

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. Dezember 1911.

Vorsitzender: Finger.

Schriftführer: Mucha jun.

Fasal stellt eine 27jähr. Patientin vor, die seit ca. neun Jahren an heftigem Hautjucken an beiden Armen und Beinen leidet.

Wir sehen bei der Patientin an beiden Armen, besonders an den Streckseiten, zahlreiche erbsen- bis haselnußkerngroße Effloreszenzen von derber Konsistenz und gelbbrauner bis braunroter Farbe. Die Effloreszenzen sind kutan gelegen, scharf begrenzt und verschieden über das Hautniveau erhaben. Während einzelne Effloreszenzen linsengroße, pigmentierte Infiltrate darstellen, ist die Mehrzahl sehr deutlich über die Oberfläche hervortretend. Die größten, ca. haselnußgroßen Effloreszenzen sind abgeflacht, fallen schräg gegen die gesunde Haut ab und zeigen das Bild einer verrukösen Effloreszenz. Die Oberfläche ist gelbbraun, rau, leicht schuppig. Auch kleinere Knötchen zeigen deutlichen verrukösen Charakter. Die meisten Knötchen sind nicht zerkratzt, nur zwei zeigen oberflächliche Exkoriationen. Die Knötchen liegen in unveränderter Haut. Nur einzelne, stark juckende Effloreszenzen, die von der Pat. stark gerieben wurden, zeigen ca. fünfkronenstückgroße rote Herde. An vereinzelt Stellen infiltrierte Pigmentationen, die involvierten Knötchen entsprechen. An den Beugeseiten vereinzelte Knötchen. Die unteren Extremitäten sind weniger befallen. Die Oberschenkel bis auf 4 derbe Knötchen oberhalb der Knie ganz frei. Knötchen mit warzenartigem Charakter in der Gegend der Sprunggelenke.

Histologisch sehen wir Veränderungen papulös verruköser Natur. Die Hornschicht bildet stellenweise eine mächtige, die

Epidermis an Breite weit übertreffende Lage. Außerdem finden sich entzündliche Veränderungen meist perivaskulärer Natur, die in geringerem Grade in der Papillarschicht, stärker im Korium auftreten.

Bei den Fällen der gewöhnlichen *Urticaria chronica* ist der Grund für die lange Dauer in einem rezidivierenden Auftauchen und Verschwinden der Effloreszenzen gelegen. In unserem Falle bleiben die Effloreszenzen lange Zeit bestehen. Er gehört zu jenen Fällen, die Willan und Pick als *Urticaria perstans* bezeichneten. Kreibich unterschied neben der *Urtic. perstans simplex* noch eine zweite Form, welche anatomisch einem leukozytären Infiltrationsprozeß der Kutis und einer bedeutenden Epithelhyperplasie entspricht bei warzenartig verdickter Oberfläche: die *Urticaria perstans verrucosa*.

Einer dieser seltenen Fälle von *Urticaria perstans verrucosa* bildet der vorgestellte Fall. Da die papuläre und verruköse Effloreszenz der *Urtic. perstans* mit dem Begriff der Urtikaria-Effloreszenz, für welche das flüchtige, vorübergehende Vorkommen charakteristisch ist, so wenig übereinstimmt, schlug Herxheimer für diese Fälle den Namen: *Tuberosis cutis pruriginosa* vor.

Sachs demonstriert:

1. Einen 21 Jahre alten Patienten mit einem entsprechend dem sternalen Ansatz des rechten M. sterno-cleidomastoideus verlaufenden *Naevus linearis*, der sich aus stecknadelkopfgroßen, gelblichbraun gefärbten, bandartig angeordneten Knötchen zusammensetzt, histologisch das Bild eines Talgdrüsen-naevus darbietet.

2. Einen 50jährigen Patienten mit einer *Alopécie naevique* des Kapillitiums, die angeboren ist, fünfkronengroß, von rotblauer Farbe mit einem Stich ins Gelbliche, mit stecknadelkopfgroßen, gelblichen Knötchen versehen sich präsentiert. Histologisch ist dieser *Naevus* als Schweißdrüsen-naevus anzusprechen.

Neubauer demonstriert aus dem Ambulatorium Oppenheim einen Patienten, der nur an der Haut des l. Vorderarmes, und zwar am distalen Ende von der radialen zur volaren Seite hinüber sich erstreckend, einen etwa handtellergroßen Krankheitsherd zeigt. Der Herd ist scharf elliptisch konturiert, die Haut im Erkrankungsbereich stark gerötet, teils schuppenbedeckt und zeigt an verschiedenen Stellen Eiter, aus der Tiefe kommend. Der Rand wird durch einen Blasensaum gebildet. Die Affektion stellt also eine tiefe *Trichophytie* dar, Pilze konnten bis jetzt nicht gefunden werden.

Grünfeld berichtet über einen dem vorgestellten sehr ähnlichen Fall, der in gleicher Lokalisation gleichfalls bei einem Kutscher ent-

standen war und bei dem das Schleifen und Scheuern des Leitseiles ätiologischen Zusammenhang mit der Affektion hatte.

Schrammek. Das Leitseil dürfte wohl nur kleine Verletzungen gesetzt haben und dadurch dem Eindringen des Pilzes Vorschub geleistet haben. Ich hatte Gelegenheit, während des Sommers eine Reihe von Fällen, die an Kerion erkrankt waren, gemeinsam mit Doz. Dr. Groß zu beobachten. Bei allen war derselbe Sitz in der Gegend des Nackens bemerkenswert. Alle Patienten waren Lagerhausarbeiter und gaben übereinstimmend an, daß diese Stelle bei ihrer Arbeit des Säcketragens am meisten gedrückt wurde. Die kulturelle Untersuchung ergab das *Trichophyton gypseum asteroides*. Die Infektionsquelle genau zu bestimmen, ist bis jetzt nicht gelungen und sollen dazu noch Untersuchungen an Ort und Stelle vorgenommen werden.

Oppenheim demonstriert 1. einen Fall zur Diagnose: Ein sechzigjähriger Mann erkrankte im September an Lichen ruber-planusähnlichen Eruptionen und wurde mit asiatischen Pillen behandelt. Seit der Zeit hat sich eine wesentliche Änderung der Krankheitsbilder gezeigt, so daß die vorläufige Diagnose Lichen ruber planus nicht aufrecht erhalten werden kann. Am Stamme, an den Extremitäten, speziell an der Bauchhaut sind psoriasiforme, runde und ovale, bis bohngroße, wenig elevierte Effloreszenzen zerstreut, die zum Teil von der Oberfläche eine lamellöse Schuppe ablösen lassen unter punktförmiger Blutung; zum Teil verschwinden die Effloreszenzen allmählich in der Peripherie, sie werden verwaschen und hinterlassen dabei eine gelbbraunliche Pigmentierung. Am Unterschenkel und an der Innenseite der Oberschenkel finden sich kreisrunde und kleeblattförmige bis fünfkronenstückgroße, wenig erhabene, bräunlichrote, flächenhafte, sehr scharf gegen die Umgebung abgesetzte Effloreszenzen, in deren Bereiche hie und da analoge Effloreszenzen sich befinden, wie die zerstreuten psoriasiformen am Körper. An der Innenseite der Oberschenkel finden sich auch netz- und girlandenförmige, kleienförmig schilfernde Herde bis zu Flachhandgröße. Wenn man überhaupt eine Diagnose machen darf, so handelt es sich vielleicht um eine atypische *Pityriasis lichenoides chronica*. Dabei besteht aber lebhaftes Jucken.

Finger stellt einen ausgebreiteten Fall von *Pityriasis lichenoides chron.* vor, der durch längere Zeit mit Arsen behandelt wurde und weist auf die hochgradigen Veränderungen des Krankheitsbildes im Sinne einer wesentlichen Verschlechterung durch die Behandlung hin.

Oppenheim. Auch der von mir demonstrierte Fall hat Arsenik bekommen und während dieser Therapie den vorgestellten Symptomenkomplex entwickelt.

Oppenheim 2. Ein Fall von *Pemphigus vulgaris* oder *Erythema bullosum* aus der Klinik Prof. Finger. Der Fall kam in mein Ambulatorium wegen plötzlichen, veranlassungslosen Ausbruches eines ausgedehnten Erythems mit

Blasenbildungen. Wir finden jetzt einen schwerkranken, fiebernden Mann, an dessen Bauchhaut, Ober- und Unterextremitäten, Rücken düsterrote, elevierte, erythematöse Hautpartien sichtbar sind. Daneben bestehen reichlichst Blasen-eruptionen bis zu Nußgröße; die Blasen sind prall gefüllt mit klarem Serum, einkammerig und sitzen meistens auf geröteter Basis an. Die größten und zahlreichsten finden sich auf den Oberarmen und Ellbogengend. Auch auf der Mundschleimhaut zeigen sich weiß belegte Erosionen nach Bläschenbildung. Die Affektion begann am Genitale. Sollte sich diese Eruption nochmals wiederholen, so wäre die Diagnose Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis Duhring am Platze.

Kren berichtet über einen ähnlichen Fall aus der Klinik Riehl, welcher infolge ausgedehnter Erytheme mit nicht sehr zahlreichen eingestreuten Blasen anfangs auch als Erythema toxicum imponiert hat. Nach relativ rascher Abheilung der Affektion ist es jedoch noch in der Klinik zu einem für Pemphigus typischen Rezidiv gekommen. Kren ist der Ansicht, daß derartige Fälle erst aus dem Verlauf mit Sicherheit zu diagnostizieren sind.

Königstein. 1. Ich erlaube mir, bloß den gegenwärtigen Befund bei der Pat. B. festzustellen, bin jedoch nicht in der Lage, heute eine sichere Diagnose zu stellen. Am l. Unterschenkel befindet sich seit 2 Monaten ein ziemlich rasch wachsender, flacher, scharf umschriebener Tumor. Die Oberfläche dieses Tumors ist gelbrot gefärbt, leicht höckerig. Der Tumor hat eine derbe Konsistenz und entleert auf seitlichen Druck aus zahllosen kleinsten Punkten dicken gelben Eiter. Bemerkenswert ist, daß der Tumor wallartig gegen die normale Haut abgesetzt ist und nirgends an der Peripherie eine Blasenbildung oder Rötung erkennen läßt. Da wir Jod oder Brom als Ursache dieser Tumorbildung ausschließen können, haben wir an eine mykotische Wucherung gedacht. Doch die sehr zahlreichen Züchtungsversuche sind stets negativ ausgefallen. Aus dem Eiter wurden bloß Staphylokokken gezüchtet. Gerade in Rücksicht auf den letztgenannten Befund mußte die Pseudo-Botriomykose differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden, doch sind diese Tumoren meist kleiner und haben eine pilzartige Gestalt, liegen daher nicht allenthalben — wie unser Tumor — der Unterlage an. Wie schon aus der Bezeichnung dieser Tumoren, die auch Granuloma teleangiectodes genannt werden, hervorgeht, ist das histologische Substrat desselben durch ein sehr gefäßreiches Granulom gegeben. In unserem Falle handelt es sich zwar gleichfalls histologisch um ein Granulom, doch fehlt die Gefäßerweiterung, während anderseits eine starke Akanthose vorhanden ist. In der allerletzten Zeit sind an 2 Fingern Veränderungen aufgetreten, die anfangs als Panaritium imponierten. Auffällig ist jedoch, daß sehr

stark hervortretende Vegetationen in der Umgebung des Nagelbettes zu sehen sind, die von einem Blasensaum umgrenzt werden. In Rücksicht auf diese letztgenannte Tatsache werden wir veranlaßt, an einen Pemphigus vegetans zu denken, der ohne vorausgegangene Blasenbildung entsteht. Wir werden über den Verlauf des Falles weiter berichten.

Kren hält den demonstrierten Fall trotz Fehlens von typischen Blasen für einen Pemphigus vegetans und demonstriert die Moulage eines gleichen Falles, der anfangs auch nur einzelne isolierte bromodermähnliche Plaques zeigte, später jedoch sich als Pemphigus vegetans entpuppte und als solcher auch ad exitum kam.

Im Anschluß daran demonstriert Kren einen Pemphigus vegetans aus der Klinik Riehl, der seit 1 Jahr an mächtigen Vegetationen, jetzt besonders an den Füßen und der linken Hand leidet, während ausgedehnte Vegetationen am Rücken, in den Axillen und ad genitale vollständig ausgeheilt sind. Auch bei diesem Falle treten in der Regel nur exsudative Knötchen auf, die peripher sich vergrößern und direkt zur Vegetation führen. Hin und wieder kommt es allerdings auch zu echten Bläschen, welche die Diagnose bestätigen.

Königstein. 2. Einen Lichen ruber planus der Haut- und Schleimhäute, der alle Entwicklungsphasen dieser Erkrankung in deutlichster Weise wiedergibt.

3. Eine Patientin mit mehreren perforierenden Gummien des weichen Gaumens.

Sprinzels zeigt eine Becherelektrode für die simultane Epilation zahlreicher Haare, welche an der Abteilung Nobl seit mehreren Monaten verwendet wird. Der Vorschlag Weidenfelds, die Epilationsdauer durch Verwertung intensiverer Ströme und zahlreicher Nadeln abzukürzen, ist sehr beherzigenswert, zumal selbst mit den Kabelelektroden höchstens 5—10 Haare gleichzeitig behandelt werden können. Doch müssen die Kranken nach dem von W. vorgeschlagenen Verfahren den mit vielen Nadeln armierten Gesichtsteil in ein mit Wasser gefülltes Gefäß eintauchen, um durch den Kontakt der freien Nadelenden mit der Flüssigkeit die Leitung herzustellen. Die demonstrierte Elektrode erübrigt das dem Patienten sicherlich nicht angenehme Neigen des Kopfes, welches bei der Behandlung von 50 und mehr Haaren immerhin ein Verharren in der unbequemen Position durch 10—20 Minuten erfordert. Der mit dem negativen Pole armierte konkave Ansatz ist mit feuchter Watta gefüllt und mit einer Leinendecke überspannt und kann stets leicht der zu behandelnden Partie genähert werden. Es ist dies keine neue Konstruktion, sondern die für die skrotale Faradisation gebräuchliche Muldenelektrode.

Schramek demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 38jährigen Patienten, der an der ganzen Ausdehnung des freien Zungenrandes dichtaneinanderstehende

Geschwüre zeigt. Die Geschwüre sind teils rißförmig oder grubig vertieft mit polyzyklischer Randbegrenzung. Auf Berührung äußerst schmerzhaft. In dem ziemlich spärlichen Sekrete reichliche Tbk.-Bazillen. Die Affektion, die demnach als *Ulcera tuberculosa linguae* aufzufassen ist, besteht seit 10 Wochen. Intern besteht eine ausgedehnte Tbk. der Lunge mit Kavernenbildung.

2. Einen 18jährigen Pat. mit einem tuberkulösen Ulkus der Lippe. Die rechte Hälfte des Lippenrotes der Unterlippe wird von einem unregelmäßig begrenzten Geschwür eingenommen. Der Grund desselben ist grob papillomatös gewuchert. Seichtere Geschwüre an der Innenseite des Lippenrotes. Das mikroskopische Präparat, das nach einer Mikrophotographie im Projektionsapparat gezeigt wird, weist typischen tuberkulösen Bau. Es finden sich in den tieferen Schichten der Kutis zahlreiche Tuberkel mit zentraler Verkäsung, peripherwärts Epitheloidzellen, zahlreiche Riesenzellen, ringsherum ein Lymphozyten- resp. Plasmazellenwall. Intern eine Apicitis sinistra. Günstige Beeinflussung der Geschwüre durch kleine Tuberkulindosen.

3. Eine 63jährige Patientin mit einem *Pemphigus vulgaris*. Zahlreiche, bis walnußgroße gespannte Blasen mit klarem oder leicht hämorrhagisch getrübttem Inhalte finden sich auf roten elevierten Herden am Halse, Streckseite der Extremitäten und Inguinalbeugen.

Für das Redaktionskomitee:

Priv.-Doz. Dr. Groß.
