleichgroßen (etwa erbsengroßen) braun-roten bis lividen Knoten der Cutis und Subcutis an den Streckseiten der Unterarme und Unterschenkel. An den Beugeseiten der Ober- und Unterschenkel sind ebenfalls — wenn auch in wesentlich geringerer Menge — die genannten Knoten vorhanden. Am Penischaft eine Sklerosenarbe. WaR. positiv. Es liegt hier ein Fall des nodösen Syphilids, vielleicht im Übergang zum Erythema nodosum syphiliticum, vor.

Fuhs stellt aus der Klinik Riehl eine 18jährige Patientin mit einem Bromoderma tuberosum an der Außenseite des linken Unterschenkels vor, die nach mehrmonatlicher Brommedikation aufgetreten ist.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Ein 23jähriges Mädchen mit typischen psoriatischen Plaques an beiden Ellbogen und der rechten Patella. Gleichzeitig besteht ein über 2 Handteller großer Herd im Bereich des Nackens, der sich aus einzelnen bis Kirschkern großen Knoten und Knötchen zusammensetzt. Für diesen Herd kam eineluetische oder eine tuberkulöse Veränderung in Frage. Eine vorgenommene Luetinreaktion mit einer uns lebenswürdigsterweise von Assistenten Dr. Planner (Klinik Finger) zur Verfügung gestellten Präparats ergab neben einer lokalen eine ausgesprochene Herdreaktion. Ebenso hat die Probeexzision einen für Tuberkulose absolut negativen Befund erbracht. Dafür aber findet sich ein ziemlich intensives, bis in die Subcutis reichendes, stellenweise auch perivascular angeordnetes Infiltrat, das neben Lymphocyten auch reichlich Plasmazellen enthält, so daß wir auf Grund unserer Untersuchungen trotz der negativen Wassermannreaktion, zur Diagnose eines gruppierten Syphilids bei einer an Psoriasis vulgaris leidenden Patientin kommen.

Lipschütz: Wir müssen die Fälle von Kombination von Psoriasis vulgaris und Syphilis in zwei Gruppen trennen: 1. solche, bei denen nebeneinander Psoriasis und Hauterscheinungen der Syphilis ausgebildet sind und in diese Gruppe gehört auch der vorgestellte Fall und 2. Fälle, die in denselben Efflorescenzen beide Krankheiten vergesellschaftet aufweisen. Lipschütz hatte vor vielen Jahren Gelegenheit Fälle letzterer Art, bei denen die Diagnose auch histologisch verifiziert wurde, vorzustellen.

Müller weist bezüglich der Cutireaktion auf seine seinerzeitigen mit Stein durchgeführten Arbeiten hin. — Im gegenwärtigen Falle handelt es sich um *Tubercula cutanea*, die eigentlich selten reagieren, doch sind die Effloreszenzen in diesem Falle besonders akut, zeigen einen förmlich malignen Typus, woraus die positive Reaktion zu erklären ist. In Fortsetzung der Arbeiten über die Reaktion mit *Planner* wurde festgestellt, daß Fälle des Tertiärstadiums mit negativer WaR. nach einigen Intracutanimpfungen mit Organluetin anscheinend ausnahmslos Umschlag in positive WaR. zeigen.

Die seinerzeit gemachten Vorbehalte, daß dieser Umschlag nur in Fällen eintritt, die früher einmal positiv reagiert haben, und deutlich Cutanreaktion zeigen, fällt nach den in zahlreichen Fällen gemachten neueren Erfahrungen weg.

Es scheint dieses Verfahren von praktischer Wichtigkeit für die Diagnosestellung zu sein.

Oppenheim: Ich glaube, daß man in der Deutung der Umwandlung einer negativen Wassermannprobe in eine positive bei Verwendung von Luetin etwas vorsichtig sein muß. Wir sehen, daß das auch nach Milchinjektionen und Tuberkulininjektionen vorkommt. Auch nach *Trichophytin*injektionen konnte ich es beobachten. Nach meiner Meinung kann alles, was eine Erschütterung des Organismus hervorruft — secourse im Sinne der Franzosen — dies machen.

Müller: Gegen die Annahme, daß es sich um unspezifische Wirkungen handelt, spricht nicht nur die Tatsache, daß bei tertiärer Lues in allen Fällen rascher Umschlag erfolgt, sondern auch das Ergebnis von Versuchen bei sekundär-luetischen. Hier kann man nämlich einen solchen Umschlag der Reaktion auch in Fällen, die nach unseren Erfahrungen sicherlich als noch nicht geheilt gelten müssen, anscheinend nie erzielen.

2. Eine Frau, die mit einem Tumor an der linken Hand zur Spitalsaufnahme kam. Die Geschwulst selbst war vor 14 Tagen über apfelgroß, an der Oberfläche teilweise bereits zerfallen und nekrotisch, die Ränder überhängend, ein Zusammenhang mit dem Knochen nirgends nachweisbar. Ebenso waren die regionären Lymphdrüsen ohne pathologischen Befund. Die zu diagnostischen Zwecken mehrmals vorgenommenen Excisionen ergaben nun vor allem die Abwesenheit einer epithelialen Wucherung, so daß die Diagnose eines Carcinoms, die vielleicht auf Grund des klinischen Bildes in Erörterung stand, abgelehnt werden muß. Das Excisionsgewebe zeigt sich außerordentlich reich an nekrotischen Herden, ist vielfach von weitgehenden Blutungen, die das Gewebe zerstören, durchsetzt, doch sind immerhin noch Partien erhalten, die aus einem eigentümlichen, sehr zellreichen Gewebe aufgebaut erscheinen. Dieses Gewebe läßt die Papillarschicht und die oberflächliche Cutis frei. In letzterer ist nur stellenweise ein Infiltrat, das aus Lymphocyten, dann aber auch reichlich aus Plasmazellen besteht, vorhanden. Die Zellen selbst, welche dieses Gewebe aufbauen, wuchern — so weit es die Probeexcision zu sagen gestattet — schrankenlos in die Tiefe. Sie sind teils groß und von polymorpher Form, besitzen ein unscharfes Protoplasma, und ihr vielgestaltiger Kern ist von differenter Größe. Dazwischen eingestreut findet sich immer noch ein oder die andere Plasmazelle. Die Polymorphie dieser Zellen kommt in kleinen abgekapselten Herden, die offenbar von den Rückbildungserscheinungen verschont geblieben sind, noch viel deutlicher zum Ausdruck. Ob es sich um eine echte Geschwulst handelt oder ob nur ein Granulom der ganzen Affektion zugrunde liegt, kann heute noch nicht entschieden werden. Vor allem aber scheinen uns 2 Erkrankungen in Differentialdiagnose zu kommen, einerseits ein Sarkom und andererseits eine *Mykosis d'emblée*, für welche letztere Affektion manche Veränderungen im mikroskopischen Bilde sprechen.

3. Eine 21jährige Frau mit Lichen scrophulosorum am Stamm und den Extremitäten. Gleichzeitig besteht eine mächtige beiderseitige Schwellung der Halslymphdrüsen. Die Pirquetsche Reaktion war positiv, die subcutane Injektion von Alttuberkulin (0,01 mg) ergab eine mit Temperaturanstieg einhergehende Allgemeinreaktion.

Groß zeigt die Präparate des Falles von Sarcoid Boeck, den er im November 1916 in dieser Gesellschaft demonstriert hat und den Oppenheim in der Sitzung vom 10. Juni 1920 hier zeigen konnte.

Ehrmann stellt einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica (Parapsoriasis en goutte) vor, den er vor 3 Wochen in der Gesellschaft der Ärzte noch unbehandelt zeigte.

Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, der seit dem 3. Lebensjahr an der Affektion leidet und in den letzten 3 Wochen vom Vortragenden mit kombinierter Therapie: Natr. kakodylic. 0,025 pro dosi und Quarzlampenbestrahlung behandelt wurde; und zwar zunächst einseitig. Man sieht, daß die Efflorescenzen auf der rechten bestrahlten Seite vollständig geschwunden sind, auf der linken Seite unverändert fortbestehen. Es ist dies ein Beweis, daß die Arseninjektionen allein nicht die heilende Wirkung haben. Man könnte einwenden, daß die heilende Wirkung ausschließlich der Bestrahlung mit ultravioletttem Licht zu danken ist. Zur Kontrolle ließ Ehrmann unmittelbar nach der 3. Injektion eine Stelle bestrahlen. An dieser sind wohl die schuppigen Efflorescenzen geschwunden, die noch frischroten sind heute noch erhalten. Erst beiläufig nach 8—10 Injektionen war die therapeutische Wirkung eine vollständige. Es ist somit erwiesen, daß nur die Kombination beider Heilfaktoren den Dauererfolg bewirkt, und daß es sich somit offenbar um eine Sensibilisierung gegen Licht durch das Arsen handelt.

Es wurde in einer unter Druck befindlichen Arbeit von Brünauer aus der Abteilung des Vortragenden bei Arsenkeratose Arsenwirkung direkt auf die Gefäße der Haut nachgewiesen, sie ergibt sich übrigens aus der bekannten Erscheinung des Arsenerythems des Gesichtes, der Hände und Füße, sowie aus den bei Arsenintoxikationen oft auftretenden aber wieder schwindenden Ascitesfällen.

Lipschütz hält seine vorläufige Mitteilung „Zur Frage des Herpes zoster“. Der Vortrag ist in extenso in der Wiener klinischen Wochenschrift vom 16. September 1920, Nr. 38, p. 836 erschienen¹⁾.

Kyrle (nicht eingelangt).

Sachs: Im Jahre 1913 hat Sunde einen 81jährigen Mann, welcher einen rechtsseitigen Trigeminuszoster hatte, zu obduzieren Gelegenheit gehabt. Das Ganglion Gasserii wurde in Serienschritte zerlegt und in jedem einzelnen Schnitte konnten grampositive Diplokokken nachgewiesen werden. Was den symptomatischen Herpes zoster anlangt, so haben eigene Versuche, welche an Hunden ausgeführt wurden und darin bestanden, daß in das freigelegte Ganglion intervertebrale Salvarsan, Staphylokokkenvaccine, Kuhpockenlymphe usw. injiziert wurden, ein negatives Resultat ergeben.

Arzt: Lipschütz hat in seinem Vortrag auch den Herpes circumscriptus (Herpes febrilis und Herpes genitalis) erwähnt und die Möglichkeit einer infektiösen Ätiologie, wobei der Kern der Träger des Virus sein könnte, betont. Ich

¹⁾ Bei der daran sich anschließenden Aussprache ergaben sich insoweit Differenzen in der Auffassung der einzelnen Meinungen, als von der einen Seite von Herpes zoster im allgemeinen gesprochen wurde, andererseits unter Herpes zoster bloß der idiopathische Zoster verstanden wurde, was im Vortrag vielleicht zu wenig betont wurde (Anm. der Redaktion).

möchte nur auf eine jüngst erschienene Arbeit von Baum hinweisen, die doch mit dieser Annahme im Gegensatz steht. Baum gelang in 100% Übertragung des Herpes febrilis und Herpes genitalis auf die Kaninchencornea, dagegen waren alle seine Versuche mit Herpes zoster negativ. Ein Fehler der Technik kann hier wohl um so weniger angenommen werden, da gerade die 100% positive Ergebnisse beim Herpes febrilis und Herpes genitalis der Beweis dafür sind, daß der Autor offenbar über eine ganz ausgezeichnete Technik verfügt. Bei einer solchen hervorragenden Beherrschung derselben kommen aber den negativen Ergebnissen beim Herpes zoster, wo nach Lipschütz infektiöse Natur nachgewiesen ist, eine ganz besondere Bedeutung zu.

Oppenheim: Die Einschlüsse, die uns hier als Erreger des Herpes zoster oder als durch diesen bedingt, demonstriert wurden, scheinen uns auch aus anderen Gründen nicht bewiesen zu sein. Es ist aus den Ausführungen Lipschütz's nicht klarge worden, ob er die Körperchen zu den Einschlüssen erster oder zweiter Ordnung zählt, gemäß der Einteilung, die er selbst aufgestellt hat. Sie gehören offenbar zu den letzteren, da sie keine Differenzierung in ihrem Aufbau und nicht die Zusammensetzung aus kleinsten Körperchen erkennen lassen. Nun kommen ähnliche Gebilde mit dem gleichen tinctoriellen Verhalten bei allen möglichen Hautkrankheiten vor: zuletzt wurden sie von Kyrle bei Psoriasis vulgaris beschrieben. Aber dies sind Hautkrankheiten, bei denen man heute noch immerhin von der Möglichkeit einer Infektionskrankheit sprechen kann. Dies ist jedoch nicht der Fall, bei dem von mir zuerst beschriebenen Vasinoderma, einer Hautkrankheit, die durch den Gebrauch von unreinem Vasin zustande kommt und durch das Auftreten kleinwarziger, glänzender, derber Efflorescenzen charakterisiert ist, die konfluieren und schließlich spontan verschwinden. Histologisch besteht diese Affektion hauptsächlich aus Akanthose mit geringer Hyperkeratose, wobei die Basalzellen längere Zeit, also auch in höheren Epidermisschichten, ihre Zylinderform beibehalten. In den Retezellen nun findet man analoge Einschlüsse, von ähnlicher Form und gleichem tinctoriellen Verhalten — bei Giemsa-Färbung acidophil, also rot gefärbt — wie die eben demonstrierten Gebilde. Das Vasinoderma kann man auch experimentell erzeugen, indem man unreines Vasin auf die Gesichtshaut verreibt; solche experimentell erzeugte Fälle habe ich in dieser Gesellschaft wiederholt demonstriert. Auch in dem experimentell erzeugten, unter unseren Augen entstehenden Vasinoderma sind diese Einschlüsse nachweisbar. In einer demnächst in der Festschrift Unna erscheinenden Publikation ist dies alles ausführlich dargestellt. Es kommen also diese Einschlüsse bei einer chemisch bedingten Hauterkrankung vor, bei der jeder infektiöse Einfluß absolut ausgeschlossen erscheint. Denn man kann doch nicht annehmen, daß unter dem Einflusse des unreinen Vasins irgendwelche unbekannte Erreger das Vasinoderma erzeugen. Wir können ruhig annehmen, daß bei jeder mit Zellwucherung oder Zellwachstums- oder -teilungsstörung einhergehenden Hauterkrankung die sogenannten Einschlüsse auftreten können; wir haben sie ja schon bei einer großen Zahl der verschiedensten Hautaffektionen kennen gelernt.

Riehl erinnert daran, daß der Herpes zoster nicht bloß aus Veränderungen in der Haut besteht, sondern in allen seinen Formen durch eine Neuritis der die betreffenden Hautpartien versendenden sensiblen Nerven bedingt ist; daß die Ätiologie dieser Krankheit eine sehr mannigfaltige ist, toxische Einflüsse (Arsen, Kohlenoxyd), traumatische (Druck von Tumoren, Tuberkulose, Schußverletzungen, Peitschenhiebe, Frakturen und andere Ursachen), wie Allgemeinerkrankheiten und Systemerkrankungen (Sepsis, Rheumatismus) die Neuritis und damit den Zoster veranlassen können. Befunde in der Haut allein vermögen die Ätiologie des Zosters nicht aufzuklären. Die interessanten Mitteilungen des Vortr. über Zelleinschlüsse, diesmal in den Kernen, von denen vermutet wird, daß sie durch die Chlamidozoen zustande gekommen seien, ohne daß letztere nachgewiesen worden sind, sind sicherlich nicht imstande, die Ätiologie

des Zoster im allgemeinen klarzustellen. Ähnliche Zelleinschlüsse sind ja bei zahlreichen Krankheiten schon vor längerer Zeit nachgewiesen worden und an sich nicht als charakteristisch zu bezeichnen, da sie sicherlich durch verschiedenartige Ursachen (Organismen usw.) hervorgerufen werden können. Aus derartigen Befunden für die Ätiologie der betreffenden Krankheit Schlüsse zu ziehen, ist schon für rein lokale Hauterkrankungen nicht des weiteren akzeptierbar, um so weniger für Krankheiten wie Herpes zoster.

Als Vertreter der alten Wiener Dermatologenschule und Inhaber des Hebraschen Lehrstuhles, fühlt sich Riehl verpflichtet — wenn der Ausdruck gestattet ist — ex cathedra seinen derzeitigen Standpunkt zu präzisieren, daß durch die mitgeteilten Befunde in der Ätiologie des Herpes zoster keine Klärung geschaffen worden ist.

Lipschütz (Schlußwort): Ich bin den Herren Diskussionsrednern, namentlich Kyrle sehr dankbar, daß sie zu den heute von mir angeschnittenen Fragen Stellung genommen haben, da, abgesehen von der selbständigen Forscherarbeit am Krankenbett und im Laboratorium, zweifellos durch Meinungsaustausch die Lösung wissenschaftlicher Fragen zumindest angebahnt werden kann. Völlig unmöglich erscheint mir jedoch der Versuch ex cathedra über wissenschaftliche Probleme eine Entscheidung zu treffen. Mit Kyrle bin ich der gleichen Ansicht, daß das heute abgehandelte Thema, bzw. seine Beziehungen zu den übrigen Einschußkrankheiten der Haut ein recht schwieriges Arbeitsgebiet darstellt und daß eine große Portion Selbstkritik und Vorsicht geboten ist. Bei dieser Gelegenheit muß ich aber immer wieder die schon längst von mir aufgestellte Forderung — zuerst auf der Tagung für Mikrobiologie in Berlin im Jahre 1911 — wiederholen, sich nicht etwa mit dem Studium einer ad libitum herausgegriffenen Einschußkrankheit der Haut zu begnügen und aus den erhobenen Befunden sich zu weitgehenden Schlußfolgerungen verleiten zu lassen, vielmehr den Weg einzuschlagen, den ich beschritten habe, nämlich in jahrelangen Untersuchungen bei den verschiedensten hierhergehörigen Krankheiten Befunde zu sammeln und sie erst nach fortgesetzt vergleichenden Zellstudien zu verwerten. Ich darf wohl darauf verweisen, daß ich meine erste Arbeit über *Molluscum contagiosum* 1907, meine Untersuchungen über Geflügelpocke 1909, meine Mitteilung über Paravaccine 1918 habe erscheinen lassen und möchte auch auf eine demnächst mit der Herkunft der Guarnierischen Körper sich beschäftigende Arbeit aufmerksam machen. Nur auf dieser breiten Basis sollte man zu den heute aufgerollten Fragen Stellung nehmen, nachdem nur unter diesen Bedingungen und bei vollkommenem Vertrautsein mit den Ergebnissen der Chlamydozooenforschung ein wissenschaftlich einwandfreies Urteil über die uns heute hier beschäftigenden mikroskopischen Fragen überhaupt möglich sein dürfte.

Von Wichtigkeit erscheint es mir nochmals — gerade mit Bezug auf die gemachten Diskussionsbemerkungen — in Kürze auf die Frage der Beziehungen der Kerneinschlüsse zu den Nucleolen bzw. zu der Frage der nucleolären Genese der Zelleinschlüsse überhaupt einzugehen. Ich muß diesbezüglich auch auf die schon früher zitierte Arbeit „Über die Herkunft der Guarnierischen Körper“ verweisen, in der man meinen ausführlich dargelegten Standpunkt finden wird. Hier sei nur so viel bemerkt, daß nichts dafür spricht, daß die eigentlichen Zelleinschlüsse (die sog. „Einschlüsse I. Ordnung“) mit den Nucleolen überhaupt was zu tun hätten. Die Ausstoßung der Nucleolen ins Plasma findet unter ungemein zahlreichen und untereinander außerordentlich verschiedenen Umständen auf chemische, auf photochemische, auf infektiöse Reize usw. statt, hat aber mit der eigentlichen Einschußbildung nichts gemeinsam. Allerdings verstehe ich unter Zelleinschuß nicht ein beliebiges in der Zelle gelegenes, irgendwie eigenartig imponierendes Gebilde, sondern Dinge ganz anderer Art, die in der Regel ein bestimmtes, außerordentlich charakteristisches morphologisches und tinctorielles Gepräge besitzen, in einzelnen Fällen (Geflügelpocke) auch in chemischer Hinsicht besondere Merkmale aufweisen und unter Um-

ständen, soweit es die histologische Technik bisher erreicht hat, auch die Auflösung des Einschlusses in Strongyloplasmen — sei es im Schnitt oder im Ausstrich — erkennen lassen. Daraus ersehen Sie, meine Herren, den diametral entgegengesetzten Standpunkt, wie er von mir einerseits und von einzelnen Diskussionsrednern (Kyrle, Oppenheim) andererseits besteht. Wenn Kyrle dabei von einem „geheimnisvollen“ Virus gesprochen hat, so kann ich dem keinesfalls beipflichten, denn die Chlamydozoonforschung ist durch die Arbeiten von Bouel, v. Prowarek, mir, Paschial, Volpino, da Rocha-Lima u. a. doch schon so weit gediehen, daß der Schleier des Geheimnisses gelüftet werden konnte.

Die in der Diskussion hingeworfene Bemerkung, daß die demonstrierten Gebilde bei Herpes zoster schon einzelnen Dermatologen bekannt gewesen seien, muß ich zurückweisen, denn nirgends finden Sie in der Literatur Angaben über „Kerneinschlüsse“ in der Art, wie ich sie Ihnen heute gezeigt habe, nirgends Protoplasmaeinschlüsse in den Retezellen, nirgends Kerneinschlüsse in den Bindegewebszellen im Corium und nirgends Kerneinschlüsse in der mit Material von Herpes zoster geimpften Kaninchencornea.

Schließlich muß ich noch auf einen Punkt eingehen, der bedauerlicherweise entweder überhört oder mißverstanden worden ist. Ich habe nicht über die Ätiologie des Herpes zoster im allgemeinen gesprochen, ich habe auch nicht den geringsten Versuch unternommen zur Frage der Pathogenese des Herpes zoster Stellung zu nehmen, schon aus dem einfachen Grund, weil mir keinerlei Untersuchungsmaterial für diese Frage zur Verfügung gestanden war, und ich habe schließlich auch kein Wort über die Frage der Entstehung des symptomatischen Herpes zoster erwähnt. Hingegen habe ich in Form einer vorläufigen Mitteilung über mikroskopische und experimentelle Untersuchungsergebnisse von 4 Fällen von idiopathischem Herpes zoster gesprochen, wobei ich auch hier der Frage ihrer Pathogenese aus dem Wege gegangen bin, da mir darüber heute gar kein Urteil zusteht. Daß ich eine Deutung der „Zosterkörperchen“ auf Grund vergleichender Untersuchungen mit der Ausbildung von Kerneinschlüssen bei Variola und Paravaccine und auf Grund der experimentellen Untersuchungen an der Kaninchencornea vorgenommen habe, mußte sich notwendigerweise aus meinen vieljährigen Studien über Chlamydozoen ergeben, und diese Deutung beruht daher auf Tatsachen und nicht auf Hypothesen. Schließlich werden nur eingehende mikroskopische und experimentelle Nachprüfungen, selbstverständlich unter genauer Benutzung der von mir angewandten Methodik, imstande sein, ein einwandfreies Urteil über die Ihnen heute demonstrierten Befunde und auseinandergesetzten Ansichten zu gestatten.

Sitzung vom 14. Oktober 1920.

Vorsitzender: Riehl.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor:

1. Einen Fall von Tuberculosis miliaris mucosae oris fast der ganzen Mundschleimhaut, die bläulich weiß, stellenweise verdickt und von zahlreichen Einsenkungen durchzogen ist. Der unteren Zahnreihe entsprechend sieht man beiderseits eine wulstige Vorwölbung der Schleimhaut, die zahlreiche Einkerbungen aufweist. Über die ganze Schleimhaut verteilt, finden sich überaus zahlreiche stecknadelkopfgroße, grauweiße, ziemlich derbe Knötchen, dazwischen bis hellerstückgroße Substanzverluste, deren Rand unterminiert und seicht ist. Keine besonderen Drüsenschwellungen. Pirquet negativ.

Arzt: Der demonstrierte Fall befand sich im Sommer 1920 an der Klinik Riehl und wurde von mir damals auch in der Dermatologischen Gesellschaft demonstriert. Die von uns vorgenommene histologische Untersuchung (Pro-

jektion), ergibt eine tuberkuloide Struktur und innerhalb von Riesenzellen Tuberkelbacillen.

2. Einen Fall von Pigmentsyphilis nach ausgedehntem Quecksilberexanthem.

Die 20jährige Patientin wurde im Dezember vorigen Jahres mit hypertrophischen Papeln und makulösem Exanthem auf die Abteilung aufgenommen und bekam nach den ersten Hg-Injektionen ein ganz besonders schweres Quecksilberexanthem. Nach Abklingen dieses Exanthems kam es in den ursprünglichenluetischen Efflorescenzen zur Bildung von ausgedehnten Pigmentierungen, und Patientin bot im März ungefähr dasselbe Bild, das sie heute zeigt: Am Stamm, weniger an den oberen Extremitäten, zahlreiche bis kronenstückgroße, dunkelbraun gefärbte Efflorescenzen, die teils konfluieren, teils in Ringen angeordnet sind und auf Glasdruck nicht verschwinden. Schleimhäute frei.

Oppenheim demonstriert:

1. Den Fall von Sarkoid, der in der letzten Sitzung vor den Ferien demonstriert wurde. Unter Natrium-Kakodylic-Injektionen, Neosalvarsanbehandlung und Quarzlichtbestrahlung sind die Tumoren der Nasenspitze, an den Ohr läppchen bis auf blauviolette Verfärbung und geringe Schwellung geschwunden. Ebenso bildeten sich die Infiltrate an der Stirne und am Stamme zurück, während an den Extremitäten und hier und da am Stamme noch die charakteristischen Infiltrationen sichtbar und fühlbar sind.

Alle Untersuchungen bezüglich tuberkulöser Ätiologie waren negativ. Pirquetreaktion, Stichreaktion, diagnostische Tuberkulinreaktion verliefen negativ. Die Impfung von 5 Meerschweinchen mit einem Stück eines frisch exzidierten Knotens heute nach 3 Monaten negativ. Die Untersuchung von Serienschnitten auf Tuberkelbacillen negativ. Dies alles spricht doch gegen die tuberkulöse Ätiologie der Affektion.

Ebenso spricht dagegen der zweite Fall, den Oppenheim demonstriert.

2. Eine 33jährige Frau mit Knoten und Strangbildung nach Morphiuminjektionen. (Pseudosarkoid.) Die Patientin kam wegen Exanthema maculosum und Primäraffekt auf meine Abteilung. Vorne, besonders auf der Haut der rechten Mamma, aber auch links, auf der Haut des Epigastriums, zahlreiche bläulichrote, zumeist längliche Form zeigende etwa 3—7 mm breite Wülste und Knoten, die an manchen Stellen als netzförmige Stränge erscheinen. Die Knoten erreichen Haselnußgröße. Die Konsistenz der Tumoren ist sehr derb, der Druck nicht schmerzhaft, die Oberfläche nicht verändert. Manche der Efflorescenzen sind ein wenig heller gerötet und etwas flacher. Vereinzelt finden sie sich auf der Bauchhaut und auf der Haut der Extremitäten. Die Patientin war bis vor zwei Jahren Morphinistin und gibt an, dort, wo sie die Injektionen gemacht habe, seien allmählich die Tumoren entstanden. Dieser Fall reiht sich meinen übrigen bereits publizierten Fällen an, wo im Anschluß an Injektionen — es waren Eisen-Arsen-Injektionen, Quecksilber-Salicyl-Injektionen, Morphiuminjektionen — Tumoren auftraten, die das klinische Bild des Sarkoids boten — es ist in diesem Falle auch deutlich — und histologisch ebenfalls dem Befunde beim Sarkoid glichen. Auch in diesem Falle dürfte das histologische Bild das gleiche sein.

Arzt: Mein Chef Hofrat Riehl hat vor Jahren in der Gesellschaft der Ärzte die histologischen Präparate eines Falles gezeigt, welche typische Fremdkörperveränderungen erkennen ließen, die im Anschluß an die Injektion eines Entfettungsmittels (Leptynol) aufgetreten waren.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen 40jährigen Patienten, dessen Erkrankung seit 3 Monaten besteht. Es finden sich über Stamm und Extremitäten verstreut über 40 erbsen- bis wallnußgroße Tumoren von sehr derber Konsistenz; die größten sind mit der darunterliegenden Muskulatur verwachsen. Die Haut über den genannten Tumoren, die zum Teil blauviolett durch dieselbe durchscheinen, ist normal, bei den größeren am Tumor adhärent, bei einigen durchziehen kleine Gefäße die Haut über der größten Prominenz der Tumoren. Interner Befund, ebenso Röntgenbefund völlig normal. Harn wird auf Melanin untersucht. Blutbefund: Erythrocyten 6 000 000, Sahli 96, Farbeindex 0,73. Leukocyten 10 000, davon 65,75% neutrophile polynucleäre, 22,5% Lymphocyten, 7,5% Monocyten, 4,25% Eosinophile. Blutplättchen mäßig reichlich, Gerinnungsfähigkeit normal. Starke Gewichtsabnahme des Patienten in den letzten Wochen. Diagnose: Multiple maligne Hauttumoren (wahrscheinlich Melanosarkome).

Das histologische Bild (Demonstration) zeigt in der Cutis und Subcutis zu Lappen angeordnetes, an der Peripherie stärker, weniger im Zentrum der Geschwulst pigmentiertes Tumorgewebe von ausgesprochen infiltrativem Wachstum, alveolärem Bau und großem Gefäßreichtum, über dessen mesodermalen Ursprung noch keine Klarheit besteht.

2. Eine Patientin, die angeblich erst seit 6 Monaten eine nicht juckende Dermatoze zeigt. Es finden sich hauptsächlich am Stamme aber auch an den Extremitäten zahlreiche gelblichbräunliche, mohnkorn- bis fast erbsengroße papulöse Efflorescenzen. Starker Dermographismus betrifft auch die genannten papulösen pigmentierten Formen. Das Krankheitsbild gehört vielleicht in die Gruppe der Urticaria pigmentosa (Urticaria perstans cum pigmentatione?).

Das histologische Bild (Projektion) zeigt starkes Ödem des Papillarkörpers bei unveränderter Epidermis und ein sich vorwiegend um die Gefäße lokalisierendes, dichtes aus mononucleären Leukocyten bestehendes unspezifisches Infiltrat, in dem die zahlreichen Mastzellen auffallen.

Porias stellt einen Fall von ausgedehnten Ulcera tuberculosa der Zunge bei einem hereditär belasteten Patienten vor. — Der rasch fortschreitende Prozeß besteht seit März dieses Jahres, ein derzeit stationärer Lungenprozeß seit 1917. — Die feinwarzigen, leicht blutenden, von zugeschärften, unterminierten Rändern begrenzten und sehr schmerzhaften Geschwüre entstehen durch den rapiden Zerfall randständiger, grauer, miliärer Knötchen. — Patient hat vor mehreren Tagen auf der Tuberkuloseabteilung (Gerber) eine Injektion mit einer schwachen Ampulle des Friedmannschen Kaltblüter-tuberkulins bekommen. Darauf durch einige Tage remittierendes Fieber um 37,8°, am Lungenherd keine Reaktion, der Zungenprozeß zeigt seither vielleicht etwas hellere Rötung, aber keine sichere Veränderung. — Ernährungszustand gut.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Eine 26jährige Patientin mit einem makulös-papulösen Exanthem. Wassermann positiv. Wir finden an der linken Mamilla derzeit eine gulden-große Sklerose mit positivem Spirochätennachweis. Die Infektion ist auf Grund eines postscabiösen Mamillaekzems zustande gekommen.

2. Eine 46jährige Patientin mit einer Dermatitis atrophicans. Die Patientin steht seit 4 Jahren in der Menopause. Die jetzige Erkrankung begann vor 2 Jahren. Man findet über beiden Patellen und von da abwärts längs des Ligamentum patellae die Haut teigig geschwollen, bläulich rot ver-

färbt, an ihrer oberen Fläche bereits Zeichen von Atrophie in Form von zigarettenpapierähnlicher Fältelung. Die Haut der distalen Partie des linken Handrückens und der 4 Finger ist sklerodermieähnlich geschrumpft, von ihrer Unterlage nur schlecht abhebbar und wachsgelb gefärbt, an den Fingern leicht bräunlich pigmentiert. Im Bereich dieses Herdes finden wir einige ektasierte Gefäße. Über dem Herd ist eine groß-lamellöse Schuppung aufgetreten. Die Finger der Hand sind durch diesen Prozeß dorsal flektiert, und es ist der Patientin unmöglich, eine Faust zu machen.

Oppenheim: Diese sklerodermieähnlichen Veränderungen, denen wir bei idiopathischer Hautatrophie so oft begegnen, sind von mir unter die drei Endausgänge der Dermatitis atrophicans gerechnet worden. Diese drei Ausgänge sind: Fettbildung ex vacuo und Säckchenbildung bei der Atrophia maculosa, Fibromentwicklung in knotiger Form, besonders an Ellbogen und Kniegelenk bei idiopathischer Hautatrophie und die diffuse Verhärtung, wie in dem vorgestellten Falle. In allen Fällen ist der Wegfall der Elastika schuld, daß das Bindegewebe teils atrophiert, teils hypertrophiert, teils sich verdickt.

Die histologischen Veränderungen dieses scleroderumähnlichen Endstadiums sind ganz anders wie bei der Sklerodermie. Bei dieser Hautverdickung fehlen die elastischen Fasern und die Bindegewebsbündel zeigen Degenerationszeichen trotz ihrer Dicke, unter anderem auch die Collacineaktion, wie sie von Unna beschrieben wurde.

Um Mißverständnissen zu begegnen, möchte ich nur bemerken, daß ich unter Endausgang natürlich nicht meine, daß aus den sklerodermieähnlichen Partien nichts mehr werden kann, daß damit der atrophisierende Prozeß sein Ende erreicht hat. Ich will nur festgestellt wissen, daß die Pseudosklerodermie sich aus der Atrophie entwickelt, daß ihr das atrophische Stadium vorausgeht.

Fuhs stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 26jährigen Glasbläser mit einer Flußsäureverätzung beider Hände, des Halses, Gesichtes und des behaarten Kopfes. An zahlreichen Stellen weist die Haut daselbst scheiben- und streifenförmige scharf begrenzte unregelmäßige, teils oberflächliche, teils tiefergehende Schorfe von schmutzig gelbgrüner Farbe auf, die von einem mehr oder minder intensiven reaktiven Entzündungshof umgeben sind.

2. Einen 30jährigen Patienten mit Keratoma hereditarium palmare.
(Der Fall wird ausführlich publiziert.)

Rusch demonstriert einen Mann mit seit 6 Jahren bestehender, nahezu universell verbreiteter Dermatoze. Am behaarten Kopf, im Gesicht und im Nacken ist der Prozeß mit Hinterlassung variolaartiger Narben geheilt. Am Stamm und an den Extremitäten ausgedehnte Narbenbildungen, die bald an solche nach exulcerierten Gummen, bald an Skrophulodermanarben erinnern. An deren Randpartien angrenzend, aber auch inmitten gesunder Haut sitzen frische Efflorescenzen in Form erbsengroßer, cutan sitzender, dunkelroter Knoten, isoliert oder zu mehreren aggregiert, im Zentrum erweichend; aus den siebförmig durchbrechenden Perforationsöffnungen entleert sich rahmiger Eiter, in dem Staphylokokken, aber keine anderen Bakterien, keine Hefepilze und dgl. nachweisbar sind. Als weitere Entwicklungsstadien finden sich Herde mit papillär-warziger Oberfläche, die zu den oben geschilderten, vielfach gestrickten Narbenbildungen tendieren. Eine sichere Beziehung zu dem Follikelapparat fehlt, wie auch jede Comedonenbildung bei dem robusten, im übrigen vollständig gesunden Mann ohne irgendwelche Zeichen von Tuberkulose oder Lues (Pirquet, subcutane Tuberkulininjektion, WaR., Sachs-Georgi, Röntgendurchleuchtung negativ, keine Drüsenschwellungen). Histologisch zeigt sich

ein in den oberen Hautschichten sitzendes, an Epitheloid- und Riesenzellen reiches, an Plasmazellen armes Granulationsgewebe, das keine Knötchenbildung zeigt und keine regelmäßige Lagebeziehung zu den Follikeln aufweist. Der Fall, der mit der *Acne conglobata* gewisse Ähnlichkeiten aufweist, wird zur Diagnose gestellt.

Sachs: Vor 2 Jahren habe ich in dieser Gesellschaft einen analogen Fall vorgestellt. Nach dem klinischen Bilde würde das Krankheitsbild am ehesten dem einer *Acne conglobata* (Lang) entsprechen. Auffallend sind die Narben an beiden Ellenbogen und *ad nates*, welche an solche nach Tuberkuliden erinnern. Das Auftreten von papillären Wucherungen bei Abscessen nach perforierten Knoten erklärt sich ungezwungen aus den experimentellen Untersuchungen von Wacker und Schminke, sowie aus eigenen Versuchen mit subcutanen Injektionen von fettigen und öligen Substanzen in die innere Ohrfläche von Kaninchen.

Kren: Die Bilder der *Acne cachecticorum*, der *Acne conglobata* und des papulonecrotischen Tuberkulides werden immer mehr konfundiert. Gerade der demonstrierte Fall aber ist einer, der für die Verschiedenartigkeit der Erkrankungen spricht. Wir hören, daß an dem Patienten eine Tbc. auch in den leichtesten Formen nicht nachweisbar ist, auch kachektisch ist er gewiß nicht; er ist selten kräftig und bestens genährt. Die Erscheinungen, die an seiner Haut bestehen, entsprechen dem Bilde der *Acne conglobata*. Es sind dies jene Fälle, die mit meist aggregierten Entzündungen des Follikeltalgdrüsenapparates beginnen, oft ziemlich große, matsche, blaurote Infiltrate und schlappe Abscesse bilden, die gelegentlich ohne besondere Schmerzen durchbrechen und größere Substanzverluste erzeugen, die matsche unterminierte Ränder aufweisen und einem Skrophuloderm oft sehr ähnlich sehen. Diese Erkrankung befällt meist kräftige, junge Leute, besonders junge Männer, und kann in einzelnen Herden von kurzer Dauer sein, oder durch Multiplizität und Chronizität — das ist das Häufigere — besonders lästig werden. Die Narben, die aus diesem Krankheitsbilde entstehen, sind meist groß und sehr entstellend.

Ein anderes Bild gibt die *Acne cachecticorum*, die Kren von dem vorgestellten Falle trennen will. Die *Acne cachecticorum* ist eine disseminierte Follikulitis, die besonders an den Extremitäten, aber auch über den Stamm zerstreut auftritt, an den unteren Extremitäten häufig hämorrhagisch wird und meist nur kleine Entzündungsherde erzeugt.

Die Träger dieses Krankheitsbildes sind stets kachektisch, meistens tuberkulös oder auch sonst körperlich herabgekommene Individuen.

Mit diesen beiden durch akute Entzündungen entstandenen Affektionen, die durch immerwährend neue Nachschübe chronisch werden können, hat das papulonecrotische Tuberkuloid nichts zu tun; es ist klinisch anders gekennzeichnet und gar histologisch differenziert von den anderen beiden Entzündungen.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

Einen 17jährigen jungen Mann, der vor allem an den Streckseiten der Hand, neben Narben einzelne Blasen zeigt. Ganz geringe Grade gleichsinniger Veränderungen finden sich auch an den Streckseiten der Füße; dabei ist die Nagelplatte mehrerer Finger mißbildet, an einzelnen mächtig verdickt. Das Gesicht und die Ohren sind vollkommen frei von Erscheinungen. Da man vor allem an eine Sensibilisationserscheinung dachte, wurde eine Untersuchung des Harnes auf Porphyrin vorgenommen, aber mit negativem Ergebnis. Die Untersuchung des Stuhles und ebenso die eines entfernten Nagels steht noch aus. Wenn auch der bisher negative Befund von Porphyrin im Harn gegen die zuerst angenommene Diagnose *Hydroa* spricht, so ist darin doch kein absolut ablehnender Beweis enthalten, und muß der Fall bezüglich seiner Diagnose vorläufig noch offen gelassen werden.

Sitzung vom 28. Oktober 1920.

Vorsitzender: Kren.

Schriftführer: Kumer.

Sachs demonstriert:

1. Einen 32jährigen Patienten mit einem im Sulcus coronarius penis gelegenen Carcinom. Dieses entwickelte sich auf Basis von syphilitischen Papeln. Die Krankheitsdauer der Syphilis beträgt $2\frac{1}{2}$ Jahre. Patient wurde mit 22 halben Hg salicyl.-Injektionen und 2,7 g Neosalvarsan behandelt. Wassermann negativ. Die histologische Untersuchung eines excidierten Stückchens ergab ein verhornendes Plattenepithelcarcinom. Auffallend ist das jugendliche Alter des Patienten.

2. Einen 50jährigen Patienten mit einem dem Krankheitsbilde der Livedo racemosa (Ehrmann) ähnlichen Befunde. Auf der Außenfläche des rechten Oberschenkels, weniger auf der Innenfläche des linken Oberschenkels findet sich im Anschluß an die deutlich ausgeprägte Livedo marmorata ein gleichfalls maschenartig angeordnetes, nur intensiv pigmentiertes Netz. Die Haut über der ganzen Partie erscheint schon makroskopisch leicht atrophisch. Während die Umgebung in der Kälte deutlich die Erscheinung der Cutis anserina zeigt, vermißt man dieses Phänomen in dem pigmentierten Maschenwerk. Patient klagt seit sechs Monaten über Schmerzen im rechten Bein, so daß das Gehen ihm unmöglich wird, der rechte Fuß fühlt sich kalt an, der Puls der A. dorsalis pedis ist nicht zu fühlen, während der linke Fuß sich warm anfühlt und deutliche Pulsation der Fußbrückenarterie erkennen läßt. Wassermann negativ. Patient ist Potator. Es handelt sich wahrscheinlich um eine mit Arteriosklerose in Zusammenhang stehende Veränderung der Haut. Die histologische Untersuchung eines aus dem pigmentierten Maschenwerk excidierten Hautstückchens ergab, entsprechend dem klinischen Bilde eine beginnende Atrophie der befallenen Hautpartie. Entsprechend den depigmentierten Stellen fehlt das Pigment vollständig, während konform den pigmentierten Teilen die Pigmentierung in der Basalmembran eine intensive, aber diskontinuierliche ist; in der Cutis findet sich vereinzelt ein grobkörniges Pigment. Das Bindegewebe ist schollig, die elastischen Fasern sind quantitativ nicht verändert, qualitativ an einzelnen Stellen geschrumpft und kolbig angeschwollen. Talg- und Schweißdrüsen atrophisch. Blutgefäße, sowohl Arterien als auch Venen, zeigen an den kleineren und auch größeren Ästen keine Veränderung, sind aber an einzelnen Stellen von einem geringfügigen Infiltrat umgeben.

Mucha demonstriert zwei Fälle von Salvarsanerythem.

Im ersten Falle traten die Veränderungen nach Silbersalvarsan auf, und zwar nach der sechsten Injektion bei einer Gesamtmenge von 1,55 g Silbersalvarsan.

Der Verlauf des Erythems war insofern ungewöhnlich, als es in zwei Schüben auftrat. Der erste Schub begann mit fleckförmigen Erythemen an den Streckseiten der Extremitäten und verbreitete sich allmählich über das Gesicht und den ganzen Körper und war insbesondere von heftigen Schmerzen in den Handtellern und Fußsohlen begleitet.

Nach sechstägigem Bestande war allenthalben ein Abblassen des Erythems zu beobachten. Am neunten Tage trat ein zweiter Schub auf, der sich wieder über die ganze Körperoberfläche ausbreitete und von schwerer allgemeiner Exsudation begleitet war. Trotzdem auch die Kopfhaut intensiv mitbefallen war, kam es nicht zu vollständigem Haarausfalle. — Fast vier Mo-

nate nach der letzten Silbersalvarsaninjektion erhielt die Patientin eine Injektion von 0,15 g Neosalvarsan, worauf sofort wieder ein universelles Erythem auftrat, dessen Reste noch heute sichtbar sind.

Bei der zweiten Patientin traten nach der fünften Neosalvarsaninjektion (Gesamtdosis 2,95 g Neosalvarsan) an den Streckflächen der Extremitäten kleine juckende Knötchen auf, die im weiteren Verlaufe durch Konfluenz und Apposition zu Veränderungen vom Aussehen eines trockenen, desquamativen Ekzems führten und deren Reste auch noch jetzt konstatierbar sind.

Ehrmann: Über Acne conglobata (nicht eingelangt).

Lipschütz: Herr Prof. Ehrmann hat den von Primarius Rusch in der letzten Sitzung demonstrierten Fall als „Acne conglobata“ angeführt. Um späteren Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich aufmerksam machen, daß Rusch seinen Fall nicht mit der Diagnose Acne conglobata, sondern als Casus sui generis, als Fall zur Diagnose vorgestellt hat. Im Falle Rusch fehlen auch die in Gruppen angeordneten Comedonen, die bei der Acne conglobata, wie dies aus den Untersuchungen von Lang und Spitzer und auch aus den jetzigen Mitteilungen Ehrmanns hervorgeht, niemals vermißt werden.

Volk: ist der Meinung, daß die Acne conglobata nichts mit Tuberkulose zu tun hat; bei vorhandener oder hinzutretender (innerer) Tuberkulose kann es auch zur spezifischen Infektion einzelner Efflorescenzen kommen, welche dann ein tuberkulöses Aussehen haben und auch exulcerieren können. Macht man in einem solchen Falle die probatorische Tuberkulininjektion, so kann man sehen, daß die spezifisch veränderten Efflorescenzen reagieren, während die übrigen absolut reaktionslos bleiben.

M. Oppenheim demonstriert:

1. Eine 21jährige Frau mit einem Erythema figuratum et annulare diutinum, welches Schwierigkeiten der Diagnose bietet.

An der Haut des Stammes, symmetrisch, um die Axillen, die Lenden- und Inguinalgegend und in den Weichen, bei völligem Freibleiben der Extremitäten und des mittleren Anteile des Stammes sieht man stecknadelkopfbis überlinsengroße, lebhaft rote Papeln, die sich zu Kreuzergröße verbreitern, im Zentrum einen blauen Farbenton annehmen. Durch peripheres Weiterwachsen und durch Konfluenz von Kreisen entstehen girlanden- und arabeskenförmige Figuren, deren Ränder hellrot, kleinpapulös, deren Zentrum gelblich oder bläulich gefärbt ist. Keine Schuppung, keine Kruste. Kein Bläschen. Die Affektion begann vor sechs Wochen (Patientin gibt eine leichte Magenstörung an), juckt in der Nacht ziemlich heftig. Die Schleimhäute sind frei.

In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen wohl nur Eccema seborrhoicum, Trichophytia superficialis, Lues und Erythema figuratum in Frage. Der Mangel jeglicher Schuppung, die hellrote Farbe, das Fehlen einer Infiltration, die Wegdrückbarkeit der Flecke entscheiden zugunsten des Erythems. Am auffallendsten ist wohl die Symmetrie. Ursächlich könnte an die Ernährung gedacht werden.

Kren fragt, ob nicht auch die Dermatitis herpetiformis (Duhring) differentialdiagnostisch in Betracht gezogen worden ist. Es gibt Abortivformen dieser Erkrankung, die bloß gyriert gestellte, exsudative Knötchen bildet, und nur gelegentlich einmal ein Bläschen.

Oppenheim: Wohl haben wir bei der Diagnose auch Dermatitis herpetiformis Duhring in Betracht gezogen. Allein das Fehlen jeglicher vesiculärer Efflorescenz und das Freibleiben der Extremitäten veranlaßten uns, diese Diagnose abzulehnen.

2. Einen 22jährigen Mann mit Sklerosenrezidiv in situ oder mit Reinfectio luetica. Die Anamnese des Falles ergibt folgendes: Vor zehn Jahren luetische Infektion, die mit 25 Altsalvarsaninjektionen noch intramuskulär, Quecksilber und Jod behandelt wurde. Vor zwei Jahren Papeln am After, die mit zehn Quecksilberinjektionen und Neosalvarsaninjektionen behandelt wurden. Vor drei Wochen kam Patient mit einem Ulcus an der Innenseite des Präputiums auf meine Abteilung, das den Eindruck eines aphthösen Geschwüres machte. Es war scharf begrenzt, schüsselförmig vertieft, grauweiß belegt, von schmalem, lebhaft rotem Saume umgeben, ohne Induration. An Lues wurde nicht gedacht, Drüsenschwellungen fehlten. Die Diagnose war Ulcus aphthosum. Das Ulcus heilte unter Jodoform in ein paar Tagen. Nun entwickelte sich an Stelle der Ulcusnarbe, die anfangs ganz weich war, eine plattenförmige, sehr derbe Induration, die heute Kreuzergröße erreicht hat. Gleichzeitig begannen die Lymphdrüsen zu verhärten und anzuschwellen; die Inguinaldrüsen sind heute beiderseits als haselnußgroße indolente Bubonen zu erkennen. Die Seroreaktion war zweimal negativ.

Das ursprüngliche Ulcus und die jetzt tast- und sichtbare sehr deutliche Induration sitzen an derselben Stelle wie der Primäraffekt vor zehn Jahren. Spirochätenuntersuchung wurde nicht gemacht.

Es steht also die Frage: Reinduration oder Reinfektion? Wäre keine sichere Lues vorausgegangen, so wäre die Diagnose frischer Primäraffekt unzweifelhaft. Wenn wir berücksichtigen, daß die Induration an der Stelle der Sklerose vor zehn Jahren sitzt, daß vor zwei Jahren ein Syphilisrezidiv war, so glaube ich doch eher Reinduration annehmen zu dürfen.

Müller schließt sich der Deutung Oppenheims an. Im einzelnen Fall kann man oft nicht entscheiden, ob es sich um eine echte Reinfektion oder um eine Sclerosis ex residuo handelt. Solche Pseudoreinfektionen ahmen oft völlig das Bild einer echten Reinfektion nach: Zunehmende Drüsenschwellung, allmählich steigender Wassermann, schließlich Exanthem vom Typus des Erstlingsexanthems. Im einzelnen Fall wäre man also sicher geneigt, von echter Reinfektion zu sprechen und doch muß man annehmen, daß die meisten solcher Fälle aus zurückgebliebenen Spirochäten an Stelle der Sklerose oder in deren Lymphbereich entstanden sind. Zu diesem Schlusse kommt man durch Resultate der Statistik. Denn wäre dem nicht so, könnte man nicht verstehen, warum durchschnittlich nach weniger intensiv behandelten Sklerosen häufiger der Symptomenkomplex einer Reinfektion auftritt als nach besonders energisch behandelten. Ferner wäre auch nicht zu verstehen, warum sich diese Bilder im ersten Jahre nach der Infektion viel häufiger finden als später. Biologisch genommen scheint ja zwischen echter Reinfektion und einer Sclerosis ex residuo keine Differenz zu bestehen. In beiden Fällen handelt es sich um einen Spirochäteninsult gegen einen gesunden Organismus. Hier und da können doch gewisse Differenzen bei genauer Beobachtung das Urteil zugunsten einer Pseudoreinfektion verschieben. Dies ist z. B. der Fall, wenn das Exanthem sich auffällig spät zeigt oder nicht völlig den Charakter eines Erstlingsexanthems trägt. Auch in dem vorliegenden Fall dürften sich bei weiterer Beobachtung sichere Anhaltspunkte dafür finden lassen, daß es sich um keine echte Reinfektion handelt. Fälle, die häufig rezidiert haben, zeigen nach meinen Erfahrungen kaum jemals echte Reinfektion.

Ullmann: An dem Patienten ergibt die Inspektion und Beobachtung wenigstens linkerseits eine auffallende derbe Drüsenschwellung, wie solche bei frischen Sklerosen und bei Mischinfektionen gefunden wird. Die in solchen Fällen nun schon so oft auch in dieser Gesellschaft diskutierte Frage Reinfektion oder Reinduration kann hier wie in vielen ähnlichen Fällen meines Erachtens nicht entschieden werden. Jedenfalls gehen Reindurationen viel

seltener mit solchen Drüenschwellungen einher als Reinfektionen. Der weitere Verlauf, auch wenn nicht Salvarsanbehandlung einsetzt, entscheidet auch nicht immer mit Sicherheit, da er in beiden Fällen durch die besonderen Immunitätsverhältnisse gegenüber dem normalen Verlauf der Lues I modifiziert, gemildert zu werden pflegt. Auch positiver Spirochätenbefund in der Sklerose und der negative Blutbefund könnte nicht entscheiden, auch nicht beide Befunde zusammen. Jedenfalls ist es auffallend, warum denn einfache mechanische, traumatische Schädlichkeiten so selten, fast niemals, der Coitus impurus dagegen so häufig Reindurationen bewirken soll und wo doch auch Gelegenheit zur Infektion vorhanden war. Ich glaube, ja ich bin dessen sicher, nach den eigenen Erfahrungen wie nach den in der Literatur niedergelegten, daß beiderlei Vorkommnisse Reinduration und Reinfektion recht häufig vorkommen, ohne daß sie aber mit absoluter Bestimmtheit sicher gestellt werden können.

Wohl aber glaube ich, daß aus ihren sehr ähnlichen klinischen Merkmalen eine weitere Klarstellung durch Drüsenpunktion oder Exstirpation zur Spirochätenuntersuchung mehr beweisen könnte, und zwar insofern als positiver reichlicher Spirochätenbefund in solchem Drüsensaft oder Drüsengewebe weit eher für Reinfektion als für Reinduration spräche, hingegen negativer Spirochätenbefund für sympathische (Toxinreizung) banaler Natur, also für Reinduration. Es gilt dies z. B. für diesen speziellen Fall, besonders aber wenn viele solche Fälle hintereinander punktiert würden, könnte diese oft diskutierte Frage allmählich geklärt werden.

Arzt: Das Besondere des demonstrierten Falls scheint mir darin zu liegen, daß am Orte der seinerzeit bestandenen Sklerose sich zuerst ein völlig banales Ulcus entwickelte. Kerl und ich haben schon vor längerer Zeit solche Fälle beobachtet, wobei die banale Ulceration, ohne daß es zu allgemein lueticischen Symptomen kam, sich restlos zurückbildete.

Oppenheim: Das Bemerkenswerteste in diesem Falle ist die Beobachtung, daß ein banales Ulcus (aphthöses Geschwür) instande war, an der Stelle der Sklerose vor 10 Jahren ein Neuaufflammen der Spirochätentätigkeit hervorzurufen und die Reinduration mit konsekutiver Drüenschwellung zu veranlassen, also gewissermaßen eine Provokation von inaktivem Virus.

In diesem Falle mit Sicherheit die Entwicklung zwischen Reinduration und Reinfectio zu treffen, ist schwer. Auch weiß ich momentan keinen Weg, der zum Ziele führen könnte. Vielleicht könnte eine provokatorische Salvarsaninjektion, die nachträgliche positive Seroreaktion ergibt, zugunsten der Diagnose Reinfectio ausfallen. Ich werde den Fall natürlich beobachten und darüber noch berichten, denn er erscheint mir sehr wichtig.

Lipschütz demonstriert ein 5jähriges, anämisches Mädchen mit einer ausgedehnten Eruption eines Lichen nitidus. Über beiden Spinae scapulae, über dem Stamme, oberhalb des linken Handgelenkes und in beiden Kniekehlen findet man in Gruppen von Kronen- bis Flachhandgröße angeordnete, höchstens stecknadelkopfgroße Knötchen, die sich von der Farbe der normalen Haut nur wenig durch ihren rötlich-weißlichen Farbenton abheben. Sie sind polygonal scharf begrenzt, haben plane Oberfläche und deutlichen Glanz, namentlich bei schrägem Lichteinfall. Sieht man von den in Gruppen angeordneten Knötchen ab, so findet man in der Interescapulargegend eine außerordentlich reichliche Aussaat ganz ähnlicher sehr diskreter Efflorescenzen in diffuser Anordnung. Die mikroskopische Untersuchung hat das typische Bild des Lichen nitidus (Pinkus) ergeben (Demonstration).

Lipschütz weist darauf hin, daß er im letzten Wintersemester, angeregt durch Beobachtungen von Primarius Rusch, ein Kind mit Lichen scrophulosorum vorzustellen Gelegenheit hatte, bei dem neben typisch aussehenden Efflorescenzen der Affektion auch ausgesprochen plane Efflorescenzen des Lichen scrophulosorum zu sehen waren. Lipschütz hat schon

seinerzeit auf die Beschreibung derartiger planer Knötchen des Lichen scrophulosorum von französischen Autoren (Darier) aufmerksam gemacht. Im Falle Lewandowskys wurden nacheinander Lichen nitidus und Lichen scrophulosorum angetroffen. Nachdem die als Lichen nitidus beschriebene Affektion mit großer Wahrscheinlichkeit eine klinisch eigenartige Variante des Tuberkulids darstellt, vertritt Lipschütz die Ansicht, daß man bei genauer Untersuchung der Kranken alle möglichen Übergangsformen von typischen Knötchen des Lichen scrophulosorum zu solchen von planer Beschaffenheit und schließlich zu den des Lichen nitidus wird nachweisen können.

Kren hält den Fall auch für einen Lichen nitidus und glaubt, daß das Krankheitsbild häufiger ist als man nach den Fällen der Literatur anzunehmen berechtigt erscheint. Weiterhin macht Kren auf die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes insofern aufmerksam, als man scheinbar Übergänge von Lichen scrophulosorum zum Lichen nitidus einerseits und Übergänge von Lichen nitidus zu papulösen Tuberkuliden andererseits beobachten kann. Daraus ergibt sich auch eine Richtlinie für die Ätiologie, die auch durch therapeutisch vorgenommene Tuberkulininjektion gekennzeichnet wird; man sieht oft durch Tuberkulin einen überraschend schnell eintretenden Effekt.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann vor:

1. Einen 24jährigen Patienten, der weder auf der Kopfhaut, noch unter den Axillen oder über dem Brustbein irgendeine Behaarung zeigt, es fehlen auch die Augenbrauen und Cilien, ebenso jeder Bartwuchs, nur wenige Lanugohaare am Mons sind vorhanden. Die Anamnese ergibt, daß Patient im Jahre 1915 durch eine Granate verschüttet wurde; 14 Tage später trat dieser fast totale Haarschwund auf, der binnen 14 Tagen sich entwickelte. Die Papillen sind völlig atrophisch. Fischl hat bereits im Jahre 1916 einen gleichen Fall in der Wiener medizinischen Wochenschrift publiziert. Es handelt sich um eine Alopecia totalis nach psychischem Trauma. Auffällig ist die ziemlich hochgradige Hodenatrophie.

2. Einen Fall von Lichen ruber planus, der besonders schön entwickelte Lichenknötchen an der Wangenschleimhaut sowie strichförmig entwickelte verruköse Licheneffloreszenzen in der rechten Kniekehle und Gemmenformen an der Glans penis zeigt. Der übrige Körper ist völlig frei von der Dermatoze.

Brünauer stellt aus der Abteilung Ehrmann einen 24jährigen Studenten mit Angiokeratoma Mibelli vor; an den distalen Anteilen der Extremitäten deutliche Anzeichen von Akroasphyxie, an den Streckseiten der Hände zahlreiche Effloreszenzen, deren kleinste sich als flohstichartige, blaurote Stippchen repräsentieren, die sich auf Druck anämisieren lassen und ziemlich flach sind, das Niveau der Haut nicht überragen; die größeren zeigen in ihrem blauroten Zentrum eine konische Erhebung, die größten Effloreszenzen erreichen bis etwa Linsengröße und zeigen um so deutlicher Hyperkeratose und Warzenbildung, je älter sie sind; die größten erscheinen als deutlich warzige Gebilde von blauroter Farbe. Was die Ätiologie anlangt, so ist zunächst das Angiokeratoma corporis naeviforme (Fabry), das nävogenen Ursprungs sein dürfte, vom Angiokeratoma acroasphycticum abzutrennen; bezüglich des letzteren nehmen die einen Autoren (Escande, Mibelli, Scheurer u. a.) eine kongenitale Gefäßdebilität an, während andere, wie Leredde und Haury, Pautrier, Ehrmann u. a., auf das häufige Zusammentreffen mit tuberkulösen Erkrankungen hinweisen. Die Röntgenuntersuchung des vorgestellten Patienten ergab keinerlei Veränderungen am Gefäß- und Respirationsapparat,

die Sputumuntersuchung war negativ, wohl aber fiel die Mororeaktion positiv aus und die Familienanamnese ergab, daß die Mutter des Patienten an einem Fungus des rechten Kniegelenks leidet. Histologische Präparate von einer ganz jungen Efflorescenz lassen ein deutlich verbreitetes Stratum granulosum mit 3—4 Zellreihen erkennen; die Gefäße des Stratum reticulare der Cutis sind aneurysmatisch erweitert, ebenso auch die papillären Gefäße, die an den Enden kolbig aufgetrieben und rankenförmig erscheinen und ein erweitertes Lumen mit platten Endothelien erkennen lassen.

Volk verweist auf den in der dermatologischen Gesellschaft von ihm vorgestellten Fall, bei dem angiokeratomähnliche Efflorescenzen an den Zehen eines Patienten als zum Lupus erythematosus gehörig erkannt wurden.

A. Seidl stellt aus der Ambulanz Perutz einen Fall von Initialsklerose am harten Gaumen vor. Der Patient hat außerdem eine Palatoschisis. Indolente Drüsenschwellung am Sternocleidomastoideus. Am Stamm beginnendes Exanthem. Spirochätenbefund positiv Wassermannreaktion positiv. Von den an sich häufigeren Primäraffektionen der Mundhöhle ist der harte Gaumen nach Gerber nur sehr selten Sitz der Initialsklerose.

Kyrle (Klinik Finger) demonstriert einen Cancer en cuirasse.

Arzt: An unsere Klinik kam vor wenigen Tagen ein ganz ähnlicher Fall von Cancer en cuirasse, allerdings weniger intensiv ausgeprägt, zur Beobachtung. Die histologische Untersuchung — die Präparate werden projiziert — zeigt Carcinomzellen, teils einzeln, teils in Nestern über alle Schichten der Haut zerstreut.

Straßberg demonstriert aus der Klinik Finger bei einer Patientin, die er bereits zweimal im Frühjahr 1920 mit einer Lichen-spinulosus-ähnlichen Affektion am Körper und circumscripiter narbiger Alopecie am Kopfe hier vorgestellt hat, den Endausgang der Dermatoe. Der Prozeß am Körper ist mit Restitutio ad integrum abgeheilt und am Kopfe zum Stillstand gekommen.

Kerl (Klinik Riehl) demonstriert einen 35jährigen Mann, der im Mai 1920 wegen einer Sklerose einer Abortivbehandlung unterzogen wurde. Zu dieser Zeit war die Wassermannreaktion schwach positiv, die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit ergab ein negatives Resultat. Er erhielt sechs Neosalvarsan neben einer vollständigen Quecksilberkur. Die Wassermannreaktion, die bald nach der ersten Abnahme einen negativen Ausfall zeigte, blieb weiterhin negativ. Nunmehr kommt Patient Mitte Oktober neuerlich zur Aufnahme mit einem ausgebreiteten luetischen Rezidivexanthem, vereinzelter psoriasiformen Papeln, Papeln der Hohlhände, der Fußsohlen, sowie der Mundschleimhaut. Die Wassermannreaktion ist nunmehr positiv, ebenso ergab die Liquoruntersuchung positives Resultat. Pandy +++ , Nonne + , Nissl 0,15⁰/₁₀₀ , Lymphocyten 70¹/₃ . Es hat in diesem Falle die Abortivkur versagt.

Kyrle bezeichnet die Mitteilung Kerls für sehr bemerkenswert, da es sich hier allem Anscheine nach tatsächlich um eine mißlungene Abortivkur bei primärer Frühsyphilis handelt. Solche Vorkommnisse zählen gewiß zu den allergrößten Seltenheiten. Kyrle hat an dem großen Material der Fingerschen Klinik bisher keinen derartigen Fall beobachten können, und er warnt daher aus der vorliegenden Beobachtung irgendwie weitergehende Schlußfolgerungen bezüglich Versagens der abortiven Behandlung zu ziehen. Auf Grund der allgemeinen Erfahrung muß man daran festhalten, daß es bei Wassermann-negativen Sklerosen, die während der Behandlung serologisch entsprechend kontrolliert, stets negative Serumreaktion gezeigt haben, gelingt mit einer energisch durchgeführten Salvarsankur dauernde Heilung zu erzielen. An dieser Regel ver-

mögen auch diese seltenen Fälle, wie sie durch den vorliegenden charakterisiert sind, nichts zu ändern. Im allgemeinen sind Mitteilungen über mißlungene Abortivkuren bei primärer Syphilis mit größter Skepsis zu beurteilen; vielfach zeigt sich, daß Fälle, die als Zeugen für derartiges Versagen der Therapie benutzt werden, doch nicht so eingehend serologisch geprüft wurden, wie es gefordert werden muß. Die Möglichkeit, die Syphilis im frühen Primärstadium abortiv zur Heilung zu bringen, zählt Kyrle zu dem gesicherten Bestand der modernen Luestherapie.

Volk schließt sich der Ansicht Kyrles an, daß wir die Einleitung der Abortivbehandlung der Syphilis und ihre Erfolge als wesentlichen Fortschritt in der Therapie anzusehen und zu bewahren haben. — Zu warnen jedoch ist vor der Überschätzung der WaR. bei unseren therapeutischen Maßnahmen, insbesondere auch für die Prognose der abortiv behandelten Fälle. Die Ansicht Wassermanns, daß eine sichere Prognose je nach Ausfall der WaR. bei Beginn der Abortivbehandlung gestellt werden könne, ist nicht zu akzeptieren, denn die Serumreaktion wird nach verschieden langer Zeit positiv. Es ist allerdings richtig, daß die Aussichten auf ein Gelingen der Abortivbehandlung um so mehr schwinden, je später nach der Infektion sie einsetzt, aber man kann ein Versagen bei negativer WaR. sehen, ebenso wie sie noch gelingen kann bei schon positiver WaR. In jedem Falle ist meiner Ansicht nach die Abortivbehandlung zu versuchen, niemals begnüge ich mich jedoch mit einer Kur, sondern mache mindestens drei kombinierte Hg-Neosalvarsankuren und behalte den Patienten durch 2—3 Jahre in Beobachtung.

Ullmann: Ich stehe so wie die beiden Herren Kyrle und Volk auf dem Standpunkt, daß einzelne mißlungene Abortivbehandlungen nicht gegen die Richtigkeit des Prinzipes verwertet werden dürften. Die ungeheuer große Zahl der Fälle, die mehrere oder auch nur ein einziges Mal energisch kombiniert mit Hg und Salvarsan behandelt wurden, nach Jahr und Tag wieder untersucht, ohne Kuren dazwischen erhalten zu haben, erweist sich völlig als symptomfrei, auch im Blute und Liquor negativ. Das wird wohl heute nirgends in der ganzen Welt mehr bezweifelt. Gewiß ist es aber nötig, die Kur auch bei noch frühzeitigem und seronegativem Stadium ein- bis zweimal zu wiederholen, besonders wenn die so oft zurückbleibenden derben Drüsenreste zum Schwinden gelangen sollen, ja selbst die Exstirpation solcher Reste scheint mir durchaus rationell. Auf dieses klinische Moment muß ebensoviel Wert gelegt werden als auf den noch negativen Ausfall der WaR. vor der Abortivkur. Wenn beispielsweise Delbancos das Eintreten der seropositiven WaR.-Phase, welches er durch Provokation mit Salvarsan oft schon in der 5. und 6. Woche, mitunter sogar noch etwas früher als positiv festgestellt hat, bereits als den Beginn der „biologischen“ Sekundärperiode bezeichnet, so glaube ich, muß man für die Praxis, nicht nur auf den Ausfall der Blutproben, nicht einmal auf das Alter der Infektion allein Wert legen, sondern auch auf das klinische Verhalten des Falles. Sitz der Sklerose, Vorhandensein und Ausbildung der regionären Drüsenpakete. Als erste Etappen voll virulenter Spirochäten sind diese derb sklerosierten Primärherde dem Salvarsan und anderen Heilstoffen gegenüber weniger zugänglich als die noch frischen blut- und gefäßreichen Herde in den inneren Organen. Das häufige Mißlingen der Abortivkur bei noch ganz frischen, aber doch schon seropositiven Kranken liegt meines Erachtens in der mangelhaften Rückbildung der noch unvollständig behandelten primären Etappen, welche durch eine zu wenig lang fortgesetzte erste Kur oder durch zu schwache Dosierung der Salvarsanpräparate hervorgerufen ist. Daraus folgt, daß den oft zurückbleibenden Primärherden klinisch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte und auch hier kein schematisches Vorgehen am Platze ist.

Oppenheim: Ich möchte vor allem gegen den Ausdruck Abortivkur Stellung nehmen. Da nach der allgemeinen Ansicht der Primäraffekt der Ausdruck der Syphilisinfection ist, mithin ein Organismus mit Primäraffekt

als syphilitischer zu betrachten ist, so wäre es besser von Frühheilung oder -behandlung als von Abortivbehandlung zu sprechen.

Was die Frühheilung als solche betrifft, so schließe ich mich ganz den Ausführungen Kyrles und Volks an. Fälle wie die Meirowskyschen in der Münchner med. Wochenschr. sind geeignet, das Publikum und die Ärzte kopfschütteln zu machen und die einzige wirklich große Errungenschaft der neuen Syphilisforschung in Frage zu stellen. Zu dem Zwecke müssen wohl anders beobachtete und beweisendere Fälle publiziert werden als die wenigen, nicht sehr genau beschriebenen Fälle.

Kerl (Schlußwort): Der Ausdruck Abortivkur scheint auch uns nicht treffend gewählt. Er bringt vor allem nicht zum Ausdruck, ob die Kur vor der Propagation und Ausbreitung der Spirochäten im Organismus eingeleitet wurde oder ob eine solche bereits erfolgt ist und nur die Wassermannreaktion noch negativ ist. Die Prognose bezüglich des Gelingens wird aber in den genannten Fällen wesentlich verschieden sein. In einem Zeitpunkt, in dem es noch nicht zu einer Fixation der Spirochäten im Gewebe nach Ausschwemmung durch die Blut- und Lymphbahn gekommen ist, wird die Aussicht des Gelingens die größte sein. Leider besitzen wir keine Untersuchungsmethode und keine klinischen Merkmale, die uns über diesen so wichtigen Zeitpunkt orientieren könnten. Die Wassermannreaktion ist hierzu sicherlich nicht verwertbar, da sie auch nach Propagation und Fixation des Virus weit entfernt von der Eintrittsstelle noch eine unbestimmte Zeit negativ ausfällt. Über die Zeit des Positivwerdens der Wassermannreaktion schwanken die Angaben sehr und ist sie, wie Zimmermann in der Dermatologischen Zeitschrift ausführt, wesentlich vom Sitze der Sklerose abhängig.

Unser Fall wurde durchaus nicht demonstriert, um die Abortivkur als unnötig hinzustellen, sondern wir möchten nur darauf hinweisen, daß die Prognose bezüglich des Gelingens nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen ist, da der für uns wichtige Zeitpunkt nicht festsetzbar ist. Wir begnügen uns daher auch nicht bei der Abortivkur mit einer Kur, sondern leiten unbedingt noch nach Wochen eine zweite, ebenso energische Kur ein.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

Eine 50jährige Frau mit einer chronischen Paronychie. Dies ist der 14. Fall der gleichen Erkrankung, die wir im Verlaufe eines Jahres an der Klinik beobachten konnten. Die Erkrankung bei dieser Patientin dauert jetzt $2\frac{1}{2}$ Jahre. Ergriffen ist der rechte IV. und der linke I., III., IV., V. Finger. Wir finden eine bedeutende polsterartige entzündliche Schwellung der Nagelwülste in ihrer gesamten Circumferenz. Der Nagelfalz ist leicht klaffend und wie die Patientin erzählt, läßt sich aus ihm ab und zu eine kleine Menge eitrigere Flüssigkeit auspressen. Die Nagelplatten sind rau, schmutzig verfärbt, an der Oberfläche mit Riffen und Rillen bedeckt, in ihrem Breitendurchmesser etwas stärker gekrümmt, die seitlichen Partien von der Unterlage ab und zu etwas abgehoben. Diese Form der Paronychie verhält sich therapeutischen Maßnahmen gegenüber äußerst hartnäckig.

2. Einen 28jährigen Patienten, der in der linken Lendengegend einen typischen Herpes Zoster zeigt. Diese Erkrankung trat während der Durchführung einer Salvarsanbehandlung auf, und zwar erhielt der Patient 15 Dosen Neosalvarsan.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

Einen 26jährigen Bauhilfsarbeiter, der die Klinik vor wenigen Tagen aufsuchte. Bei dem Patienten finden sich im Bereiche der linken Hohlhand mächtige Schwielen, beträchtlich über das Hautniveau prominierend, die von tiefen Rissen besonders an den Gelenken durchzogen erscheinen. Die Röntgenuntersuchung der Hand ergab das Fehlen der Endphalange des linken

kleinen Fingers und eine oberflächliche Absorption der Endphalange des 3. Fingers. Der Nervenbefund, durch Dr. Dimitz der Klinik Wagner aufgenommen, lieferte eine ausgesprochene dissoziierte Empfindungslähmung im Bereiche der linken oberen Extremität. Im Bereiche der rechten Extremität sind Störungen der thermischen Empfindung nachweisbar. Äußerlich besteht auch in der rechten Hohlhand eine geringe Schwielenbildung. Die von uns gestellte Diagnose, daß es sich bei dem Prozeß der linken Hand um eine trophoneurotische Störung handle, wurde durch die Diagnose, welche Syringomyelie ergab, bestätigt.

Im Anschluß an den Fall demonstriert Arzt noch die Moulage eines ähnlichen vor Jahren an der Klinik beobachteten Falles.

Sitzung vom 11. November 1920.

Vorsitzender: Riehl.

Schriftführer: Kumer.

J. Kawamura (Tokio) als Gast:

Ganz kurz will ich über Hautuntersuchungen berichten, welche ich im elektropathologischen Museum des Institutes für gerichtliche Medizin in Wien ausgeführt habe. Als Arzt der Mitsui Mining Co. Ltd. in Japan habe ich seit Jahren Gelegenheit, viele elektrische Unfälle zu sehen.

Die Wertung der klinischen Symptome und die Begutachtung des Todes durch Elektrizität ist oftmals eine sehr schwierige. Ich entschloß mich deshalb, nach Wien zu fahren, um hier unter Leitung von Professor Jellinek elektropathologische Studien zu betreiben. Ein Teil dieser Arbeiten war der Untersuchung der „spezifisch elektrischen Hautveränderungen“ gewidmet. Es wurden mir geeignete Hautstücke zur Verfügung gestellt, welche teils von Leichen, teils von Kranken herrührten. Ich habe sie nach den bekannten Methoden präpariert und gefärbt. Beim Mikroskopieren fanden wir ganz eigenartige strukturelle Verhältnisse der Epidermis und Cutis; sie ließen sich mit keinem der bekannten Bilder der Hautpathologie vergleichen. Herr Hofrat Professor Riehl wurde deshalb gebeten, sein Gutachten abzugeben. Die von Professor Riehl gegebene Beschreibung und meine Auffassung werde ich in Virchows Archiv publizieren. Die Hautstücke, die ich zur Untersuchung bekommen habe, hatten makroskopisch eine solche Beschaffenheit, wie es auf diesem Bilde zu sehen ist (Demonstration eines Gouachebildes). Es ist eine Naturaufnahme von „spezifisch elektrischen Hautveränderungen“ oder sog. „Strommarken“ typischer Beschaffenheit. Es sind die Hände eines 26jährigen Mannes, der durch Berührung von 600 Volt Gleichstrom am 4. Juli 1920 verunglückte. Der Mann blieb am Leben und wurde auch von mir untersucht.

Jellinek (als Gast): Ich habe seit jeher in meinen Veröffentlichungen — das letzte Mal in einem Originalaufsatz der Wien. klin. Wochenschr. Nr. 45. 1918 (Die Eigenart der elektrischen Verletzung und ihre ärztliche Wertung) — auf die große Bedeutung der durch Elektrizität verursachten Hautveränderungen hingewiesen, welche ich, um nicht zu präjudizieren, zuerst als „spezifisch elektrische Hautveränderungen“ und schließlich der Einfachheit halber als „Strommarken“ bezeichnet habe. Ich habe immer betont, daß diese Hautveränderungen mit Brandwunden nichts gemein haben, daß sie sich klinisch und pathologisch-anatomisch von Verbrennungen durchaus unterscheiden, daß sie in dieser Beziehung und auch ätiologisch eine Sonderstellung in der Pathologie einnehmen. Merkwürdigerweise wurde bisher — außer von Miere-met, Prosektor der Universität Groningen in der Tijdschr. v. Geneesk. 1917 —

von niemandem über histologische Untersuchungen dieser Hautveränderungen berichtet. Auch Miereemet spricht trotz allem von „eigenartigen Hautverbrennungen“. Mein erster Gedanke war nun Dr. Kawamura mit der Untersuchung dieser Hautveränderungen zu betrauen und es wurden ihm Hautstücke, welche ich bei Obduktionen gemeinsam mit meinem Chef Professor Haberdä auswählte, zum Präparieren und zur Untersuchung übergeben. Gleich bei der ersten mikroskopischen Untersuchung fiel das Ungewöhnliche und nicht leicht zu deutende Bild auf, weshalb wir Riehl um sein Gutachten baten. Gleich beim ersten Blick hat Riehl das Wesentliche und Neurartige des Befundes entdeckt und nicht nur in prägnanten Worten die Umwandlungsformen geschildert, sondern auch durch plastische Terminologie den Entstehungsvorgang angedeutet. Riehl riet mir zu versuchen, durch das Tierexperiment ähnliche Hautveränderungen zu erzeugen. Nach mühevollen Untersuchungen, welche ich zusammen mit Kawamura ausgeführt habe, gelang es, an der unbehaarten Sohlenhaut der Pfote junger Meerschweinchen Strommarken zu erzeugen, wie sie ähnlich beim Menschen vorkommen. Die auf der Klinik Riehl ausgeführten histologischen Untersuchungen zeigten, daß diese tierexperimentellen Strommarken eine ähnliche Struktur aufweisen wie die von Menschen. Auch durch diese experimentellen Untersuchungen wurde bewiesen, daß die Strommarken keine Verbrennungen sind, sondern durch eine derartige Eigenart ausgezeichnet sind, daß sie als pathognostisch für Elektrizitätswirkung angesprochen werden können. Da nach der Auffassung von Riehl in den zu Fäden ausgezogenen Retezellen, welche parallel angeordnet sind, vielleicht auch die Stromrichtung zu erkennen ist, so haben diese Feststellungen nicht bloß Bedeutung für die Pathologie, sondern auch für die Aufgaben der Elektrophysik. Mit Untersuchungen nach dieser Richtung, welche von Riehl angeregt wurden, bin ich derzeit beschäftigt und werde darüber später ausführlich berichten.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch auf ein Symptom der Strommarken aufmerksam machen, welches ich in den letzten 2 Jahren wahrgenommen, aber bisher noch nicht veröffentlicht habe und welches wiederholt auch von Haberdä untersucht wurde. Manche Strommarken sind so schwach oder so undeutlich entwickelt, daß man entweder nicht weiß, ob eine Veränderung der Haut überhaupt vorhanden ist oder ob es sich um eine alte Hautveränderung, vielleicht eine Narbe nach irgendeiner Verletzung handelt. Untersucht man nun eine derartig verdächtige Stelle mit der Lupe (10fache Vergrößerung), so findet man, daß die Papillarinien dieser Region undeutlich und verwaschen sind, die Linienführung streicht auch nicht parallel und kontrastiert mit der scharfen Linienführung der normalen Umgebung. Außer diesem Undeutlichwerden und Verzogensein der Papillarinien sind auch die Schweißdrüsenmündungen unscharf. Beim zarten Betasten fühlt sich die Stelle steifer an als die Umgebung. Ich hatte Gelegenheit, dieses allererste Stadium der Strommarken, man könnte es vielleicht ein daktyloskopisch feststellbares Symptom nennen, sowohl an Leichen als auch bei Überlebenden festzustellen. Eine mikroskopische Untersuchung einer solchen Hautstelle wurde bisher nicht durchgeführt. Vielleicht ist die Abflachung der Papillen und das Verschwinden des normalen elastischen Fasergeflechtes in den von uns untersuchten Präparaten, welche Riehl demonstrieren wird, auch die Ursache des Undeutlichwerdens der Papillarinien.

Riehl: Unter den Fällen von elektrischer Verletzung mit deutlicher Strommarke befindet sich einer, der für die Entscheidung der Frage, ob diese lokalen Veränderungen durch den elektrischen Strom selbst, oder durch Wärmewirkung hervorgerufen werden, besonders geeignet war. Er betraf einen Mann, der nach Berührung einer Lichtleitung tot zu Boden fiel. Da bei diesem Vorfalle kein Lichtbogen aufgetreten war und der Tod sofort eingetreten ist, sind die Wirkungen hoher Temperatur und die gewöhnlich später eintretenden reaktiven Veränderungen der Hautgewebe von vorn herein ausgeschlossen. Die bei diesem Falle erhobenen Befunde sind also höchst wahrscheinlich als reine Wirkungen des elektrischen Stromes auf die lebende Haut anzusehen.

Der Befund zeigte drei wesentliche Veränderungen: Die Hornschicht im Bereiche der Strommarke erschien auf die Hälfte der Höhe der umgebenden Hornschicht zusammengepreßt „zusammengesintert“, die einzelnen Zellen im Schnitt nicht mehr zu erkennen. Keine Verkohlung der Oberfläche. Unter der so veränderten Decke findet sich ein Hohlraum, der nur an wenigen Stellen mit Detritus versehen, sonst leer erscheint. Er ist entstanden durch Lückenbildung in der Epidermis und zwar hauptsächlich in den oberen Anteilen des Stratum spinosum. Der ganze Raum ist nicht einkämmrig, sondern offenbar durch Konfluenz kleiner Hohlräume zustande gekommen, lateralwärts sind solche kleinere Hohlräume durch Septa voneinander getrennt zu finden. Das Stratum lucidum und granulosum wird zum Teile durch diese Spaltbildung zerrissen, zum größten Teile aber ist es noch an der Unterfläche der Hornschicht festhaftend. Die Basis dieser Gasblase wird durch Reste des Stratum spinosum in der Basalschicht gebildet. Die Zellen dieser beiden Schichten sind in auffälliger Weise deformiert und erscheinen zu langen zylindrischen oder fädigen Gebilden ausgezogen, die in Büscheln besenförmig aneinanderliegen, was namentlich an den interpapillären Retemassen schon bei schwacher Vergrößerung auffällig ist. Auch die Füßchen der Basalzellen sind verlängert und zwischen ihnen kleine Hohlräume aufgetreten, so daß bei schwacher Vergrößerung der Eindruck einer Basalmembran hervorgerufen wird. Die Färbbarkeit der Retezellen ist dabei unverändert geblieben, sowohl die stäbchenförmig ausgezogenen Kerne, als das Protoplasma nehmen die gewöhnlichen Färbungen in normaler Weise an. In der Papillarschicht ist das Geflecht der Bindegewebsfasern scheinbar unverändert, auch das elastische Netz ist erhalten und färbbar, mit Ausnahme seiner Anteile in den oberen Partien der Papillen. In letzteren fallen zahlreiche unregelmäßig gestellte, Kernfärbung annehmende Gebilde auf (zertrümmerte Bindegewebskerne?). Die Capillaren der Papillar- und der Subpapillarschicht sind blutleer, ihre Wände aneinanderliegend. In den tieferen Schichten der Cutis und Subcutis keine wesentlichen Veränderungen.

Derselbe Befund, jedoch mit Entzündungserscheinungen verschiedenen Grades kombiniert, findet sich auch bei Strommarken die nach 3, 4 Tagen oder später den Verletzten entnommen sind. Die erwähnten Versuche, an der Sohle von Meerschweinchen Strommarken zu erzeugen, haben in 2 Fällen positive Resultate ergeben und der histologische Befund ist dem am Menschen erhobenen in den wesentlichen Punkten gleich. Der Vortragende nimmt an, daß die Kompression und Zusammensinterung der Hornschichte direkter Effekt des elektrischen Stromes sei, da die Hornschicht als eminent schlechter Elektrizitätsleiter erheblichen Widerstand leistet. Die darunterliegenden weichen Schichten der Epidermis scheinen teils durch mechanische Kraft zertrümmert, teils durch Gasbildung auf elektrolytischem Wege auseinandergetrieben zu werden, worauf die Spaltbildung zu beziehen ist. Die merkwürdigste Veränderung ist die gefundene Formveränderung der Retezellen, die auf mechanische Einwirkung des elektrischen Stromes (Elektronenwirkung) zurückgeführt werden könnte.

Sachs demonstriert:

1. Eine 42jährige Frau mit einem auf die linke untere Thorax- und Bauchhälfte, sowie beide Nates lokalisierten Erythema migrans chronicum. Die befallene Hautpartie ist leicht gelblichbraun gefärbt, der Rand wallartig erhaben und von rötlichgelbem Farbenton. Nach den Angaben der Patientin schiebt sich der Wall immer langsam vor, so daß die erkrankte Fläche immer größer wird. Patientin gibt an, daß sie vor zwei Monaten an dieser Stelle von Zecken gestochen wurde. Solche Fälle wurden bereits in dieser Gesellschaft demonstriert von Riehl und B. Lipschütz.

2. Einen 21jährigen Patienten mit hochgradig entwickelten Varices des rechten Unterschenkels und im Anschluß an diese entstanden auf der Außen-

fläche des Fußrückens zum Teil beetartige, zum Teil papulöse, hämorrhagisch verfärbte Efflorescenzen, welche zwischen den Zehen und auf den Zehen dieses Fußes einen verrucösen Charakter angenommen haben. Außerdem besteht ein Ödem des Fußrückens, der rechte Unterschenkel ist im Vergleich zum linken oberhalb der Malleolen um 2—3 cm stärker. Die röntgenologische Untersuchung ergab eine leichte, diffuse Atrophie der Vorderfußknochen. Die histologische Untersuchung einer excidierten papulösen und einer verrucösen Excreescenz zeigten als hervorstechendstes Merkmal eine schollige Veränderung des Bindegewebes, ebenso auch eine Destruktion der Elastica und zahlreiches, braungelblich gefärbtes Pigment, welches als Hämosiderin anzusprechen ist. In den verrucösen Excreescenzen besteht eine deutlich ausgesprochene Hyperkeratose und Akanthose mit beträchtlicher Verlängerung und Verbreiterung der Retezapfen und außerdem sieht man sowohl bei den verrucösen als auch bei den papulösen Efflorescenzen in der Tiefe der Cutis erweiterte Venenräume. Die Entwicklung solcher verrucöser Excreescenzen bei Varicen wurde schon von vielen Autoren, so namentlich von Nobl in seinem Werke über den varicösen Symptomenkomplex ausführlich beschrieben. Oberhalb des äußeren Malleolus mehrere Narben nach *Ulcers cruris*. Die Affektion dauert seit sieben Jahren und hindert den Patienten am Gehen.

Löwenfeld (Abteilung Nobl):

Ich erlaube mir, einen Fall von *Dermatitis atrophicans* vorzustellen. Die 52jährige Patientin zeigt an allen vier Extremitäten die zugehörigen Veränderungen, jedoch in sehr verschiedener Intensität. Während die Arme und das rechte Bein nur in mäßigem Grad atrophische Beschaffenheit der Hautdecke aufweisen, ist die Haut des linken Oberschenkels hochgradig verdünnt, zigarettenpapierähnlich, in feinsten Fältchen abhebbar. Am linken Unterschenkel ist die stark verdünnte Epidermis über dem fibrös verdickten subcutanen Bindegewebe straff gespannt, glatt, zeigt hier Pigmentverschiebung in Form wechselnder hyper- und depigmentierter Partien. Über der Tibia ein ca. kronenstückgroßes, atonisches Ulcus auf traumatischer Basis. Über der Patella finden sich derbe, knotige, fibröse Einlagerungen, wie solche von Oppenheim und von Nobl an Ellbogen und Knien beschrieben wurden.

M. Oppenheim demonstriert:

1. Einen 23jährigen Bäcker mit einseitiger Stomatitis et Tonsillitis ulcerosa mercurialis. Der blasse Patient, dessen linke Gesichtseite geschwollen ist, hat zehn Quecksilberinjektionen, und zwar Hg salicyl. (1 : 10) à $\frac{1}{2}$ ccm zweimal wöchentlich erhalten. Während nun die rechte Zahnreihe mit Zahnfleischpapillen und die Tonsille vollständig normal sind, sieht man die Papillen vom ersten unteren und oberen Schneidezahn links angefangen, geschwollen, bläulich verfärbt; der harte Gaumen dieser Seite zeigt Wulstungen. Hinter dem letzten unteren Molarzahn ein überkronengroßes belegtes Geschwür; ein ebensolches kleineres am weichen Gaumen links. Die linke Tonsille ist geschwollen, düsterrot und mit einem weißen, fettigen Belag bedeckt. Ein derartiger Fall von halbseitiger Stomatitis mercurialis ulcerosa ist meines Wissens noch nicht beobachtet worden. Die Ursache liegt wohl darin, daß links ein cariöser Molaris sich findet, während sonst sich die Zähne in tadellosem Zustande befinden. Dieser Fall ist ein sprechender Beweis dafür, daß die Stomatitis mercurialis nur unter Mitwirkung der Zähne zustande kommen kann. Säuglinge und zahnlöse alte Leute bekommen keine Stomatitis, auch Leute mit vollständig gesunden Zähnen nicht.

2. Den Fall der letzten Sitzung, bei dem es sich um die Frage Reinduration oder Reinfectio syphilitica gehandelt hat.

Vor einigen Tagen hat der Kranke ein großfleckiges, unregelmäßig zerstreutes Exanthem bekommen, das zweifellos syphilitischer Natur ist. Es hat den Charakter des ersten Exanthems. Zu gleicher Zeit verbreiterte und verhärtete sich die indurierte Stelle am Penis und zerfiel an der Oberfläche, so daß Substanzverlust entstand, der massenhaft Spirochäten im Dunkelfeld zeigte. Auch die Drüsen in inguine nahmen ein wenig an Härte und Größe zu; auch hatte Patient abendliche Kopfschmerzen. Alle diese Veränderungen sind deutlich bei dem Kranken zu sehen. Man würde darnach heute viel eher an eine Reinfektion denken, trotzdem vor zehn Jahren die erste Infektion war, zwanzig Altalsalvarsaninjektionen und genügend Quecksilberkuren gemacht wurden, vor zwei Jahren eine Rezidive angeblich als Papeln auftrat und die Induration an derselben Stelle sitzt, wie die erste Sklerose.

Man könnte aber den Fall auch anders deuten. Sowie ein allgemeines Exanthem auftreten kann als Rezidive sogar unter Prorruptionerscheinungen von einem inneren Spirochätenherd aus, der, wie wir annehmen, aus einer Lymphdrüse, aus Milz oder Leber, in die Blutbahn gelangt, so könnte man hier auch annehmen, daß der alte Spirochätenherd des ursprünglichen Primäraffektes, dessen Wiederverhärtung das Signal für Erwachen der Spirochäten ist, in die Lymphbahn einbricht, und eine neuerliche Überschwemmung des Organismus mit Spirochäten, wie bei der ersten Infektion, verursacht. Dann haben wir natürlich das Bild der Reinfektion, ohne daß dem Organismus fremde Spirochäten wieder einen Primäraffekt verursacht haben.

Müller: erkundigt sich bei *Oppenheim*, ob es sichergestellt ist, daß das vor 2 Jahren durchgemachte Rezidiv wirklich ein gewöhnliches sekundäres Rezidiv war. In diesem Fall läge hier wohl ein Unikum vor. Wahrscheinlicher ist es, daß dieluetische Erscheinung vor 2 Jahren schon eine Reinfectio oder sklerosiforme Rezidive war. Nach der ersten starken Kur von 24 Altalsalvarsaninjektionen wäre das nicht so sonderbar. Daß aber Patienten zu wiederholten echten oder falschen Reinfektionen neigen, ist mir bekannt und ich habe in meinen Arbeiten auch einige solche Fälle angeführt. Ich kann mich auch heute trotz des eingetretenen Exanthems zu dem Falle nicht anders stellen, als das letzte Mal, d. h. ich bin der Meinung, daß man in solchen Fällen fast niemals eine sichere Entscheidung treffen kann, ob es sich um echte Reinfectio oder um eine biologisch auf gleicher Stufe stehende Sclerosis ex residuo mit konsekutivem Exanthem handelt. Ich möchte nur noch einmal erwähnen, daß die statistischen Ergebnisse dafür zu sprechen scheinen, daß die große Mehrzahl dieser Fälle keine echten Reinfektionen sind. Schließlich beantragt *Müller* im Hinblick auf die Wichtigkeit des Gegenstandes und das besondere Interesse, das sich schon in der letzten Sitzung bei der Diskussion der Frage Reinfektion, sowie dem Kapitel abortive Behandlung der Syphilis überhaupt gezeigt hat, diese Themen in einer eigens dafür bestimmten Sitzung zu spezieller Diskussion zu bestimmen.

Oppenheim (Schlußwort): Ich glaube nicht, daß man bei dem Fall so ohne weiteres eine Entscheidung treffen kann; auch die Lumbalpunktion, die gemacht wurde, hat, da sie in jeder Beziehung negativ war, kein Licht gebracht. Das wichtigste an dem Falle erscheint uns der Umstand, daß ein aphthöses Ulcus, das am Sitze des ursprünglichen Primäraffektes ohne Induration auftrat, eine Reinduration provoziert hat, von der aus eine neuerliche Infektion des Körpers erfolgt ist. Ausschlaggebend für die Beurteilung des Falles als Sklerosenrezidiv in situ ist doch das örtliche Zusammentreffen der Reinduration mit dem ursprünglichen Primäraffekt.

L. Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

Ein 20jähriges Mädchen, das Mitte März 1918 mit Plaques an beiden Tonsillen und an den Mundwinkeln, breiten Kondylomen ad anum und Papeln an den Labien zur Spitalsaufnahme kam. Es handelte sich um eine sekundäre Syphilis mit positivem Blutbefund. Nach fünf Neosalvarsaninjektionen — in Summa 15 Dosierungen — wurde die Patientin mit inkomplett positivem Wassermann entlassen. Im Februar 1920 — nach fast zwei Jahren — war WaR. negativ. Ende Oktober dieses Jahres ergab eine Untersuchung an der Innenseite des linken kleinen Labiums ein belegtes, ca. hellerstückgroßes Geschwür und eine linksseitige inguinale, indolente Drüenschwellung. WaR. am 25. Oktober 1920 compl. Lyse, schwache Hemmung, am 4. November kompl. Hemmung. Im Geschwür mehrmals ziemlich reichlich Spirochätae pallidae. Eine Untersuchung des Liquors ergab negatives Resultat.

Zu dieser klinischen Krankengeschichte soll noch hinzugefügt werden, daß die Patientin ganz genau angibt, vor ihrer ersten Erkrankung im Jahre 1918 einige Male geschlechtlich verkehrt zu haben, daß seit dieser Zeit aber nur ein einziger Coitus stattfand, und zwar im Februar 1920. Die Beurteilung der 2½ Jahre nach der sicher syphilitischen Infektion auftretenden Veränderungen stößt auf bedeutende Schwierigkeiten, ganz besonders deshalb, da der Sitz des seinerzeitigen Primäraffektes unbekannt ist. Eine echte Reinfektion, obwohl dafür ja klinisch und insbesondere serologisch durch die Zunahme des Wassermanns manches spricht, müssen wir mit Rücksicht auf die ganz dezidierten Angaben der Patientin ablehnen, so daß wir die Affektion als Monorezidiv auffassen müssen.

In Analogie mit einem von Müller mitgeteilten Fall erscheint es mir am zweckmäßigsten, an eine Infectio ex residuo oder eine Autoinfektion mit dem eigenen Spirochätenstamm im Sinne Hells zu sprechen.

Brandweiner demonstriert eine 46jährige Frau, die von der internen Abteilung wegen Aorteninsuffizienz mit der Frage zugewiesen wurde, obluetische Veränderungen nachweisbar sind. Es finden sich bei ihr außerhalb der linken Scapula eine im Unterhautgewebe lokalisierte, etwa nußgroße Derbheit, in deren Zentrum die leicht bräunlich verfärbte Haut fest haftet (ein Durchbruch hat angeblich nicht stattgefunden), eine Osteoperiostitis des oberen Sternalendes, die auch auf das sternale Ende der rechten Clavicula übergreift und in beiden M. sternocleidomastoidei annähernd symmetrisch nahe ihren unteren Ansätzen je eine etwa kirschgroße, derbe Infiltration, WaR. komplett positiv. Es handelt sich somit um ein subcutanes Gumma. Osteoperiostitis gummosa sterni et claviculae und Muskelgummen in beiden Sternocleidomastiodei, der häufigsten Lokalisation muskulärer Gummen. Die Affektion in den Muskeln besteht angeblich zwei Monate, die übrigen Manifestationen seit 2—3 Jahren. Die Lues der Patientin ist unbehandelt; die Anamnese ist bis auf einen Abortus vor 18 Jahren völlig negativ.

Finger stellt einen typischen Fall von Acne conglobata (Lang) vor und betont, daß es sich bei der Acne conglobata um die excessivsten Grade inveniler Acne handelt, die Diagnose Acne conglobata nur dann gestellt werden dürfe, wenn auch andere Erscheinungen juveniler Acne beim Patienten nachweisbar sind. Insbesondere könne das Vorhandensein von Comedonen eine Unterscheidung gegenüber den atypischen Fällen papulonekrotischer Tuberkulide geben.

Brünauer stellt aus der Abteilung Ehrmann einen Fall zur Diagnose vor; bei einem 74jährigen Gastwirt waren auf der Streckseite der

Hände inmitten einer marantischen akroasphyktischen Haut leicht juckende, bläulichrote, stecknadelkopf- bis hanfkorngroße Effloreszenzen aufgetreten, von welchen die einen glatt, leicht glänzend erscheinen, während die andern im Zentrum ein kleines, festhaftendes Schüppchen aufweisen. Am Körper zeigen sich keinerlei Veränderungen, Anhaltspunkte für Tuberkulose und Lues fehlen.

Im histologischen Bilde erscheint das Stratum corneum deutlich verbreitert; das Stratum granulosum ist ebenfalls verbreitert und zeigt 3—4 Reihen von Kernen, ist jedoch nicht überall vorhanden, sondern hört dort auf, wo sich ein knötchenförmiges Infiltrat aus der Cutis hinauf in die Epithelschicht schiebt. Im Bereiche dieses Infiltrates fehlt das Stratum granulosum vollständig, dagegen sind im Bereiche des Stratum corneum noch zahlreiche kernhaltige Zellen vorhanden. Die Grenze zwischen Rete Malpighi und Cutis ist vollständig verwischt, indem verlängerte Basalzellen sich zwischen das Infiltrat hineinschieben und Infiltratzellen im Bereich des Rete Malpighi sichtbar sind; vielfach besteht Neubildung von Gefäßen. Es besteht demnach ein subakuter, mit Bildung von Knötchen einhergehender Prozeß, wobei es neben den geschilderten, aus der Cutis in die Epithelschicht hineinwachsenden Rundzellenknötchen noch zu Para- und Hyperkeratose und Gefäßneubildung kommt.

Fuhs stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 25jährigen Patienten mit einem ausgebreiteten Erstlings-exanthem am Stamme, Extremitäten und dem Primäraffekt an der rechten Tonsille mit indolenter Drüsenschwellung in der Gegend des rechten Kieferwinkels.

2. Eine 72jährige Patientin, die unregelmäßig disseminiert, an Stamm und Extremitäten solitär und auch in Gruppen angeordnet, zahlreiche Bläschen von Hanfkorn- bis Linsengröße und darüber auf intensiv geröteter Basis aufweist. Daneben urticarielle Erythema in zumeist gyrierter Anordnung. Es handelt sich um eine Form des Pemphigus, welche als Dermatitis herpetiformis Duhring bezeichnet wird.

Kumer (Klinik Riehl) stellt einen Fall von Erythema exsudativum multiforme vor.

Sitzung vom 25. November 1920.

Vorsitzender: Sachs.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor:

1. Einen Perlmutterdrehsler mit Schwielenbildungen an beiden Händen.

2. Einen 7jährigen Knaben mit Lupus disseminatus et verrucosus.

M. Oppenheim demonstriert:

1. Einen 22jährigen Mann mit Pseudopelade (Brocq). Man sieht auf dem Scheitel kahle Stellen, die unregelmäßig konturiert und kleinfleckig auf der Scheitelhöhe zu einem etwa fünfkronenstückgroßen Herd konfluieren, gegen die Schädelcircumferenz hin jedoch immer spärlicher stehen. Die Haut dieser haarlosen Stellen ist glatt, glänzend, verdünnt, gespannt, weiß, ohne Spur von Follikelöffnungen und Entzündungserscheinungen. Patient führt den Beginn der Erkrankung auf einen Schlag auf den Schädel zurück.

2. Einen 35jährigen Schneider mit einer lichenoiden Hautaffektion der Handgelenke zur Diagnose. Auf der Beugeseite beider Handgelenke,

links mehr als rechts, findet man gleichgroße, dispers stehende, stecknadelkopfgroße, ein wenig abgeflachte und ein wenig glänzende, braune Knötchen, die ungefähr drei Finger breit das Handgelenk bedecken, sich aber auch auf die Handteller erstrecken und in der Mitte der Handteller einen konfluierenden, unregelmäßig begrenzten, punktierten Herd bilden. Kein Jucken, keine Narbe, keine Pigmentierung. Die Affektion soll jahrelang bestehen, ohne daß sie dem Patienten die geringsten Beschwerden gemacht hatte.

In bezug auf die Differentialdiagnose käme vor allem Lichen planus, Lichen nitidus und Lichen chronicus Vidal in Betracht; doch stimmt die Beschreibung mit keiner dieser Erkrankungen überein.

3. M. Oppenheim berichtet zu den in den zwei letzten Sitzungen von ihm demonstrierten Fälle von Reinduratio oder Reinfectio syphilitica, daß die Wassermannprobe trotz bestehendem reichlichen Exanthem ein negatives Resultat ergeben hat. Dieses Verhalten der Seroreaktion spricht mehr für die Annahme einer Reinduration, weil wir doch bei den ersten Exanthen fast in allen Fällen positive Reaktion finden, während bei Rezidivexanthen, und als solches wäre ja das Exanthem nach dem Auftreten des Sklerosenrezidivs in situ aufzufassen, die Seroreaktion lange nicht so konstant positiv ausfällt, wie uns vielleicht R. Müller bestätigen kann.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

Den schon in der letzten Sitzung als Infectio ex residuo oder Autoinfektion demonstrierten Fall. Das Mädchen hat in der Zwischenzeit ein deutliches Exanthem bekommen, das großfleckigen Charakter zeigte und als erstes Exanthem, wenn auch vielleicht geringgradige Abweichungen bestehen, bezeichnet werden muß. Nach Verabreichung von Neosalvarsan, Dosierung III, trat Temperaturanstieg auf 37,9, von Erbrechen begleitet, und eine lebhaftete Rötung der einzelnen, urticariell gewordenen Efflorescenzen auf. Durch dieses konsekutive Exanthem würde sich der Fall noch vielmehr den Forderungen Müllers, die er bezüglich einer Reinfektion stellt, anpassen. Trotzdem können wir uns nicht zur Diagnose Reinfektion entschließen, da nach der Anamnese der Patientin der letzte geschlechtliche Verkehr im Februar 1920 stattfand. Der Fall zeigt also unserer Meinung nach, daß unter gegebenen Umständen bei einem schon einmal luetisch infizierten und behandelten Individuum neuerlich eine Aufeinanderfolge aller klinischen Erscheinungen und biologischen Vorgänge, wie wir sie bei einer frischen Infektion kennen, erfolgen kann, wobei aber das ursächliche Moment nicht in einem Infekt mit einem zweiten Spirochätenstamm, sondern im ersten Pallidastamm zu suchen ist, der an einer bestimmten Stelle inaktiv zurückgeblieben ist.

Oppenheim: Ich möchte auf das etwas eigentümliche Exanthem des Falles Arzt hinweisen, welches großfleckig ist, etwas über dem Niveau der Haut erhoben und in den zentralen Anteilen der Flecke dunklere Knötchen aufweist. Auch das Exanthem meines Falles war nicht so wie ein gewöhnliches erstes maculöses Exanthem. Auch dieses war großfleckig, sehr hellroth und ein wenig eleviert, die Verteilung etwas unregelmäßiger über Stamm und Extremitäten. Ich würde also nach all dem meinen Fall als Sklerosenrezidiv in situ, provoziert durch ein banales Ulcus mit nachfolgender neuerlicher Propagation der Spirochäten im Organismus von dem alten Sklerosenherd aus betrachten.

Poláček demonstriert aus dem Ambulatorium Sachs:

1. Eine 26jährige Patientin mit einem syphilitischen Primäraffekt auf der linken Wange, submentaler Drüsenschwellung und einem Exanthema maculosum. Wassermann positiv.

2. Eine 54jährige Frau mit einer auf die linke untere Extremität lokalisierte idiopathische Hautatrophie. Krankheitsdauer vier Jahre.

Rusch demonstriert:

1. Eine 47jährige Frau, die in den Ellbogenbeugen und in der Tailienlinie bis handtellergröße Morpheaherde zeigt, deren Oberfläche zum Teil warzig, hyperkeratotisch ist und die über Hals, Rumpf und Schultern zahllose, dichtgedrängt stehende, durchschnittlich linsengroße, sehr oberflächlich sitzende, zarte Sklerodermieherde aufweist, die mitunter netzartig konfluieren. Dauer $1\frac{1}{2}$ Jahre, ohne Beschwerden.

2. Einen 30jährigen Mann mit typischer Langscher Folliculitis conglobata.

3. Einen jungen Mann mit Trichotillomanie. Ähnlichkeit mit dem Bilde einer Alopecia areata, indem die Haare in den Axillen vollständig fehlten, im Bereiche des rechten Scheitels ein handtellergroßer kahler Herd bestand. Melancholischer Habitus. Keine sensiblen Reizerscheinungen. Psychische Behandlung erfolgreich.

Planner und Müller stellen aus der Klinik Finger einen Fall von Gumma des Unterschenkels vor, der nach Injektionen mit Organluetin (Extrakt aus luetischen Lymphdrüsen) zur Vernarbung gekommen ist. Sie berichten gleichzeitig über das Ergebnis ihrer Untersuchungen über Reaktionen im Serum und Erkrankungsherde bei Tertiärluetischen nach Luetinbehandlung, die demnächst ausführlich veröffentlicht werden sollen. WaR. negative Tertiärfälle zeigen nach ein oder mehreren Intracutaninjektionen mit Organluetin Änderung des serologischen Verhaltens nach der positiven Seite (Reaktionsumschlag). Am Erkrankungsherd sind meistens deutliche Reaktionen objektiver und subjektiver Art wahrzunehmen. Bestehende Gummien zeigen prompt erhöhte Heilungstendenz. Auch Fälle von Keratitis scheinen manchmal zu reagieren. Über den Effekt bei Spätfällen von Gefäß- und Nervenlues liegen noch zu wenig Erfahrungen vor. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß dieses Verfahren zusammen mit Chemotherapie zu verbesserten Behandlungsergebnissen führen wird.

Arzt: Durch das lebenswürdige Entgegenkommen Planners verfügte auch unsere Klinik über Luetin. Die Ergebnisse der bisherigen Versuche, die bei uns allerdings nur in diagnostischer Hinsicht angestellt wurden, ergaben bei den Spätformen der Syphilis wirklich außerordentlich günstige Resultate. Ohne auf einzelne Fälle hier näher einzugehen, soll festgestellt werden, daß sich dieses Präparat als Diagnosticum in der tertiären Periode bei uns so bewährt hat, daß wir es nicht gerne entbehren möchten. Eine Anzahl von Kontrollversuchen mit einem amerikanischen Luetin des Laboratoriums Schieffelin und Comp. New York, das wir der Lebenswürdigkeit Rindsemas verdanken, hat ergeben, daß das Plannersche Präparat, das allerdings gewissen Schwankungen unterworfen ist, an Schnelligkeit der Reaktion dem letzteren tatsächlich bedeutend überlegen ist.

Stein demonstriert eine 28jährige Patientin, die schon seit zehn Jahren in Beobachtung der Klinik steht.

Die Patientin zeigt stets im Frühjahr und im Herbst Knötchen-eruptionen von serpiginöser Anordnung an den Streckseiten der Finger und an beiden Handrücken.

Die Efflorescenzen sind bis linsengroß, blaviolett, hart und anfangs an der Oberfläche glatt, später leicht eingesunken. Subjektive Beschwerden sind im Beginne der Eruption vorhanden (leichtes Jucken). Die Heilung der einzelnen Attacken erfolgt spontan im Laufe weniger Wochen.

Es handelt sich um ein relativ seltenes Krankheitsbild, ein *Granuloma anulare recidivans* (Radcliffe Crocker).

Nobl: Das in den klinischen Zügen scharf umgrenzte Bild des *Granuloma anulare* hat hier schon des öfteren Gegenstand der Besprechung gebildet. Im Jahre 1913 demonstrierte ich an den Handrücken eines jungen Mannes die charakteristischen keloiderben Bildungen, die der vorgestellten Eruption sich völlig gleich verhielten. Früher schon hatten Sachs und Volk Formen des von Crocker als *Erythema elevatum diutinum* bezeichneten Leidens vorgeführt. Aus der Klinik Riehl ist meines Erinnerns dann auch von Schramek ein Fall gezeigt worden. Zugehörige Beobachtungen haben Galewsky, Klausner u. a. beschrieben. Immerhin scheint das Krankheitsbild im Ausland gehäufiger aufzutreten. Am Londoner Kongreß 1913 wurden von Graham-Little u. a. ganze Serien solcher Ausbrüche vorgeführt. Histologisch entspricht den erhöhten Herden ein scharf umgrenztes, in der Subpapillarschicht sitzendes Infiltrat, das ebensowenig wie der klinische Verlauf Anhaltspunkte für die des öfteren betonte tuberkulöse Natur des Prozesses bietet. In dem von mir beobachteten Fall kam es zu spontaner Rückbildung der Herde ohne residuale Atrophie. Längere Zeit durchgeführte Arsenbehandlung vermochte die Rückbildung nicht zu unterstützen.

Sachs: Von dem Krankheitsbilde des *Granuloma anulare* habe ich vier Fälle beobachtet. Den ersten von diesen habe ich vor 10 Jahren in dieser Gesellschaft demonstriert und dann auf dem letzten Dermatologenkongreß in Wien. Das klinische Bild ist ein ziemlich charakteristisches. Liebreich hat in einem seiner Fälle eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Lichen ruber planus gefunden. Histologisch handelt es sich um ein uncharakteristisches, nicht spezifisches Granulationsgewebe, welches größtenteils dem Verlauf der Gefäße folgt. Die Affektion ist weiters ausgezeichnet durch ihre symmetrische Verteilung und heilt auch spontan ab und nicht gerade unter Arsentherapie.

Fischl stellt aus der Abteilung Ehrmann einen 61jährigen Patienten vor, dessen Hautaffektion sich seit sechs Monaten allmählich entwickelte. Die Haut der Zehen, des Fußrückens ebenso die Fußsohle des rechten Fußes ist blauviolett verfärbt und in Form flacher Tumoren vorgewölbt, von denen einzelne konfluieren. Die Tumoren sind wenig schmerzhaft. Dieselbe Affektion in geringerer Ausdehnung findet sich am linken Fuße. Auch auf den Händen finden sich wenig elevierte blauviolette Tumoren der oben beschriebenen Art in geringer Ausdehnung. Die linke Ohrmuschel zeigt zwei übererbsengroße, ziemlich konsistente blauviolette Tumoren.

Interner Befund normal. Blutbild: 76% polynucleäre Leukocyten, 21% Lymphocyten, 3% eosinophile Leukocyten, 1,4% Monocyten, 0,6% Mastzellen.

Diagnose: *Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi*. Histologischer Befund (Präparate werden demonstriert): Epithel nur wenig verändert, Epithelleisten durch den Druck des Tumors in der Cutis fast verstrichen. Viel melanotisches Pigment in der Basalzellschicht. Sowohl im Papillarkörper als auch in den tieferen Partien des Coriums sehr bedeutende Vermehrung der Blutgefäße, besonders der Capillaren. Hämorrhagien im Gewebe. Die Zellen, welche den Knoten zusammensetzen, sind spindelförmig, färben sich nach van Gieson leuchtendgelb. Es handelt sich also um eine Muskelgeschwulst (Sternberg), Hamarthom (Albrecht).

Porias demonstriert einen auf den ersten Blick sehr an Lues erinnernden Fall von sog. „glatter Zunge“ im Sinne Butlins mit Xerose, bei dem die Papillen zwar erhalten, jedoch ungemein flach sind und keine Verhornung zeigen. Der von der Mitte der Zunge gegen die Randpartien abklingende Prozeß dürfte nicht so sehr durch den Druck der Gaumenplatte, die Patientin seit

längerer Zeit trägt, als vielmehr durch eine Ernährungsstörung infolge der hochgradigen Anämie der an einem aktiven spezifischen Lungenprozeß leidenden Frau bedingt sein. Butlin betont das Vorkommen derartiger Zungenveränderungen bei alten oder herabgekommenen Leuten und bringt den Mangel der Verhornung und die Atrophie der Papillen mit dem Haarausfall nach fieberhaften und depascierenden Prozessen in Parallele.

Kerl (Klinik Riehl) demonstriert eine 39jährige Patientin mit ausgebreiteter *Urticaria pigmentosa*. Interessant ist der späte Beginn der Affektion (im 17. Lebensjahre). Das Leiden trat im Anschluß an eine Magen-Darmstörung auf und breitete sich allmählich über den gesamten Rumpf, Hals und beide Arme bis zum Handrücken aus. Besondere Bevorzugung der der Reibung ausgesetzten Stellen ist nicht nachweisbar. Auf mechanische Irritation gelingt es, an den braunen Flecken Quaddelbildung zu erzielen. Die subjektiven Beschwerden sind gering. Aus dem Blutbefund ist eine beträchtliche Vermehrung der Mastzellen hervorzuheben (4% Mastzellen). Histologisch handelt es sich um Mastzellenanhäufung in Form von Tumoren und Strängen.

Kumer (Klinik Riehl) stellt vor:

Einen Fall von ausgebreitetem *Herpes tonsurans corporis*. Auf intradermale Injektionen von Trichon konzentriert und Trichophytin 1 : 50 lebhaft lokale Reaktion. Die Infektion kam durch eine Pferdedecke zustande.

Lipschütz: Über die Ätiologie des *Herpes genitalis*. In extenso erschienen: Wiener medizinische Wochenschrift 1921,

Kyrle (nicht eingelangt).

Luger und Lauda (als Gäste): Wir haben uns in einer Reihe von Untersuchungen, welche auf der II. med. Universitätsklinik (Hofrat Ortner) ausgeführt wurden, mit der Nachprüfung der von Löwenstein beobachteten Übertragbarkeit des *Herpes febrilis* auf die Kaninchencornea beschäftigt. Wir können die Befunde Löwensteins insofern bestätigen, als uns unter 6 Fällen die direkte Übertragung des Herpesbläschen-Inhalts auf die Kaninchencornea stets gelungen ist. Unter drei direkten Übertragungen auf die Meerschweinchencornea hatten wir zwei positive Impferfolge zu verzeichnen. Das Virus scheint in Kochsalzlösung oder Serum aufgeschwemmt, schon nach kurzer Zeit (1 Stunde Zimmertemperatur) eine wesentliche Abschwächung zu erfahren. Unter acht solchen indirekten Übertragungen auf das Kaninchen waren nur vier Impfeffekte zu erzielen. Bei Übertragung auf das Meerschweinchen blieb in einem Fall schon nach $\frac{3}{4}$ stündigem Stehen die Reaktion negativ. Die Impfreaktion bestand in einem nach 24—36 Stunden auftretenden, manchmal Bläschenbildung zeigenden, lokalen Infiltrat mit folgender mehr weniger diffuser Trübung, welche mit oder ohne Pannus und Narbenbildung ausheilte. Gleichzeitig bestand eitrige Conjunctivitis und Anästhesie der Cornea. Keine Allgemeinerscheinungen; in 2 Fällen traten Manegebewegungen auf (Stocker). Neun Kontrollfälle blieben negativ, eine Impfung mit *Herpes corneae* des Menschen auf das Kaninchen ergab ein positives Resultat. Hinsichtlich der von Löwenstein und Zeeman mitgeteilten intra- und extracellulären granulaartigen Gebilde konnten wir uns von der Spezifität derselben nicht überzeugen. In Sublimatalkohol fixierten, mit Hämalaun oder Giemsa gefärbten Präparaten, welche ca. 36 Stunden nach der Impfung gewonnen worden waren, konnten wir in den Kernen der Epithelzellen und zwar nur entsprechend der Stelle der Impfung Gebilde nachweisen, welche in ihrem morphologischen und färberischen Verhalten durchaus den von Lipschütz beim *Herpes zoster* und beim *Herpes genitalis* mitgeteilten Befunden entsprachen.

Ein Versuch der Übertragung filtrierten Bläscheninhalts eines *Herpes febrilis* des Menschen auf die Kaninchencornea blieb erfolglos.

Vier neuerliche Übertragungen von an Kontrollen geprüfem *Herpes*

febrilis auf die Kaninchencornea ergaben in einem Falle scheinbar vollständige Immunität, in 3 Fällen eine beschleunigte abortive Reaktion.

Oppenheim: Ich möchte die Frage des Herpes progenitalis doch ein wenig vom Standpunkte des Klinikers beleuchten. Für uns alle ist es ganz neu, daß der H. pr. kontagiös ist. Das Gegenteil haben wir gelernt und beobachtet. In dieser Beziehung unterscheidet sich der H. pr. vom Herpes febrilis, den wir, wie ja der Name schon sagt, unter Fieber bei den verschiedensten Infektionskrankheiten auftreten sehen, und der abgesehen von der Lokalisation auch klinisch anders aussieht. Wer hat je einen Herp. prog. unter Fieber auftreten gesehen? Wer kann für Fälle von Herpes prog. nach einer tiefen Injektion mit Argent. nitric. in die Harnröhre, wobei der Herpes oft einige Stunden nach der Instillation auftritt, wer für die nicht so seltenen Fälle von Auftreten eines Herpes nach Prostatamassage ein infektiöses Agens als Ursache annehmen? Auch die Fälle, wobei nach geschlechtlicher Aufregung, nach Masturbation, nach Coitus recht unmittelbar die H.-Eruption auftritt, passen unmöglich zu einer kontagiösen Ätiologie.

Was Lipschütz vom menstruellen Herpes gesagt hat, stimmt auch nicht mit der klinischen Beobachtung überein. Wir sehen den Herpes bei Virgines, wo von einer Kontaktinfektion keine Rede sein kann, und bei kleinen Mädchen; wir sehen ihn prä- und postmenstruell auftreten. Lipschütz's Vergleich mit dem Auftreten der Gonokokken nach der Menstruation hinkt in bezug auf seine Erreger des Herp. pr. Die Gonokokken sind im Innern des Uterus, in den Tuben, in den Drüsen der Scheide; die Menstruation als hyperämisierender Vorgang wirkt Nährbodenverbessernd. Die H.-Eruptionen befinden sich am äußeren Genitale, auf der Haut der großen und kleinen Labien, nicht auf der Schleimhaut. Im Gegenteil, man müßte nach den Untersuchungen B. Schicks über die bactericiden Wirkungen des Menstrualblutes auf ein Abgetötetwerden der Herpeserreger Lipschütz's rechnen. Wir sehen ja oft — und das bestätigt die Beobachtung Schicks, daß infizierte Ulcerationen, wie Ulcera venerea, aphthosa, diphtheritica während der Menstruation besser werden oder sogar abheilen — und sind überrascht trotz der ungünstigen Verhältnisse während der Menstruation Heilung derartiger Ulcera zu finden.

Wir wären gezwungen nach Lipschütz zwei Arten von Herpes anzunehmen, einen kontagiösen und einen nicht kontagiösen, und das steht im Widerspruch mit der klinischen Beobachtung, zumal wir ja auch nach Medikamenten wie Arsen und bei Nervenkrankheiten wie bei Tabes Herpeseruptionen sehen können.

Was das Histologische betrifft, so verweise ich bezüglich der Einschlüsse auf das gelegentlich der Diskussion über den Herpes zoster bereits Gesagte. Man findet Einschlüsse, die sich nicht von den demonstrierten unterscheiden, bei dem von mir rein experimentell erzeugten Vaselinoderma.

Volk (nicht eingelangt).

Arzt: Anschließend an die Mitteilung Lipschütz' möchte ich mir erlauben, auf eine Arbeit von Baum (Dermatol. Wochenschr. 1920, Nr. 7) hinzuweisen, der beim Herpes febrilis und Herpes genitalis über ausschließlich positive Übertragungsversuche auf die Kaninchencornea berichtet. Der gleiche Autor aber, dessen Technik doch gewiß eine hervorragende sein muß, erhielt beim Herpes zoster immer negative Ergebnisse. Es besteht also zwischen den beiden Mitteilungen Lipschütz', auf Grund deren der Herpes zoster, der Herpes febrilis und der Herpes genitalis infektiöser Natur seien, insofern eine Differenz, als nur die in der heutigen Mitteilung erwähnten Erkrankungen auch bei Baum ein positives Impfergebnis ergaben.

Sachs: Zu den Ausführungen des Kollegen Lipschütz erlaube ich mir, folgendes zu bemerken: Seit 4 Monaten habe ich Gelegenheit, den Blaseninhalt von 3 Fällen von Herpes zoster zu untersuchen. Der auf Deckgläser ausgestrichene Blaseninhalt wurde in Sublimatalkohol fixiert und mit Giemsa gefärbt. In einem polynucleären Leukocyten konnte ich zwei Einschußkörper

nachweisen, von denen der eine weitab vom Kern, in einem Hohlraum gelegen intensiv rot gefärbt erscheint und der zweite in unmittelbarster Nähe des Kernes gleichfalls rot gefärbt, als ob der Kern angenagt wäre. Dieser Einschlusskörper liegt gleichfalls in einem Hohlraum und es macht bei beiden Einschlusskörpern den Eindruck, als ob diese von einem ungefärbten Hof umgeben wären. Beide Einschlusskörper liegen im Protoplasma und zeichnen sich durch ihre distinkt rote Färbung von dem zarten Blau des Kernes deutlich ab. Außerdem fand ich in anderen Präparaten gleichfalls in Leukocyten diese intracellulär gelagerten, ins Protoplasma eingebetteten Einschlusskörper, aber auch zahlreiche, ebensolche Gebilde von der gleichen Tinktion extracellulär. In einem anderen Falle (Färbung Mann-Lentz) konnte ich in einer Epithelzelle am Rande des Kernes aber bereits ins Protoplasma eingebettet fünf Einschlusskörper, distinkt rot gefärbt, gleichfalls in einem Hohlraum eingelagert, finden. Dieser Hohlraum präsentiert sich als ungefärbte Zone um diese fünf Einschlusskörper. Ich möchte glauben, daß diese Gebilde mit den von Lipschütz im Rete Malpighi gefundenen eine gewisse Ähnlichkeit haben, und daß ferner der Nachweis dieser Einschlusskörper in Leukocyten deutlicher ist als in der Epithelzelle und er tatsächlich etwas Auffallendes darstellt. Über die Natur dieser Einschlusskörper, sowie die Beziehung derselben zum ätiologischen Agens des Herpes zoster möchte ich vorläufig noch nichts äußern. Diese Untersuchungen sind an einem großen Materiale sowohl in den Ganglienzellen und in den Nerven der affizierten Hautpartie, in den dazu gehörigen Lymphdrüsen auszuführen. Meine Untersuchungen habe ich in der Prosektur des Rudolfsspitals (Hofrat Paltauf) vorgenommen.

Lipschütz (Schlußwort): Ich stelle zunächst mit Genugtuung fest, daß die heutige Diskussion sich in wesentlich ruhigeren Bahnen bewegt hat als die anlässlich meines Zostervortrages im Juni d. J. abgeführte Debatte.

Es ist selbstverständlich und ich bin diesbezüglich mit Kyrle der gleichen Ansicht, daß es unmöglich ist, einem größeren ärztlichen Publikum alle minutiösen Details, wie sie sich im Mikroskop darbieten, zu demonstrieren; ich bin aber selbstverständlich gerne bereit, sie jedem Kollegen auf Wunsch zu zeigen und näher auseinanderzusetzen.

Die Ausführungen von Luger und Lauda sind eine wesentliche Bestätigung meiner diesbezüglichen mikroskopischen Befunde bei Herpes febrilis.

Meines Erachtens scheint die Spezifität der Kerneinschlüsse in der mit Material von Herpes febrilis geimpften Kaninchenhornhaut gegeben zu sein.

Etwas ausführlicher muß ich mich mit den Diskussionsbemerkungen von Kyrle beschäftigen, der wieder auf die meines Erachtens unrichtige Deutung der Beziehungen der Kerneinschlüsse zu den Kernkörperchen so großes Gewicht legt. Kyrle zitiert immer die Arbeit von Hammerschmidt, obwohl schon vor vielen Jahren Babes auf die gleiche Annahme der Ableitung der Guarnerischen Körper von den Kernkörperchen hingewiesen hat; diese Annahme besteht aber nicht zurecht.

Wenn wir die Entstehung der Zelleinschlüsse näher studieren wollen, so verfügen wir im wesentlichen über zwei Methoden:

1. Wir versuchen im nativen Präparat die Vorgänge zu verfolgen; diese Methode birgt viele Gefahren und Fehlerquellen in sich, da wir gezwungen sind, die mikroskopischen Vorgänge mit starken Vergrößerungen zu beobachten und dabei verschiedenen Irrtümern zum Opfer fallen können. Es scheint mir daher die zweite Methode viel erfolgversprechender zu sein, die in der vergleichenden Untersuchung verschieden gefärbter Präparate besteht; diese Methode hat bekanntlich Ehrlich in der Blutlehre, Unna u. a. in der Histopathologie der Haut verwendet und sie hat zu einwandfreien Resultaten geführt.

Wir sind mit dieser Methode mit Sicherheit imstande, die Trennung von Zelleinschlüssen und Kernkörperchen vorzunehmen. Allerdings verstehe ich unter Zelleinschlüssen nicht etwa einfach aus dem Kern ins Plasma übergetretene

Nucleolen, sondern neugebildete Zellsubstanzen, die morphologisch und färbereich in ganz bestimmter Weise charakterisiert sind und zum Teil auch den Aufbau aus Virusstadien noch erkennen lassen, zum Beispiel bei der Geflügelpocke und beim *Molluscum contagiosum*. Ich zweifle nicht, daß Kyrle bei eingehenden und vergleichenden Untersuchungen der verschiedenen Einschlußkrankheiten seinen jetzigen Standpunkt in ganz wesentlichen Punkten wird ändern müssen.

Auch der von Kyrle gemachte Einwand: die Vorgänge auf der Kaninchenhornhaut seien doch sehr kompliziert und nicht so einfach zu beurteilen, scheint mir nicht stichhaltig zu sein. Gerade die Untersuchungen der mit verschiedenartigem Material (*Herpes febrilis*, *Herpes zoster*, *Herpes genitalis*) erzeugten Hornhautveränderungen geben ein sehr lehrreiches Beispiel für die Möglichkeit der Trennung der in diesen Versuchen erzeugten Keratitiden.

Selbstverständlich ist auch mit meinen heutigen Ausführungen über die Ätiologie des *Herpes genitalis*, wie ich Kyrle beipflichten muß, noch nicht das letzte Wort gesprochen worden, und weitere Untersuchungen sind notwendig.

Oppenheim will zwar den infektiösen Charakter einzelner Formen des *Herpes genitalis* zugeben, während er für andere ihn nicht gelten lassen will.

Demgegenüber kann ich nur wiederholen, daß sämtliche Versuche der Übertragung des *Herpes genitalis* auf die Kaninchenhornhaut gelungen sind, wobei gar keine Auswahl unter den zu den Versuchen herangezogenen Fällen vorgenommen wurde. Ich muß dabei auch gestehen, daß, als ich mich vor mehreren Monaten der Untersuchung des *Herpes genitalis* zugewendet hatte, ich selbst nicht recht an die infektiöse Ätiologie des *Herpes genitalis* glauben wollte, die Versuchsergebnisse ließen aber keine andere Deutung zu. In der Dermatologie mußte man ja auch bei anderen Krankheiten im Laufe der Jahre einen Wandel in den Anschauungen über ihre Ätiologie eintreten lassen. Hat doch keine geringerer als *Ka pos* immer die Ansicht vertreten, daß das *Molluscum contagiosum* nicht infektiöser Natur sei, obwohl er sich später durch Erfahrungen an seinen eigenen Kindern von der Übertragbarkeit dieser Affektion überzeugen lassen mußte. Daß verschiedene Reize wie Arsen usw. begünstigend auf das Auftreten des *Herpes genitalis* einwirken können, unterliegt ja keinem Zweifel, doch scheint mir in diesem Moment nicht die eigentliche Ursache gelegen zu sein. Es ist auch hier nicht der Ort, auf die Pathogenese des *Herpes genitalis* einzugehen, worüber ja in einem späteren Zeitpunkt nach eventuellen diesbezüglichen vorgenommenen Untersuchungen noch die Rede wird sein müssen. Dasselbe gilt ja auch vom Menstruationsprozeß. Wir sammeln derzeit Tatsachen und dürfen uns dabei nicht durch Voreingenommenheiten beirren lassen; selbst wenn auch späterhin einzelne der heute gemachten Ausführungen nach der einen oder anderen Richtung eine andere Deutung oder Änderung sollten erleiden müssen, so wäre damit meines Erachtens das Wesentliche der Sache noch keineswegs erschüttert.

Auf die Anfrage Volk habe ich folgendes zu erwidern: 1. eine Trennung der untersuchten Fälle von *Herpes genitalis* je nach ihrer klinischen Eigenart wurde nicht vorgenommen, im Gegenteil, die Fälle wurden wahllos verarbeitet und der positive Ausfall sämtlicher untersuchter Fälle ist ja das Wesentliche meiner Untersuchungen.

2. Eine Rückimpfung vom Kaninchen auf den Menschen wurde bisher nicht vorgenommen. In früheren Jahren vorgenommene Impfungen des *Herpes genitalis* auf den Menschen, so z. B. von Vidal, wurden angezweifelt; übrigens war damals weder eine mikroskopische noch eine tiereperimentelle Möglichkeit vorhanden, die Impfung zu verifizieren.

Was die von Sachs erwähnten Zelleinschlüsse im Protoplasma der Leukozyten betrifft, so kann ich zwischen ihnen und den von mir beschriebenen Einschlüssen in den Epithelzellen und namentlich in den Kernen letzterer heute keine Ähnlichkeit erblicken und es scheint mir auch höchst unwahrscheinlich

zu sein, daß sich Zelleinschlüsse im weißen Blutkörperchen etablieren sollten. Übrigens kann diese Frage natürlich nicht heute entschieden werden.

Die Diskussion hat schließlich eine Reihe von Fragen aufgeworfen, die nur durch spätere ausgedehnte Arbeit und Untersuchungen wird gelöst werden können.

Sitzung vom 9. Dezember 1920.

Vorsitzender: Riehl.

Schriftführer: Kumer.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim ein Carcinoma urethrae vor.

Circa 3 cm vom Orificium urethrae des 62jährigen Patienten fühlt man die Urethra verdickt; diese Verdickung nimmt nach rückwärts ein wenig an Stärke zu und ist in der Mitte des Penis am stärksten, wird dann etwas schwächer und verliert sich gegen die Pars bulbosa hin. Diese Verdickung ist streng auf die Urethra beschränkt, wenig schmerzhaft auf Druck, von grobhöckeriger Oberfläche und ähnelt dem Gefühl nach der plastischen Induration. Bei leichtem Druck kommt Blut aus der Urethralmündung. Endoskopisch findet sich ein feindrüsig unebenes, ziemlich derbes, erdbeerartiges, leicht blutendes Gewebe. Inguinaldrüsen sind frei.

Löwenfeld demonstriert aus der Abteilung Nobl:

1. Fall von Lupus erythematosus disseminatus bei einer Patientin in Form von über das Gesicht verstreuten scharf abgegrenzten, bis kronenstückgroßen, etwas ödematös elevierten Herden, die keine narbige Atrophie zeigen.

2. Eine Frau mit isolierter Dermatitis atrophicans des rechten Unterarms und der rechten Hand. Die Haut ist daselbst maximal atrophisch, feinst gefältelt, lividot verfärbt. Über dem Handrücken eine frischverheilte Narbe nach traumatischem Ulcus.

3. Ein Kind (Mädchen) mit einer bogenförmig um den Scheitel verlaufenden, fingerbreiten kahlen Stelle. Entzündliche Veränderungen fehlen, der Follikularapparat ist erhalten. Es handelt sich um eine Alopecia neurotica von eigenartiger Konfiguration. Gleichzeitig besteht Rachitis.

4. Einen 6½jährigen Knaben, der an den Handtellern und Fußsohlen Auflagerungen dichter horniger Massen trägt, die zum Teil verrukös zerklüftet und scharf abgegrenzt erscheinen. Die Finger- und Zehennägel sind verdickt, rauh, aufgeblättert. Die der Lokalisation nach dem Keratoma palmare et plantare zugehörige Affektion setzt sich aber gegen die Finger und das Handgelenk resp. Fußgelenk in Form einzelner linearer, leistenförmiger Ausläufer fort, die wiederum mit warzigen, hyperkeratotischen Massen bedeckt sind. Es finden sich ferner auch entfernte, an den Armen und Beinen einzelne isolierte, zapfenförmige Cornua cutanea, so daß die ganze Affektion den Charakter eines systemisierten Naevus gewinnt.

Das Leiden wurde zuerst mit 1¾ Jahren bemerkt. Heredität ist nicht nachzuweisen, auch die Geschwister des Knaben sind normal gebildet. Es besteht bei ihm gleichzeitig eine kongenitale Trübung beider Corneae mit Panusbildung.

E. Spitzer demonstriert einen 52jährigen Patienten, der im Gesichte ttrophische Stellen nach einem vor 20 Jahren überstandenen Lupus erythematosus aufweist. Gegenwärtig bestehen frische typische Lupus erythematoses-Herde am Nasenrücken und an den Rändern beider Ohrmuscheln; außerdem sitzen dorsal über allen Interphalangealgelenken beider Hände auf blaurot infil-

trierter Haut derbe, warzig zerklüftete, knotenförmige Auflagerungen mit Borken und Krusten versehen. Es ist dies eine der Tuberculosis verrucosa cutis ähnliche Form von Lupus erythematoses hypertrophicus.

Fischl stellt aus der Abteilung Prof. Ehrmann einen Patienten vor, dessen Hautleiden vor sechs Jahren mit heftigem Juckreiz begann; später entwickelten sich scharf umschriebene ekzemähnliche intensivst juckende Plaques. Derzeit bestehen über den ganzen Stamm, jedoch auch auf die Streck- und Beugeseiten der Extremitäten sich erstreckende zwanzighellerstück- bis flachhandgroße, sehr scharf umschriebene chagrinierte, oberflächlich leicht schuppende, rötlichgelbliche Herde, die bei Palpation eine deutliche Konsistenzvermehrung aufweisen; die meisten haben die Form verschieden großer Plaques, manche auch Ringform. Der heftige Juckreiz hat infolge wiederholter Röntgenbestrahlung etwas nachgelassen, vielleicht auch infolge der Kasodylinjektionen. Manche der genannten ekzemartigen Bildungen sind stärker über das Hautniveau erhaben. Interner Befund: negativ. Blutbild: 4 910 000 Erythrocyten, 6000 weiße Blutkörperchen, davon 77,5% Polynucleäre, 1,4% Eosinophile, 0,7% Mastzellen, 1,4% Monocyten, 19% Lymphocyten, keine Plasmazellen. Diagnose: Prämykotisches Ekzem.

Histologischer Befund (Präparate werden demonstriert): Epidermis zeigt stellenweise geringe Parakeratose, ferner finden sich zahlreiche Epithelabscesschen die mit Lymphocyten gefüllt sind. Mäßiges, aus Lymphocyten bestehendes Infiltrat um die Gefäße des Papillarkörpers, stellenweise auch in Form eines circumscribten Herdes sich an die Epithelcoriumgrenze anlehnend. Mastzellen wurden nicht gefunden. Im ganzen nicht das gewöhnliche histologische Bild eines prämykotischen Stadiums.

M. Oppenheim demonstriert einen Fall, bei dem die Frageluetische Reinfektion oder chancriforme Papel nicht beantwortet werden kann. Bei dem 20jährigen Patienten sieht man auf der Innenseite des Praeputiums einen hellergroßen Substanzverlust, der klinisch die Erscheinungen eines Primäraffektes mit allen Eigenschaften in geradezu typischer Form zeigt. Spirochäten massenhaft nachzuweisen, Seroreaktion negativ. Vor ca. zehn Wochen war Patient an der Abteilung Prof. Kren im Jubiläumsspital wegen Primäraffekt in Behandlung und erhielt sechs Salvarsan- und zehn Quecksilberinjektionen. Die letzte Hg-Injektion erhielt der Kranke vor 4 Wochen. Die letzte Kohabitation fand vor drei Wochen statt. Trotz des klinischen Aspektes möchte ich wegen der Kürze der Zeit nach der ersten Infektion den Fall als solitäre chancriforme Papel auffassen, obwohl der Fall, wenn ohne Anamnese gesehen, nur als frische luetische Infektion mit eben aufgetretenem Primäraffekt aufgefaßt werden kann.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Ein 9jähriges Mädchen mit einer Psoriasis vulgaris und einem Leukoderma psoriaticum.

2. Einen 16jährigen Jungen mit Parapsoriasis en plaque dissimulé. Die Erkrankung besteht seit drei Monaten. An der Haut des Stammes und der Extremitäten finden wir ein disseminierte, dichtgestelltes Exanthem, das aus linsen- bis kronengroßen, meist leicht erhabenen, geröteten Flecken besteht, die ab und zu konfluieren und an ihrer Oberfläche lebhaft kleinförmige Schuppung aufweisen. Der Juckreiz ist nur gering. Der Kranke steht schon seit längerer Zeit in unserer Beobachtung. Die Hauterkrankung ist durch äußere Medikation unbeeinflussbar.

Fuhs stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen Fall von *Pityriasis rosea*, der eine entfernte Ähnlichkeit mit einem *Herpes tonsurans maculosus disseminatus* bietet. Der Pilzbefund war negativ.

2. Eine 47jährige Patientin mit einem *Cancer en cuirasse*. Die rechte Thoraxhälfte ist eingenommen von einem derben Infiltrat, das im Zentrum um die fast völlig zerstörte Mamma in Form höckeriger tumorartiger Massen die Haut durchbrochen hat. Die die Zerfallerscheinungen umgebende Haut ist livide verfärbt, derb und mit der Unterlage fest verwachsen. Nur an den Randpartien des Infiltrates in der hinteren Axillarlinie und nach oben zu in der Gegend des medialen Anteils der Clavicula besteht noch mäßige Verschieblichkeit der Haut. Im Bereiche des Infiltrates sind einige hanf- bis linsengroße Cysten in die Haut eingestreut. Der rechte Arm ist stark geschwollen, in der rechten Axilla mächtige Drüsenpakete. Der größere Anteil der linken Mamma ist gleichfalls derb infiltriert, doch zeigt die Haut an der Oberfläche nahezu normale Farbe und Beschaffenheit; in der linken Axilla sind einzelne kirschkern- bis bohnen große derbe indolente Drüsen tastbar.

Wie Arzt in der Sitzung vom 28. Oktober im Anschluß an die Demonstration eines ähnlichen Falles durch Herrn Kyrle am histologischen Präparat demonstriert hat, handelt es sich um ein auf dem Lymphweg metastasierendes Drüsencarcinom der Mamma. Auch die rechte Lunge zeigt im Röntgenbild vollständige Verschattung durch eine Carcinommetastase.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Eine 45jährige Patientin, die nach ihrer Angabe niemals an einer akuten Infektionskrankheit, auch nicht an Grippe erkrankt war. Im Juni 1920 bekam sie einen durch einen Monat hindurch andauernden, nichtjuckenden Ausschlag, der ohne Behandlung zurückging. Seit dieser Zeit merkte die Patientin, daß sie schlecht höre. Seit drei Monaten zeigt sich bei der Patientin ein Haarausfall, der im Bereich des Capillitiums begann, in dem nun die Haare sich gleichmäßig schütter verteilt finden. Ein mehr circumscripiter Haarausfall besteht über dem rechten und linken Augenbrauenbogen. Die Haare der Axilla sind ebenfalls sehr schütter und nach Angabe der Patientin spärlicher geworden. Außerdem findet sich ein dürrtiger Haarwuchs im Bereiche des Mons Veneris. Trotz der vollkommen negativen klinischen Untersuchung ergab der Blutbefund eine komplette Hemmung, so daß wir die Diagnose auf einen syphilitischen diffusen Haarausfall im Bereiche des Capillitiums, der Supercilien und wahrscheinlich auch des Mons Veneris stellen möchten. Für diese Annahme ist auch der Befund eines Leukoderms am Halse zu verwerten. Die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis konnte mit Rücksicht auf die kurze Zeit bisher nicht vorgenommen werden.

2. Einen 21jährigen Patienten, der im Juli 1920 mit einem Geschwür unsere Klinik aufsuchte. Die Blutuntersuchung, sowie die mehrfache Spirochätenuntersuchung des schon vorhandenen Geschwürs ergab immer ein negatives Ergebnis. Vor wenigen Tagen kam der Patient abermals an die Klinik und zeigte einen Haarausfall im Bereiche des Capillitiums, und zwar in diffuser Art in der Scheitelgegend. Auch bei diesem Patienten ist die Anamnese auf Infektionskrankheiten negativ und gibt der Blutbefund ein komplett positives Ergebnis, so daß wir auch diesen Fall als *Alopecia syphilitica* diffuser Form ansprechen möchten. Die Liquoruntersuchung mit einer Zellenvermehrung auf 25 Zellen und einer positiven Goldsolreaktion kann ebenfalls für diese Diagnose Verwertung finden.

Kerl (Klinik Riehl):

Bei der demonstrierten Patientin finden sich im Bereiche des Gesichtes, dann aber auch, und das erscheint in diesem Falle besonders wichtig, an den Streckseiten der Arme und Hände, sowie vereinzelt auch an den Streckseiten der Unterschenkel kleine, höchstens linsengroße Knötchen von intensiv brauner Farbe mit einem ausgesprochenen Infiltrat. Die Knötchen zeigen nirgends eine zentrale Vereiterung oder Nekrosenbildung, sind aber vielfach deprimiert. An der Oberfläche tragen sie mitunter Schüppchen. Das Exanthem begann vor $2\frac{1}{2}$ -Jahren und hat sich allmählich bis zur jetzt bestehenden Intensität ausgebreitet.

Pirquetreaktion negativ, Partigene positiv.

Histologisch finden sich circumscribte Infiltrate vorwiegend aus Epitheloidzellen, zentraler Verkäsung, während entzündliche Infiltration an den Randpartien fast fehlt. Jedenfalls handelt es sich bei dieser Patientin um eine Dermatoze, die ätiologisch mit Tuberkulose in Zusammenhang zu bringen ist. — Ob man das Krankheitsbild als Lupus follicularis disseminatus oder als papulöses Tuberkulid auffassen soll, wird zur Diskussion gestellt.

Stein demonstriert aus der Klinik Finger:

1. Einen 8jährigen Knaben mit einem sehr rasch wachsenden, teils in einzelstehenden, teils in konfluierenden Herden auftretenden, oberflächlichen Herpes tonsurans des Capillitiums. Das rasche Wachstum, die aschgraue Schuppung, die ziemlich langen, zahlreichen und weißlichen Haarstümpfe sprachen klinisch für Mikrosporie, der mikroskopische und Kulturbefund ergab jedoch als Erreger das Trichophyton violaceum.

2. Vier Knaben zwischen acht und zehn Jahren, die aus einem städtischen Waisenhaus wegen Verdachtes einer Pilzerkrankung an die Klinik gesandt wurden. Sie zeigen jeder einen etwa kronengroßen, vollständig haarlosen Fleck am sonst normal behaarten Kopfe. Am ehesten könnte man an Alopecia areata denken. Die genaue Beobachtung der Knaben durch das Wartepersonal des Waisenhauses aber ergab, daß die etwas neuropathisch veranlagten Kinder sich selbst die Haare büschelweise ausrissen.

Es handelt sich demnach um Trichotillomanie.

Münchener dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 15. Dezember 1919.

Vorsitzender: v. Zumbusch.

Schriftführer: Schmid.

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung und gibt der Hoffnung auf ein eifriges Zusammenarbeiten Ausdruck.

1. Schumacher (als Gast) stellt einen 22jährigen Mann vor. Papulo-orbiculäres syphilitisches Exanthem, ganz diffus am Stamm verteilt und untermischt mit einfachem papulösen Exanthem. Die Kreise haben Linsen- bis Markstückgröße. An den Armen findet sich ein psoriasiformes Exanthem, an der Stirne beginnende Corona Veneris. Papeln am Genitale, Plaques auf den Tonsillen und geringe Polyskleradenitis. Patient hat angeblich vor einem halben Jahre ein makulöses Exanthem gehabt und soll damals eine gründliche kombinierte Hg-Neosalvarsankur gemacht haben.

v. Zumbusch weist auf die große Ähnlichkeit mit Psoriasis vulgaris hin, welche die Herde an manchen Stellen zeigen.