

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 17. October 1894.

Vorsitzender: Lang. Schriftführer: Nobl.

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung nach den Ferien auf das Herzlichste und gibt dem Wunsche Ausdruck, dass die Gesellschaft in der gleich erspriesslichen Weise wie bisher, auch fernerhin ihre Thätigkeit entfalten möge.

Hierauf bespricht Dr. Nobl den Krankheitsfall eines 39jähr. Geschäftsleiters, der wegen Syphilis maligna kürzlich an der Abtheilung des Prof. Lang in Behandlung stand und insoferne von besonderem Interesse ist — als sich schon aus der klinischen Erscheinungsform gewisse Anhaltspunkte für die Ursache der Malignität der Affection gewinnen liessen, welche hinterher in dem Ergebnisse der bakteriologischen Exploration ihre Stütze fanden. Pat., der eingestandenermassen seit dem 5. Lebensjahre dem Potus ergeben war und in den letzten Jahren mit schlechten Wohnungsverhältnissen zu kämpfen hatte, acquirirte im Juli l. Jahres eine luetische Initialmanifestation, welche am inneren Präputialblatte dorsalwärts sass und wenige Wochen später zur Verhärtung des ganzen Vorhautsaumes und Phimose führte. Mitte August entwickelte sich, von einer ursprünglich blauschwarzen Stelle am Dorsum des Gliedes aus ein Geschwür, das in kürzester Zeit zu einer Destruction des Penisinteguments und Blosslegung des Penisschaftes bis an den Mons veneris hinan führte; zu jener Zeit entwickelte sich auch ein aus erbsen- bis haselnussgrossen Knoten bestehender Ausschlag am Stamme. Als Patient der Abtheilung zugewiesen wurde (24. August), befand er sich in einem äusserst elenden und stark herabgekommenen Zustande. Am Penisrücken sah man einen von gangränösen gezackten Rändern umsäumten Substanzverlust, der sich von der Corona glandis bis an den Mons erstreckte, in einer Länge von 5 Cm. und Breite von 4 Cm. Die Basis des Geschwürs lässt die Corpora cavernosa penis zu Tage treten. Das phimotische indurirte Präputium ist haubenartig der Glans aufgestülpt. Der Stamm, die Extremitäten, Stirne, Augenlider und Kopfhaut dicht übersät von bohnen- bis nussgrossen elevirten braunrothen Infiltraten, welche zum grossen Theil in ihren Centren

von festhaftenden hämorrhagischen Krustendecken eingenommen sind. Nach Loslösung dieser Krustenmassen erscheinen mehr oder weniger tiefgreifende, eiterbedeckte, blassrothe Geschwürsflächen, die nach aussen noch von dem Infiltrationswalle umschlossen sind. Zahlreiche Infiltrate, namentlich solche am Stamme und den Gliedern, sind ausserdem noch von breiten, lebhaft rothen Entzündungshöfen umgrenzt, von welchen aus gegen die gesunde Umgebung hin, lebhaft rothe, bis 2 Cm. lange Entzündungsleisten hinziehen, gleich lymphangoitischen Streifen, wie sich solche von Wundflächen aus, an die Umgebung hin verfolgen lassen. Die von Prof. Lang ausgesprochene Vermuthung, dass es sich in diesem Falle um eine Mischinfection handeln dürfte, für welche die eigenthümliche Hautbeschaffenheit des arg herabgekommenen Kranken gewiss auch in Betracht käme, fand in der bakteriologischen Untersuchung insoferne eine Bekräftigung, als sich aus diesen randständigen Infiltrationsstreifen Mikroorganismen reinzüchten liessen. Einen günstigen Angriffspunkt für die Exploration boten diese Infiltrations-Ausläufer noch aus dem Grunde, als man bei ihrer grösseren Entfernung von den Ulcerationen nicht befürchten musste, auch Verunreinigungen von Seite der letzteren zu erfahren. Aus den unter bakteriologischen Kautelen zu wiederholtenmalen excidirten und zerkleinert in verschiedenen Nährböden aufgeschwemmten Gewebepartikelchen liessen sich mittelst des Reinculturverfahrens drei Arten von Mikroorganismen gewinnen u. zw. die als nicht pathogen anerkannte gelbe Sarcine, der als Verunreinigung häufig anzutreffende Kartoffelbactillus und aus der Gruppe der Eitererreger der weisse Traubencoccus.

Der Kranke, der bei der Abgabe in die Anstalt hoch fieberte, nicht gehen konnte und bedeutend abgemagert war, hatte sich unter roborirender Diät sowie einer Medication von Decoct. Sarsaparillae inspissat. nach einiger Zeit so gut erholt, dass an eine Deckung des grossen Substanzverlustes, der die ganze dorsale Penisfläche loslegte, geschritten werden konnte. Zur Autoplastik verwendete Vortragender den phimotischen Präputialwulst, und zwar in der Weise, dass er nach Abtragung des derb indurirten und mit dem äusseren verfilzten inneren Präputialblattes die Glans durch einen in die untere Penishaut gemachten Schlitz durchzog und den Vorhautsaum an die Haut des Mons veneris anheftete. Seitlich angebrachte Suturen bewirkten die Vereinigung der abstehenden Ränder des umgeschlagenen Lappens, während sich die, die Corona glandis umsäumenden Reste des inneren Präputialblattes mit den Rändern des etablirten Schlitzes verbinden liessen. Mit Ausnahme einer kleinen Partie in der Gegend des Mons waren die Vereinigungsstellen per primam zur Verheilung gelangt. Das so gebildete neue Integument des Penis ist wie man sich überzeugen kann, frei verschieblich und verursacht dem Manne bei den Erectionen keinerlei Beschwerden.

Prof. Lang bemerkt zu diesem Falle, dass seines Wissens ähnliche Befunde über das Eindringen von Eitererregern in die Tiefeluetischer Infiltrate und hiedurch entstandener phlegmonöser Alterationen bisher nicht vorliegen, wohl seien zu wiederholten Malen an dem Inhalt syphili-

tischer Pusteln Eitererreger nachgewiesen worden. So von Campana und auch Andern, ohne dass jedoch, wie im erörterten Falle, die Gewebe selbst den Gegenstand der Exploration gebildet hätten.

Auf die Frage Ehrmann's: Ob Lang dem Hinzutreten von Mikroorganismen die Ursache der Malignität im vorerwähnten Falle zuschreibe, bemerkt Lang, dass an der Bösartigkeit der Affection mehrere Factoren, wie der Hang zu Potus, schlechte Wohnungsverhältnisse participiren, unter diesen komme den Eitererregern gewiss auch eine besondere Bedeutung zu.

Prof. Lang demonstirt einen 38jährigen Siebmacher mit zerstreut sitzenden kreisförmigen Plaques von Lichen ruber planus und einer bogenförmigen seichten Ulceration am linken Penoscrotalwinkel. Pat. ist seit Jahren verheiratet und stellt einen ausserehelichen Coitus entschieden in Abrede, von venerischen Erkrankungen hatte er nur vor 18 Jahren eine Blennorrhoe durchgemacht. Von zwei Kindern starb das eine 5 Jahre alt an Diphtheritis, das zweite 3jährige ist gleich seiner Frau vollkommen gesund. Die Lichenplaques sollen seit 6 Jahren bestehen, ohne bisher behandelt worden zu sein. Im Penoscrotalwinkel rechts sieht man eine bohnen-grosse, flache Ulceration mit reinem Grunde, die gegen den Penis hin an einen pigmentirten Hautsaum grenzt. Die zum Theil schon stark involvirten ringförmigen Lichengruppen sitzen an der Beugefläche der Vorderarme (oberhalb des Radiocarpalgelenkes je einer) am Dorsum des Penischaftes nahe dem Geschwüre, an der Beugefläche des rechten Oberschenkels sowie oberhalb der rechten Sitzbacke; blauviolett verfärbte, leicht eingesunkene Stellen an der Streckseite der Unterschenkel und oberhalb der Malleolen lassen sich noch als Residuen früherer Plaques ansprechen. Betreffs der Ulceration am rechten Penoscrotalwinkel gibt Prof. Lang der Vermuthung Raum, dass eine Lichenplaque durch irgendeine äussere Schädlichkeit zur Ulceration gelangte; ob diese Schädlichkeit im Syphiliscontagium zu suchen sei, wird die weitere Beobachtung lehren.

Prof. Neumann zeigt: 1. Einen Mann, bei dem es bereits 10 Monate nach der luetischen Infection zur Entwicklung eines gruppirten Syphilides im Bereiche der Extremitäten und des Stammes gekommen war, ausserdem befinden sich Papeln am Genitale. Wegen eines papulo-squamösen Syphilides erhielt Patient im Jänner laufenden Jahres Injectionen von Oleum cinereum, welche Therapie auch im Juni l. J. gegen ein Recidiv in Form von Roseola annularis eingeleitet wurde. Die gegenwärtige Eruption wird local und mit Decoct Zittmanni behandelt.

2. Einen Kranken mit tiefer gummöser Zerstörung des Stirnbeins, der Augenbrauenbogen und der Nase, sowie Myelitis des unteren Dorsalmarks. Die gummösen Bildungen sollen seit Februar l. J. die Myelitis seit 2 J. bestehen. Befallen erweist sich vorwiegend die rechte untere Extremität. Dieselbe weist am Oberschenkel einen geringeren (um 2 Cm.) Umfang auf als links, es bestehen Sensibilitätsstörungen, leichtes Ermüden, Schwächegefühl, Reflexsteigerung, Detrusor-Schwäche und seit 2 Jahren abnehmende Potenz; auf Jodkali soll eine Besserung der Beschwerden zu vermerken sein.

3. Einen jungen Mann mit beginnendem Pemphigus. Das Krankheitsbild setzte mit Bildung von gyrierten Erythemen im Bereiche der Brust und den seitlichen Thoraxpartien ein, während erst viel später einzelne typische Blasenruptionen folgten, so dass man anfangs in Zweifel darüber sein konnte, ob es sich hier um eine atypische Form von Erythema Iris oder um Pemphigus handle. Heute, wo bis nussgrosse Blasen zu sehen sind, sei über die wahre Natur des Leidens kein Zweifel mehr möglich.

Kaposi bemerkt, dass es ja lange bekannt sei, dass dem Pemphigus erythematöse Vorstadien vorangehen können, da andererseits auch das Erythem mit Blasenbildung verbunden sein kann, so ist es begreiflich, dass sich unter Umständen die Differentialdiagnose schwierig gestaltet. In solchen Fällen muss man sich immer zur nöthigen Orientirung verhalten, dass bei einer atypischen Localisation von Erythemen wie in dem vorgestellten Falle und bei völligem Verschontbleiben der Erythemprädispositionsstellen, d. h. der Extremitäten, mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Pemphigus zur Entwicklung gelangen dürfte.

Neumann fügt noch hinzu, dass es im vorgestellten Falle von vornherein nahe lag, an einen Pemphigus zu denken, dass aber andererseits u. zw. namentlich bei älteren Individuen (Frauen) nicht zu selten, Erytheme in atypischer Localisation zur Beobachtung gelangen, ohne dass im Anschluss Pemphigus zur Entwicklung käme.

4. Einen 25jährigen Telegraphenbeamten, der im September 1893 luetisch inficirt, innerlich mit Hg, nach dem Auftreten von Hautgummen im Jänner 1894 mit 60 Einreibungen behandelt worden ist. An der r. Urethrallippe sitzt eine halblinsengrosse, abschuppende, trockene Efflorescenz, an der Glans Pigmentflecke nach Effl., an der Basis des Frenulum eine halblinsengrosse livide, derbe Narbe; an den Extremitäten, am Rücken und am Nacken, am Scheitel und den Augenbrauenbogen thalerbis flachhandgrosse, abschuppende, schmutzigbraune, kreisrunde und länglich-ovale Narben, an der Peripherie dunkel pigmentirt, am Rücken abgeblasst. — Keine Drüsenschwellung. — Haare leicht ausziehbar, im Bereiche der Narbe am l. Augenbrauenbogen fehlend. — Die Haut der Nasenflügel und Nasenspitze dunkellivid, daselbst die Talgfollikel scharf hervortretend, das Filtrum der Nase zerstört, narbig; am Rande des l. Nasenflügels ein bogenförmiger, narbiger Defect; von den Nasenöffnungen gegen den Lippenrand in der Medianlinie mit scharf bogenförmigem Rande abgesetzte Narbe, in ihrem Bereiche einzelne Pusteln, Borken; das Gaumensegel geröthet, die vorderen Gaumenbogen infiltrirt, die l. Tonsille zerklüftet, graugelb.

5. Einen 40jähr. Bahnarbeiter, den Votr. im Mai 1894 wegen einer 6 Monate alten, bis dahin unbehandelten luetischen Erkrankung (Exanthema papulosum, Papulae ad genitale, Papulae mucosae oris) mit 8 Sublimatbädern und 14 Einreibungen behandelt hat und der jetzt an verschiedenen Stellen des Gesichtes, in der Nähe der grossen Gelenke, oberhalb der Scapula, ad Nates bis überthalergrösse, münzenförmige, scharf

umschriebene, meist einzeln stehende, kreisrunde, über das Hautniveau beträchtlich elevirte, braunrothe, stark abschuppende Efflorescenzen zeigt, die meisten mit schmutzigbraunen Borken bedeckt, da und dort unter diesen ein flacher Substanzverlust mit klebrigem Secret. Kleinere mit fettigen Borken belegte Effl. an der behaarten Oberlippe und Kopfhaut. — An der Zungenspitze eine länglich-ovale, bohnergrosse, braunrothe Effl. peripher überhäutet, eine ähnliche an der l. Oberlippenschleimhaut.

6. Eine 54jährige Wäscherin, welche ausser Papeln am Genitale und Exanthema maculo-papulosum, die bereits in Rückbildung begriffen sind, eine Affection der Nase zeigt; diese ist rechts normal, l. wie die Wange geröthet; der l. Nasenflügel ist atrophisch, zeigt eine linsengrosse Narbe. Pat. wartet ihr hereditär syphilitisches Enkelkind; der Vortragende fasst die Affection an der Nase als Primäraffect mit consecutivem Oedema induratum auf.

Nobl stellt aus der Abtheilung Lang einen 20jährigen Feuerburschen vor, der seiner Angabe nach seit 2 Monaten von einem gruppirten Ausschlag über den Schultern und Hüften befallen ist. Am Rücken, namentlich links, ferner oberhalb der linken Hüfte, sowie den seitlichen Thoraxpartien sieht man überhandtellergrosse Flächen eingenommen von deutlich in serpiginösen Linien gruppirten, bis kreuzergrossen Efflorescenzen, deren einzelne, durch starke Schuppenauflagerung, scharfe Umgrenzung, hellrothe Farbe, sowie punktförmige Blutung beim Ablösen der silberglänzenden Schuppenlamellen deutlichst den Psoriasis-Charakter aufweisen, während wieder andere Gruppen von Plaques durch dunkelbraunes Colorit, spärliche festhaftende Schuppenmassen, verschiedene Involutionsstadien, namentlich aber durch Hinterlassung deutlicher narbig eingesunkener, pigmentirter Stellen an serpiginöses Syphilid gemahnen.

Dabei sind über den Kniescheiben, an der Stirnhaargrenze und an der behaarten Kopfhaut typische Efflorescenzen von Psoriasis vulgaris vorhanden. In Bezug auf eine luetische Infection sind weder anamnestic noch klinisch anderweitige Anhaltspunkte zu gewinnen. Eine seit wenigen Tagen bestehende Urethralblennorrhoe veranlasste den Kranken, die Anstalt aufzusuchen.

Kaposi ist geneigt, die aggregirten Herde am Stamme in ihrer Gesamtheit als Syphilis anzusprechen, gibt jedoch die rein psoriatische Natur der Eruption an den Extremitäten und der Kopfhaut zu.

Lang demonstirt eine 32jährige Handarbeiterin, bei welcher es im recenten Stadium der Syphilis zur Infiltration des weichen Gaumens und in kürzester Zeit zur Perforation desselben gekommen war. Die Kranke stand im Juli l. J. mit einem typischen Primäraffect am linken grossen Labium und einer Sclerose an der rechten Tonsille an der Abtheilung in Behandlung; nach vierwöchentlicher Localbehandlung konnte sie, da keine Allgemeinerscheinungen gefolgt waren, entlassen werden. Bereits wenige Tage nach dem Austritte aus der Anstalt soll sich eine rasch zunehmende Schwellung und Röthung des weichen Gaumens ent-

wickelt haben, im weiteren Verlaufe bildete sich rechts vom Zäpfchen ein erbsengrosses, seichtes Geschwür, das sich dann immermehr vertiefte und 2 Tage vor dem neuerlichen Spitalseintritte (13. September) zum Durchbruche kam. Die ursprünglich von einem breiten Infiltrationssaume umgebene kreuzergrosse Perforationslücke hat sich seither wesentlich verkleinert, ohne jedoch zur völligen Vernarbung zu gelangen, die von überhäuteten Rändern umgrenzte Lücke rechts oberhalb der Uvula ist für eine dicke Sonde leicht permeabel. Ausserdem bildeten sich eine Plaque am Roth und zwei Plaques an der Schleimhaut der Unterlippe, nebenher schwellen auch die Parotiden, namentlich die rechte an.

Für das Zustandekommen dieser immerhin nicht häufigen Erscheinung im recentesten Stadium der Syphilis glaubt Lang 2 Möglichkeiten ins Feld führen zu können. Erstens wäre es denkbar, dass von vorneherein auch an der hinteren Fläche des Gaumensegels eine Initiaefflorescenz gesessen hat, welche bei einer solch versteckten Localisation leicht der Untersuchung entgehen konnte, diese dann nachträglich zum Zerfalle kam und so die Perforation veranlasste; oder aber könne man bei dem nahen Sitze eines Primäraffectes an der Tonsille leicht eine regionäre Wanderung des Contagiums zum Gaumensegel hin annehmen, das dann hier zur Infiltration führte, welch' letztere wieder bei dem zweifellos malignen Charakter des ganzen Krankheitsprocesses rasch zum Zerfalle kam. Die Malignität wird überdies noch dadurch documentirt, dass sich am rechten Fussrücken ein Infiltrat unter der Haut einstellte.

Lang ist der Ansicht, dass ein von Chiari mitgetheilter Fall von schwerer Larynxaffection nach Initialaffect in der Mundhöhle durch regionäre Wanderung zu erklären sei, und theilt schliesslich noch eine eigene Beobachtung mit, welche eine Virgo intacta betraf. Dieselbe hatte eine Initialsclerose am harten Gaumen, die Infectionsart war nicht zu eruiren. Als er sich in Ferien befand, wurde die Patientin wegen Hirnerscheinungen auf die interne Klinik transferirt, woselbst sie starb und bei der Obduction syphilitische Infiltration im Gehirne zeigte.

Neumann betont, dass Primäraffecte an den Tonsillen selten, jedoch stets leicht zu diagnosticiren seien. Die schweren Erscheinungen, welche hiebei in der Umgebung (Rachen und harten Gaumen) auftreten, lassen sich jedoch ohne die Annahme einer regionären Wanderung durch die bekannte Wirkung von Syphilis und Reizung erklären. Es kommt häufig vor, dass in der Umgebung von Primäraffecten papulöse Infiltrate mit nachfolgendem Zerfall entstehen, dabei sei zu beachten, dass nur die ursprünglichen Ulcera, auch wenn sie multipel aufgetreten, die gleiche Härte aufweisen, während die nachträglich in der Umgebung entstandenen Geschwüre durchgehends nicht die gleiche Configuration zeigen.

Ehrmann erinnert an die Reinduration der Sclerose, welche er auf das bekannte Zurückbleiben des Giftes in Loco zurückführt, und citirt einen Fall, wo bei einem Kranken mit Sclerose an der Gingiva sich an derselben Stelle Plaques opalines entwickelten. Für die Erklärung des Befundes im Falle Lang's wären sonach 3 Möglichkeiten geltend zu

machen: regionäre Wanderung, Syphilis und Reizung und Zurückbleiben des luetischen Giftes.

Kaposi denkt, wenn er solche Zerstörungen am Gaumen sieht, zunächst an Spätformen der Lues. Auch in diesem Falle sei nichts, was zu einer anderen Annahme dränge. Die zuerst beobachtete Härte am Genitale könne sehr wohl ein Gumma gewesen sein, umsomehr, als kein Exanthem nachfolgte. In dieser Ansicht werde er noch dadurch bestärkt, dass jetzt Erscheinungen an den Extremitätenknochen aufgetreten seien; das sei die natürliche Reihenfolge.

Auch Lang's Innsbrucker Fall ist Redner geneigt ebenso aufzufassen, da Gummen im Gehirn gewöhnlich sehr spät auftreten.

Lang erklärt es für falsch, den gegenwärtigen Fall als Spätform zu bezeichnen. Wenn man von Gummen sprechen wolle, so acceptire er diesen Ausdruck, den er bisher durch die Bezeichnung „luetisches Infiltrat“ vertreten habe, jedoch können Gummen bereits sehr früh erscheinen. Die Zeit von Juli bis jetzt genüge völlig zum Auftreten eines Gumma, übrigens zeige die Patientin deutlich papulöse Efflorescenzen, so die vorerwähnten Plaques an der Unterlippe. Das Durcheinander von Papeln und Gummen bei maligner Syphilis sei dem Redner eine längst bekannte Thatsache, und dass es sich in diesem Falle um eine besonders maligne Erkrankungsform handle, darüber sei doch wohl kein Zweifel. Bei maligner Syphilis lässt sich keine Zeit angeben, wann die einzelnen Erscheinungen auftreten.

Kaposi bemerkt, er habe das frühe Vorkommen von Gummen nie in Abrede gestellt.

Spiegler stellt vor 1. einen 36jährigen, kräftig gebauten Mann mit Psoriasis universalis. Die Affection besteht seit 8 Monaten. Die ganze Körperoberfläche stellt eine einzige rothe, schuppige Fläche dar. Patient steht seit 10 Wochen in Behandlung der Klinik, wurde erst indifferent behandelt, erhielt nunmehr neben localer Behandlung seit 3 Wochen intern Arsen, dessen eclatante Wirkung sich in auffälligem Erblässen der Röthe zeigt.

Lang bemerkt zu diesem Falle, dass, wie sich das Bild heute präsentirt, man schwer mehr eine Psoriasis diagnosticiren könnte.

Kaposi stimmt dem bei, fügt jedoch hinzu, dass man bei Unterbrechung der Therapie bereits nach wenigen Tagen wieder die charakteristischen Schuppenauflagerungen sehen könne.

2. Eine 26jährige Frau mit kolossaler Elephantiasis des linken Unterschenkels auf Basis luetischer Geschwüre, deren welche zur Zeit noch sichtbar sind. Ueber die primäre Erkrankung ist nichts bekannt. Patientin gebar vor 4½ Jahren ein ausgetragenes Kind, das nach einigen Stunden starb.

Sitzung vom 31. October 1894.

Vorsitzender: Lang. Schriftführer: Nobl.

v. Hebra stellt einen 40jährigen Patienten vor, der eine Tuberculose der Haut zeigt, die in einer etwas ungewöhnlichen Weise auftritt. Bei dem sonst kräftigen und durchaus nicht den tuberculösen Habitus zeigenden Pat. ist die Tuberculose primär im Kehlkopf aufgetreten, weshalb vor 2 Jahren von Dr. Hajek die Epiglottis entfernt wurde. Der Nachweis von Tuberkelbacillen schloss damals jeden Zweifel an der Diagnose aus. Gegenwärtig zeigt Pat. ein typisches tuberculöses Geschwür an der Unterlippe mit den charakteristischen, theils kleinzackigen, theils kleinsackigen Rändern. Ausserdem zeigt Pat. an der rechten vorderen Achselhohle eine Veränderung der Haut, welche mit Lupus vulgaris eine gewisse Aehnlichkeit hat, ohne doch in diesem Sinne aufgefasst werden zu können. Die ganze Oberfläche ist daselbst von einer gewissen Trockenheit, an den unteren Partien finden sich flache, kleinsinuöse zackige Geschwüre, stellenweise ist ein aufgeworfener Wall zu constatiren. Obgleich die histologische Untersuchung noch aussteht, ist es nach den klinischen Charakteren zweifellos, dass es sich hier um Tuberculose handelt.

J. Neumann ist der Ansicht, dass die Entscheidung zwischen Lupus und Tuberculose der weiteren Beobachtung und Untersuchung überlassen werden solle.

Kaposi betont, dass der Nachweis der Tuberkelbacillen in solchen Fällen gar nicht so leicht gelingt, und dass der negative Befund noch nicht gegen Tuberculose sprechen müsse. Vom klinischen Standpunkte aus handelt es sich ihm um Tuberculose der Haut.

v. Hebra hebt nochmals das Vorhandensein eines aufgeworfenen Randes hervor, welcher sich bei Lupus nicht findet, und eher für Tuberculose spricht. Auch er steht auf dem Standpunkt, dass man sich bezüglich der Diagnose auf die klinischen Momente mehr verlassen könne, als einzig und allein auf den Befund des Mikroskopes.

G. Nobl stellt vor aus der Abtheilung Prof. Lang:

1. Einen 23jährigen Spenglergehilfen mit der ungewöhnlichen Localisation einer Favuseruption am Scrotum. Vor wenigen Tagen hatte sich der Kranke wegen juckender Stellen am Hodensack in der Ordination der Abtheilung vorgestellt. An der linken Scrotalhälfte sieht man an zwei Kreuzergrossen Stellen charakteristische schwefelgelbe Favusmassen in die Oberhaut implantirt. Nachträglich eingeleitete Recherchen ergaben, dass der Kranke vor 6 Wochen wegen Urethritis und Epididymitis auf einem Krankenzimmer der Abtheilung in Behandlung stand, das seit längerer Zeit einen mit universellem Favus behafteten Pat. beherbergt. Was die Art der Inoculation betrifft, so ist es am wahrscheinlichsten, dass dieselbe durch eine Wärterin, welche gleichzeitig auch den Favuskranken zu warten hat, beim Anlegen des Suspensoriums vermittelt wurde.

2. Einen Mann von 40 Jahren, welchen ein aus Bläschen zusammengesetzter, seit 8 Tagen bestehender Ausschlag am Genitale der Anstalt zuführte. Die linke Scrotalhälfte sowie das Penisintegument links sind dicht besetzt, von einzeln und in Gruppen stehenden mit hämorrhagischen Borken und Krusten bedeckten, aus eingetrockneten Bläschen hervorgegangenen Efflorescenzen, die insgesamt scharf an der Raphe absetzen. Obwohl die streng halbseitige Localisation der Eruption für sich schon genügend Anhaltspunkte bietet, um die Affection als Herpes zoster zu deuten, so kann über die Diagnose kein Zweifel mehr obwalten, wenn man ausserdem noch die Kehrseite des Patienten betrachtet. Im Ramificationsgebiete des Nervus cutaneus femoris posterior sin. sind am Gefässe dem Perineum und am Oberschenkel dichtstehende, in Involution begriffene, vielfach auch hämorrhagische Bläschengruppen wahrzunehmen.

3. Einen 18jähr. Kunstschlosser, der seinen Angaben nach seit 3 Monaten an einer Erkrankung des r. oberen Augenlides leidet. Das Uebel soll ziemlich rapid ohne nachweisbare äussere Schädlichkeit mit Röthung, Schwellung und Gefühl von Brennen eingesetzt haben, und breitete sich in kürzester Zeit über das ganze Lid aus. An einer ophthalmologischen Abtheilung wurde die Affection als Ekzem bezeichnet und eine indifferente Salbe empfohlen. Seit 6 Wochen beginnen sich auch am unteren Augenlide, jedoch nur an einer umschriebenen Stelle ähnliche Veränderungen zu etabliren, ohne dass dieser Plaque seither wesentlich an Umfang zugenommen hätte. Das rechte obere Augenlid präsentirt sich in seiner ganzen Ausbreitung vom Augenbrauenbogen bis zum Ciliarrande und beiderseits über die Lidwinkel hinaus, als eine ziemlich gleichmässig tief rothe, matte, rauhe, durch feinste Furchen gefelderte Fläche, welche mit festhaftenden, fettigen Schüppchen bedeckt erscheint und allenthalben in der Tiefe Gefässektasien erkennen lässt. Hebt man die Schuppen ab, so bleiben feinste, ganz schwach glänzende Facetten zurück. Das Lid erscheint im Ganzen etwas vorgewölbt, wie ödematös; tastet man hinzu, so lässt sich ein leichtes Infiltrat wahrnehmen.

Ähnliche Veränderungen bestehen am unteren Lide, wo selbst der Krankheitsherd bisher nur eine schmale etwa 1 Cm. lange, von erweiterten Gefässen durchzogene, schuppenbedeckte sich rauh anfühlende Leiste darstellt. Bezüglich des Wesens der Erkrankung neigt Redner zu der Ansicht hin, dass es sich in diesem Falle um einen in subacuter Weise aufgetretenen und noch im Fortschreiten begriffenen Lupus erythematosus handeln dürfte, wenn auch nicht alle Zeichen ausgeprägt erscheinen, welche zur Charakterisirung eines Lupus erythematosus erforderlich sind.

Kaposi glaubt, dass man in letzterem Falle die Differentialdiagnose zwischen L. erythematosus und Ekzem noch in suspensio lassen müsse.

v. Hebra findet, dass die ziemlich beträchtliche Schwellung doch gegen L. e. spreche. Immerhin bleibt das Auftreten in so kleinen Herden, welche central schuppig sind und am Rande den lebhaft rothen Glanz aufweisen, auffallend. Im Ganzen glaubt v. Hebra, dass es sich um ein

Ekzem handle, dessen Behandlung, wenn auch *lege artis* vorgenommen, dennoch nicht diesem speciellen Falle angepasst war.

J. Neumann glaubt nicht, dass man sich hier direct für Ekzem aussprechen könne. Chronische Ekzeme an dieser Stelle erzeugen in der Regel keine Oedeme, sie sind trocken, erzeugen Rhagaden und zeigen in der Regel auch keine solche Röthung und Schwellung. Bei künstlicher Beleuchtung werde übrigens das Urtheil noch erschwert, doch neige er im Ganzen mehr zur Diagnose *L. erythematodes* als Ekzem.

Kaposi weist auf das echymotatische Ekzem hin, welches grosse Aehnlichkeit mit dem Fall habe.

Lang hat den Fall circa 3mal gesehen und obwohl der Patient — gegen L.'s Absicht — eine Salbe bekam, welche das klinische Bild trüben mochte, konnte er sich doch nicht zur Diagnose Ekzem entschliessen und hielt es für das Wahrscheinlichste, dass *L. erythematodes* vorliege. Eine geeignete schonende Behandlung wird vielleicht zur Restituirung des eigentlichen klinischen Bildes beitragen. Soviel stehe fest, dass die Infiltrate, die man an der Haut durchtaste der Krankheit zukommen und nicht durch die medicamentöse Behandlung hervorgerufen wurden.

J. Neumann stellt vor 1. einen 28jährigen Kranken mit recenter Syphilis (Primäraffect und maculösem Exanthem). Bei demselben wurden die Baccelli'schen intravenösen Sublimatinjectionen, über welche neuerlich Blaschko auf der Naturforscher-Versammlung berichtet hatte, versucht. Um ein Urtheil über die Leistungsfähigkeit dieser Medication zu gewinnen, begann der Vortragende noch von Eruption des Exanthems am 37. Krankheitstage und trat dasselbe dennoch etwa am 65. Krankheitstage auf. Es war also diese Präventivbehandlung nicht im Stande das Erscheinen der Syphilis hinaus zu schieben. Die täglich injicirte Menge betrug eine Spritze von einer Lösung 1:3000.

Lang bemerkt hiezu, dass er die Methode der intravenösen Sublimatinjectionen seit längerem auf seiner Abtheilung übe. Nach seinen bisherigen Erfahrungen kann er darüber Folgendes aussagen: Was die Injectionen betrifft, so kommt man, wenn man Tag für Tag injicirt, schliesslich über die Wahl der Injectionsstelle in Verlegenheit. Ferner konnte er in einigen Fällen das Entstehen von Infiltraten, vielleicht von leichten Phlebitiden constatiren, so dass er die intravenöse Application verliess und paravenöse Injectionen machte, von der Idee ausgehend, dass vielleicht durch eine Art Endosmose, durch Austausch der Salze doch ziemlich viel Sublimat in's Blut gelange. In dieser Weise wurden 18 Fälle behandelt und in manchen Fällen sehr rasche Erfolge gesehen.

Kaposi präcisirt seinen schon einmal in dieser Frage betonten Standpunkt dahin, dass man um einer Methode willen, deren Erfolge sich durch nichts von den Erfolgen anderer unterscheiden, einen Menschen nicht einer Behandlung unterwerfen dürfe, deren Gefahren (Thrombosen, Thrombusverschleppungen) wir nicht vorausberechnen können. Gegen paravenöse Injectionen sei nichts einzuwenden, da sie im Wesentlichen

sich nicht von hypodermatischen Injectionen unterscheiden. Sie dürfen aber mit den intravenösen Injectionen nicht identificirt werden.

Lang glaubt, dass man über die Methode noch kein Urtheil abgeben könne, solange sie im Stadium der Prüfung sei. Soviel stehe fest, dass die intra- und paravenösen Injectionen bei gewissen Fällen überraschende Erfolge aufweisen, in anderen Fällen wieder im Stiche lassen. Die Methode soll daher geübt und geprüft werden. Paravenöse Injectionen dürfe man nicht mit subcutanen identificiren, da es nicht gleichgiltig sei, wohin man ein Medicament deponire.

Karl Ullmann erinnert an seine Thierexperimente, bei welchen intravenöse Injectionen mit verschiedenen Quecksilbersalzen gemacht wurden; in allen Fällen erfolgte selbst bei den geringsten Concentrationen sehr bald der Tod, besonders beim Sublimat. Diese Versuche sprechen sehr gegen die Verwerthung der Methode beim Menschen.

Lang: Diese Bemerkung ergänzt das, was die Klinik ohnehin schon berücksichtigt hat: Es werden nur sehr schwache Lösungen angewendet und nichtsdestoweniger erzielt man damit sehr bedeutende Erfolge.

Ullmann: Die Section der Thiere hat ergeben, dass in manchen Fällen nicht einmal Gerinnung vorhanden war; es konnte also keine mechanische Verschleppung der Thrombusmassen stattgefunden haben. Es scheint, dass das Sublimat direct auf die Gefässwand lähmend wirkt, eine Art Shok und Herzstillstand hervorruft, welcher für das Thier zur Todesursache wird. Aehnliches könnte auch bei dazu disponirten Menschen einmal vorkommen.

Neumann glaubt, dass es nach alldem sich nicht empfehle, diese Methode weiter zu üben.

Neumann demonstriert 2. einen 26jähr. Tagelöhner mit einem ausgebreiteten serpiginösen Schanker, welcher die gesammte Oberfläche der Glans einnimmt, ihre untere Hälfte, das Frenulum und einen Theil des Corpus cavernosum urethrae zerstört hat. Der Kranke ist schwächlich, anämisch, aber sonst gesund und besteht die Affection seit Anfang 1893.

3. Einen 46jährigen Tischler mit einem dem Corpus cavernosum angehörigen kleinapfelgrossen, oberhalb der Corona glandis gelegenen, ausserordentlich derben und harten Knoten. Gegen die Symphyse zu erscheint er scharf abgesetzt, nach abwärts mehr diffus in das Gewebe der Glans übergehend. Das Präputium erscheint über demselben vollständig verschiebbar, seine Oberfläche drusig uneben. Bei der Erection erfolgt nach der Angabe des Kranken eine doppelte Knickung. Die Lymphdrüsen vergrößert, an den Wangen leichte Psoriasis mucosae. 1869 acquirirte P. Syphilis, die jetzige Erkrankung datirt seit 1889.

Nobl stellt aus der Abtheilung Lang vor:

4. Einen 64jährigen Kaufmann mit serpiginösen gummösen Ulcerationen der Glans, Penishaut und Corpora cavernosa penis. Aus den anamnesticen Angaben lässt sich entnehmen, dass der Kranke vor 40 Jahren Lues acquirirte, später wegen wiederholt am Gliede auftretender Geschwüre eine Schmiercur durchmachte, in deren

Gefolge es zu profuser Salivation kam und der Kranke alle seine Zähne einbüsste. Vor einer Reihe von Jahren entwickelten sich ausgebreitete Geschwüre an der Aussenfläche des rechten Unterschenkels, die nach einiger Zeit wieder übernarbten. Der Process am Gliede begann vor 1½ Jahren und soll seither in stetigem Fortschreiten begriffen sein.

An der Dorsalfäche der Glans sieht man ein die Hälfte derselben einnehmendes, tiefgreifendes Geschwür mit höckerig unebener und speckig belegter Basis. Serpiginöse Ulcerationen umgreifen den Penisschaft und legen auf weite Strecken hin die Schwellkörper des Gliedes bloss. Am Dorsum des Penis ersetzt ein breiter, narbiger Streifen, das Integument, während das rechte Corpus cavernosum penis nahe der Wurzel an einer nussgrossen Partie zerfallen erscheint. Die Inguinaldrüsen kaum tastbar. Am rechten Unterschenkel zahlreiche serpiginöse configurirte Narbenzüge.

5. Einen 36jährigen Beamten, der wegen einer seinen Angaben nach seit drei Jahren bestehenden impermeablen Harnröhrenverengung die Hilfe der Abtheilung in Anspruch nahm. Vor beiläufig 18 Jahren machte Patient eine Blennorrhoe durch, welche nach wenigen Wochen ausheilte, ohne seither zu irgendwelchen Alterationen Anlass zu geben. Harnbeschwerden traten zuerst vor 3 Jahren auf und nahmen trotz frühzeitig eingeleiteter Behandlung derartig an Intensität zu, dass Patient seit einem Jahre den Harn nur mehr tropfenweise und unter Zuhilfenahme der Bauchpresse zu entleeren im Stande war. Zahlreiche Aerzte, welche Patient wegen der Harnbeschwerden in seinem Aufenthaltsorte zu wiederholten Malen zu Rathe zog, versuchten vergebens die Verengung der Harnröhrenpassage wegsam zu machen, die Sonden und Katheter sollen stets nur bis an die tiefsitzende verengte Strecke vorgedrungen sein, ohne je bis in die Blase zu gelangen.

Bei der Sondenuntersuchung konnte wohl hinter dem Bulbus eine etagenförmig vorspringende Leiste festgestellt werden, die sich jedoch leicht umgehen liess und die Einführung einer Sonde Nr. 16 (Charrière) in die Blase ohneweiters gestattete. Trotzdem nun die Dilatation leicht bis zu Nr. 20 erfolgt war, konnte der Kranke stets nur einige Tropfen Harn spontan entleeren und musste nach wie vor die Entleerung der Blase mittelst Katheter besorgt werden. Zur Eruirung dieser Erscheinung nahm Lang die endoskopische Exploration vor und konnte am Beginn der nunmehr auch für das Endoskop leicht durchgängigen callösen Harnröhrenstrecke ein das Lumen derselben umgreifendes, breites Geschwür auffinden. Dass diese Ulceration auf reflectorischem Wege Contraction des Sphincter vesicae und so die Harnverhaltung bedingt haben dürfte, hat umsomehr Wahrscheinlichkeit für sich, als mit der Vernarbung der Ulceration der Kranke spontan und anstandslos uriniren konnte. Die Verheilung des Geschwürs wurde in kürzester Zeit durch tägliche Einführung von mit Jodoformgelatine umschichteten Tubuli elastici erzielt.

6. Einen 30jährigen Arbeiter, der im recenten Stadium der Syphilis bereits Symptome seitens des Knochensystems aufweist. Patient gelangte mit einer exulcerirten Sclerose im Sulcus zu Aufnahme, die seither über-

narbte, seit 4 Wochen besteht ein maculo-papulöses Exanthem und seit wenigen Tagen eine hühnereigrosse periostale Geschwulst über dem rechten Scheitelbeine, welche dem Kranken beträchtliche Schmerzen verursacht.

7. Zwei Patientinnen, bei welchen es sich um die relativ seltene blennorrhische Erkrankung des Rectums handelt.

Beide im jugendlichen Alter stehende Kranke sind geständig, die Cohabitation per rectum zugelassen zu haben.

In dem einen Falle, der eine 20jähr. Arbeiterin betrifft, war die blennorrhische Proctitis ausserdem noch durch einen Periproctalabscess complicirt. Drei Monate vor dem Spitalsantritte verspürte die Kranke heftiges Brennen beim Stuhlabsetzen, nachdem kurz vorher eine Cohabitation per rectum stattgefunden hatte. Späterhin entleerten sich grössere Eitermengen mit dem Stuhle, denen sich häufig auch Blutspuren beigesellten, seither bestehen diese Beschwerden andauernd fort, ohne dass seitens der Darmfunction irgendwelche sonstige Alterationen zu verzeichnen wären. Als die Kranke zur Aufnahme kam, konnte eine blennorrhische Urethritis (mit reichlichen Gonococcen) und ein rein eitriger Ausfluss aus dem Mastdarme festgestellt werden, der sich beim Auseinanderziehen der Analfalten oder Druck von der Vagina aus in besonders profuser Weise einstellte, im Secrete liessen sich zu wiederholten Malen Gonococcen in grosser Menge und typischer Anordnung nachweisen. Die Analfalten sowie die Circumanalregion ekzematös geröthet. Ausserdem bestand ein bei hühnereigrosser, von gerötheter Haut bedeckter schmerzhafter Abscess nach links vom Anus, der mit dem Rectum keinerlei Communication erkennen liess. Aus dem Eiter des punktirten und mittelst Argent. nitr.-Injection zur Ausheilung gebrachten Abscess waren nur Streptococcen in Reincultur zu gewinnen, es scheint diese Complication zur Blennorrhoe des Mastdarmes in der gleichen Beziehung zu stehn, als die bekannten Periurethralabscesse zur Harnröhrenblennorrhoe. Die Behandlung besteht in Ausspülung des Rectums mit Kali hyperm. und hat sich seither das Krankheitsbild insoferne modificirt, als das ursprünglich rein eitrige Secret sich in einen mehr schleimigen, dicklichen Ausfluss umgewandelt hat, in welchem neben zahlreichen anderweitigen Mikroorganismen nur mehr ausnahmsweise Gonococcen auffindbar sind.

Die zweite Kranke ist eine 22jährige Handarbeiterin und gibt ähnliche Beschwerden als die erste an. Der eitrige Ausfluss aus dem Mastdarm besteht seit 6 Wochen. Sonstige Stuhlbeschwerden lagen keine vor. Die Rectalschleimhaut ist in diesem Falle stark geröthet, aufgelockert und an mehreren Stellen leicht erodirt, was den Abgang häufig auch blutig gefärbter Secretmassen erklären könnte. Im Secrete sind constant Gonococcen in grosser Menge nachweisbar, wogegen anderweitige Mikroorganismen nur in der Minderzahl erscheinen.