

# Verhandlungen der Breslauer Dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 10. Mai 1902.

Vorsitzender: Neisser.

Schriftführer: Chotzen.

1. Herr **Alexander** (Allerheiligenhospital) stellt im Auftrage von Herrn Dr. **Harttung**, welcher verhindert ist, zu erscheinen, einen Fall vor, den dieser als „**Pityriasis rubra pilaris** Devergie“ aufgefaßt wissen will.

Es handelt sich um einen 36jährigen Arbeiter, dessen Hautaffektion vor zirka 20 Jahren mit Jucken an der Innenseite der Oberschenkel und an den Armbeugen begann, und seitdem mit Remissionen und Exacerbationen dauernd fortbesteht, ohne ihm durch andere Symptome als eben das Jucken lästig zu fallen. Wir sehen zur Zeit an dem Patienten ein ziemlich buntes Bild reichlicher Hautveränderungen: Kratzeffekte, lichenifizierte und krustöse Stellen einerseits, kleinste rötlich-weiße derbe Hornkegelchen und große, aus letzteren zusammengesetzte, wie mit Mörtel bespritzte, zusammenhängende flache Infiltrate andererseits. Die erwähnten Hornpapelchen, welche meist den Follikeln entsprechen und am deutlichsten in der Weichengegend zu erkennen sind, scheinen uns die Primäreffloreszenzen darzustellen und dem entspricht auch das histologische Bild eines exzidierten Knötchens, von dem unter dem Mikroskope ein Schnitt aufgestellt ist. An einer circumscripten Stelle findet sich eine Wucherung des Rete malpighi, eine Hyper- und deutlich ausgesprochene Parakeratose; in der oberen Cutis ein ziemlich geringes Zellinfiltrat, das sicherlich als sekundär anzuprechen ist; das Ganze ist um ein Haar herum angeordnet.

Herr **Baum** stellt vor:

2. einen Fall von **tuberoserpiginöser Lues** bei einem 29j. Manne.

Nach dem ersten Eindruck würde man glauben, daß es sich eher um ein Exanthem der sekundären als der tertiären Periode handelt. Sie sehen hier unregelmäßig verteilt auf der Brust und auf dem linken Arm gleichförmige, nicht aus einzelnen Knötchen zusammengesetzte Kreise oder Teile von Kreisbogen von durchschnittlich 1 Pfennig-Größe. Die Kreise sind rot, leicht erhaben, nicht schuppig und lassen auf Fingerdruck eine deutlich ausgeprägte Infiltration erkennen. Der Pat. hat sich vor 9 Jahren infiziert und 5 teils gute, teils unvollständige Kuren gemacht. Obgleich diese Form äußerlich der Sekundärperiode anzugehören

scheint, so ist gerade für diese von Fournier als „Syphilide tuberculeuse atténuée ou fruste“ bezeichnete Form das Auftreten viele Jahre nach der Infektion, gewöhnlich erst nach 10 Jahren charakteristisch. Differential diagnostisch käme gegenüber diesem abortivem tuberosopiginösem Syphilid in Betracht das „Erythema tertiarium“. Von diesem unterscheidet es sich durch die deutlich ausgesprochene Infiltration, ferner durch seine Flüchtigkeit und leichte Beeinflussung durch die Therapie. Innerhalb von wenigen Tagen sind bei geringen Jodkalidosen einige Effloreszenzen fast bis zur Unkenntlichkeit erblaßt.

### 3. einen Fall von *Hypoplasia genitalium* mit.

Der Patient suchte die dermatologische Universitätspoliklinik wegen eines intertriginösen Ekzems am Skrotum auf. Aus der Anamnese sei hervorgehoben, daß der jetzt 33jährige Pat. der 10. von 11 Geschwistern ist, von denen 3 gestorben, die übrigen gesund und kräftig sind. Bis zum 25. Lebensjahre war er zum Unterschied von seinen Geschwistern sehr elend und schwächlich, schlank und dürr. Von da an wurde er dick, so schnell, daß er in einem Jahre alle seine Kleider ablegen mußte, weil ihm alles zu eng war. Im 27. Jahre wog er 135 Kilo, während er jetzt noch 92 Kilo wiegt. Er ist 192 cm groß und überragt seine Geschwister um einen halben Kopf. Merkwürdigerweise soll sein Langwachstum erst im 27. Jahre aufgehört haben.

Was bei dem Patienten sofort auffällt, ist die mangelhafte Entwicklung der männlichen Geschlechtsorgane und der sekundären männlichen Geschlechtsattribute, wodurch eine starke Annäherung an den weiblichen Typus zu stande kommt. Das Gesicht des Pat. ist vollständig bartlos, ebenso der übrige Körper außer dem Mons pubis, an welchem die Behaarung spärlich ist und nach oben mit einer queren Linie abschneidet.

Die Brüste sind nicht auffallend entwickelt. Die Taille ist deutlich ausgeprägt durch starkes Hervortreten der Hüften. Der Panniculus adiposus ist sehr stark entwickelt, an der linken Thoraxseite ist er an einer handflächen großen Stelle geschwulstartig vermehrt ohne scharfe Grenzen. Beine und Arme sind fettarm, verhältnismäßig lang. Am auffallendsten ist die minimale Entwicklung der Geschlechtsorgane. Der Penis ist etwa 2 cm lang, die Glans von der Vorhaut bedeckt, mit normaler Urethralöffnung. Im Skrotum sind die rudimentären Testes in der Größe etwa einer Mandel zu palpieren. Von der Prostata fühlt man bei der Rectaluntersuchung nichts: Patient ist verheiratet; der Coitus ist aus anatomischen Gründen nicht möglich. Der Patient gibt an, Erektionen zu haben ohne Ejakulation. Die Stimme ist männlich.

### 4. einen Fall von *Keratosis follicularis rubra* bei einem 30j. Manne.

Sie sehen stecknadelkopf- bis hirsekorn große, hornartige über den Mündungen der Haarfollikel sitzende, lividierte, großenteils gedellte Knötchen. Befallen sind besonders die Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel und die Glutäalgegend. Seit wann die Affektion besteht, weiß der Pat. nicht genau, da er derselben niemals Beachtung schenkte; sie hat ihm niemals Beschwerden gemacht.

### 5. Herr Burmeister:

Lichen Brocq: Meine Herren! Gestatten Sie mir, Ihnen ganz kurz diesen Patienten vorzustellen, welchen eigentlich Herr Primärarzt Dr. Harttung selbst demonstrieren wollte. Es handelt sich um einen 13jährigen Knaben mit einem ausgebreiteten Lichen Brocq, der seit allerfrühester Kindheit bestehen soll. Der Fall bietet insofern ein besonderes Interesse, als einzelne Effloreszenzen, insbesondere am rechten Oberschenkel und in beiden Kniekehlen, wegen ihrer außerordentlichen Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus zur Verwechselung Veranlassung geben könnten.

6. *Lupus erythematoses*: Sodann möchte ich mir erlauben, Ihnen diese beiden Fälle von *lupus erythematoses* vorzustellen. Die Affektion besteht bei diesem 26jährigen Manne, Stereotypeur von Beruf, seit zirka 12 Jahren und hat in diesem Zeitraum — immer mit mehrjährigen Intervallen — zu verschiedenen Eruptionen geführt. Die Effloreszenzen an der Stirnhaargrenze und in der Gegend des linken Ohres, welche Sie jetzt an ihm beobachten, bestehen seit ungefähr  $\frac{1}{4}$  Jahr. Die ganz oberflächlichen Narben auf beiden Wangen stammen von den früheren Eruptionen. Pat., welcher seit ungefähr 14 Tagen in unserer Behandlung steht, ist seither mit emplastr. hydrarg. einer. und an dieser einen Effloreszenz hinter dem linken Ohr mit ganz oberflächlicher Paque-linisierung nach Lassar behandelt.

Dieses Mädchen hier hat ihre Krankheit seit zirka 3 Jahren und Sie sehen an ihrer rechten Wange neben gleichfalls nach der Lassar-schen Methode behandelten, frischen Effloreszenzen und zahlreichen Pockennarben eine oberflächliche, alte Narbe, die von einer früheren Eruption ihres *lupus erythematoses* herrührt. Die inneren Organe, insbesondere die Lungen, sind bei beiden Patienten völlig intakt. Die Familienanamnese weist bei beiden nichts von Tuberkulose auf.

7. Herr Callomon (Allerheiligenhospital): *Impetigo framboesiformis* bei einem  $1\frac{1}{4}$ jährigen Kinde.

Das in leidlichem Ernährungszustande befindliche, keine sonstigen Krankheitserscheinungen aufweisende Kind, welches vor 2 Wochen Herrn Primärarzt Dr. Harttung durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Sanitätsrats Dr. Totenhöfer zur Begutachtung zugeschickt wurde, zeigte damals eine auf den Rücken beschränkte Hauterkrankung, bestehend aus hirsekorn- bis fast pfenniggroßen, kreisrunden und ovalen Effloreszenzen. Teils waren es kleine Bläschen mit gelblichen, meist schon im Eintrocknen begriffenem Inhalt, an manchen Stellen gedellt an Varicellen erinnernd. Die meisten Effloreszenzen aber waren der Blasendecke beraubt und ließen zum Teile noch an einem feinen Epithelsaume die ehemalige Abhebung erkennen; im übrigen stellten sie scharfabgegrenzte, plateauartig erhabene Herde mit bloßliegendem Corium dar, nur hie und da am Rande mit dünnen Krusten bedeckt, braunrot, zum teil firnisartig glänzend und in eigenartig gewuchertem Zustande: als feine Prominenzen ragen die Zapfen des Papillarkörpers körnig hervor und bedingen den framboesie-artigen Charakter des Krankheitsbildes. Nicht an allen Stellen ist das Bild in gleich charakteristischer Weise entwickelt; überall aber fällt die Erhabenheit dieser Effloreszenzen auf, zumal der wallartige Rand, welcher den Einzelherd scharf von der an einzelnen Stellen etwas geröteten Umgebung abhebt. Die Herde fühlen sich nur wenig infiltriert an; die Infiltration scheint nur die obersten Lagen des Coriums zu durchsetzen. Wenn auch gegenwärtig das Charakteristische des Prozesses nicht mehr deutlich ausgeprägt ist (man sieht nur noch Reste der in Epithelisierung begriffenen, meist abgeflachten Effloreszenzen; die Heilung erfolgt unter Verbänden mit Lassar'scher roter Salbe): so gibt ein vor 2 Wochen angefertigtes Photogramm in Verbindung mit den noch sichtbaren Resten der Affektion immerhin noch einen Begriff von dem Bilde.

Im Verlaufe der sporadischen Beobachtung traten nun an 2 Tagen typische *Impetigo*-Bläschen auf, deren weitere Entwicklung bis zum Stadium der elevierten Papel die Genese und die Phasen des Krankheitsprozesses deutlich erkennen ließ. Die schnell sich mit eitrigem Inhalt füllende Blase perforiert bald zentral; der schon etwas elevierte, körnige Papillarkörper beginnt alsbald unter mäßiger Exsudation emporzuwuchern, und nach etwa 24 Stunden ist das Bild der von einem feinen Epithelsaum kokardenartig begrenzten, plateauartig elevierten Papel ausgeprägt. Man

hätte vielleicht wegen des braunroten Farbentons der runden Form an Lues denken können; doch gewannen wir sofort die Auffassung, daß ein impetigenöser Prozess von besonderer Form vorliegt. Das klinische Bild erinnerte an den von Herxheimer (Archiv f. D. u. S. Bd. XXXVIII, pag. 185) als „*Impetigo contagiosa vegetans*“ bezeichneten Symptomenkomplex. Der Verlauf des Falls, die rasche Abheilung unter Zinnober-Schwefelsalbe bestätigte unsere Diagnose. Das eigenartige Stadium der Wucherung stellt Herxheimer in Parallele mit den bei anderen Blasen-erkrankungen der Haut, z. B. Pemphigus auftretenden Wucherungen,

Ob auch der histologische Befund unseres Falls mit dem in Herxheimers Arbeit geschilderten übereinstimmt, besonders hinsichtlich des Verhaltens des Protoplasmas der Retezellen, haben wir leider zur Zeit noch nicht sicher feststellen können, da die Härtung und Einbettung einer exzidierten Effloreszenz soeben erst fertiggestellt werden konnte. An einigen vorläufig entnommenen mit polychromem Methylenblau, sowie mit Orcein-Thionin gefärbten Schnitten ließ sich bisher nur nachweisen, daß sich der Entzündungsprozess wesentlich auf den Papillarkörper beschränkt, der von einem dichten, zum Teile perivaskulären Infiltrat erfüllt ist und besonders im Zentrum der Schnitte stark gewucherte Papillen aufweist. Zugleich sind die Zellschichten des Rete in diesem Gebiete gegenüber der gesunden Umgebung um das Mehrfache verbreitert, während die Hornschicht nebst Keratohyalinschicht fehlt. Die Zellen weisen bis in die obersten Lagen gut tingierte Kerne auf, während das Protoplasma nicht in allen Lagen gleichmäßig gefärbt erscheint; jedoch konnten wir in den bisher untersuchten Schnitten jene von Herxheimer geschilderte charakteristische Zone mit nicht färbbarem Protoplasma nicht ausgeprägt finden.

#### **8. Herr Chotzen: Gumma subperiostale frontis.**

a) Der 42jährige Patient gibt an, er habe vor 5 Jahren (1897) eine wunde Stelle an der Lippe und 3 Monate später am ganzen Körper einen Ausschlag beobachtet, den sein Arzt als eine Folge der Lippenwunde bezeichnete (40 Einreibungen von 0.5 Hg cin. — 1898 Augenentzündung 60 Einreibungen von 0.5 Hg cin., 20 g Jodkali). — Im Jänner 1899, wo ich den Patienten zum ersten Male sah, zeigte er auf dem Kopfe, den Oberschenkeln, am Skrotum und Anus ein Exanth. papulosum partim madidans, klagte über Gliederschmerzen, Kopfschmerzen und Schwindelanfälle (Kalomel, Einreibungen mit je 3 g Ungn. Hg cin. dupl., Jodkali 3 g tägl.). — Im September 1901 trat am Übergange vom Oberschenkel zum Skrotum ein taubeneigroßes Hautgumma auf, das aufbrach und spontan abheilte; im Oktober 1901 ein Exanth. tubero serpiginos. der rechten Hohlhand; im November 1901 ein Ex. tubero serpiginos. am rechten Oberschenkel und Skrotum. Mitte Dezember 1901 entwickelte sich auf der Stirn eine unter der Haut verschiebliche, halbkugelige Geschwulst vom Umfange eines Markstückes, welche elastisch ist und keinerlei Schmerzen verursacht. Seit Dezember bis heute, also im Verlaufe von 6 Monaten, hat der Kranke 210 g Jodkali genommen und in 30 Einreibungen 120 g Ungn. Hg cin. duplic. verbraucht. Die Geschwulst ist nur um wenig flacher und schmaler geworden. Es ist auch heute noch ein elastisch weicher, unter der Haut etwas verschieblicher, halbkugliger Tumor zu fühlen. Bei der seitlichen Verschiebung der Verdickung ist am Stirnknochen selbst eine mäßig erhabene wallartige Auftreibung zu fühlen, nach deren Übersteigen der abtastende Finger in eine kraterförmige Grube einzudringen vermag. Es handelt sich also um eine gummöse Periostitis, welche sich an der Innenseite des Periostes entwickelt und deren Gumma-Produkt eine grubige Vertiefung des Stirnbeines zu stande gebracht hat. An der Grenze des Knochen-Ein-

schmelzungs-Bezirk hat sich eine wallartige Sklerosierung und Hyperostose herausgebildet.

Aus der geringen Wirkung, welche die kombinierte Hg-Jodkali-Behandlung trotz ihrer ausgiebigen Anwendung erzielt hat, läßt sich schließen, daß die Resorptionsfähigkeit der das Gumma umgebenden Gewebe erschöpft und selbst bei weiterem Jodkali-Gebrauche eine weitere Aufsaugung kaum noch zu erwarten ist. Andererseits ist, nach halbjährigem, ziemlich unverändertem Bestehen ein spontaner Übergang in Ulceration kaum zu befürchten; höchstens ein Trauma, das direkt das Gumma angreift, könnte ein Aufflackern der entzündlichen Reizung und eine Gewebsenschmelzung zu stande bringen.

Das lange, unveränderte Bestehen des Gumma sowie das Fehlen jeder Beschwerde haben mich davon abgehalten, den Gummiherd durch Anschlitzten des Periostes zu entfernen. Die wallartige Hyperostose des Knochengrubenrandes läßt vermuten, daß die gesamte Tiefe der Knochengrube mit sklerosiertem Knochengewebe ausgekleidet, eine allmähliche Usurierung des Stirnknochens mit etwaiger Perforation nach der Schädelhöhle zu also nicht zu befürchten ist. Es erscheint mir gerechtfertigt, dieses wie einen Fremdkörper eingebettete Gumma bis auf weiteres unangetastet liegen zu lassen und erst dann chirurgisch einzugreifen, wenn sich irgend eine Veränderung seiner Wandungen bemerkbar macht.

Differentiell diagnostisch kommt „Dermoidcyste“ in Betracht, für welche die Knochen-Vertiefung und der Knochenwall in der Umgebung der Vertiefung charakteristisch sind.

b) *Atrophia idiopathica circumscripta cutis*. Der 61jährige, an Pruritus leidende Patient gibt an, daß vor 32 Jahren am linken Handrücken und Ellenbogen, kurz darauf am rechten Handrücken und Ellenbogen zunächst grellrote Flecke, späterhin blaurote Verfärbung und Hautverdünnung aufgetreten sei. Bei selbst geringem Stoße wäre die Haut an diesen Stellen leicht geplatzt und wäre es zu langdauernder Blutung gekommen. Die ursprüngliche Ausdehnung der Herde hätte sich bis heute nicht geändert. Heute sind die Rücken beider Hände, sowie die Umgebungen beider Ellenbogen burgunderrot. Die Hautgefäße deutlich durchscheinend, die Haut selbst leicht faltbar „wie zerknittertes Zigarettenpapier“ und leicht schuppig. Es handelt sich also im vorliegenden Falle um eine ursprünglich mit kleinen Hautgefäß-Veränderungen beginnende Affektion, welche binnen kurzem sich bis zu einer gewissen Größe ausdehnte und seitdem bis heute, während 32 Jahre, unverändert besteht. Der Prozeß hat sich also nicht derart entwickelt, wie Herxheimer dies für seine und anderer Autoren Fälle auf dem letzten Breslauer Dermatologen-Kongreß als charakteristisch hingestellt hat. Hier war nicht das entzündliche Infiltrat der Haut das Primäre, hier stieg nicht der Prozeß kontinuierlich in die Höhe. Unser Patient weiß nur von „roten Flecken“ zu berichten — wobei man allerdings berücksichtigen muß, daß selbst dem intelligentesten Laien eine 32 Jahre zurückliegende Erscheinung ärztlich brauchbar zu schildern kaum gelingen dürfte. Weit sicherer ist die Mitteilung, daß die Ausdehnung der atrophischen Stellen seit 32 Jahren nicht zugenommen hat. Jedenfalls scheint mir dieser Fall keine Handhabe zu bieten, ihn zur Gruppe Erythromelie einzureihen.

9. *Periostitis luetica* (Röntgen-Bild). Die luetische Infektion des Patienten, dessen Hände ich Ihnen hier im Röntgenbilde zeige, datiert vom vorigen Jahre (Juli 1901): Drei kleine Erosionen im inneren Vorhautblatte, welche nach einigen Wochen derb infiltrierte waren. Leisten-drüsenschwellung links. Ende August: Exanth. maculos trunci, faciei. 30 Einreibungen. Nov. 1901: Pharynxplaques. — Febr. 1902: Recidivierendes Ex. macul. trunci, papulos. scroti. Einreibungen. — Seit Mitte Febr. 1902, nach Anwendung von  $10 \times 3$  g Ungu. Hg cin. duplic. sind

an der linken Hand die 1. und 2. Phalange des 2. und 3. Fingers, an der rechten Hand die 1. und 2. Phalange des 3. und 4. Fingers verdickt, bläulich-rot verfärbt, beim Versuche, die Finger zu biegen, Schmerzhaftigkeit vorhanden. Der untere Teil des linken Unterarmes, dicht am Handgelenk, ist ebenfalls etwas verdickt und schmerzhaft. — Trotz Fortsetzung der Einreibungen und gleichzeitigem Jodkali-Gebrauch (3 g pro die) bleibt die Verfärbung, Verdickung und Schmerzhaftigkeit der Finger bestehen und es tritt Anfang März auch am sternalen Ansatz der 5. Rippe rechts eine auf Druck schmerzhaft Knochenaufreibung in der Ausdehnung eines Fünfmaststückes auf. Die erfolglose Anwendung von Salipyrin läßt Rheumatismus als Krankheits-Ursache ausschließen. Die Röntgen-Durchleuchtung ließ von vornherein, da Knochenverdickungen beim Abtasten der Finger sich nicht feststellen ließen, wesentliche Knochen-Veränderungen kaum erwarten. Tatsächlich erscheinen die vorhin bezeichneten Phalangen nur minimal verdickt und zwar so unbedeutend, daß aus der Betrachtung des Röntgen-Photogrammes allein eine Diagnose kaum zu stellen wäre. Es ist daher anzunehmen, daß es sich um eine periostale Veränderung handelt, welche trotz ihres dreimonatlichen Bestehens nur bis zu einer entzündlichen Reizung und Stauung der Knochenhaut-Gefäße sich entwickelt hat, Veränderungen am Knochen selbst aber oder Verknöcherungen des entzündeten Periostes noch nicht zu Wege bringen konnte. Die Schmerzhaftigkeit beim Fingergelenkbeugen, die Fingerschwellung und Stauungs-Erscheinungen an der Fingerhaut sind Folgeerscheinungen der Knochenhaut-Entzündung.

**10. Herr Löwenheim** stellt einen Fall von **Adenoma sebaceum** vor.

Es handelt sich um einen Knaben von 11 Jahren, bei dem sich seit dem zweiten Lebensjahr auf der Nase und später auf den Wangen hirse Korn- bis linsengroße teleangiektatische Knötchen entwickelt haben. Daneben befinden sich namentlich auf der Stirn einzelne pigmentierte Naevi.

Der Umstand, daß die Affektion auf der Nase allmählich zurückgegangen, während sie im übrigen Gesicht progredient ist, ferner das jugendliche Alter, sowie die Resistenz der Erscheinungen gegen jedwede Therapie bieten gewisse Anklänge an das Granulosus rubr. nasi Jadassohn, doch muß sicher die Diagnose **Adenoma sebaceum** gestellt werden, wenn man nicht annehmen will, daß es sich hier um eine Übergangs- oder Zwischenform handelt.

Auf Befragen erwidert Herr Löwenheim, daß die Schweißsekretion an der Nase und im Gesicht sehr gering ist, und daß der Rückgang der Erkrankung auf der Nase nicht einer Therapie zu verdanken sei, da daselbst eine solche nicht angewendet worden ist.

**Diskussion:** Herr Schäffer: Ich möchte mich der Diagnose von Herrn Löwenheim anschließen, da der Fall doch von der sog. Granulosis rubra nasi ganz erheblich abweicht.

In den bisher beschriebenen Fällen handelte es sich übereinstimmend um eine unbedeutende Affektion der Nasenhaut mit unscheinbarer Rötung und miliaren Knötchen, während hier wirkliche kleine Tumoren vorliegen. Es fehlt der entzündliche Charakter der Effloreszenzen, die auch andere Lokalisation zeigen, da sie einen großen Teil der Gesichtshaut und sogar des Halses einnehmen.

Zum Bilde der Adenomata sebacea paßt dagegen das Aussehen der Affektion bei dem Knaben vollständig. Die halbkugeligen, glänzenden entzündungsfreien Knötchen von derber Konsistenz, das gleichzeitige Vorhandensein von Teleangiektasien, sowie die Lokalisation. Besonders

interessant erscheint der Fall, weil zu gleicher Zeit auch zahlreiche Fibrome und Cutis pendula-Effloreszenzen im Gesicht und namentlich am Hals vorhanden sind. Man findet deutliche Übergänge von den Adenoma sebaceum-Knötchen zu diesen Geschwülsten, so daß man an ihrer vollständigen Zusammengehörigkeit nicht zweifeln kann. Das Bild erinnert an einen von Rau aus der Breslauer Dermatolog. Klinik im stereoskopischen Atlas mitgeteilten analogen Fall und spricht gleichfalls für die Auffassung, daß das Adenoma sebaceum ein Naevus ist, der ebenso wie andere Naevi bald eine einheitliche Neubildung ist, bald sich aus verschiedenen Gewebelementen zusammensetzt, wie dies Jadassohn auch durch histologische Untersuchungen zeigen konnte.

Herr Oppler kann sich nicht entschließen, den vorgestellten Fall für das von Jadassohn als Granulosis rubra nasi bezeichnete Krankheitsbild anzusehen. Dagegen spräche außer dem noch nicht beobachteten Übergreifen der Affektion auf den Wangen, besonders das gänzliche Fehlen der Hyperhidrosis, welche Jadassohn und Herrmann in allen ihren Fällen und auch Redner in zwei ihm zur Verfügung stehenden Beobachtungen feststellen konnten. Er stelle die Diagnose Adenoma sebaceum.

**11. Herr Loewenhardt** stellt a) **Fremdkörper der Blase** vor, welche er mit Hilfe von cystoskopischen Apparaten bei Männern und Frauen herausbeförderte (Haarnadel, abgebrochene Katheterstücke); b) **über zwei merkwürdige Blasensteinoperationen.**

In dem ersten Fall war der vorher im Blasengrunde sichtbare große Stein mit dem Lithotryptor zuerst nicht zu finden. Schließlich stellte sich heraus, daß der Stein auf dem Blaseninhalt schwamm und oben zerkleinert werden mußte. Er bestand aus leicht inkrustiertem Wachs, hatte wohl an der Blaseschleimhaut festgesessen und war nach der Mobilisierung hochgestiegen. Die herausgenommenen Teile schwammen, wie die Probe zeigte, auf der Wasserfläche.

Auch bei einem zweiten durch Sectio alta gewonnenen großen Blasensteine bestand der Kern aus Wachs und Haaren. Der Patient gab zu, sich vor Jahren ein aus Wachs und Haaren selbstgefertigtes Bougie eingeführt zu haben.

Er spricht c) **über Endoskopie der hinteren Harnröhre.**

Immer wieder stellt sich in einzelnen Fällen das Bedürfnis ein, diagnostisch nicht klarliegende Fälle (z. B. von schweren Neuralgien) genannter Regionen zu besichtigen. Doch scheitert die Ausführung meist an der technischen Schwierigkeit, ein klares Gesichtsfeld zu erhalten. Mit der Lösung dieser Aufgabe schon früher beschäftigt (cf. 4. Kongreß d. D. D. Ges.), findet L. in der Anwendung des von Kollmann für die vordere Harnröhre empfohlenen Valentinschen Glühlämpchens auch für seine katheterförmigen Endoskope für die hintere Harnröhre einen großen Fortschritt. Es fallen die störenden Reflexe fort, indem das Licht gedeckt auf das Gesichtsfeld aus größter Nähe auffällt.

L. stellt den auf seine Angabe von Heynemann nach diesem System veränderten Apparat vor, welcher moderne Anschauungen auch durch die Möglichkeit, das Rohr auszukochen, nachkommt.

**12. Paul Oppler: Ein Fall von Lichen scrophulosorum mit atypischer Pigmentierung.**

Als ich den Patienten, der jetzt 17 Jahre alt ist, vor ca. 2 Monaten zum ersten Male sah, bot die Abdominal- und Rückenhaut ein recht

buntscheckiges Bild dar, welches nicht ganz leicht zu deuten war. Das Auffallendste waren eine Unmenge von Quaddeln, die teils isoliert auf normaler Hautumgebung, teils unregelmäßig angeordnet auf großen, hellroten, sich entzündlich heiß anführenden Hautbezirken am Thorax, Rücken und in den Hüftgegenden zu konstatieren waren. Außerdem fanden sich besonders am Rücken eine Anzahl größerer und kleinerer Furunkel, zum Teil bereits in der Involution und abgeheilt, dann aber auch in der Bildung begriffen und umgeben von größeren, flächenhaften Infiltraten. Nebenbei bestand eine dritte Affektion, auf die ich später zu sprechen komme. Es handelte sich, wie sich bald herausstellte, um eine Urticaria mit sekundären, wohl durch Kratzinfektion entstandenen, Furunkeln, die seit etwa 4 Wochen vom Patienten beobachtet wurde. Er hatte die letzten zwei Monate im Krankenhaus unter der Erscheinung einer ganz schleichend und ohne Fieber verlaufenden Blinddarmentzündung zugebracht. Diese Urticaria war der Hauptsache nach eine Urticaria factitia, wie sich herausstellte. Das hochgradigste Strichphänomen konnte, wie ich Ihnen hier demonstrierte, durch den leichtesten Strich auf der Haut hervorgerufen werden, und es genügte schon leichtes Reiben mit der flachen Hand, z. B. in der Gegend der Hüftbeinschaukel, um die oben geschilderte Erscheinung von unregelmäßigen Quaddelgruppen auf heißem, gerötetem Grunde hervorzurufen. Die auffallend zarte Haut des Patienten reagierte ferner an allen Stellen des Druckes durch Kragen, Hosenträger, Hosengürtel prompt mit urticariellen Erscheinungen. Es gelang mir in kurzer Zeit durch Salizylseifenpflaster und heiße Bäder die Furunkel zur Abheilung zu bringen und dadurch die Hautaffektion besser zu beobachten, die Patient unterhalb des linken Rippenbogens am Abdomen, im Halbkreis nach dem Rücken ziehend, aufwies, und welche ich für einen etwas eigenartigen *Lichen scrophulosorum* halte. Sie sehen heute, wo die Affektion bereits in der Rückbildung, bzw. Abheilung begriffen ist, etwa 15 ovaläre, ein- bis zweimarkstückgroße Herde, die langsam nacheinander aufgetreten sind. Im Beginne sind es stecknadelkopfgroße, in Kreisen gestellte blaßbraune bis blaßrote Knötchen, die hier und da an ihrer Spitze ein Blutstippchen, öfters ein winziges Schüppchen tragen. Bei der langsam und spontan erfolgenden Abheilung — ich habe den Patienten absichtlich nur mit roborierender Diät behandelt — hinterläßt jeder Herd eine starke, dunkelbraune Pigmentation, Jucken fehlte gänzlich.

Durch mikroskopische Untersuchung der Schüppchen konnte eine parasitäre Affektion ausgeschlossen werden. Für die Diagnose kommt ferner in Betracht das von Kaposi als Ekzema papulosum beschriebene Krankheitsbild und zwar das den Follikeln entsprechende und daher oft figuriert auftretende Ekzema lichenoides, figuratum s. folliculare. Dann aber auch das Ekzema folliculorum (Malcolm-Morris, Unna). Ersteres ist aber eine entschieden akut entzündliche Erkrankung und daher schnell wandelbar, d. h. bald abblassend oder sich zum Bläschen steigend. Gegen die zweite Diagnose spricht vor allem die Lokalisation, denn das Ekzema folliculorum tritt gewöhnlich über den Körper zerstreut auf, betrifft besonders gern auch die Extremitäten, schreitet außerdem chronisch fort und juckt eventuell stark.

Ich habe daher die Diagnose *Lichen scrophulosorum* mit **atypischer Pigmentierung** gestellt, war aber leider nicht in der Lage, dieselbe durch die entscheidende Tuberkulininjektion zu erhärten. Tuberkulose der Organe war nicht nachweisbar. Verdächtige Momente gaben ab: der grazile Knochenbau, der schlechtgeformte Thorax, die abnorm zarte Haut, eine Reihe von nachweisbaren Drüsen (Inguinal, Cubital, Supraclavicular, Axillar), wofür allerdings die Urticaria und Furunkulose auch die Ursache abgeben konnte, und besonders die oben erwähnte, unter eigenartigen Formen verlaufende Darmaffektion.

**13. Herr Schäffer** demonstriert eine Patientin, die er vor einem Jahr mit der Diagnose *Mycosis fungoides von Lichen ruber planusähnlichem Aussehen* auf dem Breslauer Dermatologenkongreß bereits gezeigt hat.

Das Krankheitsbild hat sich inzwischen wesentlich — ad peius — verändert, so daß es sich jetzt um eine ausgesprochene *Mycosis fungoides* mit Tumorbildung handelt. Es ist deshalb auch das Eigenartige des Falles, das in dem Beginn der Erkrankung lag, nicht mehr so zu demonstrieren. Immerhin zeigt auch heute noch die Hautaffektion ein etwas ungewöhnliches und bemerkenswertes Aussehen.

Bei der ersten Besichtigung — vor etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahren — bestand der Ausschlag aus sehr zahlreichen isolierten, zum Teil aber konfluierenden, stark juckenden Knötchen, die an Farbe, Gestalt, Dellenbildung Lichen ruber planus-Effloreszenzen täuschend ähnlich sahen. Es wurde damals die Wahrscheinlichkeitsdiagnose (Lichen ruber planus annularis) gestellt und erst in zweiter Reihe — mit Rücksicht auf einzelne plateauartige, infiltrierte Herde — an das lichenoide Vorstadium einer *Mycosis fungoides* gedacht. Die ganz erhebliche Besserung und stellenweise vollständige Abheilung unter Arsengebrauch schien anfänglich gleichfalls die erste Diagnose zu stützen, bis im weiteren Verlauf aus den infiltrierte Partien sich pilzförmige, charakteristische Wucherungen entwickelten und irgendwelche Zweifel an der Auffassung des Leidens nicht mehr zuließen.

Der gegenwärtige Status weist das vielgestaltige Bild der *Mycosis fungoides* in den verschiedenen Stadien auf: Am Rücken ausgedehnte, kaum erhabene erythematöse Flecke, zahlreiche follikuläre, entzündlich gerötete, leicht schuppige Eruptionen (ekzematisches Vorstadium), schließlich halbkuglige, zum Teil erodierte oder bereits zerfallende Tumoren (Oberschenkel, Abdomen, rechter Oberarm). Freilich findet man auch jetzt noch auffallende, durchaus lichenoide, gleichmäßig chagrinierete Herde von scharfer, rundlicher Begrenzung mit isolierten Knötchen in der Umgebung; diese polygonalen Effloreszenzen erinnern lebhaft an Lichen ruber planus, erscheinen aber gegenwärtig doch prominenter und massiger, als wir sie bei dieser Erkrankung finden. Auffallend ist auch an den größeren rundlichen Herden der Randsaum, der sich als sehr zierliches, gefeldertes Band darstellt und den Eindruck erweckt, als ob er durch Aneinanderreihung zahlreicher polygonaler Knötchen entstanden sei (ähnlich wie bei circinären Plaques des Lichen ruber planus).

Aus dem Krankheitsverlauf der letzten Monate ist hervorzuheben, daß sich ein Teil der plateauartigen Infiltrate, ja sogar der ausgesprochenen, halbkugligen Tumoren spontan unter Hinterlassung unbedeutender bräunlicher Pigmentierungen zurückgebildet hat, daß überhaupt das gesamte Krankheitsbild im Verlauf weniger Wochen einen überraschenden Wechsel darbietet. So waren vor etwa  $1\frac{1}{2}$  Monaten nahezu alle prominenten Stellen abgeheilt, während sie sich in allerletzter Zeit schnell wieder zur gegenwärtigen Geschwulstbildung entwickelten. Zeitweise wird die Patientin durch sehr intensiven Juckreiz belästigt; gegen diesen hat sich am allerbesten Einreibung mit 10% Teer-Salicylvaseline bewährt. Auch die Rückbildung der Infiltrate und Tumoren wurde vielleicht durch die Lokalbehandlung begünstigt.

Am meisten gequält wird die Patientin durch hochgradige nervöse Beschwerden, wie Schlaflosigkeit, Herzklopfen, die jedoch schon vor Beginn des Hautleidens vorhanden waren.

In nächster Zeit soll neben der Lokalbehandlung Arsen in größeren Dosen gleichzeitig mit Chinin und nach Bedarf Bromkali gegeben werden.

**14. Herr Schwab:** Vorstellung zweier Fälle von *Hautcarcinom*.

Fall I zeigt den Erfolg einer Röntgenbehandlung. Vor 4 Monaten wurde Patientin wegen eines inoperablen Carcinoms, das vor 2 Jahren anschließend an ein Trauma entstanden war, von der chirurgischen Klinik uns zugeschickt. Eine handtellergroße Geschwürsfläche erstreckte sich links von der Nase bis gegen das Ohr; das ganze untere Augenlid war zerstört, ebenso der laterale Teil des Oberlides; der Knochen war in großer Ausdehnung von der Neubildung angegriffen. Sie sehen aus dieser Photographie, welchen Umfang der Prozess hatte, der sich auch mikroskopisch als Carcinom erwies. Vom 21./I. bis 24./II. wurde Patient mit Röntgenstrahlen behandelt — harte Röhre, 40 cm Abstand, 49 Sitzungen von 10 und 8 Sitzungen von 5 Minuten Dauer. Unter dieser Behandlung hat sich das Geschwür gereinigt, es ist kleiner, flacher und weicher geworden; das Allgemeinbefinden der Patientin hat sich gebessert, sie hat 2½ kg zugenommen. Die zweite Photographie zeigt ihr Aussehen bei der Entlassung.

Sie sehen, bis auf einen dreimarkstückgroßen Granulationsherd hat sich die kranke Partie, die sich ganz weich anfühlt, überhäutet. Beschwerden irgendwelcher Art fehlen, Drüsenschwellungen sind nicht eingetreten.

Nachtrag. An zwei Stellen wurden jetzt nach der makroskopisch-klinisch als sicher anzunehmenden Heilung Probeexcisionen gemacht, carcinomatöse Veränderungen ließen sich nicht nachweisen.

Fall II. Sie sehen hier ein ausgedehntes ulzeriertes Carcinom der rechten Brustseite, das nach der Tiefe zu bis an die Rippen verfolgt werden kann und von der Parasternallinie bis in die Achselhöhle reicht. Hier hat es durch Druck auf die Armgefäße eine sehr starke ödematöse Anschwellung des rechten Armes hervorgerufen. Besonders interessant sind die geröteten, minimal infiltrierten Randpartien des Carcinoms. Man könnte hier Veränderungen des Epithels vermuten, allein in den histologischen Präparaten — ein solches ist dort unter dem Mikroskop eingestellt — zeigt sich, daß das Epithel intakt ist und nur die Lymphgefäße mit Carcinomzellen erfüllt sind. Es handelt sich also um ein subkutanes Fortwuchern vom Rand nach der Peripherie zu.

Anamnestic ist nur wenig zu sagen. Bei der bis dahingesunden, 69jährigen Frau hat Oktober 1901 das Geschwür begonnen; vor 2–3 Monaten stellte sich eine Anschwellung des rechten Armes ein; in den letzten Tagen bekam sie Schmerzen und suchte die chirurgische Klinik auf. Von hier wurde sie uns als inoperabel zugeschickt.

Wir werden auch hier eine Röntgenbehandlung einleiten, da ja der Allgemeinzustand immer noch ein recht guter ist.

Nachtrag. Nach zirka 14 Tagen stellten sich starke Schwächezustände ein und Patientin starb am 13./VI. 1902. Ein nennenswerter Erfolg ist in diesem Falle durch die Röntgenbehandlung — es wurden 31 Sitzungen vorgenommen — nicht zu verzeichnen gewesen.

**Diskussion.** Herr Schäffer glaubt, daß das durch die Röntgenbestrahlung erzielte Resultat sehr günstig und bemerkenswert ist, falls ein Rezidiv nicht später erfolgt. Auch ganz oberflächliche, scheinbar sehr gutartige Carcinome der Gesichtshaut leisten ja manchmal ganz energischer Ätzung Widerstand. Er behandelt zur Zeit eine 60jährige Patientin mit 3 oberflächlichen Carcinomen an der Nase (wahrscheinlich aus sogenannten seborrhoischen Warzen entstanden, von denen noch einige an der Wange vorhanden sind). 2 Stellen wurden durch Pyrogallusvaseline (3%) beseitigt, während ein Herd trotz energischer 3wöchentlicher Behandlung mit 10% Pyrogallussalbe und stärkstem Resorzinpflastermull

gegenwärtig ein deutliches Rezidiv zeigt. Erreicht man also bei der vorgestellten Patientin mit Röntgenstrahlen ein definitives Resultat, das ja nach unseren bisherigen Erfahrungen auch kosmetisch sehr gut ist, so ist die Methode als sehr wertvoll anzusehen. Zu berücksichtigen ist auch, daß bei dem Schwabschen Falle kein so oberflächliches, nur die Haut ergreifendes flaches Ulcus rodens vorliegt, daß vielmehr hier auch die tieferen Gewebsschichten, besonders Muskulatur durchwuchert und zerstört wurden.

**15. Herr Sklarek: Vorstellung eines Falles von hereditärer Lues mit strichförmigen Narben an den Lippen und Mundwinkeln.**

Die Patientin, ein 17jähriges Dienstmädchen, kam wegen eines Ekzems am Körper in die Behandlung der Klinik. Die Familienanamnese der Kranken läßt ganz im Stich; dagegen gibt dieselbe über ihre eigene Person an, daß sie mit 12 Jahren böse Augen gehabt und mit 14 Jahren an Schmerzen in den Beinen gelitten habe. Als Überreste dieser Erkrankungen finden sich jetzt noch eine Keratitis parenchymatosa, außerdem eine Chorio-Retinitis diffusa und eine Verdickung an der rechten Tibia, welche auch im Röntgenbilde deutlich sichtbar ist. Ferner hat die Patientin Hutchinsonsches Zähne, eine Leukoplakia buccalis und zahlreiche schmale, leicht gelbliche Narben, welche am Munde in radiärer Richtung sowohl das Lippenrot als auch die Haut durchziehen. Dieselben wurden von Rich. Förster zuerst als Zeichen überstandener hereditärer Syphilis beschrieben.

**16. Demonstration von 2 Fällen mit Haarverlust an der Haargrenze der behaarten Kopfhaut. — Ophiasis (Pelade en bandes ou en couronne).**

Die erste Patientin, ein 22jähriges Mädchen, welches wegen einer seit 1 Jahre an den Ellenbeugen und im Nacken bestehenden „Dermatitis lichenoides pruriens“ (sive Lichen chron. Vidal) in die Behandlung der Klinik kam, gibt über ihr Haarleiden an, daß ihr mit 11 Jahren am Wirbel an einer fünfmarkstückgroßen umschriebenen Stelle die Haare ausgefallen, aber innerhalb eines Jahres wieder nachgewachsen seien. Zu gleicher Zeit begann ein Haarausfall im Nacken, welcher, von der Haargrenze beginnend, sich sowohl nach oben als auch seitlich weiter ausdehnte. Zur Zeit sehen wir, daß die Kahlheit die Circumferenz der normal mit Haaren bedeckten Kopfhaut einnimmt, und zwar fehlen die Haare im Nacken in einer Breite von etwa 5 und einer Höhe von 4 Querfingern mit serpiginöser Begrenzung nach oben. In einer deutlichen Ausbuchtung von zirka 3 Querfingerbreite ist die Haut hinter beiden Ohren haarlos. Auf der linken Seite erstreckt sich die Affektion bis auf das Scheitelbein.

Die andere Patientin will von Jugend an zeitweilig an Kopfeckzemen gelitten haben, zuletzt vor zwei Jahren. — Vor zwei Monaten bildete sich innerhalb der behaarten Kopfhaut der rechten Hinterhauptsseite eine markstückgroße kahle Stelle, welche sich mehr und mehr vergrößerte. Jetzt ist die untere Haargrenze bis auf einige wenige Härchen gänzlich verschwunden und es ist von der Erkrankung ein Bezirk von zirka 4-Querfingerbreite und 3-Querfingerhöhe ergriffen. Die obere Grenze desselben wird von einer sich nach oben und außen bis hinter das Ohr ziehenden serpiginösen Linie gebildet.

Es sei noch bemerkt, daß bei beiden Patientinnen die erkrankten Hautpartien nicht ganz kahl, sondern auf ihnen dünne Wollhärchen und Haarfollikel deutlich sichtbar sind. Die Haare der Umgebung sind überall normal, sie sind weder abgebrochen noch leicht ausziehbar.

In dem ersten Falle, in welchem die Erkrankung den größten Teil der Randzone der behaarten Kopfhaut ergriffen hat, haben wir es wohl sicher mit einer sogenannten Pelade en couronne zu tun.

Der zweite Fall, bei welchem der Haarverlust größtenteils die rechte Hinterhauptsseite ergriffen hat, dürfte jedoch wohl nur als ophiasis-ähnlich, als eine Pelade ophiasique der Franzosen zu bezeichnen sein.

**17. Herr Tomaszewski (Breslau):**

Meine Herren! Ich möchte Ihnen einen in mehrfacher Beziehung interessanten Fall von **merkuriellem Ex- und Enanthem** vorstellen. Patientin hatte sich im Dezember 1901 eine Luesinfektion zugezogen und zeigte Ende April Poly- und Skleradenitis, ein papulo-squamöses Syphilid an Stamm und Extremitäten, abheilende Plaques der Mundschleimhaut, links-seitige, spezifische Iritis. Ordin.: Injektionskur. Am 1./V. 1902 erste Injektion  $\frac{1}{2}$  Cub.-Cm = 0,05 Hg. salicyl; am 3./V. zweite Injektion Hg. salicyl = 0,1 Hg. Am Abend desselben Tages unter allgemeinem Krankheitsgefühl Beginn eines stark juckenden Ausschlages an Stamm und Extremitäten, der schon am 5./V. 1902 eine universelle Ausbreitung gewann; zugleich Beteiligung der Mund- und Vaginalschleimhaut, der Nieren und der Temperatur.

Das Exanthem ist teils flächenhaft ausgebreitet, teils besteht es aus dicht stehenden größeren und kleineren Einzeleffloreszenzen von makulösem, papulösem und papulo-squamösem Charakter, an einzelnen Stellen ist es auch zu blasigen Abhebungen gekommen, an anderen zu deutlichen Hämorrhagien, besonders an den Flachhänden und Fußsohlen. Besonders bemerkenswert ist aber die Affektion der Mund-, Conjunctival- und Vaginalschleimhaut. Hier findet sich ein kleinfleckiges, zum Teil hämorrhagisches, zum Teil blasiges Enanthem, außerdem noch in der Mundhöhle zehnpfennig- bis markstückgroße Partien, die in ihrem Aussehen völlig den Erscheinungen glichen, die wir zuweilen beim Erythema exsudativum multiforme sehen. Sonst ist noch hervorzuheben eine mäßige Temperatursteigerung und geringe Albuminurie und Cylindrurie und eine im Verhältnis zu der Zahl der im Sediment nachweisbaren roten Blutkörperchen stets positive Hallersche Blutprobe.

Meine Herren! An der Hand einiger Kurven möchte ich Ihnen einen zweiten interessanten Fall von Quecksilberidiosynkrasie demonstrieren. Es handelt sich um einen Patienten, der sich im Dezember 1901 mit Lues infizierte und Anfang März 1902 wegen exulzierter Sklerose im Sulcus und makulösem Exanthem zur Aufnahme kam. Schon draußen war nach Kalomelpuderung entzündliches Ödem des Penis und Skrotums aufgetreten. Am Tage der Aufnahme Einreibung des rechten Armes mit 2 g grauer Salbe; schon am Abend über 39° C.; Rötung und Schwellung des Armes; am nächsten Tage diffuses Erythem, über den ganzen Körper ausgebreitet, am rechten Arm kleinvesikulöse Dermatitis; auch später kein Nässen, hierauf Abklingen aller Erscheinungen in 3 Tagen. Auf Injektion von Hg. oxycyanat = 0,01 Hg. die gleichen Erscheinungen mit Temperatursteigerung bis über 40° C. Dasselbe wiederholte sich noch auf weitere Injektionen in jedesmal geringerer Intensität. Aber auch, als diese Injektionen ohne jede Veränderung vertragen wurden, erzeugte ein Quecksilberpflaster eine weit über seine Grenzen hinausgehende Dermatitis. Endlich möchte ich noch erwähnen, daß zu einer Zeit, wo die Injektionen noch Erscheinungen auf der Haut auslösten, Pinselung der Mundschleimhaut mit 1% Sublimatlösung und Janetsche Spülung mit Hg. oxycyanat 1:4000,0 (wegen Gonorrhoe) anstandslos vertragen wurde.

Dieser Fall ist demnach in doppelter Hinsicht von Interesse, einmal, weil, von der Temperatursteigerung abgesehen, immer nur die Haut Erscheinungen zeigte und weil am Orte der konzentrierten Hg-Einwirkung (Pflaster) sich noch eine Reaktion auslösen ließ, während Injektionen eines löslichen Hg-Salzes schon vorher nicht mehr dazu geführt hatten. Dann aber beweist auch dieser Fall wieder, daß selbst bei hochgradiger

Idiosynkrasie gegen Quecksilber eine allmähliche Gewöhnung an dies Metall möglich ist und daß bei einer Idiosynkrasie der Hautdecke die interne und subkutane Darreichung von selbstverständlich nur minimalen Hg-Dosen der geeignetste Weg zu sein scheint.

**18. Herr Schirmmacher: Schwere Differentialdiagnose zwischen Lupus vulgaris faciei und lupus erythematodes.**

Der Patient ist 52 Jahre alt; die Erkrankung begann vor 5 Jahren an der Nasenspitze und breitete sich allmählich über das ganze Gesicht aus. Vor 2 Jahren waren erst Nase und Oberlippe ergriffen. Die Halsdrüsen der linken Seite begannen schon vor 3 Jahren zu schwellen und zu schmerzen. Angeblich bestanden schon in seiner Kindheit einmal dort Drüsenanschwellungen.

Sie sehen, die Haut fast des ganzen Gesichts von bläulichrotem Farbenton und von geringer Infiltration, die an der Peripherie etwas stärker ist und dort wenig über das Hautniveau prominiert. Der ganze Herd ist überall scharf gegen das Gesunde abgesetzt. Eine schwache Schuppenbildung ohne stärkere Krusten dominiert, einige Stellen an der Nase ausgenommen, auf denen sich krustöser Belag findet und auf morschem Gewebe lose auflagert. Die Sonde dringt hier leicht ins Gewebe ein. Nirgends aber sind, auch nicht in der Peripherie, Lupusknötchen zu entdecken.

Der späte Beginn, die verhältnismäßig schnelle Ausbreitung über das ganze Gesicht, der eigentümliche bläuliche Farbenton, die Art der Schuppenbildung und die leichte atrophische Verkleinerung der Nase ließen immer wieder an Lupus erythematodes denken. Auch die große derbe Schwellung des ganzen hinter dem linken Unterkiefer gelegenen Drüsenpakets erinnern an Beobachtungen, die wir bei Lupus erythematodes gemacht hatten.

Die Diagnose Lupus vulg. wurde aber gesichert durch die auf  $\frac{1}{20}$  mg Alt-Tuberculin eintretende deutliche Reaktion des ganzen Herdes; besonders die Peripherie, die von vornherein stärker infiltriert war, war stark beteiligt.

Die mikroskopische Untersuchung eines 10 Tage nach Abschluss der Röntgenbehandlung aus der Peripherie exzidierten Stückes ergab nach Untersuchungen von Herrn Kollegen Zieler:

„In allen Schichten der Haut sowohl direkt subepithelial wie in der Tiefe um Haarbälge, Gefäße (besonders Arterien) herum, um und in Schweißdrüsenknäueln sowie auch tief im subkutanen Fettgewebe findet man typische Lupusknötchen mit zahlreichen Riesenzellen, die auch dicht unter der Oberfläche fast durchwegs als Epitheloidzellentuberkel erscheinen. Die Lupusherde sind sämtlich ziemlich klein, liegen isoliert und so spärlich in das Gewebe eingestreut, daß eine wesentliche Veränderung der Struktur dadurch nicht zu stande gekommen ist. Die meisten Knötchen sind scharf begrenzt, zum Teil fast abgekapselt, nur einzelne zeigen einen diffusen Übergang ihrer Rundzellenzone in die Umgebung. Nicht ganz selten findet man auch große Riesenzellen, die nur von wenigen regellos angeordneten Rundzellen umgeben sind, frei zwischen wenig auseinandergedrängten Bindegewebsbündeln liegen. Auch die größeren Knötchen bestehen zum Teil fast nur aus Langhansschen Riesenzellen. Auffallend ist das völlige Fehlen von Talgdrüsen in der erkrankten Partie. Dem entspricht auch das Aussehen des darüber liegenden Papillarkörpers, dessen Papillen fast verstrichen sind. Hypertrophische Veränderungen irgendwelcher Art des Epithels waren nicht festzustellen.“

Jedenfalls sichern das histologische Bild, die Tuberkulinreaktion, der morsche Grund die Diagnose Lupus vulgaris.

Nachtrag. Der Patient wurde mit Röntgenstrahlen bis zur schwachen Nekrotisierung behandelt. Nach völliger Überhäutung wurde

der Patient wesentlich gebessert entlassen. Die Gesichtshaut war durchwegs leicht gerötet und völlig glatt. Nach 10 Tagen stellte der Patient sich wieder vor; er reagiert auf  $\frac{3}{4}$  mg Alt-Tuberkulin wieder deutlich am Nasenrücken und auf der Oberlippe, im übrigen Gesicht in wenig ausgesprochener Weise. Die weitere Behandlung besteht in weiteren Röntgensitzungen.

Sitzung vom 11. October 1902.

Vorsitzender: Neisser.

Schriftführer: Harttung.

**1. Herr Loewenhardt** stellt einen Fall von **gonorrhöischer Metastase** an der Clavicula vor.

Der 22jährige Patient kam am 7. August 1902 mit einer derben, auf Druck kaum schmerzhaften Lymphangitis dorsalis des Penis in Behandlung. Die Ursache der Infektion war nicht zu eruieren, die letzte Möglichkeit lag etwa 4 Wochen zurück. Damals war angeblich etwas Ausfluß eingetreten, jetzt besteht noch eine geringe Verklebung des Orificium; Gonokokken waren trotz aller Recherchen bis zum Vorstellungstage nicht gefunden worden. Die Anschwellung an der Clavicula ist etwas schmerzhaft, betrifft den mittleren Teil des Knochens, der gleichmäßig aufgetrieben erscheint und mit Rücksicht auf die Sklerosierung des Lymphstranges am Penis, welche 4 Wochen vorherging, trotz aller Abwesenheit von Drüenschwellungen und sonstigen Allgemeinerscheinungen von Syphilis alsluetische Affektion imponierte. Nach 3wöchentlichem Gebrauch von Jodkali und Ruhestellung ging die Schwellung zurück, ist aber noch deutlich fühlbar. Gleichzeitig besteht am Processus coracoideus eine geringe, auf Druck schmerzhaft verdickung. Der Patient ist stets ambulant behandelt worden und hat von Fiebererscheinungen nichts bemerkt.

Nachtrag: Erst am 21. Oktober wurden in einem Präparat eines Filamentes typische Gonokokken gefunden, so daß der Fall sich dahin aufklärt, daß eine gonorrhöische Metastase von einer Mitte Juli akquirierten Gonorrhö herrührt.

**2. Herr Löwenheim (Liegnitz): Lymphangioma cysticum circumscriptum.**

L. stellt ein 10jähriges Mädchen vor, das im Unterhautzellgewebe der linken Schulter einen deutlichen, weichen elastischen Tumor zeigt, auf dessen Oberfläche sich Blasen von Stecknadelkopfgröße bis zu 1 cm im Durchmesser finden. Jedoch sind die größeren Herde aus einzelnen kleinen Elementen zusammengesetzt und erscheinen durch Teleangiectasien der obersten Bedeckung teilweise rötlich gefärbt, während die kleinen Bläschen, die eine deutliche Delle haben, rein weiß sind. Die Flüssigkeit, welche sich beim Einstich entleert, enthält Lymphkörperchen und charakterisiert sich auch sonst als Lymphe.

Die ganze Stelle, 4:6 cm groß, ist bedeutend reichlicher als die übrige Haut und die andere Schulter behaart. Auffallend sind noch einige Löcher, die wie mit einer Nadel angebohrt erscheinen und sich makroskopisch nicht erklären lassen.

Die Diagnose **Lymphangioma cysticum circumscriptum** erscheint sicher und kommt als Therapie nur die Totalexstirpation in Betracht, da der Tumor zwar nicht als maligner, wohl aber als entschieden progredienter aufgefaßt werden muß. Die Operation von Lymphangiomen ist allerdings bei schweren Fällen nicht ungefährlich.

Der Fall wird ausführlich veröffentlicht werden.

**Diskussion:** Herr Schäffer fragt, ob beim Anstechen der Bläschen, ebenso wie in den Fällen von Lymphangiektasie Ausfließen von seröser Flüssigkeit eintrete, da in dem vorgestellten Fall von Lymphangioma cysticum die polsterartige Schwellung und eigenartige teigige Konsistenz der Umgebung auf eine Beteiligung der Lymphgefäße auch in den tieferen Schichten hindeutet.

Herr Löwenheim erwidert Herrn Schäffer, daß beim Einstich sich nur wenig Flüssigkeit entleert, da nur ganz kleine Cysten vorhanden sind, weshalb es also zu einer Lymphorrhö nicht kommen kann.

Auf die Bemerkung von Herrn Harttung, daß Gefahr bei der Behandlung von Kindern wohl nicht in Frage komme, sei zu bemerken, daß König speziell von Kindern spricht, wenn er zur Vorsicht bei chirurgischen Eingriffen mahnt.

### 3. Herr Harttung: Schädelgummata.

Sie sehen, meine Herren, bei dieser Kranken einen kirschgroßen Sequester mitten auf der Stirn, der der Kranken nicht die geringsten Beschwerden macht. Er liegt wie eine knochenharte Austernschale von derber, gesunder Haut fest, wie eingeschnürt, umgeben, man kann daran rütteln, ohne daß er sich verschiebt und ohne daß es die Kranke irgend wie stört. Ich kenne den Sequester seit 3 Jahren in unverändertem Zustande und die Kranke, die von ihrer alten Lues sehr hochgradige Gaumenzerstörungen und neben dieser noch eine Hauttuberkulose hat, seit 18 Jahren. Zur Konzession einer operativen Entfernung des Sequesters konnte sie sich bislang noch nicht entschließen. Genau dasselbe Sequesterbild bot die 2. Kranke, nur war der Sequester erheblich größer. Die Kranke kam in sehr verwahrlostem Zustande zu uns; sie war bis zum Tage ihrer Aufnahme auf Feldarbeit gegangen, über den Sequester waren die staubigen Haare gestrichen, die ganze Umgebung voll von Staub, ein Bild enormer Vernachlässigung. Auf der Stirn waren zwei dicke, auf der Oberfläche ulzerierte Höcker, die dem Knochen anzugehören schienen, an der Nasenwurzel war eine bleistiftgroße, in die Tiefe führende Höhle, aus der Eiter sickerte, auch neben dem nekrotischen Knochenstück trat dünner Eiter hervor, der die Haare mit den aufgeblätterten Knochenlamellen verklebte. Die Lues ist von 88, schlecht behandelt, um 88 und 89 je eine Allgemeinkur. Im Jahre 1901 ein zwölfwöchentlicher Aufenthalt in einem Krankenhaus hier, wo eine allgemeine Behandlung stattfand. Schon damals bestand Eiterung an der linken Schädelseite, der jetzigen Nekrosenstelle, ohne daß lokal ein energischer Eingriff vorgenommen wäre, die Eiterstelle heilte auf die allgemeine Behandlung nicht, hatte auch keine Veränderung erfahren, als Patientin nach 12 Wochen das qu. Hospital verließ.

Die Kranke gibt an, seit 8 Jahren bereits an Schwindel zu leiden. Sie sei oft auf der Straße gegangen wie betrunken, auch manchmal in ein Haus geflüchtet und habe sich dort still hingesetzt, um eben nicht für betrunken gehalten zu werden. In den letzten Wochen habe sich alles erheblich verschlimmert, die Nächte seien schlaflos gewesen, auch habe ihr oft am Tage das Aussprechen einzelner Worte Schwierigkeiten bereitet. Sofort nach Einleitung einer energischen Allgemeinkur mit Injektionen von Calomel und Jodkali wurde zur chirurgischen Revision geschritten. Die Freilegung des Stirnbeins ergab, daß der Knochen intakt war, nach Exzision der im schwierigen Gewebe sitzenden Ulzera konnte alles durch die Naht vereinigt werden (übrigens nachher glatte Heilung, wie Sie sehen). Die Höhle auf der Nase, die auf das zum teil zerstörte linke Nasenbein ging, wurde gründlich mit dem scharfen Löffel revidiert

und tamponiert. Beim ersten Meißelschlage gegen den Sequester gab dieser ganz nach und zu meinem Erstaunen erschien in dem nunmehr kreisrunden Schädeldefekt die dick mit Granulationen bedeckte Dura leicht pulsierend. Ich kratzte die Dura ab, glättete nach Freipräparierung die dünnen Bänder der Schädeldecke mit der Hohlmeißelzange und legte Dauerverband an. Verlauf afebril und reaktionslos. Bereits die erste Nacht post operationem war gut, der Schwindel war fort, der Schlaf ist dauernd gut geblieben. Mir erscheint bei diesen Fällen nicht allein der anscheinend so benigne Verlauf bei so schweren Störungen interessant, sondern ich möchte auch feststellen, daß es zu so schweren Störungen gewiß nicht gekommen wäre, wenn rechtzeitig etwas Energisches chirurgisch getan worden wäre.

**Diskussion:** Herr Neisser: Herr Harttung hat in einer, wie ich glaube, viel zu weitgehenden Weise die Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe bei tertiär-gummösen Prozessen betont. Gewiß ist es richtig, daß man nekrotische Knochenstücke, die fest eingekapselt in der Tiefe liegen oder die großen nekrotischen Massen, die z. B. bei Hodengummata sich bilden, nicht mehr durch Quecksilber- oder Jodbehandlung beeinflussen kann, sondern daß es in solchen Fällen zum mindesten schneller geht, wenn man die toten Massen mechanisch entfernt. So weit stimme ich also Herrn Harttung in der Frage über die Notwendigkeit resp. Nützlichkeit chirurgischer Behandlung bei tertiären Prozessen bei. Aber für ganz überflüssig halte ich ein solches Vorgehen bei allen frischen und namentlich oberflächlich gelegenen Prozessen. Hier genügt neben einfacher, die Reinigung der Geschwüre befördernder Lokalbehandlung und neben Sorge für genügenden Abfluß sich etwa bildender Geschwürsabsonderungen die allgemeine spezifische Behandlung vollkommen. Ich glaube sogar, daß es nicht zweckmäßig ist, mit dem scharfen Löffel irgend welche Gewebsteile zu entfernen, die für die RepARATION der Gewebe noch verwertbar gemacht werden können. Ich kann nur sagen, ich habe noch in keinem einzigen Falle das Bedürfnis empfunden, so vorzugehen, wie es Herr Kollege Harttung, so viel ich weiß, prinzipiell tut. Auch im vorliegenden Falle würde wahrscheinlich, wenn man zeitig genug mit spezifischer Behandlung begonnen hätte, es gar nicht zu Nekrose des Knochens gekommen sein; es würde mir jedenfalls nie einfallen, bei einem frischen periostalen Prozeß eine chirurgische Behandlung zu inszenieren.

Herr Harttung:

Ich möchte meine Ansicht dahin präzisieren, daß ich es für absolut geboten halte, chirurgisch einzugreifen, ganz besonders bei solchen Personen, sobald man nicht bei der Allgemeinthherapie erhebliche Fortschritte sieht, oder mit derselben allein leicht zum Ziele kommt. Gerade diese Kranke beweist doch die Richtigkeit dieser Auffassung. 12 Wochen ist sie allgemein behandelt worden, es ist nichts lokal geschehen, die Stelle hat nach wie vor weiter sezerniert und das Endresultat ist nun dieser zentrale Schädeldefekt, der doch, mag er auch narbig verschlossen sein, für einen, Traumen und Insulten mechanischer Art ausgesetzten Menschen eine außerordentliche Bedeutung hat.

Herr Oppler: Ich möchte an dieser Stelle auf die Arbeit von Leredde hinweisen, in der dieser Autor neuerdings hervorhebt, daß die Hydr.-Dosen, welche im allgemeinen heute verabreicht werden, viel zu klein sind, und daß die Erfolge der Therapie bei einer starken Dosierung des Mittels weit größer sein würden.

Herr Loewenhardt spricht sich dahin aus, daß die chirurgische Behandlung zu vermeiden ist, solange keine deutliche Demarkation des Prozesses sichtbar ist; er weist darauf hin, daß auch die Rhinologen und Otologen bis zur Demarkierung des syphilitischen Prozesses prinzipiell sich operativen Eingreifens enthalten.

Herr Löwenheim steht ebenfalls auf dem Standpunkt, daß man mit der Entfernung der Nekrose bis zur völligen Sequestrierung derselben warten muß. Er hat bei der frühzeitigen Operation einmal die Erfahrung gemacht, daß die Wunde sich nicht schloß, so daß die Hirnhaut lange Zeit freilag, ein Umstand, der gelegentlich eines aufgetretenen Erysipels große Besorgnis erregen mußte. Im angezogenen Fall handelte es sich allerdings um eine Person, welche chirurgische Eingriffe überhaupt nicht gut vertrug, da sich an einer Injektionsstelle ein Gumma ausbildete.

Herr Schäffer glaubt, daß chirurgische Behandlung luetischer Prozesse nur unter ganz besonderen Verhältnissen vorzunehmen und jedenfalls bei sekundären Eruptionen zu vermeiden sei. Auch bei tertiären Formen mit Gewebs-Einschmelzung käme ein chirurgischer Eingriff erst dann in Betracht, wenn die abgestorbenen Gewebsteile aus mechanischen Gründen sich nicht von selbst abstoßen könnten. Dies kann namentlich bei syphilitischen Knochenerkrankungen leicht zutreffen, wenn beispielsweise ein Knochen-Sequester in einer Höhle mit kleiner Durchbruchsstelle sitzt. Dieser muß natürlich auf chirurgischem Wege entfernt werden. Andererseits aber ist die noch nicht abgestorbene luetische Neubildung, selbst morsche und schlecht vaskularisierte überhängende Ränder eines tertiären Geschwürs zu schonen, da unter entsprechender Allgemeinbehandlung auch derartig schlecht ernährte Gewebsteile sich vollständig erholen und glatt anheilen. Auch hiesige chirurgische Kollegen teilen diesen konservativen Standpunkt. Bei manchen besonders hartnäckigen tertiären Ulzerationen müssen allerdings ganz energische kombinierte Allgemeinkuren eingeleitet werden. Schäffer erinnert sich eines hartnäckigen Falles von tubero-ulzerösem Syphilid, bei dem eine Zeit lang an einen chirurgischen Eingriff gedacht wurde, weil trotz Hg und Jk keine vollständige Abheilung erzielt wurde. Allerdings konnten bei der Patienten aus äußeren Gründen nur Einreibungskuren ambulant durchgeführt werden. Als dann aber die Kranke sich zu einer energischen Inunktionskur entschloß, heilten unter gleichzeitigen hohen Jodkalidosen die Ulzerationen, die wohl länger als 1½ Jahre bestanden hatten, vollständig ab.

Herr Hartung: Herrn Löwenhardt erwidere ich, daß man doch von einer eigentlichen Demarkation nur bei solchen Prozessen sprechen kann, ich beschränke mich aber bei meinen chirurgischen Ein-

griffen nicht auf solche, sondern trage auch Papeln mit dem scharfen Löffel ab, kratze Gummata aus u. s. w., habe das immer getan und habe den Eindruck, daß meine Kranken dabei gut fahren. Speziell bei den großen, hypertrophischen Papeln, wie sie bei Prostituierten so häufig vorkommen, kann ich damit gewiß die Dauer ihres Hospitalaufenthaltes entschieden abkürzen. Nicht etwa die Dauer ihrer Behandlung, die Allgemeinbehandlung wird natürlich durch die chirurgische in keiner Weise beeinflusst, das möchte ich immer wieder betonen. Herrn Löwenheims Fall muß m. E. für die Beurteilung dieser Frage ausscheiden, weil ein Erysipel hinzugetreten ist. Herrn Schäffer erwidere ich, daß, wenn auch die hiesige chirurgische Klinik sich bei ulzeröser Lues abweichend verhält, dieser Standpunkt doch durchaus nicht allgemein ist und daß namhafte Chirurgen bei diesen Fällen sehr energisch vorgehen und energisch vorgegangen sind — ich erinnere nur an die Arbeiten Volkmanns in seinen Beiträgen zur Chirurgie.

Herr Neisser. Ich muß mich jetzt erst recht gegen Kollegen Harttung aussprechen. Ich will ehrlich gestehen: ich bin bisher auch noch nicht einmal auf die Idee gekommen, breite Condylome auszukratzen und jedenfalls kann ich versichern, daß bei genügend Sauberkeit und Trockenhaltung, durch Behandlung mit Calomel und Salzwasser und Quecksilberpflaster regelmäßig ohne den geringsten Zeitverlust die papulösen Erscheinungen zum Schwinden gekommen sind. Eine größere Sicherheit, daß nicht etwa Reste der syphilitischen Infiltrate in der Tiefe zurückbleiben, Reste, die für spätere Rezidive vielleicht von Bedeutung sein könnten, hat Kollege Harttung bei seinem chirurgischen Vorgehen auch nicht; denn auch er beseitigt ja nur die über die Hautoberfläche hervorragenden Wucherungen. Sicherlich hat er den Nachteil, daß es nicht ohne eine, wenn auch oberflächliche Narbenbildung abgeht, was bei der von uns geübten Behandlung in Wegfall kommt. Ich muß übrigens noch einmal auf meine Bemerkung zurückkommen, daß für die Beseitigung großer nekrotischer Massen, z. B. bei Hodengummaten, ein chirurgischer Eingriff notwendig wäre. Selbst in solchen Fällen ist der Eingriff nicht absolut erforderlich, wie das vollständige Verschwinden und die Abheilung der großen Lebergummaten beweist, bei denen sich rein durch Resorption die mächtigen Narben der Lappenlebern bilden.

Die Berufung auf Volkmann scheint mir bei aller Verehrung vor diesem großen Meister keine rechte Stütze für Kollegen Harttungs Ansicht zu sein. Ich weiß im Gegenteil, wie viel gescheidter es gewesen wäre, wenn er, statt sofort in Fällen, die er für Tuberkulose hielt, chirurgisch vorzugehen, erst eine gründliche Syphilisbehandlung vorgenommen hätte. Die „Tuberkulose“ wäre glänzend abgeheilt und er hätte nicht notwendig gehabt, Trepanation und Kastration vorzunehmen.

#### 4. Herr Harttung: „Follicis“ und Erythema induratum.

Dieses junge Mädchen mit seinen ausgedehnten Folliclis-Narben an den Füßen und an Armen und Händen, welche ein geradezu klassisches Bild dieser Erkrankungsform zeigen, hat ihr Leiden seit 13 Jahren. Sie erkrankte damals an einem Knotenrheumatismus, gegen welchen im wesent-

lichen aus ihrer Schuld nichts Ordentliches geschah. Die Knoten vergrößerten in Flächenform, — Sie sehen hier noch die unregelmäßigen Narben — dann wurden sie isolierter und der Zerfall trat in der typischen Form mit dem typischen Narbenausgang ein.

Seit 1 Jahre ist die Kranke bei uns in Behandlung unter ausgiebiger Arsenmedikation, ich habe doch den Eindruck, daß seitdem alles ungleich besser geworden ist und ich erinnere mich auch eines sehr genau beobachteten Falles aus meiner Privattätigkeit, der tadellos auf Arsen reagiert hat und bei dem es nicht mehr zu schlimmen Eruptionen gekommen ist, seitdem die Kranke unter Arsen steht.

Aber nicht um Ihnen dies zu erzählen, zeige ich Ihnen die Kranke, sondern um Sie auf einen derben, halbwallnußgroßen Knoten aufmerksam zu machen, der am linken Bein über dem l. malleol. intern. sitzt. Er ist etwas an seinen Rändern in die Fläche verbreitert, sein Schwellungszustand ungleichmäßig und er macht spontan oder unter dem Einfluß der Medikation Verwandlungen durch. Er stellt vielleicht eine Analogie dar zu der subkutanen Knotenform bei der folgenden Kranken.

Ich spreche die Knoten, die Sie hier bei dieser Kranken an Armen und an den Beinen fühlen, zum Teil klein halbkugelig, ganz subkutan, zum Teil direkt mit der Haut in weiterer Fläche in Verbindung als ein Erythème induré Bazin an. Die Kranke bemerkt diese Knoten angeblich erst seit Monaten; es ist mir sehr interessant, daß sie spontan angibt, bei Witterungswechsel direkt Beschwerden in ihnen zu haben, Schmerzen und Ziehen. Sonst sind die Knoten ganz indolent, wie Sie sehen, die Haut über ihnen kaum verändert; an mehreren Stellen ist ein Zusammenhang mit Gefäßen ganz offenbar (wohl immer Venen, nicht Lymphgefäßen). Sowohl die erste Kranke als auch diese erscheinen an den Spitzen suspect auf je einer Seite. Der Effekt der Tuberkulinreaktion konnte bei beiden Kranken noch nicht genau ermittelt werden. Die mit einem Teil der beiden exzidierten Stücke geimpften Tiere sind vorläufig (seit 4 Monaten) gesund geblieben.

Das makroskopische Bild des Fall II exzidierten Knotens war sehr charakteristisch: ein kleiner in der Subcutis liegender ganz circumscripter gelblicher Knoten, aus dessen Hohlräumen auf dem Durchschnitt bei Druck eine ölige Flüssigkeit hervortritt. Einen 2. Fall möchte ich Sie bitten gelegentlich im Hospital zu besichtigen, die Kranke ist zu leidend, um transportiert zu werden. Hier sind die Tumoren bis halbpapelformig, sie füllen die Subcutis so fest, daß die Herren von der chirurgischen Abteilung des Allerheiligenhospitals — ich verdanke den Fall Herrn San.-R. Riegner — meinten es handle sich um Muskelgeschwülste. Aber die Exzision ergab auch hier, daß die Geschwulst nur gerade bis zur Fascia reichte und daß der Muskel nicht im geringsten in dieselbe hineingezogen war.

Alle 3 Fälle sollen s. Z. ausführlich publiziert werden.

(Auf eine Anfrage von Geheimrat Neisser): Ich rechne die Folliklis zu den bazillären Formen, glaube aber, daß es sich um embolische Prozesse abgeschwächter Tuberkelbazillen handelt.

##### 5. Herr Ortmann. Luetische Oberkiefernekrose und Retropharyngealgumma.

Die 30jährige Patientin kommt zur Behandlung mit einem tuberculösen Syphilid der Nase, seit 3 Monaten bestehend. Anamnese negativ, keine Kuren. Ein Kind, das 1895 im Alter von 1 Jahr starb, wurde damals als suspect auf Lues heredit. angesehen. Seit 8 Tagen heftige Schmerzen im Nacken rechts. Hintere rechte Pharynxwand mächtig vorgeschoben, prall elastisch, nicht fluktuierend. Kein Fieber. Halswirbel nicht druckempfindlich. Im Röntgenbild rechts an die mittleren Halswirbel sich anschließender Tumor. Derselbe geht auf Hg und Jodkali

innerhalb 12 Tagen vollständig zurück. Unterdessen hatte sich durch Sequestration des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers zwischen lateralem oberen rechten Schneidezahn und Eckzahn eine Fistel gebildet, durch die man mit der Sonde in die rechte Nase gelangte. Nach Extraktion der lockeren Zähne und Entfernung zahlreicher Sequester mit der Kornzange repräsentierte sich eine schmierig belegte, einen unerträglichen Foetor ausströmende Höhle. Dieselbe brauchte zu ihrer Reinigung ziemlich lange Zeit. Jetzt sieht man durch den gereinigten und schon verkleinerten Defekt in die rechte Nase, man sieht beide normale Muscheln, die Choane und hintere Nasenwand. Das antrum Highmori war nicht eröffnet.

Bemerkenswert ist das verschiedene Verhalten der beiden offenbar ostalen Gummen. Das eine mit seiner Tendenz zur schnellen Heilung, das andere mit seinem relativ langwierigen Verlauf und seiner Neigung zur Destruktion. Die Erklärung mag darin liegen, daß die Therapie einsetzte zu einer Zeit, als das retropharyngeale Gumma eben im Entstehen begriffen war, während das Oberkiefergumma offenbar zu gleicher Zeit mit dem ulzero-tuberösen Syphilid der Nase entstand und bei letzterem sekundäre Infektionen mitgespielt haben mögen.

**6. Herr Zieler** stellt vor (aus der königl. Hautklinik):

einen 60jährigen Patienten mit einem **Tumor der linken Inguinalgegend** von mehr als Handflächengröße.

Der Pat. bemerkte zuerst im Juni 1901 in der linken Leistenbeuge eine etwa erbsengroße, derbe, warzige Geschwulst von der Farbe der umgebenden Haut, unter der damals schon große, nicht schmerzhaft-Drüsen zu fühlen gewesen sein sollen. Bis Februar 1902 Vergrößerung des Tumors auf Hühnereigröße, häufiges Wundwerden und Nässen an verschiedenen Stellen, dann unter zunehmender Schwäche allmähliche Vergrößerung der Geschwulst in der Richtung der Genitalien. Seit Juni 1902 zeitweise Anschwellung des linken Beines (seitdem ist der Patient bettlägerig), die seit etwa 3 Wochen ständig zugenommen hat.

Der kräftig gebaute aber abgemagerte Patient kann ohne Stock nicht gehen und schleppt das linke Bein nach. Pralles, fast an Elephantiasis erinnerndes Ödem des ganzen linken Beines, desgleichen aber weniger hochgradig des Skrotum (l. Seite), des Penis und der Bauchhaut der linken Seite bis etwa zur Nabelhöhe und zum vorderen Ende der 10 Rippe.

In der linken Inguinalgegend, den untersten Abschnitt der linea alba etwas nach rechts überschreitend, von der Peniswurzel nach links oben und außen bis etwa 4 cm medial vor der Crista ilei ant. sup. befindet sich ein besonders in den Randpartien flacher länglicher (etwa 10 : 5 cm) Tumor von ziemlich derber Konsistenz. Die Oberfläche ist unregelmäßig warzig, in der unteren der Genitocruralfalte folgenden Abschnitten außerdem sehr stark zerklüftet. Einzelne erhabene Partien sind excoriert und nassen. Die Randpartien, die sich sonst nur wenig durch ganz geringe Erhabenheiten von der Nachbarschaft abgrenzen lassen, sind etwas stärker pigmentiert als die übrige Haut. Die Geschwulst läßt sich außer in geringen Grenzen an der Peniswurzel nicht gegen die Unterlage verschieben. Vergrößerte Drüsen sind links unten oder in der Nähe des Tumors nicht zu fühlen. Beides erklärt sich durch das pralle Ödem. Dagegen ist eine Vergrößerung der oberflächlichen Lymphdrüsen der rechten Inguinalgegend nachweisbar. Daß sowohl die oberflächlichen wie die tiefen inguinalen Lymphdrüsen der linken Seite erkrankt und ihre Vasa afferentia verstopft sind, geht aus der Art und der Verteilung des Ödems hervor. Als Ausgangspunkt der Geschwulst, die als Carcinom anzusprechen ist und vielleicht einem wenig oder gar nicht pigmentierten Naevus ihre Entstehung verdankt, kann nur die Haut in Frage kommen.

Da Störungen der vegetativen Funktionen völlig fehlen und Veränderungen im kleinen Becken (außer einer unwesentlichen Prostatahypertrophie) nicht festzustellen sind, so ist auch ein sekundäres Übergreifen auf die Haut auszuschließen, ganz abgesehen davon, daß dagegen schon allein der klinische Verlauf spricht.

#### 7. einen Fall von *Pityriasis rubra pilaris*.

Der 61jährige Pat. stammt aus gesunder Familie, hat vor 22—25 Jahren und mit 46 Jahren mehrfach Lungenerkrankungen („Schwindsucht“) und mit 48 Jahren Pocken (in Rußland) durchgemacht. Seit Ostern dieses Jahres angeblich nach einer Erkältung Verlust der Schweißfüße, wonach die Haut der Fußsohlen ganz hart geworden sein soll. Später soll dann die Schwielenbildung sowohl an den Fußsohlen wie an den Handtellern wieder abgenommen haben. Seit Pfingsten leichtes Jucken an den Unterschenkeln unter gleichzeitigem Auftreten von roten Flecken und Knötchen, bald darauf starke Schuppung der Kopfhaut und Bildung ähnlicher Effloreszenzen wie an den Unterschenkeln an beiden Vorderarmen. Dann allmähliches Fortschreiten über den übrigen Körper. Seit etwa 2—3 Wochen soll die Erkrankung auf Augenbrauen, Rücken- und Bauchhaut übergegriffen haben. Der Pat. ist nicht abgemagert und bietet außer leichtem Frösteln keine Störungen seines Allgemeinbefindens dar. Kein oder nur sehr geringes Jucken. In letzter Zeit geringe entzündliche Erscheinungen an den Augenlidern. Keine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Die behaarte Kopfhaut ist bedeckt mit trockenen, festhaftenden, weißgrauen Schuppen, teils in größeren, zusammenhängenden Herden, teils isoliert in solchen von Linsengröße und darunter; in der Schläfengegend beiderseits folliculär angeordnete ähnliche Schuppen, meist unter Stecknadelkopfgröße. Schuppung (kleienförmig) und leichte diffuse Infiltration der Ohren und der Gesichtshaut (neben alten Pockennarben!). Geringe Conjunctivitis beiderseits. Keine Beteiligung der Mundschleimhaut. Die Haut des Nackens zeigt eine feste Infiltration mit starker Ausprägung der Hautfalten; nach dem Rücken und den seitlichen Halspartien zu löst sich die diffuse Infiltration allmählich in dichtstehende folliculäre graue bis graurötliche Knötchen auf, die steil aus der umgebenden Haut hervorragen und an ihrer Basis meist rund, nicht polygonal sind und beim Darüberstreichen das Gefühl hervorrufen, als striche man über ein Reibeisen.

Die jüngsten Effloreszenzen finden sich an Brust-, Bauch- und Rückenhaut, sowie an den angrenzenden Abschnitten der Haut der Extremitäten. Es handelt sich hier um disseminierte und isolierte, folliculäre, wenig erhabene rundliche Knötchen von blaßroter Farbe ohne bemerkbare Infiltration der tieferen Schichten und mit geringer Schuppung an den älteren Effloreszenzen, aber überall sich ziemlich weich anführend. Dazwischen regellos verteilt größere flache, kaum über die benachbarte Haut hervorragende Herde von unregelmäßiger Begrenzung und leichter Verstärkung der Hautfurchen. Die gleichen nur weit stärker ausgesprochenen Veränderungen erkennt man an den peripheren Abschnitten der Extremitäten, wo es zur Bildung derber trockener Herde von mäßiger Infiltration und blauerer Färbung gekommen ist, die im Gegensatz zu den jüngeren Effloreszenzen meist mit weißlichen kleinlamellosen Schuppen bedeckt sind. Zentral und medial über den Kniegelenken ist die Infiltration und Schuppung besonders stark. An den radialen Seiten der Vorderarme ist die folliculäre Ausbildung (Reibeisen!) stark ausgeprägt, ebenfalls deutlich, aber weit geringer auf den Dorsalseiten der Grundphalangen der Finger. Handteller und Fußsohlen zeigen starke Schwielenbildung. Die Nägel sind nicht befallen, ebenso sind Penis und Skrotum frei. Die Streckseiten sind nicht vorwiegend beteiligt.

Die vorliegende Erkrankung muß wohl als Pityriasis rubra pilaris (Devergie) bezeichnet werden, da trotz der allgemeinen Ausbreitung der bisherige Verlauf ein absolut gutartiger ist und es aller Wahrscheinlichkeit nach auch bleiben wird.

Da der Kranke erst seit kurzem und nur für kurze Zeit in unserer Behandlung steht, läßt sich über den etwaigen Erfolg einer Arsenmedikation vorläufig nichts sagen. Auch histologisch konnte die Diagnose gegenüber dem Lichen ruber acuminatus (Hebra-Kaposi) nicht gesichert werden, da der Patient auf das entschiedenste auch die kleinste Exzision verweigerte.

**8. einen Fall mit ausgedehnten ulzerierten syphilitischen Plaques des linken Zungenrandes.**

Der 34jährige Patient hat sich Ende April dieses Jahres infiziert und im August eine unvollständige Kur durchgemacht. Am 7./IX. hat er auf eigenen Wunsch die Klinik mit noch bestehenden Plaques der Tonsillen und des linken Zungenrandes verlassen. Allmähliche Vergrößerung und Ulzeration der Plaques unter sich steigenden Schmerzen und Schluckbeschwerden, die zum Wiederaufsuchen der Klinik führten.

In der Mitte des linken Zungenrandes findet sich eine etwa  $2\frac{1}{2}$  cm lange und  $1-1\frac{1}{4}$  cm breite Ulzeration mit unregelmäßig ausgefressenen, aber nirgends unterminierten Rändern. Der Grund ist wenig vertieft, zeigt mäßige Granulationen und ist mit einem graugelblichen Sekret bedeckt. Der Fall ist insofern interessant, als bei dem ganzen Aussehen der Ulzeration der Gedanke an eine Kombination mit Tuberkulose nicht völlig von der Hand zu weisen ist; allerdings wurden im Sekret Tuberkelbazillen nicht gefunden.

**Nachtrag:** 2 Injektionen von altem Kochschen Tuberkulin riefen weder die geringsten allgemeinen, noch lokalen Erscheinungen hervor. Dagegen trat schon nach 4 Tagen unter spezifischer Behandlung (zunächst nur tägl. Einreibungen von Ung. Hydrarg. cin. 4·0) eine merkliche Verkleinerung und Reinigung der Ulzeration ein.

**9. einen Fall von chronischem Rotz der Haut des Gesichts und der Schleimhäute.**

Die Infektionsquelle ist trotz allen Bemühungen nicht nachzuweisen gewesen. Der 17jährige Patient (der schon in der Sitzung der schlesischen Ges. f. vaterländische Kultur vom 27. Juni vorgestellt worden ist [Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 57 vom 16. Juli 1902]) ist bis vor  $2\frac{1}{2}$  Jahren stets gesund gewesen. Im Frühjahr 1900 entwickelte sich auf der Innenseite des rechten Unterschenkels ein wenig schmerzendes Geschwür von halber Handtellergröße. Heilung unter Salbenbehandlung in 12 Wochen mit Bildung einer schattigen atrophischen und pigmentierten Narbe. Im Frühjahr 1901 Schwellung der rechtsseitigen tuberaxillären Lymphdrüsen, Vertretung mit der Haut und Fistelbildung. Im Anschluß daran soll erst die dauernd sich vergrößernde Ulzeration am harten Gaumen und wenig später ein kleines Geschwür unter dem rechten Auge entstanden sein.

Bei der Aufnahme (26./II. 1902) stand wie jetzt im Vordergrund der Erkrankung der ulzeröse Prozeß in der Mundhöhle und deren Umgebung. Die Ulzeration am harten Gaumen reichte bis zur Grenze gegen den weichen Gaumen, seitlich beiderseits bis zum Alveolarfortsatz und nach vorn bis zum Lippenrot (die vorderen Schneidezähne fehlten). Der Prozeß ist seitdem, wie Sie sehen, sehr bedeutend und zwar ständig fortgeschritten. Der harte Gaumen ist jetzt völlig zerstört, beide Nasenhöhlen kommunizieren mit der Mundhöhle, nach dem weichen Gaumen hin ist eine wesentliche Ausbreitung nicht erfolgt. Seitlich erreicht die Ulzeration die Oberkieferzähne, von denen nur noch die Molaren noch unverändert erhalten sind. Die Praemolaren stehen frei und locker, die vorderen Zähne sind allmählich ausgefallen. Am stärksten ist der Prozeß an der Mundöffnung fortgeschritten. Fast die ganze Oberlippe fehlt, in

der Mittellinie sind nur noch wenige Millimeter bis zur Nasenöffnung nicht erkrankt. Ein großer Teil des rechten Mundwinkels ist ebenfalls zerstört und zwar derart, daß die Zerstörung an der äußeren Haut etwa bis zu 1 cm weiter geht als an der Schleimhautfläche. Die Unterlippe ist von rechts her ebenfalls bis etwas über die Mittellinie in den Prozeß einbezogen worden. Links ist sie bis zum Mundwinkel noch frei. Die dem linken Unterkiefer und Oberkiefer gegenüberliegende Wangenschleimhaut ist nicht befallen, rechts läßt sich das bei der Empfindlichkeit des Patienten und der straffen Spannung der Gewebe nicht feststellen. Die unteren vorderen Partien sind jedenfalls nicht erkrankt, anscheinend aber schon die früher nicht befallenen hinteren Abschnitte. Kleine, schnell zerfallende Knötchen von gelblicher Farbe sind zeitweilig aber selten in der Peripherie der Ulzeration aufgetreten; augenblicklich ist nichts derartiges vorhanden. Die Ränder sind besonders rechts an der äußeren Wangenhaut in einer 2—3 mm breiten Zone livid verfärbt, teils flach, teils wallartig erhaben, unregelmäßig zerklüftet und stellenweise unterminiert. Eine wesentliche Infiltration der Nachbarschaft besteht nur an den wenigen Stellen mit wallartig erhabener Begrenzung. Der Geschwürsgrund ist zum Teil tief ausgefressen; mit gelblichen, festhaftenden, fast ölig erscheinenden nekrotischen Massen bedeckte Stellen wechseln mit stark vorspringenden rötlichen Granulationen ab.

Die Diagnose war lange Zeit unklar.

Differential-diagnostisch kamen tertiär-syphilitische und tuberkulöse Ulzerationen in Frage. Aber es trat weder eine Besserung auf energische antisiphilitische Behandlung, noch eine lokale oder allgemeine Reaktion auf Injektionen mit dem alten Kochschen Tuberkulin ( $\frac{1}{10}$ , 1, 5, 5 mg) ein. Ebenso ergab die histologische Untersuchung zunächst keine völlige Aufklärung. Erst der Tierversuch und dann auch Kulturen aus einem akut aufgetretenen Abszeß am rechten Kieferwinkel erlaubten die Diagnose Rotz zu stellen, die nun auch histologisch bestätigt werden konnte.

Die Behandlung ist bis jetzt absolut erfolglos gewesen. Mallein-injektionen (Malleinum siccum Toth 2, 2, 5 mg) ergaben zwar allgemeine und lokale Reaktion, mußten aber wegen der Schmerzhaftigkeit ausgesetzt werden. Der lokale Prozeß ist unter jeder Therapie fortgeschritten. Nur für das Allgemeinbefinden hat die antisiphilitische Behandlung Vorteile gebracht. Der Patient hat erhalten: 170 cm Jodipin (25%) subkutan, 156 g Kal. jodat. innerlich, 81 Einreibungen zu 3·0 Unguent. Hydr. cin. und 16 zu 4·0 g. Die Temperatur, die sonst fast täglich 39° und darüber betrug, ist während der letzten Monate nur vereinzelt auf wenig über 38° gestiegen. Das Gewicht, das auf 37 kg gesunken war, hat wieder 41 kg erreicht.

Seit dem 4./IX. ist Jodkali und die Einreibungskur wieder ausgesetzt wurden, ohne daß der lokale Prozeß, der jetzt nur mit Aiol, Salbenmull etc. behandelt wird, schneller fortgeschritten wäre. Chirurgische Behandlung, die jetzt ganz ausgeschlossen ist, war von vornherein bei der ausgedehnten Beteiligung der Nasenschleimhaut wenig aussichtsvoll und ist deshalb unterblieben.

Erkrankungen der inneren Organe fehlen trotz der vorhandenen schweren Zerstörungen, daher ist das Ende des Prozesses nicht abzusehen. Heilung erscheint ausgeschlossen.

**10. Herr Schwab:** Meine Herren. Bei dieser 64jährigen Frau, die ich mir erlaube (aus der königl. Hautklinik) Ihnen vorzustellen, handelt es sich um ein **ausgedehntes Ulcus rodens**. Die Erkrankung besteht seit 10 Jahren und begann an der Nasenwurzel rechts. Vor 6 Jahren wurde der Krankheitsherd — der Prozeß war inzwischen auf der rechten Wange gegen das Ohr zu weiter geschritten, während die zuerst erkrankten Partien sich überhäutet hatten — in toto exzidiert, darauf trat scheinbar Heilung

ein. Dann aber schritt der Prozeß und jetzt nach links von der transplantierten Stelle wiederum weiter. Am 13./V. suchte uns Patientin zum ersten Male auf; wie sich die Affektion damals darstellte, zeigt Ihnen die Moulage und Photographie, die ich Ihnen herumreiche.

Ulzeriert war das Ober- und Unterlid des rechten Auges, an der rechten Wange ist um eine lineäre Narbe angeordnet eine Menge kleiner derber Knötchen, die zum Teil im Zentrum ulzeriert waren; gegen das Auge zu fand sich eine große Ulzeration. Dieselben gelblich-rötlichen Papeln zeigen sich auf dem Nasenrücken und eine ganz kleine mit sehr derbem Rand im linken inneren Augenwinkel.

Sehr interessant ist — was sowohl an der schönen Moulage, wie auch bei der Patientin heute noch zu sehen ist, daß in ganz gerader Linie der Prozeß von der Nasenwurzel gegen den Haarboden weitergegangen ist. Auch hier standen damals die beschriebenen Knötchen. Während nun links von dieser Linie keine Abnormität sich findet, sehen Sie rechts ganz flache Narben, daneben gerötete Stellen und dazwischen noch einzelne der beschriebenen Effloreszenzen. Eine Reihe derselben bildet auf dem Haarboden unweit der Stirnhaargrenze den Abschluß dieser Affektion nach dieser Richtung.

Während ja heute durch das erbsengroße, mit äußerst derbem Wall versehene, ulzerierte Knötchen im linken Augenwinkel die Diagnose auf *Ulcus rodens* ohne weiteres zu stellen ist, so war das damals nicht so leicht, und man mußte immerhin Lues III und Lupus in Betracht ziehen.

Drei Injektionen von  $\frac{1}{10}$  bez. 1 bez. 5 mg Alt-Tuberkulin ließen absolut keine Reaktion des Krankheitsherdes erkennen und ermöglichten so Lues auszuschließen.

Eine Jodkalimedikation blieb ebenfalls erfolglos, während 40% Resorzinpflastermull rasch deutliche Besserung der auch durch Probeexzision als *Ulcus rodens* diagnostizierten Erkrankung herbeiführte.

Die Photographie, die ich Ihnen jetzt herumgebe, zeigt den Status bei der Entlassung am 8./VII. Bis auf eine ganz kleine Ulzeration am unteren Augenlid hatten sich unter den Pflastern alle Geschwüre überhäutet und die Infiltrate und Rötungen waren bis auf geringe Reste verschwunden. Nur eine Stelle zeigte noch Propagation, die am linken inneren Augenwinkel. Patientin bekam Pflaster mit nach Hause und hat sich bis vor ca. 8 Tagen weiter behandelt. Leider ist ihr Zustand, wie Sie sehen, insofern wieder verschlechtert, als neben einem Weiterschreiten des Prozesses im Haarboden die Ulzeration und Infiltration am linken inneren Augenwinkel sich vergrößert hat. Gerade an letzterer Stelle hat sich auch das starke Resorzinpflaster als unwirksam erwiesen, hier soll Heißluft in Anwendung kommen, die ganze übrige erkrankte Partie soll mit Röntgenstrahlen behandelt werden. Daß übrigens auch dieses *Ulcus rodens* durchaus bis jetzt gutartig ist, zeigt der Mangel jeder Lymphdrüsen- oder sonstigen Metastase.

**11. Herr Baermann:** Meine Herren, ich erlaube mir Ihnen (aus der königl. Haut-Klinik) hier ein mit Röntgenstrahlen behandeltes Haut-Carcinom der linken Halsseite vorzustellen.

Die Patientin ist 57 Jahre alt. Beginn vor ungefähr 4 Jahren auf der Grundlage eines pigmentierten Naevus, der in den vorausgehenden Jahren mehrere Male entzündliche Erscheinungen gezeigt hatte. Patientin behandelte bis Pfingsten dieses Jahres die allmählich bis Mannsfautgröße herangewachsene, seit Anfang dieses Jahres exulzerierte, blumenkohlartige Geschwulst selbst mit Salben. Zu genannter Zeit trat plötzlich eine unstillbare, profuse Blutung ein, welche ihren Eintritt ins Augusta Hospital herbeiführte. Eine Operation wurde dort abgelehnt, die Patientin gemäß der seinerzeit ergangenen Aufforderung meines hochverehrten

Chefs, Geheimrat Neisser, uns zu einer eventuell noch einzuleitenden Röntgenbehandlung freundlichst überwiesen. Bei dem Behandlungs-Antritt bot Patientin bereits das Bild einer ziemlich fortgeschrittenen Krebskachexie dar. Die Größe des Tumors sehen Sie an aufliegendem Bilde. Bei der Patientin bestanden unerträgliche Schmerzen in der linken Achsel und dem linken Arme durch Druck der Tumormasse auf den Plexus, ferner schwere asthmatische Erscheinungen, Appetit- und Schlaflosigkeit.

Die Frau wird seit 3. Juli d. J. mit täglichen Bestrahlungen einer weichen Röhre, bei einer Sitzungsdauer von 15 Minuten, einem Spiegelabstand von 15 cm, einer Stromspannung bzw. Stärke von 32 Volt und 5 Ampère, behandelt.

Wie Sie sehen, ist der Tumor vollständig verschwunden, an seiner Stelle ist ein zweimarkstückgroßer Defekt, auf dessen Grunde sich frische Granulationen zeigen. Die breite, starre, anfängliche Infiltrationszone hat sich um ein bedeutendes verschmälert und ist auf der Unterlage beweglich. Die Schmerzen im Arme sind vollständig aufgehoben, Appetit und Schlaf sind zurückgekehrt, das Asthma hat sich gebessert. Patientin hat ferner in den letzten Wochen um 3 kg zugenommen, ihre Gesichtsfarbe weist nicht mehr die fahle, gelb-graue Farbe der Krebskachexie auf.

Wenn wir auch in diesem Falle vorläufig von einer totalen Heilung nicht sprechen dürfen, so haben wir doch den Zustand der Frau erheblich gebessert. Vielleicht läßt sich durch eine weitere, konsequente Durchführung der Bestrahlung eine vollkommene Heilung erzielen, wenigstens berechtigen die Berichte aus England über Totalheilungen mit Röntgenstrahlung zu diesen Hoffnungen.

#### **12. Herr Baermann demonstriert einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Psoriasis vulgaris.**

Meine Herren, der Fall, den ich mir Ihnen (aus der königl. Hautklinik) vorzustellen erlaube, bietet momentan nur ein therapeutisches Interesse. Es ist eine bereits zu wiederholten Malen in hiesiger Klinik behandelte Psoriasis vulgaris, die mit geringer Infiltration, mäßiger Schuppung einherging. Die einzelnen Plaques setzen sich aus aggregierten kleinen Effloreszenzen zusammen, sie sind über den Stamm, die Extremitäten und Kopf ziemlich gleichmäßig verteilt. Die ganze linke Körperhälfte wurde an 5 Tagen aufeinanderfolgend mit einer harten Röhre, bei einer Belichtungsdauer für Vorder- und Rückseite von je 15 Minuten, einer Stromspannung bzw. Stärke von 3 Ampère und 32 Volt, einem Spiegelabstand von 40 cm, bestrahlt. Gleichzeitig wurde eine ziemlich intensive tägliche Schwitzkur mit nachfolgendem Bade und Salizyl-Lauterbach-Seifeneinreibung eingeleitet.

Meine Herren, Sie sehen den eklatanten Unterschied der linken und rechten Körperhälfte. Die linke bestrahlte Seite ist mit Zurücklassung einer leichten braunen Pigmentierung glatt abgeheilt, während die rechte zwar erheblich gebessert, aber trotzdem an verschiedenen Stellen noch deutlich nachweisbare Psoriasisherde erkennen läßt. Die Schuppung, Infiltration und Rötung ist gewiß auch auf der rechten Seite erheblich beeinflußt. Es läßt sich kaum in Abrede stellen, daß bei kräftigen Individuen energische Schwitzkuren die Heilung der Psoriasis in gewissem Maße unterstützen. Interessant ist hierbei, daß die Schweißabsonderung auf den erkrankten Partien ziemlich herabgesetzt ist.

Ich möchte mir noch erlauben, darauf hinzuweisen, daß die Röntgenbestrahlung zwar eine sehr rasche Involution der psoriatischen Herde herbeiführt, daß aber leider an den bestrahlten Stellen um so rascher und ausgedehnter Rezidive eintreten. Wir haben deshalb begonnen, die Bestrahlung auf

kurze Belichtungsdauer, wenig Sitzungen — etwa 4—5 — zu beschränken. Die Wirkung tritt dann zwar langsamer, aber trotzdem ziemlich prompt ein. Über das eventuelle Rezidiv nach dieser Behandlung fehlt uns vorläufig noch eine größere Erfahrung. Es macht aber bei der noch geringen Anzahl derartig behandelter Fälle den Eindruck, als ob hierbei die Prognose eine bessere wäre.

**13. Herr Baum stellt vor einen Fall von maligner Lues und wahrscheinlichem Primäraffekt am linken Daumen bei einer 49jährigen Hebamme.**

Die Patientin bekam vor 13 Wochen einen bösen Daumen, der nicht heilen wollte; vier Wochen später kam eine Blutvergiftung hinzu, weshalb der Arzt einen Teil der Endphalanx des linken Daumens entfernte. Vor 7 Wochen bekam sie kleine Knötchen am Körper; zugleich fielen ihr die Haare stark aus. Seit 4 Wochen fühlt sie sich sehr elend; an Stelle der Knötchen traten tiefe Geschwüre auf, auch im Munde, namentlich an den Mandeln. Der Arzt verordnete ihr Jodkali und behandelte die Geschwüre im Hals mit Höllenstein.

Die Patientin wurde vor 12 Tagen hochfiebernd —  $39.8^{\circ}$  — in elendem Zustand in die Klinik gebracht. Über den ganzen Körper zerstreut eine Menge von 1—2-markstückgroßen Geschwüren mit wallartigem Rand und von rupiaähnlichen Krusten bedeckt. Zwischen den großen zahlreiche kleinere Geschwüre, auch die kleinsten im Zentrum teilweise eingeschmolzen. Im Gesicht zahlreiche Papeln, auf dem Kopf ein 1-markstückgroßes Ulcus. Schleimhäute frei, außer einem seichten Ulcus am harten Gaumen. An den Genitalien nichts. Polyscleradenitis inguinalis et cervicalis. Am linken Daumen fehlt ein Teil der vordersten Phalanx. Der ganze Daumen gerötet und geschwollen.

Patientin hat bisher 3 Injektionen Hydrargyrum salicylicum aa 0.1, 20.0 JK und Chinineisenarsenpillen bekommen. Sie bekam in den ersten Tagen heftige Durchfälle, ohne daß es sich sagen ließ wodurch. Möglicherweise durch JK; da der sie außen behandelnde Arzt auch das letztere Medikament wegen Diarrhöen aussetzte. Der Appetit lag anfangs sehr darnieder, der Schlaf mußte durch Schlafmittel (Dormiol) erzwungen werden.

Der Zustand der Patientin hat sich in kurzer Zeit auffallend gebessert. Das Fieber sank schon am 2. Tag auf  $38^{\circ}$ ; am 3. Tag war die Temperatur normal. Es ist höchst wahrscheinlich, daß das hohe Fieber, mit dem sie eintrat, nicht durch das spezifische Virus bedingt war, sondern durch Resorption von den mit dicken Krusten bedeckten Geschwüren, und daß der Temperaturabfall mit der Abweichung der Krusten im mehrstündigen warmen Vlemingsbad und der Behandlung der Geschwüre mit Salbenverbänden in Zusammenhang stand.

Wie Sie sehen, sind jetzt fast alle Geschwüre gereinigt und beginnen sich zu epithelisieren. Neue Effloreszenzen sind nicht aufgetreten: die Patientin fühlt sich wieder ziemlich kräftig.

Sie haben also hier einen Fall von maligner Lues, der zuerst einen sehr schwer kranken Eindruck machte, der unter der angegebenen Therapie sich schnell besserte, ohne daß man zu einer energischen Quecksilbertherapie greifen mußte.

**Diskussion:** Herr Harttung: Sind bei diesem Kranken Kalomel-Injektionen gegeben worden?

Herr Neisser: Bisher konnte ich mich nicht entschließen, gleich zu Beginn der Hg-Behandlung Kalomel zu geben, angesichts der Erfahrungen an Fällen, wo jeder Versuch der Hydr.-Darreichung von neuen Zerfallserscheinungen gefolgt wurde. Ich werde aber mit Rücksicht auf die guten Erfahrungen anderer, speziell Lessers, auch Kalomel in

solchen Fällen zu geben suchen. Ich teile jedenfalls nicht Lessers Standpunkt, das Kalomel grundsätzlich bei jedem Kranken mit Lues maligna zu verabreichen.

**14. Herr Baermann** demonstriert (aus der Königl. Hautklinik) einen Fall von **Lupus erythematodes discoides**.

Der 26jährige Patient gibt an, daß seine Erkrankung seit seinem 16. Lebensjahre besteht. Eltern und Geschwister frei von Lungen-erkrankungen und Hautaffektionen.

Beginn mit einer linsengroßen, roten, erhabenen, schuppenden, stark juckenden Effloreszenz an der linken Wange, allmähliche Ausbreitung und zwar sprungweise auf Nase, Ohren, rechte Wange und Kinn.

Die einzelnen Herde zeigten bei Eintritt des Patienten das typische Bild des Lupus erythematodes. Der schmale, leicht infiltrierte, wenig elevierte, blaurote Rand mit den klaffenden Schweiß- und Talgdrüsenmündungen, das etwas deprimierte, narbig atrophische Zentrum, mit den dünnen, ziemlich festhaftenden Schüppchen ließen im Verein mit der Lokalisation einen Zweifel an der Diagnose nicht aufkommen. Patient zeigt keine Lungenerscheinungen, am rechten Kieferwinkel drei kleine, ziemlich derbe Drüsen.

Patient erhielt im Laufe von 5 Tagen in steigender Dosis  $\frac{1}{10}$ ,  $\frac{1}{2}$ , 3 mg Alttuberkulin, ohne darauf irgendwie lokal zu reagieren. Auf die letzte Tuberkulingabe trat eine ziemlich heftige Allgemeinreaktion mit Fiebersteigerung bis 38.5, starken Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit ein, ohne daß hiebei irgendwelche zuerst latent gewesene Lungenerscheinungen exacerbiert wären.

Patient wird seit 5 Tagen nach der Holländerschen kombinierten „Chinin-Jod“-Methode behandelt. Der Erfolg ist vorläufig kein ungünstiger, die Rötung und Infiltration der Randpartien ist etwas vermindert, die Schuppung fast vollständig aufgehoben, ebenso hat das zuerst bestehende, ziemlich intensive Jucken nachgelassen.

Die Jod-Chinin-Behandlung wird in 5tägigen Perioden mit 2 bis 3tägigen Intervallen bis zur eventuellen Heilung fortgesetzt.

**Diskussion:** Herr Schäffer: Im Anschluß an den vorgestellten Kranken will ich kurz über einen Fall von Lupus erythematodes berichten, den ich gleichfalls nach der Holländerschen Methode behandle, obgleich die Behandlung noch nicht ganz abgeschlossen ist.

Das bisherige Resultat ist indessen schon so günstig, daß ich doch bereits von einem positiven Erfolg sprechen kann. Es handelt sich um einen sehr hartnäckigen, typisch im Gesicht lokalisierten Fall bei einem 24jährigen Fräulein. Die Erkrankung bestand seit länger als 6 Jahren und hatte in letzter Zeit auch die Kopfhaut ergriffen. Die Hartnäckigkeit der Affektion zeigte sich vor allem auch durch die Resultatlosigkeit der bisherigen Behandlungsversuche, die sowohl in den üblichen milden therapeutischen Maßnahmen als auch in energischer Applikation von 10%iger Pyrogallussalbe bestanden. Da trotz alledem der Ausschlag sich dauernd weiter verbreitete (nur unbedeutende Abheilung im Zentrum einzelner Herde mit Atrophie), so hatte die Patientin in den letzten Monaten die Behandlung ganz aufgegeben. Vor 3 Monaten begann ich nach den Angaben Holländers zu behandeln und gab Chinin zuerst in kleinen Dosen, später zweimal täglich 0.5 g. Die Jodpinselung konnte allerdings nicht sehr energisch vorgenommen werden, da die empfindliche Kranke über zu heftige Schmerzen klagte. Erst als die bepinselten Stellen mit einer 5%igen Ichthyol-Bismutsalbe bedeckt wurden, wurde auch eine mehrmals hinter einander vorgenommene Jodpinselung vertragen. Ich habe die Patientin (nachdem aus äußeren Gründen eine

3 wöchentliche Pause in der Behandlung eingetreten war) dieser Tage wiedergesehen und war von dem sehr günstigen Resultat überrascht. Bei weitem der größte Teil der vorher erkrankten Fläche ist vollständig geheilt, nur an 3 kleinen Stellen bemerkt man noch Rötung und charakteristische Schuppung. An den abgeheilten Partien bemerkt man nur eine weißliche, zum Teil auch bräunliche Verfärbung, wie sie bisweilen nach wiederholter Jodpinselung zurückbleibt. Die Behandlung soll in der gleichen Weise noch eine Zeit lang fortgesetzt werden, zumal die von Holländer bisweilen gegebene Dosis des Chinins (bis 30 g) noch nicht erreicht ist.

Ich glaube aber schon heute sagen zu können, daß es sich um ein auffallend günstiges Resultat handelt, wie ich es bei einem so ausgesprochen torpiden und therapeutisch schwer zugänglichen Fall von Lupus erythematodes — vielleicht abgesehen von einigen eklatanten Erfolgen nach energischer Applikation der Lassarschen Schälpaste — kaum gesehen habe.

**15. Herr Iwanow** (Petersburg) demonstriert mikroskopische Präparate, welche von einem mit **Lepra** in die **Peritonealhöhle** geimpften **Meerschweinchen** herrühren. I. hat im Institut Pasteur sich mit Lepraimpfungen beschäftigt und eine große Reihe von Tieren intraperitoneal infiziert; aber nur dieses eine Tier, welches 8 Monate später getötet wurde, zeigte Erscheinungen, welche insofern auf eine gelungene Impfung hindeuten, als die Bazillenmassen, die man in den Präparaten sieht, durchaus nicht den Eindruck von in der Bauchhöhle nur zurückgebliebenen und konservierten, sondern vielmehr durch ihre Färbbarkeit, ihr Wohlerhaltensein als Stäbchen und ihre Lagerung frei in einem großen Lymphgefäß den Anschein einer eingetretenen Vermehrung und eines selbständigen Wachstums machen. Die Arbeit wird in den Annales de l'Institut Pasteur veröffentlicht werden.

**16. Herr Neisser** stellt den vor wenigen Wochen von Kollegen Berliner in Kattowitz aufgefundenen Fall von **Lepra tuberosa** vor. Vermutlich handelt es sich um eine Infektion in den russischen Grenzbezirken. Herr N. demonstriert zugleich die nach Jodkali-Verabreichung entstandene Reaktion, eine Erscheinung, die bekanntlich bei Leprösen spezifisch ist. (Siehe die Veröffentlichung Dr. Klingmüllers, Deutsche mediz. Wochenschrift 1902, Nr 37.)

**17. Herr Baum.** Ein Fall von **Acrodermatitis chronica atrophicans** (aus der königl. Hautklinik).

Die Patientin, die ich Ihnen vorstelle, ist eine 34jährige Näherin, die wegen Herpes progenitalis die Poliklinik aufsuchte; ich zeige Ihnen die Patientin wegen einer anderen interessanten Hautaffektion, welche in das Gebiet der atrophisierenden Hautentzündungen gehört, die jüngst von Herxheimer und Hartmann als **Acrodermatitis chronica atrophicans** beschrieben wurden. Anamnestisch ist nichts zu erwähnen, Patientin ist immer gesund gewesen; sie kann nicht angeben, wann die Affektion begonnen hat, sicherlich bestehe sie schon länger als 10 Jahre. Sie hat nie Beschwerden davon gehabt. Befallen ist die linke obere und die rechte untere Extremität, die übrige Haut normal. An der Streckseite des linken Ellenbogens ist die Haut leicht gerötet, stark gefältelt, atrophisch und leicht schuppig. Auf der Streckseite des linken Vorderarmes innerhalb eines Gebietes, das man sich begrenzt denken kann durch eine Linie vom Condylus externus humeri zum Metacarpophalangealgelenk des Zeigefingers und vom Condylus internus humeri zum Metacarpophalangealgelenk des kleinen Fingers sieht man unregelmäßig begrenzte gerötete Stellen von Pfennig- bis Kleinhandtellergröße. Die geröteten Stellen sind leicht infiltriert und

zwar liegt die Infiltration nicht in den obersten Hautschichten, da die Epidermis über den infiltrierten Partien leicht gefältelt, nicht gespannt ist, sogar deutlichere Hautfölderung zeigt als die normale Haut. Der Grad der Infiltration ist verschieden; auf der Dorsalseite der Hand fehlt sie ganz, die Haut ist nur leicht gerötet und erscheint verdünnt.

Markanter noch erscheint das Krankheitsbild am rechten Bein. Die Haut über dem rechten Knie ist leicht gerötet, mit einem Stich ins Blaue, stark gefältelt, nicht infiltriert. Hebt man die Haut in Falten, so gleichen sich die kleinen Fältchen nur langsam aus. Innerhalb dieses atrophisch veränderten Bezirkes einige scharf begrenzte rundliche erbsen- bis pfenniggröÖe Stellen, die unter das Niveau der Umgebung eingesunken, stärker gefältelt und dunkler blau gefärbt sind. Die obere Hälfte des rechten Unterschenkels erscheint unverändert. Die Haut des Fußrückens ist leicht gerötet, gefältelt, nicht infiltriert. Vom Fußrücken nach oben verbreitet sich die pathologische Veränderung um das Fußgelenk in der ganzen Zirkumferenz, sowie zwei Handbreiten oberhalb desselben, an der äußeren Seite bis zur Mitte des Unterschenkels. Jedoch ist nicht die Haut in toto in diesem Bezirk affiziert, sondern es finden sich dazwischen Inseln mit anscheinend intakter Haut. Die erkrankten Partien sind infiltriert, gerötet, die Hautfölderung ist stellenweise verstrichen, es lassen sich keine feinen Fältchen bilden. Die Infiltration ist nicht sehr hart, auch nicht ödematös, und erinnert an das Erythema induratum. Die infiltrierten Stellen zeigen keine Atrophie, schuppen leicht, sind auf Druck nicht schmerzhaft. Die Infiltration ist an den einzelnen Stellen ganz verschieden, an einigen Partien eben angedeutet.

Während wir also am Knie und am Fußrücken die Zeichen der Atrophie ausgesprochen sehen, sehen wir am Unterschenkel einfach entzündliche Veränderungen ohne Atrophie. Die Anschauung von Herxheimer und Hartmann erscheint plausibel, daß es sich um die zwei verschiedenen Stadien desselben Krankheitsprozesses handelt und daß das entzündliche Stadium der Vorläufer des atrophischen ist. Im Anschluß an diesen Fall möchte ich kurz über zwei andere ähnliche berichten, die wir in jüngster Zeit an der Klinik beobachtet haben.

Frau Bertha B., eine 38jährige Feldarbeiterin, weiß über die Dauer ihres Leidens nichts anzugeben. An beiden Ellenbogen, an der Streckseite der Vorderarme und an den Handrücken ist die Haut gerunzelt, blaurot, nicht infiltriert. An den unteren Extremitäten mächtige Varicenbildung, rechts stärker als links. An beiden Knien die Haut gerötet, gefältelt, nicht infiltriert. In diesem Gebiet einzelne eingesunkene, noch stärker atrophische Hautstellen. Am unteren Drittel der Unterschenkel, an den Fußgelenken und an der Streckseite beider FüÖe ist die Haut leicht gefältelt, gerötet, mit dünnen Schuppen bedeckt. Beim Versuch, Falten zu bilden, findet man, daß sich die obersten Schichten der Haut in feinen Fältchen leicht verschieben lassen, die tieferen Schichten infiltriert sind und sich schwer in Falten erheben lassen. Man hat den Eindruck, daß in den tieferen Schichten der Haut ein Schrumpfungsprozeß vor sich gegangen ist, der dieselbe um die darunter liegenden Weichteile fester zusammenzieht, daß dieser Prozeß jedoch die obersten Hautschichten nicht in gleicher Weise mitbetroffen hat. Erwähnt sei, daß Patientin über die Schweißsekretion nichts besonderes anzugeben hat, daß wir aber nach einer psychischen Erregung die erkrankten Teile der unteren Extremitäten auffallend stark schwitzend, mit Schweißperlen bedeckt fanden.

Der 32jähr. Landwirt Hermann Gl. gibt an, daß sein Leiden vor ungefähr 7—9 Jahren an den FüÖen begann; dieselben wurden rot und

spröde. Von unten ging die Krankheit nach oben weiter. Er hatte nie davon Beschwerden.

Erkrankt sind beide untere Extremitäten. Die Haut derselben ist stark gerötet, starke Varicenbildung im ganzen Bereich der Schenkel. An der Rückfläche der Oberschenkel ist die Haut verdickt, läßt sich schwer in Falten legen. Nirgends ekzematöse Veränderungen. An beiden Knien die Haut stark gefältelt, die erhobenen Falten gleichen sich nur langsam aus. An dem Knöchelgelenk, den unteren Partien der Unterschenkel und der Rückfläche der Füße ist die Haut stark verdickt, fühlt sich teigig ödematös an, läßt sich nicht in Falten erheben und ist gelbbraun verfärbt. An der rechten Glutaealgegend eine einzelne handteller-große atrophische Stelle.

Diese beiden letzteren Fälle sind dem eben hier demonstrierten auffallend ähnlich, sind nur als weiter vorgeschrittene Stadien derselben Affektion zu betrachten. Ähnliche Fälle wie diese beiden wurden als Erythromelie beschrieben. Man muß es als einen Fortschritt in der Erkenntnis dieser unter verschiedenen Namen laufenden Krankheitsbilder bezeichnen, daß durch die Arbeit von Herxheimer und Hartmann eine gewisse Einheitlichkeit der Auffassung eingetreten ist. Wir schließen uns der Ansicht derselben an, daß wahrscheinlich auch in denjenigen Fällen, die als *atrophia cutis propria* beschrieben sind, bei welchen keine makroskopisch sichtbare Entzündung vorhanden ist, ein entzündliches Stadium vorausgegangen ist, da nicht nur von den genannten Autoren, sondern auch früheren in solchen Fällen mikroskopisch entzündliche Veränderungen beschrieben sind.

**19. Herr Baum:** Ein Fall von tertiärer, möglicherweise hereditärer Lues mit auffallend hartnäckigem Verlauf.

Die Patientin Anna V. ist eine 35jährige Näherin. Bezüglich der Infektion ist nichts bekannt. Von 12 Geschwistern starben 9 in jugendlichem Alter. Das älteste, eine Schwester, lebt. Die 3. Schwester starb 21 Jahre alt an Gehirnweichung (?). Patientin ist die 5. von den Geschwistern. Irgend welche Stigmata der hereditären Lues sind nicht vorhanden. Im Alter von 6 Jahren erkrankten beide Augen; jetzt noch besteht eine Trübung der linken Cornea. Im Alter von 12 Jahren trat Perforation des Gaumens ein. Im Jahre 1887 bekam Patientin einen Schlaganfall, bei welchem die linke Gesichtshälfte und die rechte Körperhälfte gelähmt wurde. Vor dem Schlaganfall bestand schon Doppeltsehen. Patientin machte damals eine Schmierkur durch. Angeblich nach einem Trauma traten am rechten Oberschenkel im Jahre 1892 Geschwüre auf; dieselben wollten nicht heilen und Patientin suchte deshalb unsere Poliklinik auf. Sie zeigte am linken Oberschenkel ein tuberoserpigino-ulzeröses Syphilid, am rechten Oberschenkel ein gänseeigroßes Gumma. Unter einer kombinierten Kur trat Heilung ein. Im Jahre 1894 kam Patientin wieder mit Gummen an der Zunge und der Mundschleimhaut. Kaum waren diese durch JK geheilt, trat eine Auftreibung des sternalen Endes der rechten Clavicula auf, die nach 3 Wochen unter Jodkali zurückging. Ende desselben Jahres auch an der linken Clavicula schmerzhaft Anschwellung, desgleichen am Schädel. Im Jahre 1895 Gummen an der Zunge und der Unterlippe. Mit Beginn des Jahres 1896 machte sie eine Einreibungskur. Gegen Mitte dieses Jahres trat an der früheren Stelle am sternalen Ende der rechten Clavicula wieder ein Gumma auf. Patientin ließ sich damals in die Klinik aufnehmen, machte 15 Einreibungen mit Quecksilberresorbin aa 5·0, bekam außerdem täglich 5·0 Jodkali und wurde nach 16 Tagen geheilt entlassen. Im Jahre 1897 trat ein tuberoserpiginöses Syphilid auf dem rechten Schulterblatt auf, bald darauf ein ulzerierendes Gumma an der linken Mamma. Trotz

kombinierter Behandlung — allerdings poliklinische Inunktionskur — brauchten die gummösen Prozesse  $\frac{3}{4}$  Jahr zur vollständigen Heilung und unter der Kur trat ein Gumma am Oberschenkel auf. Ende desselben Jahres trat nach einem Schrecken eine Lähmung des rechten Beines ein, die sich nur allmählich besserte. Im Jahre 1898 wieder ein Gumma an der Zunge. Erst Ende dieses Jahres war sie symptomfrei, nachdem sie fast 6 Jahre lang andauernd mit kurzen Unterbrechungen an gummösen Prozessen gelitten hatte. Dieser gute Zustand dauerte nun etwas über 3 Jahre. Im April dieses Jahres kam Patientin wieder mit Gummien an der Zunge und am Thorax. Anfangs Mai begannen diese zu heilen, unter dem Jodkaligebrauch trat ein periostales Gummi am linken Unterkiefer auf. Trotz fortgesetzten Jodgebrauchs erschien Ende Juni an der linken Tibia eine periostale Schwellung. Patientin machte von Anfang Juli bis Anfang August poliklinisch 30 Einreibungen  $\overline{aa}$  6·0 Hg-Resorbin, nahm andauernd Jodkali. Keine Besserung; auch am rechten Schulterblatt ein periostales Gummi. Im August brach das Gummi an der linken Tibia auf, auch das an der rechten Schulter kam zum Aufbruch. Kurz, der Zustand der Patientin wurde trotz der Quecksilberkur und des andauernden Gebrauchs von Jodkali, das nur in den letzten Tagen ausgesetzt wurde, immer schlechter und sie ließ sich schließlich vor 3 Tagen in die Klinik aufnehmen.

Sie sehen die Patientin in einem recht schlechten Allgemeinzustand. An den verschiedensten Stellen die Narben der abgelaufenen gummösen Ulzerationen. Die linke Gesichtshälfte ist paretisch; das linke Auge nach innen und oben rotiert. Die Sensibilität der Unterlippe fehlt links; ebenso an der linken Zungenhälfte Sensibilität und Geschmacksempfindung. Die rechte Körperhälfte ist schwächer als die linke. Neben diesen, von alten Prozessen herrührenden Veränderungen, zeigt sie an der linken Tibia, am rechten Schulterblatt und am linken Unterkiefer, an dem sich inzwischen ein kleines Sequester abgestoßen hat, ulzerierte periostale Gummien. Auch auf der rechten Tibia, sowie am Condylus internus humeri periostale Auftreibungen mit Infiltration der bedeckenden Weichteile.

Dieser Fall ist bemerkenswert wegen der außerordentlichen Hartnäckigkeit des Verlaufes. Trotz der weitzurückliegenden Infektion — es handelt sich, wie erwähnt, bei der 35jährigen Patientin um angeborene oder in der Kindheit erworbene Lues — traten jahrelang immer wieder, auch unter der Hg- und Jodkur multiple gummöse Prozesse auf, die sich von der spezifischen Kur z. T. scheinbar gar nicht beeinflussen ließen. Wir werden nun zunächst den Kräftezustand der Patientin auf jede Weise zu heben suchen und nachdem zwei Monate lang mit der Quecksilberbehandlung pausiert ist, eine energische Quecksilberkur beginnen und gleichzeitig Jodkali allmählich in großen Dosen (5—8 g) geben.

**Diskussion:** Herr Neisser. Ich möchte mit wenigen Worten auf die Frage eingehen, woher es kommt, daß trotz häufiger Behandlung die Patientin immer und immer wieder von so schweren Rezidiven heimgesucht worden ist. Meine Überzeugung geht dahin, daß auch in diesem Falle — wie in einer ganzen Anzahl anderer, die ich gesehen habe — trotz der großen Anzahl der Kuren doch eine ungenügende Behandlung an dem ungünstigen Verlaufe schuld ist. Nicht die Zahl der Kuren allein ist es, welche den Erfolg mit sich bringt, sondern die Qualität der einzelnen Kuren, die Sorgsamkeit der Ausführung und die Dauer und Energie der einzelnen Kur. Auch

bei unseren Patienten sehen wir, daß gewöhnlich denjenigen Kuren, welche im Hospital genügend lange durchgeführt worden sind, mehrjährige rezidivfreie Pausen folgen, daß kombinierte Kuren aus Jod und Quecksilber wirksamer sind als einfache Quecksilberkuren, daß Jodkuren gar nicht geeignet erscheinen, die Rezidive zu verhüten, so schnell auch die Heilung durch eine Jodkur zu stande gebracht wird.

Den hier versammelten Kollegen sage ich damit nichts Neues; aber ich möchte die Gelegenheit wahrnehmen, Sie zu bitten, jederzeit den in der Praxis stehenden Kollegen diesen Gesichtspunkt, wie wichtig die Durchführung einer energischen Kur ist, nahe zu legen. Leider erleben wir es ja alle Tage, daß, teils aus übergroßer, unserer Ansicht nach ganz ungerechtfertigter Angst die Kuren viel zu milde vorgenommen werden, teils aber nur dem altgewohnten Schlendrian zu Liebe die Kuren in ganz ungenügender und unzweckmäßiger Weise verordnet werden oder daß wenigstens nicht in genügender Weise für eine ordentliche Durchführung gesorgt wird.

---