

# Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1907.

Vorsitzender: Rosenthal.

Schriftführer: Pinkus.

1. **Ledermann** stellt einen Pat. mit Lichen ruber der Mundschleimhaut vor, bei welchem sich nach Arsengebrauch von 8 Wochen die auf der Zunge vorhandenen Plaques diffus ausgebreitet haben. Ferner sind die Knötchen und die serpiginösen Linien auf der Mund- und Wangenschleimhaut zu weißlichen Infiltrationen zusammengeschmolzen, die zum Teil einen stark geröteten atrophischen Schleimhautsaum zeigen. Man hat hier den Eindruck, als ob es sich um einen Lichen atrophicus handelt. Differentiell diagnostisch käme noch der Lupus erythematosus der Mundschleimhaut in Betracht. Die äußere Haut ist in diesem Falle gar nicht beteiligt, die Diagnose Lues ist auszuschließen.

Rosenthal bestätigt die Diagnose.

2. **Pinkus** demonstriert einen 49jährigen Mann, welcher vor fünf Monaten ziemlich plötzlich und ohne erkennbare Ursache an einer Verdickung ausgedehnter Hauptpartien am Rumpf, dem Gesäß und den Oberschenkeln, zugleich mit großer Mattigkeit, erkrankt ist, dem Krankheitsbilde entsprechend, welches von Blaschko 1894 als Sklerofascie (wegen der tieferen, im Bindegewebe liegenden Verhärtung, im Gegensatz zur Sklerodermie) und von Buschke 1900 als Sklerödem bezeichnet wurde. Außer der Verdickung der Haut besteht Herabsetzung der Schweißabsonderung. Im vorgestellten Falle ist durch Thiosinamin-Injektionen eine deutliche Besserung erzielt worden. Namentlich ist ein schon von Beginn der Beobachtung an vorhanden gewesener, leicht atrophischer Herd am rechten Oberschenkel vorn viel ausgeprägter geworden. Die mikroskopische Untersuchung hat keine Veränderung der normalen Gewebsbestandteile (Epithel, Bindegewebe- und elastische Fasern) und keine zelligen pathologischen Einlagerungen gezeigt, auch die Breite der gesamten Haut sowie ihrer einzelnen Schichten gleicht bei mikroskopischer Messung vollkommen den normalen Verhältnissen. Die Hautverdickung, der hier beobachtete Ausgang in Atrophie und die Schweißanomalien erlauben diese Affektion mit dem infiltrierten Stadium der Hautatrophie (Erythromelie) und der Sklerodermie, deren Oberflächenveränderung allerdings völlig fehlt, im dermatologischen System nebeneinander zu stellen.

Gebert berichtet, daß in dem von ihm vor längerer Zeit vorgestellten, ähnlichen Fall der Patient überhaupt keine Beschwerden gehabt

hätte. Die Affektion begann im Gesicht und wurde von dem Barbier zuerst bemerkt. Als besonderes Symptom war in seinem Fall bemerkenswert, daß die Gefäße den Eindruck machten, als ob sie in einem Kanal verliefen. Die Venen lagen in der verhärteten Haut in einer richtigen Vertiefung. Elektrizität mit gleichzeitiger Massage hatten nach ziemlich langer Zeit einen guten therapeutischen Erfolg.

Rosenthal richtet an Pinkus die Frage, in welcher Weise er die Stellung des Sklerödems zur Sklerodermie auffaßt.

Pinkus glaubt keinen Zusammenhang konstatieren zu können, nur ist die in seinem Fall beobachtete Atrophie — ein Symptom, welches bisher nicht beschrieben worden ist — auch bei der Sklerodermie vorhanden. Klinisch fehlt die harte Infiltration der Oberfläche, die gelbe Farbe und die scharfe Abgrenzung wie bei der Sklerodermie; es besteht also nur eine gewisse Ähnlichkeit. Die Affektion liegt gleichsam eine Etage niedriger als die Sklerodermie, insofern als die Verhärtung tiefer beginnt. Die rinnenförmige Vertiefung der Venen war in seinem Falle nicht vorhanden.

Heller fragt, ob vielleicht eine innere Erkrankung vorliegt.

Pinkus verneint die Frage.

Rosenthal glaubt die beiden Affektionen nicht so strikte trennen zu können, wie es P. getan hat. Für gewöhnlich wird das erste Stadium der Sklerodermie als ein entzündliches hingestellt, indessen in einer Reihe von Fällen, worauf besonders von den Franzosen aufmerksam gemacht worden ist, ist ein ödematöses Stadium ohne Entzündung das primäre Symptom der Sklerodermie. Wenn nun in dem vorgestellten Falle das zweite Stadium, das entzündliche, ausgeblieben ist, dagegen das dritte Stadium, die Atrophie, eingetreten ist, so scheint nur ein gewisser gradueller Unterschied in der Entwicklung beider Affektionen vorhanden zu sein, jedenfalls muß man diese Fälle noch genauer studieren, um sie prinzipiell von der Sklerodermie zu trennen. Als fernerer Beweis für diese Auffassung kann man die Beobachtung hinstellen, daß die einzelnen Stadien der Sklerodermie bei manchen Patienten länger bestehen als bei anderen.

Pinkus gibt die Richtigkeit dieser Auffassung zu, meint aber, daß nach der Beobachtung der bisherigen Fälle die Identität beider Affektionen nicht ausgesprochen werden kann, eine Annäherung liegt allerdings in dem Endstadium der Atrophie; zwar hat dieses Symptom in den ähnlichen bisher beschriebenen Fällen gefehlt.

Ledermann fragt, ob beim Sklerödem die Entwicklung im allgemeinen nicht etwas schneller vor sich geht, als bei der wirklichen Sklerodermie. Soweit er sich erinnert, hat sich in dem Fall von Buschke die Affektion ziemlich schnell nach einer Influenza entwickelt.

Heller ist der Ansicht, daß sich diese Fälle absolut von beginnender Sklerodermie unterscheiden, und ob sich aus ihnen später Sklerodermie entwickelt, kann vorläufig noch nicht entschieden werden. Alle der Sklerodermie eigentümlichen charakteristischen Merkmale, wie die Farbe

der lila Ring usw. fehlen in diesem Fall. Entweder handelt es sich um einen Fall *sui generis*, oder es handelt sich um einen in der Entwicklung begriffenen Fall, dessen Diagnose noch nicht sicher ausgesprochen werden kann.

Rosenthal betont nochmals, daß die von Heller erwähnten Merkmale der Sklerodermie nicht immer vorhanden sind und daß in dem vorgestellten Fall das erste Stadium der Sklerodermie, nämlich das Ödem vorhanden ist; es ist ferner bekannt, daß die einzelnen Stadien der Sklerodermie ganz verschieden lange bestehen; das atrophische Endstadium scheint aber die Diagnose sicher zu stellen.

Heller glaubt, daß man nur von einem ödematösen Stadium in denjenigen Fällen sprechen kann, in welchen die Diagnose Sklerodermie absolut gesichert ist, indessen auf dieses Stadium allein kann die Diagnose nicht gestellt werden. Deshalb glaubt er, daß bei dem vorgestellten Patienten eine besondere Krankheit vorliegt.

Rosenthal ist der Ansicht, daß, ebensogut wie man von einem ekzematösen Stadium der Mykosis fungoides spricht, man auch hier mit Recht von einem ödematösen Stadium der Sklerodermie sprechen kann.

Pinkus erwähnt, daß die Atrophie in diesem Fall ganz circumscripter Natur ist, wie sie nach Sklerodermie zu stande kommen kann, aber sich auch bei der idiopathischen Hautatrophie entwickelt; jedenfalls liegen die Verhältnisse dieser Affektion nicht ganz klar. Man würde daher am zweckmäßigsten tun, die Stellung dieser Fälle zum Sklerödem, zur Sklerodermie und zum Vorstadium der Hautatrophie durch die weitere Beobachtung zu klären. Was die Entwicklung anbetrifft, so scheint sie in der Tat sehr schnell vor sich zu gehen, sowohl in seinem Fall, als auch in dem Buschkeschen, welcher im Verlauf von kaum 14 Tagen eine sehr große Ausdehnung erreicht hat.

3. **Arendt** stellt einen Patienten vor, welcher seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren an einem Lichen ruber verrucosus in der Gegend hinter dem linken Ohr und in dem angrenzenden Teil des behaarten Kopfes leidet. Man sieht in dieser Gegend auch halb erbsengroße, gelblich weiße Hornzysten sowie charakteristische, in erweiterter Follikelmündung sitzende komedonenartige Bildungen mit schwarzem Pfropf, wie sie von Jadassohn beschrieben worden sind. Der Lichen ruber planus des behaarten Kopfes ist in der Literatur nur 7—8 mal erwähnt. A. hat ungefähr 4 Fälle dieser Affektion mit ausschließlicher oder fast ausschließlicher Lokalisation am behaarten Kopfe gesehen, und in drei dieser Fälle war die verrucöse Form ausgeprägt, nebenbei bestand gewöhnlich starkes Jucken. In einem seiner Fälle waren im Zentrum atrophische, an der Peripherie erythematöse, mit festhaftenden Schuppen bedeckte nicht juckende Plaques vorhanden mit erweiterten Follikelmündungen. Die Affektion hatte große Ähnlichkeit mit Lupus erythematosus des behaarten Kopfes. Nur durch das gleichzeitig charakteristische Auftreten an der inneren Lamelle des Präputiums konnte die Diagnose gesichert werden. Differentiell diagnostisch kommt in dem vorgestellten Fall nur noch die verrucöse Form der Neurodermitis chronica circumscripta in Betracht, indessen bei dieser Affektion fehlen die mit Hornpfropfen angefüllten kleinen Drüsen.

4. **Arendt** stellt einen Patienten mit sekundärer Lues vor, der augenblicklich eine Injektionskur durchmacht. Vor 6 Tagen zeigte sich

am Nabel, in der Unterbauchgegend und auf dem linken Handrücken sowie an den Genitalien ein typischer Lichen ruber planus. Besonders die Streifen und die netzförmige milchweiße Zeichnung an der inneren Lamelle des Präputiums sind als differentiell diagnostisches Moment zu verwerten, um das Exanthem von einem papulösen Syphilid zu unterscheiden.

5. **Arendt** stellt einen älteren Herrn vor, welcher seit einem Jahr zuerst anfallsweise und in der letzten Zeit kontinuierlich an einem stark juckenden Ausschlag leidet. Drüsenschwellungen bestehen nicht, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die Erscheinungen auf der Haut bestehen in dem Auftreten quaddelartiger Bildung flüchtiger Natur und verschieden großer runder und polyzyklisch begrenzter erhabener Plaques, die sich peripher ausbreiten und im Zentrum mit Pigmentierung abheilen. Trotzdem Bläschen oder Reste von diesen nicht gefunden wurden, ist A. der Ansicht, daß eine Dermatitis herpetiformis vorliegt. Diese Affektion kann bekanntlich unter dem Bilde einer atypischen Urticaria oder eines Erythema exsudativum multiforme verlaufen, allerdings ist die Diagnose nicht sicher.

Heller ist der Ansicht, daß eine der Urticaria ähnliche Erkrankung vorliegt, besonders da die Effloreszenzen nicht dauernd persistieren.

Arendt erwidert, daß seine Diagnose erst gesichert sein würde, wenn im weiteren Verlauf Blasen oder Bläschen auftreten.

Wechselmann möchte auf das von amerikanischen Autoren besonders beschriebene Krankheitsbild des Erythema perstans hinweisen, bei welchem derartige Figurationen beschrieben worden sind.

Arendt erwidert, daß das Erythema perstans, soviel er weiß, nicht juckt. Ferner sind die in seinem Fall vorhandenen Pigmentierungen auch bei jener Affektion nicht ausgeprägt. In den bisher in der Literatur beschriebenen Fällen hat die Affektion fast stets auf der Streckseite der Finger begonnen oder sich sogar nur darauf beschränkt.

Heuck hat in der Universitätspoliklinik einen Fall mit genau demselben Aussehen beobachtet, bei welchem später die deutlichen Symptome der Dermatitis herpetiformis aufgetreten sind.

6. **Arendt** stellt einen Patienten vor, welcher im Juni vorigen Jahres einen harten Schanker hatte und bei welchem jetzt eine ziemlich reichliche Roseola an der Haut des Rumpfes und ein papulo-pustulöses Syphilid des Kopfes vorhanden ist. Seit drei Wochen traten ohne nachweisbare Ursache Schmerzen im Hodensack, im linken und rechten Arm, sowie in den unteren Extremitäten auf. Die Untersuchung ergab eine multiple strangförmige Phlebitis, sowohl des Plexus pampiniformis, der Vena ulnaris, sowie auch der Venen der unteren Extremitäten. Auch dieser Fall zeichnet sich durch die klinischen Eigentümlichkeiten der Phlebitis aus, Multiplizität, Symmetrie, fieberloser Verlauf, Fehlen starker entzündlicher Erscheinungen und plötzliches Auftreten mit Schmerzen, die bei Bewegung und Druck zunehmen. Der vorliegende Fall ist besonders interessant wegen der Lokalisation im Plexus pampiniformis.

7. **Heller** stellt einen 22jährigen Patienten vor, welcher seit dem 12. Lebensjahre an einer Tuberculosis cutis verrucosa leidet, die den größten Teil der Nates eingenommen hat. Möglicherweise besteht die Ätiologie in einer Tierinfektion, da Patient in elterlichen Hause auf dem Lande wiederholt mit kranken Kühen zu tun hatte. Dann würde es sich um eine Affektion mit den für Menschen weniger virulenten

Tuberkelbazillen der Tiere handeln. Der größte Teil der Affektion ist durch ein inzwischen eingeleitetes Röntgenverfahren verschwunden, nur an den Rändern sind noch einige Knoten sichtbar. Mit keiner anderen Methode hätte man einen derartigen Erfolg in so kurzer Zeit erreichen können.

**8. Heller:** Vortrag: Kann Lichen ruber eine Unfallfolge sein?

H. hatte über folgenden Fall zu urteilen. Ein Fabrikant hatte sich beim Besteigen der Eisenbahn eine Verletzung an der Hand zugezogen. 6—8 Wochen später trat in der Narbe ein Ausschlag auf, der sich über den übrigen Körper ausbreitete. Vier Monate nach dem Unfall wurde die Diagnose Lichen ruber gestellt. Auf Grund ärztlicher Gutachten verlangte der Patient von der Unfallversicherung Entschädigung für die infolge des Lichen ruber eingetretene Erwerbsunfähigkeit, da die Hautaffektion als eine direkte Folge des Unfalls anzusehen sei. Eine psychische Depression oder eine Alteration des Nervensystems ist in diesem Falle nach H. nicht anzunehmen, da nervöse Symptome nicht vorhanden waren. Als infektiöses Leiden kann der Lichen ruber auch nicht betrachtet werden, trotz der Eigenart des klinischen Bildes und trotz des Auftretens des Leidens bei mehreren Familienmitgliedern. Den vereinzelt Fällen, in denen sich die Lichenknötchen primär auf gereizten Hautstellen entwickeln, steht die ungeheure Zahl von Beobachtungen gegenüber, in denen erst im Laufe der Erkrankung die Knötchenbildung auf die irritierten Stellen übergeht. Jedenfalls erfährt die infektiöse Theorie durch das primäre Auftreten in der Narbe keine Stütze. Zur Zeit liegt kein zwingender Grund vor, den Lichen ruber als Infektionskrankheit zu betrachten. Damit fällt aber auch die Möglichkeit, den Lichen ruber in diesem Falle als Unfallfolge anzusehen.

Wechselmann erwähnt, daß die im letzten Jahre in der Monatschrift für Unfallverletzung veröffentlichten Fälle von Psoriasis auf traumatischer Genese nicht sehr überzeugend sind. Dagegen existiert der bekannte und genau untersuchte Fall von Psoriasis, bei welchem nach Wirbelverletzung auf der einen Seite Psoriasis ausgebrochen ist und die Möglichkeit eines Zusammenhanges vorliegt.

Gebert hat Anfangs der 90er Jahre einen Fall von Lichen ruber verrucosus vorgestellt, bei welchem sich die Affektion im Anschluß an eine Verletzung durch den Riß einer Kornähre entwickelt haben soll. Jahrelang nachher bildete sich erst die Affektion aus, nachdem an dieser Stelle immer wieder Pusteln aufgetreten waren. — Ferner hat ihm ein Fall von Psoriasis zur Begutachtung vorgelegen, bei welchem es sich nicht um die Bewilligung einer Rente oder einer Entschädigung handelte, sondern bei welchem nur die Frage der Gratisbehandlung in Betracht kam. Der Fall betraf einen Bauarbeiter, welcher vom Gerüst gefallen war und dabei eine starke Rückenmarksquetschung erlitten hatte. Die ursprünglich aufgetretene Lähmung bildete sich vollkommen zurück, aber eine Blasenlähmung blieb bestehen, so daß Patient beständig ein Urinal tragen mußte. Im Anschluß an die Durchnässung an dieser Stelle bildete sich eine Psoriasis aus. Da der Patient bereits infolge seines Unfalls eine volle Rente erhielt, so war die Frage, die zur Beantwortung vorlag, ob die Psoriasis direkt oder indirekt mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden könnte, und somit der Patient den Anspruch auf freie Behandlung erheben könne.

In der französischen Literatur sind Fälle beschrieben worden, bei welchen nach Eisenbahnunfällen, Zusammenstößen, ohne daß eine äußere Verletzung vorlag, nach einiger Zeit Psoriasis aufgetreten ist. In diesen Fällen wurde die Ursache auf einen nervösen Chock zurückgeführt. G. hat sich auf diese Fälle berufen und sich dahin ausgesprochen, daß, da die Psoriasis zuerst an den Genitalien begonnen hätte und der Reiz des Urins und des Urinals hinzutraten, die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit dem Unfall bei der starken Rückenmarksquetschung jedenfalls nicht von der Hand zu weisen wäre. Daraufhin wurde dem Patienten die kostenfreie Behandlung zugesprochen.

Halle betont, daß man in Zukunft das Augenmerk mehr darauf richten muß, wie weit Lichen ruber in Zusammenhang mit dem Zentralnervensystem zu bringen ist. Er selbst hat vor 15 Jahren die erste heftige Eruption von Lichen ruber auf einer Hochgebirgstour bekommen, welche durch körperliche Anstrengung und Witterungseinflüsse außerordentlich beschwerlich und nervenaufregend war; eine Verletzung hatte er hierbei nicht erlitten, aber plötzlich trat am ganzen Körper nach heftigem Jucken eine Eruption von zahlreichen Lichen ruber Knötchen auf. Möglicherweise hat der von Heller erwähnte Patient ebenfalls einen Nervenchock erlitten. Bekannt ist doch, daß Lichen ruber bei nervösen Personen häufig vorkommt.

Sklarek beobachtete bei einem Regierungsbaumeister einen Ausbruch von Lichen ruber nach einer Verletzung, die sich der Patient am Handgelenk zugezogen hatte, bei der Absicht, eine Mispel von einem Baume herunterzuholen. Die Affektion war typisch, nur bestand kein Jucken.

Heller macht darauf aufmerksam, daß man zwei Dinge auseinander halten muß: nämlich die Forderung, die man als wissenschaftlicher Forscher oder als Arzt in einem praktisch gegebenen Falle zu stellen hat. H. hat den Eindruck, daß die Entstehung von Hautkrankheiten nach Unfällen sich ungefähr so verhalte wie die Tatsache, daß unter Umständen sich auch einmal böse Träume verwirklichen. Tausende von Menschen haben Unglück verheißende Träume, und verwirklicht sich einmal ein Traum, dann wird derselbe kolossal aufgebauscht. Wenn man aus den einzelnen Tatsachen einen Schluß ziehen soll, so muß eine solche überwältigende Fülle von Material vorliegen, daß die Zahlen auch statistisch zu verwerten sind. Möglicherweise können durch Verletzung hervorgerufene Depressionen des Gemütslebens eine Prädisposition zu einer Erkrankung bilden; in dem von ihm beschriebenen Fall komme aber ein seelischer Chock nicht in Betracht, der betr. Patient hatte sich gestossen, wie man sich hunderte Male auf der Eisenbahn stößt und hatte dieser kleinen Verletzung auch keine weitere Bedeutung beigelegt. Man muß Tatsachen gegenüber, die Kranke nach jahrelangen Zwischenräumen berichten, sehr vorsichtig gegenüber treten. In dem Fall von Gebert sind auch viele Jahre seit dem Unfall verflossen. H. macht darauf aufmerksam, daß vor einigen Jahrzehnten jede Frau, die an Carcinom der Mamma litt, sich zu erin-

nern wußte, daß sie einen Unfall erlitten hatte. Heute in der Ära der Infektionskrankheiten hört man von dieser Ätiologie viel seltener; medizinische Moden spielen auch in der Ätiologie eine gewisse Rolle. Noch mehr als die Moden zwingt uns die Gesetzgebung, über Dinge zu entscheiden, die noch nicht für eine Entscheidung reif sind.

O. Rosenthal.

---

Sitzung vom 12. Februar 1906.

Vorsitzender: Rosenthal.

Schriftführer: Pinkus.

1. **Kromayer** demonstriert das neueste Modell der Quecksilber-quarzlampe und setzt die Entwicklung derselben zu ihrer jetzigen Form an vorgezeigten Modellen auseinander. Er zeigt u. a. eine Harnröhrenlampe, die aus einem kleinen Zylinder besteht, der vollständig aus Quarz angefertigt ist; — ferner ein Modell, das für den Kopf angefertigt ist zur Behandlung der Seborrhoea furfuracea; die letztere hat sich aber nicht bewährt. Der jetzigen Quarzlampe liegt das Prinzip der Hochdrucklampe zu Grunde. Dieselbe besteht aus einem ziemlich weiten U-förmig gebogenen Rohr; unten an den beiden Polen befindet sich Quecksilber; neigt man die Lampe nach der Seite hin, so geht das Quecksilber nach oben und gibt sofort Kurzschluß; wird die Lampe wieder aufgerichtet, so fließt das Quecksilber zurück und es entsteht der Lichtbogen. Um durch die notwendige Wasserkühlung nicht zu viel Wärme zu entziehen, wurde eine Quarzhülle über das Leuchtrohr gelegt, die überall dicht anschließt, sodaß das Wasser nicht in unmittelbare Berührung mit dem Leuchtrohr kommt. Bei der zuletzt angefertigten handlichen Form kann die Lampe direkt auf die Haut aufgesetzt werden und erzeugt keine Wärme. Ein Nachteil der Lampe besteht darin, daß trotz der Wasserkühlung eine nicht unerhebliche Menge strahlender Wärme durch das Quarzfenster die Lampe verläßt. Diese Hitzeentwicklung wird aber beträchtlich verringert durch Blauspülung mit einer Lösung von Methylenblau. Hierdurch werden die ultravioletten Strahlen und die Wärmestrahlen in starkem Maße absorbiert, so daß eine Auslese gerade derjenigen Strahlen veranlaßt wird, welche die therapeutisch wirksamsten sind: die blauvioletten und die nächst den violetten Strahlen im Spektrum liegenden ultravioletten Strahlen. Das jetzige Modell der Lampe brennt etwa bei 100—110 Volt und 3 Ampère, also außerordentlich sparsam. Man kann das Blau schließlich in einer solchen Konzentration einfließen lassen, daß das Licht vollkommen verschwindet. Jedenfalls ist aber durch diese Art der Kühlung die Lampe für jegliche Art der Behandlung von Hautprozessen geeignet. Um die Lampe handlicher zu machen, ist sie an einem Stativ fixiert, auf welchem sie bequem nach jeder Richtung verschoben werden kann. Außerdem ist sie auf diesem Stativ in Suspension gebracht, mit einem Gegengewicht verbunden, das in dem Hohlstab des Stativs verläuft, und dadurch ihres eigenen Gewichtes vollständig beraubt. Für gewisse Körpergegenden, wie die Stirn oder die Nasenwurzel ist die Lampe schwer zu verwenden, da das Quarzglas flach ist. Man kann allerdings die unnötigen Strahlen abdecken, indem man entweder Stanniolpapier auf die Haut oder auf die Lampe aufklebt, oder indem man die gesunden Teile der Haut mit einer für das Licht undurchdringlichen Schicht bepinselt, wozu sich Collodium elasticum mit Zinkoxyd vorzüglich

eignet. Ein besonderes Kompressorium ist bei der Anwendung der Lampe nicht nötig. Seitdem man blaues Licht anwendet, kann man an schwierigen Stellen einfache Glasplatten, die nicht gekühlt zu werden brauchen, an Stelle von Kompressorien anwenden. K. hat eine Anzahl von Glasplatten, den verschiedenen Körpergegenden entsprechend, anfertigen lassen, sie entsprechen aber noch nicht vollständig den notwendigen Erfordernissen. Da das Licht nur wenige Millimeter tief eindringt, so muß natürlich das Blut aus den Kapillaren weggedrückt werden. An den Extremitäten kann man mittelst der Esmarchschen Binde das Blut aus den Kapillaren entfernen. Im Gesicht hat K. noch Versuche mit Einspritzung von Adrenalin und Suprarenalin gemacht; eine Anämie wurde erzeugt, aber die Resultate waren nicht zufriedenstellend, da die Entzündung viel länger andauerte. In letzter Zeit hat K. versucht, die Quarzfenster abnehmbar zu gestalten und viel kleinere Quarzfenster konstruieren zu lassen, deren Oberfläche den zu beleuchtenden Hautflächen entspricht.

Schulz macht darauf aufmerksam, daß bei der Rotlichtbehandlung der Pocken nach Finsen entgegen der Kromayer'schen Ansicht eine rein negative Lichttherapie zur Anwendung gelangt, d. h. die chemischen Strahlen sollen absolut ausgeschlossen werden und die Rotlampe, welche eine möglichst dunkle schwache Rotlichtquelle (rubinrot oder rot versetzt mit grün) darstellt, ist nur eine Konzession an das Lichtbedürfnis der Patienten und des Pflegepersonals. — Ferner macht Sch. darauf aufmerksam, daß nach der letzten Publikation von Kromayer doch mitunter recht intensive und nachhaltige Reizungen auftraten, welche veranlassen, daß die Patienten nach kurzer Zeit auf die weitere Behandlung verzichten. Deshalb braucht man aber nicht die Anwendung der Lampe aufzugeben, nur müssen gewisse theoretische Forderungen vorher erfüllt sein. Derartige akute Reizungen liegen an einem zu großen Reichtum von äußeren ultravioletten Strahlen, welche auch bei der Eisenelektrodenlampe von Bang und anderen Lampen hinderlich waren. Theoretisch ist es leicht möglich, diese Strahlen zu beseitigen, nur ist es fraglich, ob nachher noch genug ultraviolette und blaue Strahlen zurückbleiben, um eine genügende Tiefenwirkung und eine nachhaltige Reaktion zu erzielen. Der Gehalt an diesen Strahlen muß verglichen werden mit dem des Sonnenlichts und des konzentrierten Eisenbogenlichts nach Finsen. Mit diesen beiden Lichtquellen liegen genügende Erfahrungsreihen vor. Würden die Resultate positiv ausfallen, so wäre eine allgemeine Verwertbarkeit der Lampe, da sie eine große Verbilligung darstellt, denkbar. Durch das innere Gehäuse der Lampe kann man leicht so viel ultraviolette Strahlen abfiltrieren, als man für gut hält. Da Quarz ein guter Wärmeleiter ist, so muß das äußere Gehäuse aus diesem Stoff bestehen. Was die Gestalt der vorderen Linse und einen leicht auswechselbaren Verschluß anbetrifft, so ist diese Frage bereits durch die Modifikation der Sedlmayer'schen Lampe durch Jesionnek gelöst, der das Prinzip des Bierflaschendruckverschlusses bei diesen auswechselbaren Gläsern angewendet hat.

Kromayer hat in ausgedehntem Maße Versuche angestellt, ob, wenn die kurzwelligen ultravioletten Strahlen abfiltriert sind, noch genügend langwellige violette und blaue Strahlen zurückbleiben, um mit



dem Finsenlicht konkurrieren zu können. Man kann die Stärke des Lichts sehr leicht dadurch prüfen, daß man es durch ein einfach oder mehrfach zusammengefaltetes Papier hindurchgehen läßt und dann vergleicht, wie sich z. B. Bromsilberpapier schwärzt, je nachdem es durch verschiedene Papierlagen hindurchgegangen ist. Durch die Blauspülung geht nur ein kleiner Teil der langwelligen Strahlen verloren. Mit weißem Licht verglichen, zeigt sich ein kaum merklicher Unterschied bei einer Tiefenwirkung auf Bromsilberpapier. Die therapeutischen Resultate sind besser als beim weißen Licht und die Lichtintensität der Quarzlampe ist so groß, daß sie eine geringe Einbuße an der Tiefenwirkung vertragen kann.

2. **Ledermann** stellt zwei Patienten vor, von denen jeder einen harten Schanker am Daumen hat.

3. **Holländer** zeigt einen sogenannten Verkündigungszettel bei einer Lepraschau. Diese Zettel waren bestimmt zu Anschlägen an das Rathaus oder an die Kirchen. Der vorliegende Zettel stammt aus dem Jahre 1632 und war, wie die Aufschrift zeigt, für die Sebalduskirche in Nürnberg bestimmt. — Ferner zeigt H. die Photographie eines im Besitz von Dr. Daniels in Amsterdam befindlichen Leprazettels. Derselbe besteht aus einem Vordruck auf Pergament. Dann wird der Inhalt für das betr. Individuum ausgefüllt und darunter befindet sich das Sigillum. Da die Leprösen nicht in den besten Verhältnissen lebten, so ist es erklärlich, daß derartige Zettel nicht aufbewahrt wurden. An dem Original dieses einzig erhaltenen Exemplars befindet sich noch das echte Siegel; das Petschaft ist zur Zeit noch im Haarlemer Stadthause vorhanden. Am Rand des Zettels befindet sich die Photographie eines Bildes aus dem J. 1667. Man sieht die Vorsteher der Lepra-Gemeinde der St. Jakobskapelle, von denen nicht mit Sicherheit gesagt ist, daß es Ärzte waren; es waren Pfründen, die man der Geistlichkeit übertrug. Solche Zettel wurden nur gegen einen Entgelt abgegeben, da sie zu gleicher Zeit ein Privileg für die Bettellei bildeten, und so ist es erklärlich, daß im 17. Jahrhundert viele Leute in das Leprösegewand untertauchten, um auf diese Weise überall betteln zu können.

4. **Holländer** demonstriert ein Präparat von einer 25jährigen Frau, welche während der Gravidität einen Tumor auf dem Rücken bekam. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein reines Rundzellensarkom ohne Pigment. Diese Tumoren sind ungewöhnlich selten, wenn sie nicht als Metastasen vorkommen. H. hat die Patientin genau untersucht, alle Knochen durchleuchtet und nirgends ein primäres Sarkom finden können. — H. demonstriert ferner ein paar kleine Stücke von einem großen Tumor, welcher am Gesäß eines 40jährigen Mannes seinen Sitz hatte und von Geburt an bestand. Im Laufe der Jahre bildeten sich mehrfach Fisteln, die vielfach mit Inzisionen behandelt wurden. Das klinische Aussehen war einer circumscribten Elephantiasis ähnlich. Bei der Exstirpation zeigte es sich, daß der Tumor gegen Erwarten circumscrip't war und nicht in die Subcutis hineinreichte. Die Papillen waren maximal entwickelt und von hypertrophischem Epithel umgeben. Der Tumor lag subcutan; um ihn als subcutanen Nävus zu diagnostizieren, fehlt jegliche Andeutung von Pigment.

Pinkus kann den Zusammenhang der Wucherung mit dem Epithel auf das allerdeutlichste erkennen, so daß man von einer subcutanen Elephantiasis nicht sprechen kann. Er hält den Tumor für eine papilläre Wucherung einer alten Warze, wie man sie ab und zu sieht. Derartige Bildungen können auch in einer Hauttasche vorkommen und das scheint hier der Fall zu sein.

Hoffmann fragt, ob nicht ein Nävus, der in das Gebiet des Lymphangioms hineingehört, vorliegt. Für einen Nävus spricht das Bestehen seit frühester Jugend; die Veränderungen könnten durch eine sekundäre Infektion entstanden sein.

Holländer betont, daß der Tumor zuerst geschlossen war, dann durchbrach und subcutan gelegen war. Man kann die Entstehung so auffassen, daß das Epithel sekundär in die Subcutis hineingewuchert ist, oder daß eine primäre subcutan entstandene epitheloide Geschwulst sekundär nach außen durchgebrochen ist. Da nirgends eine Duplikatur vorhanden, so ist auch eine Tasche nicht anzunehmen.

Kromayer schließt sich der Ansicht an, daß eine Tasche vorliegt und daß die Lagerung des Tumors epicutan und nicht subcutan ist. K. würde den Tumor für eine zystische Warze halten.

Holländer demonstriert ein vor 3 Tagen exstirpiertes Carcinom von der Lippe eines 13jährigen Mädchens, welches an Xeroderma pigmentosum leidet.

5. Holländer zeigt einen Mann, welcher im vorigen Jahr wegen starker Gelenkschwellung des Knies von ihm operiert wurde. Die Kapsel war enorm verdickt und schwartig. Die Diagnose wurde auf Tuberkulose gestellt, der obere recessus exstirpiert und die Wundfläche mit Heißluft gebrannt; die Wunde heilte per primam. Nach einigen Wochen zeigte sich ein sehr heftiges Rezidiv. Bei der Operation fand man überall gallertartige Massen, welche den Quadriceps durchsetzten. Die mikroskopische Untersuchung ließ die Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Lues offen. Nach Einleitung einer Schmierkur trat vollständige schnelle Heilung ein. Es handelte sich also um Gelenksyphilis.

Holländer zeigt einen zweiten Fall von Gelenksyphilis, welcher ihm wegen einer angeblichen tuberkulösen Ellbogengelenksaffektion zur Operation überwiesen worden war. Neben Ankylose bestand Fistelbildung mit übelriechendem Eiter, außerdem ein lichenartiges Exanthem am ganzen Körper, welches seit ungefähr 4 Jahren unverändert bestanden haben soll. Eine antiluetische Kur brachte bis auf reichliche Pigmentation das Exanthem zum Schwinden und eine schnelle Rückbildung der Gelenkaffektion.

6. Arndt zeigt die mikroskopischen Präparate von dem Fall von Lichen ruber verrucosus am behaarten Kopf, den er in der vorigen Sitzung demonstriert hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Bestätigung der Diagnose. Neben Verdickung der Hornschicht und Bildung von mächtigen zwiebförmigen Zapfen sind stellenweise umfangreiche Horncysten sichtbar und in allen Schichten lang gedrehte und gewundene Leukoeythenkerne, die an der Coriumepidermisgrenze in das Epithel eingewandert sind, ein Vorgang, der nach Pinkus für den Lichen ruber charakteristisch ist. Um die Follikel und Schweißdrüsenausführungsgänge sind zum Teil recht massige Infiltrate sichtbar. In unmittelbarer Umgebung der Gefäße sind Plasmazellen in wechselnden Mengen, an der Peripherie der Infiltrate stellenweise reichliche Mastzellen vorhanden. Das Bindegewebe ist im Bereich der Infiltrate vermindert, das elastische Gewebe bis auf Spuren verschwunden.

7. Arndt stellt einen Patienten vor, welcher seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren an einer Affektion der Haut des linken Armes leidet, die in das Gebiet des Erythema paralyticum oder der Erythromelie oder der Acrodermatitis chronica atrophicans gehört, Affektionen, welche jetzt allgemein als zur sogenannten idiopathischen Hautatrophie gehörig angesehen werden. Die Affektion begann in der Gegend des linken Ellbogens

und breitete sich von dort aus auf den Handrücken aus. Später wurden Vorderarm und Oberarm ergriffen. Die Haut des linken Ellenbogens und des Handrückens, sowie der angrenzenden Teile des Vorderarms sind gelblichweiß gefärbt, derb infiltriert und lassen sich nur schwer in groben Falten von der Unterlage abheben. Die gelblichweiße Verfärbung ist der Sitz feinsten, nach der Peripherie sich auffasernder Gefäßerweiterungen. Über die Volarfläche des linken Handgelenks zieht ein 3—4 cm breiter, graugelblicher derber Streifen, über dem linken Olecranon ist die Haut graurot verfärbt, atrophisch, in hochstehende, sich nicht ausgleichende Falten gelegt, zahlreiche Teleangiectasien nachweisbar. Auf der Kante der Ulna befindet sich ein ähnlicher breiter atrophischer Streifen. Die Haut des übrigen Teils des linken Arms ist blaß, bläulichrot, mit zahllosen Gefäßecktasien, in der Konsistenz und Dicke sowie Elastizität aber nicht verändert. Die subcutanen Venen erscheinen, namentlich am Vorderarm, als bläuliches Netzwerk; ein aus der Haut des Vorderarms excidiertes Stückchen zeigt Quellung des subcutanen Bindegewebes, Rarefizierung des elastischen Gewebes, Atrophie der Schweißdrüsen und eine mäßige Infiltration um die in ihrer Wand nicht veränderten Gefäße.

Kromayer fragt, wie das Präparat gefärbt ist.

Arndt erwidert: Mit Methylenblau und Orcein.

Kromayer kann die von Arndt hervorgehobenen Veränderungen nicht deutlich sehen, so daß er objektiv ein unter Umständen als vollkommen normal anzusprechendes Hautpräparat vor sich zu haben glaubt. Ferner bezweifelt K., ob der jetzt bestehende Allgemeinzustand der Haut als Vorläufer der schweren atrophischen Zustände, wie man an einzelnen Stellen sieht, anzunehmen ist. Auch die Elastizität der Haut scheint ihm normal zu sein.

Arndt geht ausführlich noch einmal auf die einzelnen Punkte ein, um seine Ansicht über die Auffassung des Falls zu vertreten.

8. Photinos demonstriert aus der Abteilung von E. Lesser eine Anzahl von Kulturen und mikroskopischen Präparaten von *Herpes tonsurans*. Die Kulturen sind alle an demselben Tage auf demselben Nährboden angelegt und unter denselben Kultur- und Ventilationsbedingungen gehalten worden. Die Kulturen sind folgende:

Kultur des *Mikrosporon Audouini* aus Paris (Gruby-Sabouraud) aus konzentrischen flaumigen Kreisen bestehend. In Paris ist er als die Ursache der Hälfte der Fälle von *Herpes tonsurans* der Kopfhaut angesehen, bei Erwachsenen ist dieser Pilz noch nicht angetroffen worden. Ausnahmsweise geht der Pilz nur auf den Rand der Kopfhaut oder auf das Gesicht über. Die Erscheinungen auf der Kopfhaut wurden als *Pityriasis alba parasitaria* bezeichnet. Die kranken Haare sind abgebrochen und mit einer grauweißlichen Manschette umgeben. Mikroskopisch sieht man kleine Sporen. Die Mycelien sind im Innern des Haares und sehr spärlich.

Kulturen des *Mikrosporon* des Hundes (Bodin und Almy), des Pferdes (Bodin), der Katze (Fox Blacall) und ein *Mikrosporon lanosum*, das seit 12 Jahren nicht beobachtet wurde, aber jetzt in Paris außerordentlich häufig ist. Das klinische Bild ist genau dasselbe wie bei *Mikrosporon Audouini*, nur die Kultur ist verschieden. Ferner Kulturen von *Trichophyton megalosporon endothrix* mit widerstandsfähigen Mycelien und *Trichophyton megalosporon endothrix acuminatum* mit zerbrechlichen Mycelien. Auch diese Spezies sind ansteckend und ergreifen die Kopfhaut der Kinder, höchst selten die der Erwachsenen. Die mikroskopische Untersuchung der

Haare zeigt, daß ziemlich große Sporen im Innern des Haares vorhanden ist. Die letztere Art wurde von den Haaren zweier Kinder derselben Familie isoliert, welche im Alter von 6—8 Jahren in die Klinik in der Charité gekommen sind.

Kulturen von *Trichophyton gypsum*, die gewöhnliche Ursache des Kerion Celsi. Diese Spezies wurde auch bei Pferden beobachtet.

Kulturen von *Trichophyton avium roseum*, eine sehr seltene Spezies, die Sabouraud einmal von einem Herpes tonsurans des Bartes und ein anderes Mal von Läsionen einer Henne isoliert hat.

Kulturen von *Trichophyton violaceum* und *Trichophyton niveum*. Das erste ist selten, das zweite häufiger, man nimmt bei beiden den tierischen Ursprung an. Das *Trichophyton intertriginis* ist von Ph. und Sabouraud des genaueren studiert. Das klinische Bild hat Ähnlichkeit mit Erythrasma und Intertrigo. Die letzteren Trichophytonarten gehören zum *Trichophyton megalosporon endoectothrix*, d. h. sie haben große Sporen und finden sich meistens zu gleicher Zeit im Innern und im Äußern des kranken Haares. — Als Nährboden hat Ph. die bekannten Sabouraudschen Nährboden benützt.

O. Rosenthal.

Sitzung vom 12. März 1907.

Vorsitzender: Rosenthal.

Schriftführer: Pinkus.

1. **Hollstein** stellt einen 21jährigen Kupferschmied vor, der aus gesunder Familie stammt und der weder an den Lungen noch an den Knochen oder an den Drüsen irgend ein tuberkulöses Symptom zeigt. Der Patient leidet seit 9 Jahren an einer sehr ausgedehnten Folliculitis, die zuerst an der Ulnarseite beider Vorderarme begann und jetzt mit Ausnahme der Beugeseiten die Vorderarme ergriffen hat bis zum Oberarm hin. Ferner sind in ausgiebigem Maße die Stirn und, was sehr selten ist, auch der Penis befallen; eine andere Prädilektionsstelle, die Ohren, zeigt narbiges Aussehen und ganz vereinzelte Knötchen. Der Verlauf ist immer der nämliche: nach lebhaftem Jucken stellt sich ein kleines Knötchen ein, das allmählich wieder eintrocknet und sich abstößt und eine pockenartige Narbe zurückläßt. Der Zyklus eines solchen Knötchens nimmt 4—8 Wochen in Anspruch.

Saalfeld hat bei den ziemlich zahlreichen Fällen — es sind jetzt ungefähr 15, die er gesehen hat — niemals eine solche Ausdehnung beobachtet. Besonders die Lokalisation an der Stirn und auch an der Nase ist außerordentlich selten. Von 2 jungen Mädchen, die er s. Zt. in der Gesellschaft vorgestellt hat, ist die eine später tuberkulös geworden und an Typhus zu Grunde gegangen; die andere, ein sehr kräftiges junges Mädchen, erkrankte vor 3 Jahren ebenfalls an Lungentuberkulose und ist jetzt nach einem Aufenthalt in einer Lungenheilstätte gebessert. Von seinen Patienten waren nur zwei Männer, die übrigen Frauen.

2. **Pinkus** stellt einen kräftigen 58jährigen Mann vor, der im August vorigen Jahres an Sklerödem erkrankte. Er fühlte sich schwach, die Haut wurde dicker und gespannter und das Atemholen wurde ihm schwerer. Im November machte er eine leichte Pneumonie durch, deretwegen er 3 Wochen im Krankenhause zubrachte. Die Haut ist jetzt dick und gespannt und schwer faltbar, unterscheidet sich aber von anderen Fällen dadurch, daß, wenn man sie hochhebt oder auch wenn der Patient selbst Bewegungen macht, eigentümliche Hervorragungen sichtbar werden,

die zweifellos von größeren zusammenhängenden Fettläppchen herrühren. Die Affektion hat den ganzen Thorax eingenommen und geht in geringem Grade auf die Arme und auch auf die Beine über. Von den inneren Organen ist nur die Leber etwas vergrößert und ein leichtes Emphysem der Lunge vorhanden; die Schilddrüse ist klein. Auffallend ist, daß Patient während der Krankheit, trotzdem er sich schwach fühlt, ungefähr 18 Pfund zugenommen hat. Im Urin ist weder Zucker noch Eiweiß vorhanden. Diese Affektion erinnert an eine andere, welche unter dem Namen *Adiposis dolorosa* oder Berkumsche Krankheit zuerst von Berkum beschrieben worden ist. Nach der Arbeit von Strübing hat die typische *Adiposis dolorosa* abweichende Symptome; sie soll nur bei Frauen vorkommen, an den Extremitäten ihren Sitz haben und mit nervösen Symptomen, welche sich teils als lokale Schmerzhaftigkeit, teils als Erscheinungen psychischer Natur darstellen, verbunden sein. Diese Symptome sind hier nicht vorhanden, wengleich die Empfindlichkeit bis zu einem gewissen Grade nachweisbar ist. Strübing hat aber unter den Fällen von *Adiposis dolorosa*, welche er mit dem Oedème blanc und Oedème bleu identifizierte, einen Fall beschrieben, der dem vorgestellten sehr ähnlich ist. Wengleich P. die Diagnose Sklerödem aufrecht erhält, so möchte er doch auf die Ähnlichkeit mit der *Adiposis dolorosa* hinweisen und somit die Möglichkeit geben, diese Fälle aus ihrer Isolierung herauszubringen.

Heller glaubt sich zu erinnern, daß in Fällen von *Adiposis dolorosa* das Symptom der Symmetrie der fettig entarteten Teile ausgeprägt ist und daß das Symptom der Schmerzhaftigkeit ganz anders in den Vordergrund tritt, als es hier der Fall ist. Die Ähnlichkeit zwischen beiden Affektionen scheint ihm daher nur sehr schwach angedeutet.

Pinkus erwidert, daß es neben den von Heller erwähnten Fällen auch solche gibt, die sogenannten hysterischen Ödemformen, in denen die Empfindlichkeit nicht besonders groß ist; mithin wäre ein Zusammenhang dieser beiden Krankheitsformen doch denkbar.

3. **Schüler** (a. G.) hat an der Kromayerschen Quecksilberlampe einige Modifikationen anbringen lassen, da das Lampenfenster eigentlich nur für große Flächen zu verwenden ist; bei kleineren Flächen muß man das Fenster mit Staniol bedecken und nur soviel frei lassen, als für die kranke Stelle nötig ist. Zu diesem Zweck hat Sch. einen Anschlußapparat verfertigen lassen, der ebenfalls mit Wasserspülung versehen ist. In diesem Apparat befindet sich ein starkes Linsensystem mit vorderer konkaver und hinterer konvexer Fläche. Ist der Anschlußapparat und die Linse direkt an das Lampenfenster befestigt, so kann die Linse, je nach der Größe, für jeden Hautteil als Kompressorium benutzt werden. Um Bindentouren zu vermeiden, wird die Lampe gegen die zu bestrahlende Fläche gedrückt. Nach vielfachen Versuchen hat sich Sch. zur Behandlung der Harnröhre eine massive Bergkristallröhre anfertigen lassen, die unten mit einem Kegel anfängt, sich allmählich verdünnt und vorn mit einer Olive versehen ist. Das Licht ist ein sehr intensives und kann entweder am Ansatzstück durch einen Metallmantel oder auch im weiteren Verlauf durch einen Metallmantel verschiedener Länge abgedämpft werden, je nachdem man die Bestrahlung auf eine mehr oder minder große Stelle ausüben will. Andere Ansätze nach dem gleichen Prinzip hat Sch. für den Mastdarm, für die Scheide und auch für kleine Hautflächen anfertigen lassen.

**Schulz:** Zur Theorie der Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. Die Lichttherapie beruht nach Finsen auf ihrer Bakterizidität, ihrer Fähigkeit, Entzündungen zu erregen und ihrer Tiefenwir-

kung, von denen die beiden letzten die wichtigsten Forderungen sind. Die Fähigkeit, Bakterien abzutöten, kommt am meisten den äußeren ultravioletten Strahlen zu. Die Bangsche Lampe besitzt die baktericide Eigenschaft in höherem Maße als die Finsenlampe und ist doch für die Lupustherapie unbrauchbar. Die Ursache liegt darin, daß die überreich vorhandenen äußeren ultravioletten Strahlen in kurzer Zeit Erytheme und Nekrosen herbeiführen, ohne daß eine Tiefenwirkung zu stande gekommen ist. Die Tiefenwirkung hängt davon ab, daß die inneren ultravioletten, die violetten und die blauen Strahlen quantitativ richtig in der Lichtquelle gemischt sind. Bis jetzt hat nur Kohlenbogenlicht diese Forderung erfüllt, therapeutisch steht das Sonnenlicht am nächsten. Die Quarz-Quecksilberlampe ist reicher an ultravioletten Strahlen als die Eisen-Elektrodenlampe und ruft früher und stärker oberflächliche Erytheme hervor. Diese oberflächliche Entzündung hat die Eisen-Elektrodenlampe zur Lupustherapie ungeeignet gemacht und da die neue Lampe denselben Fehler im verstärkten Maße besitzt, so kann sie nicht als ein Fortschritt bezeichnet werden, sofern nicht neben der Oberflächenwirkung eine Tiefenwirkung zu stande kommt. Es ist aber möglich, durch das blaue Licht, welches in neuerer Zeit bei der Quarzlampe verwendet wird, diesen Überreichtum an ultravioletten Strahlen zu beseitigen. Die Frage bleibt jetzt, ob trotzdem die erforderliche Menge von einer Tiefenwirkung erzeugenden Strahlen vorhanden ist. Als Beweis hierfür betrachtet Kromayer die Tatsache, daß photographisches Papier durch mehrere Lagen hindurch in kürzerer Zeit durch sein Licht geschwärzt wird, als durch eine Finsen-Reyn-Lampe. Die erste Frage, ob dieselben Strahlen Hautreaktionen hervorrufen und photographisches Papier schwärzen, ist unbedingt zu verneinen, besonders nicht beim Quecksilberdampflicht. Zu diesem Zweck hat Sch. alle hauteinwirkenden Strahlen dadurch ausgeschlossen, daß er auf das Chlor- und Bromsilberpapier eine plane 1 cm hohe Schale mit 5%igem Kalimonochromat gestellt hat und eine Uviollampe, die schwächer ist als die Kromayersche, bei  $1\frac{1}{2}$  Ampère in der Dunkelkammer einwirken ließ. Das Papier wurde geschwärzt. Mithin ist erwiesen, daß die Veränderung des Papiers noch nicht für das Vorhandensein von therapeutisch wirksamen Strahlen einen Beweis liefert. Den Beweis, daß das zu diesen Versuchen benutzte Licht keinerlei therapeutisch verwertbare Strahlen mehr enthält, hat Sch. schon früher dadurch erbracht, daß er seine Haut in derselben Weise im Brennpunkt einer großen Finsenlampe bei 60—70 Ampère bis zu 2 Stunden bestrahlte, ohne eine Spur von Reaktion. Der Nachweis der Tiefenwirkung ist nur durch das Experiment am lebenden Gewebe zu bringen. Zu diesem Zweck hat Sch. die völlig entfetteten und angefeuchteten Ohren eines Kaninchens luftdicht aufeinander gepreßt und dann das eine Versuchstier eine halbe Stunde mit der Kromayerschen Lampe, das andere fünf viertel Stunden mit der Finsen-Reyn-Lampe bestrahlt. In beiden Versuchen wurde die Anordnung und die Zeitdauer entsprechend der Angabe der Autoren gewählt. Bei beiden Tieren zeigte sich eine Reaktion nach 6—8 Stunden. Während aber bei der Finsen-Reyn-Lampe alle 4 Epithelflächen deutliche Lichtreaktionen zeigten, waren beim Quecksilberlicht nur auf der der Lichtquelle direkt anliegenden Epithelschicht eine Veränderung zu sehen, während das zweite Ohr völlig intakt blieb. Das Licht der Quecksilberlampe konnte also das Kaninchenohr nicht durchdringen. Dieser Versuch bestätigt die Bedenken, die man theoretisch und nach den Erfahrungen mit der Uviollampe gegen die neue Quecksilberlampe haben mußte. Ein Ersatz für die Finsenapparate ist also noch nicht gefunden.

Kromayer erwidert, daß die Uviollampe viel mehr qualitativ ultraviolettes Licht besitzt, als die Quarzlampe und daß das Licht der

Uviolampe mit dem der Quarzlampe nicht zu vergleichen ist. Der Versuch mit dem Brom- und Chlorsilberpapier stammt aus dem Finsen-Institut selbst und wird dort als Maßstab für den Grad tiefgehender Strahlen benutzt. Die Versuche sind damals unter Bang bei der Prüfung des Verhältnisses von Eisenlicht zum Kohlenlicht gemacht worden, um festzustellen, wieviel therapeutisch verwertbare Strahlen in die Tiefe dringen. Was den Versuch am Kaninchenohr anbetrifft, so muß derselbe unbedingt wiederholt werden; nur wenn er absolut exakt und unwiderleglich ist, wäre er ein sicherer Beweis, daß das Finsenlicht tiefer in die Haut eindringt als das Quarzlampenlicht. K. arbeitet mit seiner Lampe seit 3 Jahren und verfügt über eine Reihe schwerer Lupusfälle, die geheilt sind, und einer Reihe von Muttermalen, die man mit Finsen nicht beeinflussen konnte. Ein Fall wurde im Finsen-Institute hier und nacher mit der Finsen-Reyn-Lampe lange ohne Resultat behandelt — mit dem Quarzlampenlicht war er nach kurzer Zeit geheilt. Nach seinen therapeutischen Versuchen ist das Quarzlampenlicht für tiefe Prozesse 2—3mal wirksamer wie das Finsenlicht; das Maßgebende sind schließlich die Heilungsergebnisse.

Blaschko betont, daß für praktische Zwecke der Begriff der Tiefenwirkung nicht absolut feststeht. Bei einer großen Zahl von Hautaffektionen ist es genügend, bis in den Papillarkörper einzudringen, die Wirkung in die tieferen Cutisschichten dagegen ist nur in einer geringen Anzahl von Affektionen notwendig. Wenn sich die Versuche von Schulz bestätigen sollten, wäre die Quarzlampe für den Lupus nicht zu verwerthen. Allerdings blieben ihr dann immer noch eine Reihe anderer Eigenschaften. Freilich ist für die Wirkung nach seiner Überzeugung eine Kompression immer notwendig, was Schüller durch seine Bergkristallkompressorien zu erzielen versucht hat. Jedenfalls ist es praktischer, sich beweglicher Kompressorien mit Kühlung zu bedienen als der Lampe selbst. Auch sind jene sauberer, aseptischer und leichter anzufassen. Im übrigen wäre es wünschenswert, daß die mit dieser Lampe behandelten Fälle vorgestellt würden. Wäre der Versuch von Schulz richtig, so käme immer noch in Frage, ob sich die Verhältnisse der menschlichen Haut ebenso verhalten wie beim Kaninchen.

Kromayer macht darauf aufmerksam, daß er seine Lampe schon als Kompressorium benutzt; sie wird auf die Hautstelle aufgesetzt, fest angedrückt und entweder mit der Hand oder mit Hilfe der Gewichte, die K. jetzt hat anfertigen lassen, an die zu belichtende Hautstelle angedrückt. Wenn nicht durch die Kompression das Blut beseitigt wird, so dringt das Licht überhaupt nicht in die Tiefe. Für gewisse Hautstellen müssen allerdings besondere Ersatzquarzfenster verfertigt werden. Was die Desinfektion anbetrifft, so muß das Fenster vollständig abgenommen werden können, um jedesmal ordentlich gereinigt zu werden; wenn man aber die Lampe nach jedem Gebrauch mit Sublimat oder sonst reinigt, so ist eine Gefahr der Infektion nicht vorhanden, abgesehen davon, daß durch die ultravioletten Strahlen die vorhandenen Bakterien sofort ab-

getötet werden. Der Metallring am Quarzfenster ist sorgsam genug gearbeitet, so daß bei sorgfältiger Säuberung eine Gefahr umgangen wird.

Schulz ist bekannt, daß Quarzlampen und Uviolampen nicht genau qualitativ gleich sind. Bei höherem Stromverbrauch und mit größerem Vakuum ist jede dieser Lampen kleinen qualitativen Änderungen unterworfen. Bei den drei großen Gruppen: Quecksilberdampflicht, Eisen-  
dampflicht und Kohlenbogenlicht sind die Schwankungen in der qualitativen Zusammensetzung innerhalb dieser Gruppen viel geringer als von einer Gruppe zur andern. Die Uviolampe ist ein Quecksilberdampflicht und es ist gleichgültig, ob die Strahlen stärker oder schwächer sind als in der Kromayerschen Lampe für den von Sch. benutzten Nachweis der Schwärzung durch 20 Lagen Papier. Die Hauptsache ist, zu beweisen, daß diese Strahlengattung schon allein das Papier schwärzen kann. Durch die Schwärzung ist aber kein Beweis für das Vorhandensein therapeutischer Strahlen erbracht. Allerdings sind diese Versuche im Finseninstitut gemacht worden, aber nur in den ersten Jahren, da sich bei der Bang-Lampe herausstellte, daß sie keine Tiefenwirkung hatte. Schulz hat die Kromayersche Lampe bei maximaler Spannung benutzt, auf die sie ein für allemal eingestellt ist, und es waren doch nicht genügend Strahlen vorhanden, um durchzudringen. Die Nachprüfung seines Versuches ist allerdings notwendig, er hat aber 3 Jahre lang Kaninchenlöffel beleuchtet. Man muß dazu die Ohren vollständig entfetten, da sich sonst um die Fettröpfchen herum kleine Luftblasen bilden und lauter punktförmige Reaktionen entstehen. Die Kaninchenohren dürfen nicht festgebunden, sondern sie müssen festgehalten werden. Das Tier muß zucken können, aber ruhig auf seinem Platz sitzen. Man legt zuvörderst einen Wattepolster auf eine Korkscheibe und darauf werden die beiden aufeinandergelegten Ohren, wenn sie in der nötigen Weise präpariert sind, aufgelegt. Ein Assistent muß zeitweise Wasser von oben herauftröpfeln, damit bei event. entstehenden Luftblasen sofort Wasser dazwischen tritt. Mit der Hand ist der Druck ein viel gleichmäßigerer als durch Binden. Sch. wird die Versuche selbst noch wiederholen, mit dem Finsenlicht sind sie ja massenhaft gemacht worden. Da die Durchdringungsfähigkeit der Kaninchenohren sehr verschieden ist, so hat Sch. zwei gleichgefärbte Brüder von demselben Wurf genommen; sogar das Geschlecht macht schon einen Unterschied. Die Quecksilber-Quarzlampe ist übrigens viel reicher an ultravioletten Strahlen als die Uviolampe. O. Rosenthal.

---

Sitzung vom 14. Mai 1907.

Vorsitzender: Lesser.

Schriftführer: Pinkus.

1. **Roscher** stellt aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten einen 2jährigen skrofulösen Knaben vor, der im Anschluß an Scharlach an einem typischen Lichen scrofulosorum erkrankte. Die Affektion war besonders auf Bauch- und Genitalgegend lokalisiert. An einigen Herden entstanden tiefe Geschwüre, die unter dem Bilde der Acne cachecticorum



verliefen. Nach längerer Remission trat am 11. IV. eine Exazerbation auf; es bildeten sich zahlreiche neue Lichengruppen an Bauch und Rücken, die in kurzer Zeit so dicht standen, daß in Nabelhöhe ein etwa handbreiter Gürtel von Licheneffloreszenzen den Rumpf umgab. Von da an begann ein serpiginöses Weiterwandern nach unten und nach oben. Heute ist fast der ganze Rumpf blaßbraun pigmentiert; am oberen Rande verläuft, zirkulär, etwa in Höhe der Achselhöhlen, ein etwa  $\frac{3}{4}$  cm breiter, aus kleinen flachen Lichenknötchen bestehender Saum. In der Kreuzgegend ist der untere Rand weniger deutlich. Auch an Hals, Nase und Stirn sind Knötchengruppen zu sehen. Handteller, Fußsohlen und Schleimhäute sind frei. Die Tuberkulinreaktion war nicht eindeutig, die Behandlung war fast ohne jeden Erfolg. Interessant ist außer der großen Ausdehnung und der serpiginösen Ausbreitung die Ähnlichkeit der einzelnen Effloreszenzen mit dem Lichen planus.

**Roscher** stellt ein 8 Monate altes, kräftig entwickeltes Mädchen vor, das wegen Papillomen an den Genitalien in Behandlung kam. Außerdem bestehen halbseitig angeordnet multiple Naevi sebacei auf der linken Seite des behaarten Kopfes, des Gesichts und Halses, sowie beider Conjunctiven. Es sind 7 Herde, deren Anordnung weder dem Verlauf von Nerven noch der Voigtschen Grenzlinien entspricht. Die Naevi der Conjunctiven stellen ziemlich scharf abgesetzte, über der Sklera verschiebliche geschwulstartige Verdickungen der Bindehaut von gelblich-roter Farbe dar, welche im Bereiche der Lidspalte gelegen sind und fast vom äußern Augenwinkel bis zur Mitte der Pupillen reichen.

**Pinkus** fragt, ob das Kind auch im Munde einen Naevus hatte; er erinnert sich eines jungen Mannes, der auf der einen Seite des Gaumens und an der Zunge diese papillären Wucherungen zeigte.

**Roscher** stellt einen 61jährigen Mann vor, der vor ungefähr einem Jahre an einem stark juckenden, nässenden Ausschlag erkrankte. Im Juni 1906 traten markstück- bis talergroße dunkle Flecken, anfangs ohne subjektive Bercherwerden auf; im November entstand starker Juckreiz und lebhaftes Rötung der ganzen Haut. Pat. nahm 2 Monate lang Arsen, die Dosis ist unbekannt. Im Januar 1907 gesellte sich unter lebhaften Schmerzen eine Anschwellung beider Unterschenkel hinzu. Gleichzeitig trat überall eine lebhaftes Rötung und Abschuppung ein, die Haut wurde schwarz gefleckt, später in toto braunschwarz. Die Aufnahme erfolgte am 23. IV. 07. Die Haut des kräftigen Mannes zeigt mit Ausnahme des Gesichts eine diffuse Braun- bis Schwarzfärbung. Außerdem ist die Haut stark infiltriert und schuppt in ziemlich großen Lamellen. An den stark geschwellenen Unterschenkeln besteht eine exfolierende Dermatitis mit starkem Nässen. Über den ganzen Körper zerstreut finden sich in der braungefärbten Haut rundliche, depigmentierte Flecken von Linsen- bis Markstückgröße. Die Mundschleimhaut zeigt eine große Anzahl hirsekorn- bis bohnen großer, scharf begrenzter Pigmentierungen. Die Affektion ist als eine Arsenmelanose aufzufassen; die übrigen Hautveränderungen sind vielleicht auf eine prämykotische Affektion zurückzuführen.

**Pinkus** weist auf die bei allgemeinen Dermatosen häufiger zu beobachtenden weißen Flecke hin, von denen er bei Gelegenheit ein Stück mikroskopisch untersucht hat. Dasselbe zeigte eine direkte Vertiefung, das Epithel war dünner, von einer Entzündung war aber nichts mehr zu sehen.

**Heller** erblickt in den weißen Flecken nur ein Zeichen der Pigmentverschiebung, wie solche bei allgemeinen Dermatosen und in einer Reihe von Fällen von Morbus Addisonii vielfach beschrieben worden sind.

Lesser betont, daß die weißen Flecke von ihm nur als Residuen der ursprünglichen Krankheit betrachtet werden, während augenblicklich nur die Arsenmelanose und die Exfoliation besteht.

Baum hat den Patienten vor längerer Zeit behandelt, damals bestand ein chronisches Ekzem ohne Pigmentation der Haut; eine sich bildende Plaque gab Veranlassung, an Mykosis fungoides zu denken, infolgedessen wurde Patient Arsenik verordnet.

Arndt hat einen ganz gleichen Fall von Arsenmelanose mit exfoliierenden Erythrodermie auf der Hallopeauschen Abteilung in Paris gesehen.

Hoffmann nimmt an, daß an denjenigen Stellen, an denen jetzt weiße Flecken vorhanden sind, vorher Infiltrate einer beginnenden Mykosis fungoides vorhanden waren.

4. Fischel stellt einen im Jahre 1900 von Rosenthal als Dermatitis herpetiformis gezeigten Kranken vor, bei dem damals ein Characteristicum der Affektion, das Jucken, fehlte. Patient gibt an, daß er zwei Jahre später ein Rezidiv bekommen habe und jetzt seit 5 Wochen einen zweiten Rückfall. Die jetzigen serpignösen und vesikulösen Erscheinungen bestätigen die damalige Diagnose, Jucken ist augenblicklich vorhanden.

Hollstein glaubt, daß dieser Fall einen Beweis dafür liefert, daß auch bei fehlendem Jucken die Diagnose Dermatitis herpetiformis bestehen kann.

Rosenthal erinnert sich, daß, als er den Patienten vorstellte, das Bild der Dermatitis bullosa vorhanden war. Würde es sich damals um chronischen Pemphigus gehandelt haben, so würden jetzt nach einer solchen Reihe von Jahren wohl schwerere Erscheinungen vorhanden gewesen sein.

Hoffmann macht darauf aufmerksam, daß auch auf den Schleimhäuten zyklisch begrenzte Blasen vorhanden sind, daß auf der äußeren Haut eine Reihe von Pemphigus ähnlichen Blasen sichtbar sind und daß der Patient angibt, kaum einen Juckreiz zu empfinden.

Rosenthal erwidert, daß die Dermatitis herpetiformis dieselben Erscheinungen auf den Schleimhäuten wie auf der äußeren Haut machen kann. Daß Juckreiz vorhanden ist, sieht man an den vielfachen Exkorationen.

Fischel betont, daß die Angaben des Patienten schwankend sind, und daß seine erste Klage in heftigem Jucken bestand.

Hoffmann fragt, ob der Patient das Nikolskysche Phänomen zeigt; er glaubt in der Poliklinik einen ähnlichen Fall beobachtet zu haben, bei welchem stets intra-epidermoidale Blasen vorhanden waren und der als chronischer Pemphigus aufgefaßt werden mußte.

5. Fischel stellt einen jungen Mann vor, bei welchem eine große Anzahl von Verrucae planae auf der Stirn, den Schläfen, auf dem behaarten Kopf, auf der Nase und im Genick sichtbar sind; desgleichen sind sie auf dem Handrücken vorhanden.

6. Fischel stellt einen jungen Mann vor, welcher an den Augenlidern und am Penis eine Anzahl gelblicher, zum Teil dunkel pigmentierter Xanthome zeigt. Der Inhalt der kleinen Tumoren war hämorrhagischer

Natur; mikroskopisch tritt das Bild des Xanthoms deutlich hervor: hämorrhagischer Inhalt, Riesenzellen, bienenwabenförmige Struktur des Protoplasmas.

Rosenthal erwähnt, daß er in einem Falle von Xanthoma diabeticum Atoxyl-Einspritzungen mit gutem Erfolge angewandt hat.

Fischel erwidert, daß Patient Arsen bekommt und keinen Diabetes hat; auch alimentäre Glykosurie zu erzeugen war nicht möglich.

7. Rosenthal zeigt zwei Fälle von Psoriasis, die von therapeutischem Interesse sind; der eine, ein junger Mensch von 19 Jahren, litt an Psoriasis nummularis und wurde mit Arseneinspritzungen, äußerlich nur mit Salizylvaseline behandelt. Patient erhielt von einer 2%igen Lösung erst einen halben Teilstrich und allmählich steigend, vom 19. März bis zum 11. Mai im ganzen ungefähr  $\frac{1}{2}$  Gramm acidum arsenicosum. Es bestehen jetzt nur große ausgedehnte Pigmentationen am ganzen Körper. Derselbe Patient wurde im Jahre 1905 bereits in gleicher Weise mit gutem Erfolg behandelt, ein Rezidiv trat nach einem Jahre auf, ein Beweis, daß diese Art der Therapie angenehm und für die klinische Behandlung gut geeignet ist, vor Rezidiven aber nicht schützt. — Der zweite Patient, ein 38jähriger Mann, welcher ebenfalls von Jugend auf an Psoriasis leidet, kam am 15. April mit einer sehr ausgebreiteten Affektion in die Klinik; er hat seitdem 30 Thiopinolbäder bekommen und ist äußerlich mit 2% Salizylvaseline eingeschmiert worden, der Ausbruch der Psoriasis ist vollständig beseitigt. Das Thiopinol ist ein neues organisches, lösliches Schwefelpräparat, welches aus Schwefel und ätherischen Ölen der Pinusarten, den Pinolen, besteht, die den Terpenen verwandt sind. Diese Verbindung hat die Eigentümlichkeit, nicht weiter zu oxydieren und sich in Wasser nicht zu zersetzen, was bei den Schwefelbädern der Fall ist; infolgedessen entwickelt sich kein Schwefelwasserstoff. Die Bäder können daher in der Häuslichkeit verordnet werden und greifen Metallwannen nicht an. R. hat das Präparat auch bei Acne vulgaris universalis der Brust und des Rückens mit gutem Erfolg angewendet, ferner als Sitzbad bei Prostatitis — hierüber sind die Erfahrungen aber noch nicht abgeschlossen — und neben anderer Therapie zur lokalen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Das Präparat kommt in den Handel als Zusatz zu Bädern, als 5-10 und 20%ige Salbe und als 5-10 und 20%ige Seife. Die Seifen eignen sich für seborrhoeische Prozesse sowie oberflächliche parasitäre Infektionen.

Hollstein macht darauf aufmerksam, daß das Thiopinol zum ersten Mal ein in Wasser lösliches Schwefelpräparat darstellt; das eröffnet die Aussicht, das Mittel als Schwefelkopfwasser zu verwenden zum Ersatz der unangenehmen Schwefelsalben. H. ist jetzt mit derartigen Versuchen beschäftigt.

Friedländer hat ebenfalls frische Eruptionen von Psoriasis unter der alleinigen Anwendung der Thiopinolschwefelbäder zur Abheilung kommen sehen. Das Präparat ist reizlos und stellt einen wesentlichen Fortschritt der Schwefelbehandlung dar. Der Vorzug besteht in der vollkommenen Geruchlosigkeit, auf die Haut wirkt es wenig reizend.

Rosenthal beabsichtigt nicht mit dem Präparat das Mittel gegen Psoriasis angegeben zu haben, nur dürfte bei hartnäckigen Fällen, in denen riechende und schmutzig aussehende Salben nicht zu verwenden sind, besonders in der Privatpraxis, auch zum Gebrauch in der Häuslichkeit ein solches Mittel von großem Vorteil sein.

8. **Kromayer** stellt einen Fall von *Lupus vulgaris* vor, der vor Jahresfrist mit sehr gutem Erfolg mit der Quarzlampe behandelt worden ist. Drei Jahre vorher ist die Patientin operativ behandelt worden. Derartige Fälle sind im allgemeinen für die Lichtbehandlung ungünstig.

Lesser fragt, wie viel Bestrahlungen die Patientin durchgemacht habe.

Kromayer erwidert, 15 Bestrahlungen im ganzen, erst ein viertel, später eine halbe, dann dreiviertel Stunden lang; jede Stelle ist ungefähr 3—4 Mal bestrahlt worden.

9. **Arndt** stellt einen Patienten vor mit einem fünfmarkstück-großen Plaque einer *Neurodermitis chronica circumscripta* des linken Unterschenkels. Am rechten Oberschenkel befindet sich eine flachhandgroße depigmentierte Hautstelle, die nach einem analogen Prozeß entstanden ist. Auch die Haare sind an dieser Stelle farblos. Auf diese Depigmentierung nach *Lichen chronicus* ist vielfach aufmerksam gemacht worden. Die umgebende Hautpartie ist nicht hyperpigmentiert, wie das mitunter der Fall ist.

10. **Arndt** stellt einen Patienten mit *Purpura annularis teleangiectodes* vor, eine Affektion, die zuerst von Majocchi und in neuerer Zeit von Brannthweiner beschrieben worden ist. Die Affektion besteht seit 5—6 Jahren an beiden Unterschenkeln. Zuerst kommen kleinste punktförmige Hämorrhagien zu stande, die zur Bildung verschieden großer, gelblich roter Flecke führen, die in der Mitte abheilen und am Rande fortschreiten. Später bilden sich gelblich braune Verfärbungen der Haut, die schließlich verschwinden. Neben den punktförmigen hämorrhagischen Effloreszenzen finden sich auch feinste Gefäß-erweiterungen. Subjektive Beschwerden fehlen vollkommen. Die Affektion besteht meist symmetrisch an den unteren Extremitäten und zeigt genügend Merkmale, um eine klinische Sonderstellung zu rechtfertigen. Das männliche Geschlecht ist hauptsächlich befallen. Die 5 Fälle, die A. beobachtete, betrafen Männer in mittleren Jahren.

Adler fragt, ob Eiweiß im Urin vorhanden war.

Arndt erwidert, weder Eiweiß noch Zucker.

Pinkus ist noch nicht davon überzeugt, daß diese Fälle eine klinische Sonderstellung beanspruchen.

11. **Bruhns** berichtet über einen Fall von Quecksilber-Intoxikation mit tödlichem Ausgang. Es handelt sich um eine 25jährige, sehr kräftige Patientin mit zahlreichen Papeln an den Genitalien und um den Anus. Sie erhielt 10 Einreibungen à 4 g; nach der 10. Inunktion stellte sich eine Stomatitis ein und ein Exanthem, welches sich zuerst als Erythem charakterisierte, später traten reichliche Hämorrhagien hinzu und fast zu gleicher Zeit traten Durchfälle auf, die in den ersten Tagen ziemlich heftig waren, später wieder nachließen. Am 7. Tage nach dem Aussetzen der Inunktionsbehandlung steigerten sich die Durchfälle, der Urin enthielt weder Eiweiß noch Blut. Ganz zuletzt scheint sich allerdings die Niere doch beteiligt zu haben, nach dem Ergebnis der Sektion zu schließen. Am 10. Tage traten Erscheinungen von Herzschwäche auf, die Patientin erhielt Kampfer und wurde dann auf eine andere Abteilung verlegt, um Kochsalzinfusionen und Sauerstoff-Inhalationen zu erhalten. Kurz nach der Verlegung starb die Patientin im Herzkollaps. Die Sektion ergab, daß eine Perforationsperitonitis zu befürchten war, da der ganze Dickdarm von der Klappe bis zur Analöffnung durch tiefe, konfluierende, bis zur Serosa reichende Ulzerationen mit diphtheritischen Belägen zerstört war. Das Exanthem blaßte in den letzten Tagen etwas ab, ebenso ging auch die Stomatitis zurück. In diesem Falle handelte es sich um eine

besonders schwere Intoxikation, bei der sich die Idiosynkrasie erst bei einer gewissen Quantität des eingeführten Medikaments im Verlauf der Behandlung eingestellt hat.

Mankiewicz fragt, ob die Patientin früher an Durchfällen gelitten hat. Vor einigen Jahren hat er eine Patientin beobachtet, die nach 3 Kalomelinjektionen schwere Vergiftungserscheinungen bekam; dann erfuhr erst M., daß die Patientin früher an Durchfällen gelitten hatte. Seit dieser Zeit hat M. stets darauf geachtet, ob bei den Patienten Darmkatarrh vor der Behandlung mit Quecksilber vorhanden war, um dementsprechend vorsichtiger vorzugehen.

Bruhns erwidert, daß die Patientin angeblich stets gesund gewesen ist; ob sie an Durchfällen gelitten hat, kann er nicht sagen.

Fischel fragt, ob hohe Temperaturen vorhanden gewesen sind; er erinnert sich, daß mit dem Ausbruch des Exanthems oft kolossale Temperatursteigerungen und Schüttelfröste beobachtet werden.

Bruhns antwortet, daß die höchste Temperatur 38,6 betrug.

Hoffmann fügt hinzu, daß die Exantheme oft erst sehr spät, nach wenigen Quecksilbereinreibungen auftreten.

Friedländer berichtet über einen Fall, bei dem nach Anwendung von höchstens 20 g Ung. ciner. ein intensives Exanthem mit Temperaturen bis zu 40° auftrat, zu denen sich Trübung des Sensoriums hinzugesellte und baldiger Exitus eintrat. Hier kann es sich um eine Idiosynkrasie handeln. F. erinnert, daß Neisser auch darauf aufmerksam gemacht hat, daß häufiger nach lokalen Einreibungen von Ung. ciner. Hauterscheinungen auftraten. Hier kann eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber nicht die alleinige Ursache sein.

Lesser fügt hinzu, daß Neisser die Salben auf den verschiedenen Gehalt von ranzigen Fetten hat untersuchen lassen, daß aber die Erytheme nicht auf diese Ursache allein zurückgeführt werden konnten.

Adler betont, daß nur eine genaue Individualisierung im stande ist, die schweren Zwischenfälle zu verhüten.

12. Bruhns zeigt die Abbildung eines Falles von Vitiligo, die nur die Gegend des Gürtels ergriffen hat.

13. Bruhns: Über Rektal-Strikturen. Die Vorstadien dieser Affektion sind bis jetzt wenig gekannt. Schuchard hat in einem Fall verschieden große Knötchen gesehen, die sich als gummöse Bildungen herausstellten, und im weiteren Verlauf Wülste und Narben beobachtet. B. hat in der Prostituierten-Abteilung ziemlich viel Rektal-Strikturen zu sehen Gelegenheit, denen man therapeutisch ziemlich machtlos gegenübersteht; nur durch eine Operation ist ein eventueller Erfolg zu erzielen. Deshalb hat B. versucht, die Vorstadien der Striktur aufzufinden, um hier durch eine frühzeitig eingeleitete Therapie den ungünstigen Ausgang zu verhindern. Unter den vielen Fällen von Elephantiasis vulvae, die er zu sehen Gelegenheit hatte, waren auch einzelne Rektal-Strikturen. Am besten eignet sich zur Untersuchung die rektoskopische Methode, welche vor dem Speculum einen großen Vorzug besitzt. Die Veränderungen in den Fällen von Elephantiasis betreffen nur die Ampulla recti. In kurzer Zeit hat B. 8 derartige Vorstadien beobachten können. Die Bilder sind ganz verschieden; mitunter handelt es sich um blaßrote, halbkugelige Erhebungen, in anderen um eine Wulst-

bildung, von der sich ein Balken nach unten erstreckt. In einem anderen Fall ist die Schleimhaut mit Polypen bedeckt und in ausgebildeten Fällen besteht ein ganzes Netzwerk von Balken, die sich ringförmig in den Trichter des Endoskops hineinlegen. Zwischendurch sieht man dann Geschwüre, welche denen der äußeren Genitalien vollständig ähnlich sehen, kurzum der Befund ist dem der Elephantiasis vulvae ähnlich und daher der Name Elephantiasis recti berechtigt, der zuerst von Rose gebraucht worden ist. Die Lymphbahn-Ausschaltung kann diese chronischen elephantiasischen Zustände nicht hervorrufen. B. glaubt, daß für alle diese Zustände hauptsächlich die Syphilis in Betracht zu ziehen ist, da unter den Prostituierten die Immunität gegen Syphilis außerordentlich gering ist und fast jede Prostituierte der Syphilis sehr rasch anheim fällt. Daher muß praktisch in jedem Falle von Elephantiasis vulvae die Rektalschleimhaut untersucht werden. Die Behandlung sollte in starken antisypilitischen Kuren, am besten in Kalomel-Injektionen bestehen, wobei man auch die Ulzerationen direkt lokal behandeln kann.

Rosenthal hat den rektalen Affektionen stets große Aufmerksamkeit zuteil werden lassen und betont, daß die ersten Stadien der Strikturen meistens nicht erkannt oder übersehen werden, weil sie den Träger der Krankheit häufig nicht stören. Syphilis kann er aber nicht als die alleinige Ursache der Striktur ansehen, da er der Überzeugung ist, daß sowohl die Gonorrhoe als auch das Ulcus molle bei der Ätiologie in Betracht zu ziehen sind. R. weist auf eine eingehende Arbeit von Jullien über diesen Gegenstand hin, welcher Geschwüre beschrieben hat, die auf eine Mischinfektion zurückzuführen sind.

Heller hat in einem Fall neben den Bougierungen Thiosinamin-Einspritzungen mit gutem Erfolg angewendet.

Hoffmann erwähnt, daß besonders in Arbeiten aus der Klinik von Koenig über die Ätiologie der Rektal-Strikturen darauf hingewiesen wurde, daß die Gonorrhoe hochgelegene trichterförmige Ulzerationen mit später darauf folgender Striktur hervorrufen kann. Gerade die Mastdarmgonorrhoe bei Frauen wird größtenteils übersehen.

Friedländer erinnert daran, daß neben den venerischen Infektionen auch die Tuberkulose in der Ätiologie der Mastdarm-Striktur eine erhebliche Rolle spielt. F. hat einen Fall beobachtet, in welchem lange Zeit die Diagnose zwischen einem gonorrhoeischen Ulcus und Tuberkulose schwankte. Die spätere Beobachtung ergab eine Tuberkulose der Vulva und des Mastdarms.

Pinkus hat einen Fall von Elephantiasis der Beckenorgane bei einer Kellnerin beobachtet, die sich erst später Lues zuzog. Auch bei Männern kommt mitunter Elephantiasis auf gonorrhoeischer Basis vor, ohne daß die Leistenröden exstirpiert worden sind und ohne daß Syphilis vorangegangen ist.

Bruhns erwidert, daß man gewöhnlich bei der Untersuchung nur Bindegewebswucherungen ohne Zeichen von Syphilis findet. Der Beweis, daß eine Striktur mit Gonorrhoe zusammenhängt, ist schwer zu erbringen, außer in Fällen, in denen z. B. ein Bartholinitischer Abszeß in das Rektum durchbricht. Aber bei Elephantiasis vulvae mit denselben Erscheinungen im Rektum ist doch das Wahrscheinlichste eine gemeinsame Ursache: die Syphilis. Die Elephantiasis der äußeren Genitalien besonders beim Manne kann schon durch Sklerosierungen der Lymphdrüsen, nach Ekzemen oder erisypeloiden Prozessen entstehen.

Hoffmann fügt hinzu, daß Thalmann den Nachweis geliefert hat, daß die Gonorrhoe tiefe Ulzerationen hervorzubringen vermag.

Bruhns antwortet, daß diese Ulzerationen verhältnismäßig selten sind.

O. Rosenthal.