

Verhandlungen des IV. internationalen Dermatologen- Congresses Paris, 1900.

Bericht, erstattet von

Dr. Richard Fischel (Bad Hall).

Ueber die Organisation des Congresses und die auf demselben empfangenen Eindrücke hat Herr Professor Jadassohn im LIII. Bd. p. 407 einen „vorläufigen Bericht“ erstattet.

Im Folgenden wird der wesentliche Inhalt der VII zur Discussion gestellten Themen und der Einzelvorträge wiedergegeben werden.

A. Die vom Organisationscomité aufgestellten Themata.

I. Der parasitäre Ursprung des Ekzems.

Referent **Unna** (Hamburg). Die Unsicherheit der Aetiologie des Ekzems beruht auf dem Mangel einer wissenschaftlichen Classification der Coccen, die erst durch exacte mikroskopische Untersuchungen auf Grund verbesserter Färbungsmethoden angebahnt werden soll. Der Zukunft bleibt es vorbehalten die verschiedenen Formen der Ekzeme mit verschiedenen Arten von Mikroorganismen als Erregern in Einklang zu bringen. Doch glaubt Unna schon jetzt das Ekzem für eine parasitäre, contagiöse und epidemische Erkrankung ansprechen zu können.

Auf der Haut lassen sich 23 Arten von Mikrococcen unterscheiden, von welchen 12 pathogen sind. Das Princip der Unterscheidung beruht auf der Bildung von Familienformen, bei denen Mutter- und Tochtercoccen in einer Hüllmembran bis zur Reife wachsen. (Monaden, Diplococcen, Tetraden bis zu 19 in einer Hülle sich entwickelnd.)

Zwei Typen insbesondere „Neufang“ und „Traubel-Paas“, benannt nach den Patienten, bei denen sie zum ersten Mal isolirt wurden, bezeichnet U. als wirkliche Erreger des Ekzems, da sie auch bei der Impfung am Hunde die analoge Affection hervorrufen. Die Inoculationsversuche am Menschen waren positiv. Zwischen beiden Typen ergaben sich klinische Unterschiede.

Der Typus Traubel-Paas konnte in mehr als der Hälfte der Fälle nachgewiesen werden, der Typus Neutang nur in zwei Fällen jedoch als alleiniger Erreger.

Dem *Morococcus* legt Unna nicht mehr die active Bedeutung bei und hält ihn nur für die Ursache gewisser trockener Eczemformen. Er ist keine botanische Species, sondern nur eine Wachstumsform verschiedener Mikroorganismen und kann als descriptiver Terminus verschiedener Coccenarten der Eczemkrusten beibehalten werden.

Referent **Kaposi** (Wien) weist die Theorie der parasitären Entstehung des Eczems mit aller Entschiedenheit zurück, gewisse Formen, wie die des Eczema marginatum, für welche Koebner und Pick den Pilzerreger gefunden haben, ausgenommen, da sowohl die klinischen Thatsachen als auch das Experiment, die Erzeugung des wahren Eczems durch mechanische und chemische Reize, die Ansichten Unna's widerlegen. Durch Einführung des seborrhoischen Eczems hat Unna nur Verwirrung gestiftet, da dasselbe nur als eine durch Hinzutreten seborrhoischer Producte hervorgerufene Eczemvarietät zu betrachten sei.

Referent **Jadassohn** (Bern) scheidet das Eczema marginatum, Prurigo Hebrae, Neurodermitis chr. circumscripta, Impetigo vulgaris, contagiosa, Eczema folliculare, Seborrhea corporis (Duhring) Eczema seborrhoicum (Unna) und die arteficiellen Dermatitiden vom Begriffe des Eczems ab. Nach kritischer Beleuchtung der letzten bakteriologischen Arbeiten über das Eczem berichtet er über die Untersuchungen seines Assistenten *Frédérique*.

Morococcen liessen sich nur in einem Falle cultiviren, von Staphylococcen der *St. epidermidis non liquefaciens*, *St. albus pyogenes liquefaciens* und *St. aureus*; letzterer in der weitaus grössten Zahl der Fälle. Streptococcen wurden in 53·7% der verschiedensten nässenden Affectionen, in 21 Fällen von Eczem 14mal gefunden.

Arteficielle Dermatitiden auf desinficirter Haut hervorgerufen blieben steril. Um die Rolle der Mikroorganismen bei dieser Form der Entzündung zu studiren, müsste man die inficirten Formen derselben mit den sterilen vergleichen.

Jadassohn kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

In einer grossen Gruppe von Eczemen lassen sich in den Primärefflorescenzen mit Hilfe unserer gegenwärtigen Methoden Mikroorganismen nicht nachweisen oder wenigstens nicht in einer solchen Anordnung, dass man ihnen eine pathogene Rolle vindiciren könnte. Wir sind gezwungen als ätiologische Factoren locale und allgemeine Prädisposition, mechanische und chemische Reizung anzunehmen.

Beim Eczem aber auch bei vielen anderen Erkrankungen der Haut können wir aber auch oft die Invasion von Mikroorganismen (Staphylo- und Streptococcen) nachweisen. Die Folgen der Infection hängen vom Grade der Virulenz der Mikroben, von der localen und allgemeinen Prädisposition des Individuums und von der Natur des primären Processes ab. Es resultiren daraus eine lange Reihe von sehr differenten Reactio-

nen der Haut, von der einfachen Reizung bis zur intensiven Impetiginisation, von der vorübergehenden einfachen Läsion bis zum wahren Eczem.

Die gewöhnlichen Infectionen können ohne Präexistenz eines vorher erkennbaren Krankheitsprocesses sich entwickeln.

Referent **Galloway** James (London) berichtet, um die Frage der Bakteriologie des Eczems nicht zu compliciren, bloss über die Resultate, die er beim Eczema acutum papulo-vesiculosum erhalten hat.

Die Coccen, welche weisse Culturen ergaben, lassen sich trotz kleiner Verschiedenheiten nicht genau differenziren und von der Gruppe des Staphylococcus pyogenes albus abtrennen. Die Morococcen (Unna), die zu dieser Species gezählt werden müssen, können nicht als ätiologische Factoren des Eczems angesehen werden. In den vorgeschrittenen Stadien der Erkrankungen kommen andere Mikroorganismen zur Entwicklung, insbesondere der St. aureus, so dass der St. albus vollständig überwuchert werden kann.

Der Gegenwart der Mikroorganismen muss man ohne Zweifel eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung des eczematösen Processes zuschreiben. Insbesondere die locale Infectiosität und die Chronicität der Affection sind wahrscheinlich durch sie bedingt.

Zu den anderen ätiologischen Factoren gehören vorwiegend zwei: eine Prädisposition der Haut, welche gewöhnlich mit einem seborrhoischen Zustande derselben vergesellschaftet ist, dann Stoffwechselstörungen, die die Verdauung und die Assimilation betreffen.

Referenten **Brocq** et **Veillon** (Paris): An der klinisch durch den objectiven Befund der Vesiculation und durch die mit Hartnäckigkeit aufeinanderfolgenden Nachschübe gekennzeichneten Affection — und nur diese sieht mangels eines pathologisch-anatomischen Nachweises Brocq und Veillon als Eczem an — ergibt sich:

Die Existenz eines specifischen pathogenen Mikroococcus des Eczems bleibt noch zu beweisen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass künftige Forschungen einen unseren gegenwärtigen Untersuchungs- und Culturmethoden unzugänglichen Coccus zu Tage fördern werden.

Die Primitivflorescenzen, das geschlossene Bläschen, enthalten keinen nachweisbaren Mikroorganismus.

Die auf den nässenden Flächen oder in den Krusten gefundenen Mikroorganismen (insbes. die Staphylococcen) sind vorwiegend die Ursache der secundären Infectionen und der als „Pyodermites“ beschriebenen Eruptionen, die häufig die typische Entwicklung des reinen Eczems compliciren.

Unna gibt nochmals seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass es nicht angeht die beim Eczem gefundenen Coccen alle einfach unter die Staphylococcen zu subsumiren. Der Fehler der Bakteriologen ist es, die Coccen der Sepsis und des Eczems zu identificiren. Vom klinischen Standpunkt ist geltend zu machen, dass Eczem und Impetigo niemals in Furunculose oder Anthrax übergehen.

Bodin (Rennes) bemerkt bezüglich der bakteriologischen Technik, dass es nothwendig sei die Nährböden zu variiren. So konnte er in 4 Fällen von typischem seborrhoischem Eczem (Unna) mit Benützung von Ascitessum nach dem Vorgange von Sabouraud Streptococcen cultiviren.

Er hält es ferner für nothwendig im Gegensatze zu Unna, der in einer Petri'schen Schale 3 verschiedene Culturen züchtete, für jede Bakterien-species ein besonderes Culturegefäß zu verwenden.

Andry, Ch. (Toulouse) polemisiert gegen Kaposi, dafür eintretend, die artificielle Dermatitis und das Eczema seborrh. (Unna) vom Begriff des Eczems abzutrennen.

Bezüglich der Inoculation und der mikrobiellen Pathogenese steht er auf dem Standpunkt, dass alles, was sich inoculiren lässt, nicht Eczem sei; nur die negativen Resultate sind entscheidend, da sie allein den klinischen Erscheinungen entsprechen. Eine genaue Abgrenzung des Krankheitsbildes durch Ausscheidung nicht hieher gehöriger Krankheitsformen würde die Aufstellung eines ebenso exacten klinischen Begriffes, wie es z. B. der des Herpes genitalis ist, ermöglichen.

Sabouraud (Paris) erläutert an colorirten Wandtafeln, Abbildungen histologischer Schnitte, die Entwicklung des Eczembläschens. Dasselbe enthält niemals Mikroben. Es ist möglich, dass man gegenwärtig unter das Eczem eine Anzahl von Epidermitiden reiht, die aber ausgeschieden werden müssen.

Petrini de Galatz (Bukarest) berichtet über den negativen Ausfall seiner bakteriologischen Untersuchungen und hält das Eczem weder für parasitär noch contagiös. Es ist eine rein constitutionelle Erkrankung.

Dockrell Morgan (London): Der Morococcus ist bloss ein Staphylococcus; dieser findet sich den tieferen Gewebsschichten nur bei Gegenwart einer Fissur. In einer frischen Vesikel findet man niemals Staphylococcen. Morococcen in Krusten sind das Resultat einer Luftinfection; in die tieferen Hautschichten gelangen sie durch Autoinoculation bei Vorhandensein einer Fissur. Die Theorie, nach welcher das Eczem durch den St. pyogenes aureus hervorgebracht werden soll, ist werthlos, da directe Abimpfungen in den Culturen Mischungen von Bakterien ergeben.

Neisser, A. (Breslau) bekämpft die Ansicht Kaposi's, dass das Eczem eine einheitliche, wohl definirte Erkrankung sei. Das seborrhoische Eczem (Unna) ist weder Eczem noch Seborrhoe, sondern eine in ihrer Sonderstellung berechnigte Individualität. Das Eczem ist in den ersten Stadien steril, in den späteren scheinen Mikroorganismen einen bedeutenden Einfluss auf Entwicklung und Verlauf desselben zu nehmen.

Brocq, L. (Paris) freut sich über die Uebereinstimmung Neisser's und M. Sabouraud's mit seinen eigenen Anschauungen bezüglich der Sterilität der Primärefflorescenzen, insbesondere, da in der Arbeit Scholtz's, die aus der Klinik des ersteren hervorgegangen ist, der St. aureus, von Sabouraud aber eine Combination von Staphylococcen und

Streptococcen als Eczemerreger angesehen wurden, Affectionen, die durch Mikroben bedingt sind, sollen den Namen derselben tragen.

Hallopeau (Paris). Es gibt deutlich contagiöse und autoinoculable Formen des Eczems, z. B. Gewerbeeczeme, welche an den Händen beginnend, sich auf den Hals und die Genitalien ausbreiten, überall dorthin, wohin die afficirten Hände gelangen.

Sabouraud. In diesem Falle handelt es sich nicht um amikrobisches Bläschen, sondern um eine primäre, durch Mikroben verursachte Erkrankung ähnlich dem Impetigo (Bockhart). Wenn die Affection sich verbreitet, so geschieht es durch amikrobielle Bläschen. Es scheint, dass die Generalisation nur bei schon zu Eczemen neigenden Individuen zu Stande kommt, doch gibt es auch Formen, die gleich zu Beginn parasitären Ursprungs sind und auch in ihrer weiteren Entwicklung Mikroben aufweisen. Neben den wahren Eczemen kommen eben eine Menge eczematiformer Hautentzündungen bakteriellen Ursprungs vor.

Jaquet (Paris): Die Thatsache der Generalisation des Eczems, von der Hallopeau gesprochen habe, spreche noch durchaus nicht für Autoinoculation, sondern lasse sich auch auf reflectorischem Wege durch Vermittlung des auf den Hautreiz reagirenden Nervensystems erklären. Ein Beispiel dafür wären auch die beim Zahndurchbruch der Kinder auftretenden Eczeme.

Veillon (Paris) erwähnt seine bakteriologischen Versuche. Bei einem nässenden, sorgfältig desinficirten Eczembläschen ist das aus der Tiefe sickernde Serum steril und bleibt es, wenn es mit einem Zinkpflaster bedeckt wird. Die Inoculation von Staphylococcen auf gesunde Haut selbst bei einem Eczematösen bringt kein Eczem hervor. Wird ein in Heilung begriffener desinficirter Eczeemplaque mit von einem Eczem herrührenden Staphylococcen geimpft und mit einem Zinkpflaster bedeckt, so schreitet unter demselben die Heilung des Eczems fort, während sich gleichzeitig Staphylococcenhaltige Pusteln entwickeln.

Leredde (Paris) glaubt, dass eine vom Darm ausgehende Auto-intoxication den Boden für die Bakterien vorbereite, die das Eczem hervorrufen. Er hält mit Unna an der parasitären Entstehung des Eczems fest.

Unna klärt die Differenz, die sich zwischen seinen eigenen Resultaten und denen Brocq's Veillon und Sabouraud's ergeben haben, dahin auf, dass er sie an chronischen Formen, jene sie aber an acuten vesiculösen Eczemen gewonnen haben, wozu noch die Ungleichheit der technischen Methoden komme. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, dürfte sich eine Annäherung der jetzt noch divergirenden Ansichten ergeben.

De Azua, J. et Mendoza, A. (Madrid). Unter 57 Inoculationen des Staphylococcus aureus unter verschiedenen Bedingungen (Auflegen eines Senfpflasters und nachheriges Auflegen eines Guttaperchapapiers!) war nur 22mal ein positiver Erfolg zu erzielen; die erzeugte vesiculöse Affection verschwand spontan in einigen Tagen, ohne die Tendenz zur

Verbreitung und die gewöhnliche entzündliche Reaction des Eczems erkennen zu lassen.

Das Eczem ist eine parasitäre Erkrankung begünstigt durch locale Traumen, insbesondere Kratzen.

Whitfield, Arthur (London) untersuchte die Schuppen von Gesichtseczemen bei Kindern, die in Form röthlicher, feinschuppender münzenförmiger Plaques auftreten. Er fand einen dem *Morococcus* und dem von Merrill beschriebenen Coccen ähnlichen Pilz, dessen Impfungen resultatlos blieben.

II. Die Tuberculide.

Referent Boeck, E. (Christiania) verfißt die Hypothese der Entstehung der Tuberculide durch Toxinwirkung der Tuberkelbacillen auf vasomotorische Centren. Er erschliesst sie aus der für die Tuberculide charakteristischen Eigenschaft symmetrisch oder in verticalen Reihen aufzutreten. Der in seltenen Fällen erhebbarer Befund von Bacillen hat nichts Wunderbares an sich, da von den tuberculösen Depots (Lymphknoten) Bacillen in den Kreislauf gelangen und an den Stellen, wo Circulationsstörungen bestehen, zur Ablagerung kommen können.

Boeck theilt die Tuberculide in zwei Classen: 1. die perifolliculären, oberflächlichen Formen, bei denen in einigen Fällen Bacillen nachgewiesen wurden. (Lichen scrophulosorum, die papulosquamösen Tuberculide, die perifollic. pustulösen Tuberculide; 2. die nicht perifolliculären, in den tieferen Schichten der Haut localisirten Formen, bei denen bisher die Bacillenuntersuchung nur negativ ausgefallen war. Lupus erythematoses, Lupus pernio, die papulonekrotischen Tuberculide, die knotigen Tuberculide. Formen, die nur mit Wahrscheinlichkeit zu den Tuberculiden gerechnet werden müssen, sind: Acnitis, Erythema induratum (Bazin), die angiomatösen Tuberculide (Leredde), Dermatitis exfoliativa subacuta maligna, Pityriasis rubra gravis (Hebra).

Referent kommt zum Schlusse: Eine exakte Grenze zwischen Hauttuberculose und Tuberculiden lässt sich nicht ziehen, es existiren Uebergänge.

Aus praktischen und theoretischen Gründen muss man die Tuberculide als gesonderte Gruppe im System der Hautkrankheiten betrachten.

Referent Fox Colcott (London) hat bloss die Acne scrophulosorum und das Erythema induratum untersucht und glaubt auf Grund der klinischen Symptome, der Coexistenz mit anderen Erscheinungen der Tuberculose, ihres histologischen Bildes, des oft positiven Bacillenbefundes und positiven Impfversuches an die tuberculöse Natur dieser Affectionen.

Referent Campana Roberto (Rom) hält es für unmöglich, klinisch eine Trennung von Affectionen, die durch die Toxine des Tuberkelbacillus und durch den Bacillus selbst verursacht werden, vorzunehmen. Doch schafft die tuberculöse Intoxication ebenso wie die hereditäre Scrophulose und Syphilis durch Schwächung des Stoffwechsels der Gewebe Prädispositionen für die Entwicklung von Hautkrankheiten.

Riehl (Leipzig). Referent erkennt die Gruppe der Tuberculide gar nicht an und weist am Lichen scrophulosorum und Lupus erythematoses

die Unzugänglichkeit der Annahme eines Zusammenhanges mit Tuberculose nach.

Referent **Darier** (Paris) erörtert vorerst die Gründe, die eine Zugehörigkeit der Tuberculide zur Tuberculose rechtfertigen sollen und unterscheidet zwei Typen derselben:

a) (Lichen scrophulosorum, Acnitis, Lupus nodosus dissemin.). Bildung eines charakteristischen tuberculösen Gewebes mit Riesen- und epitheloiden Zellen und Neigung zur käsigen Degeneration;

b) (Lupus erythematodes und seine Variationen, folliclis), Züge von Rund- oder Plasmazellen um die Gefässe der Cutis, Erweiterung oder Verengerung, selbst Obliteration derselben mit Production von mehr oder weniger ausgebreiteten nekrotischen Herden.

Uebergänge kommen vor.

Darier vertritt vorläufig die Ansicht, dass abgeschwächte Tuberkelbacillen als Erreger der Affection zu gelten haben, womit sich am besten die klinischen Thatsachen in Einklang bringen lassen.

Audry Ch. (Toulouse) verlangt eine genaue Begriffsbestimmung und Abgrenzung der Tuberculide von den tuberculösen Hautaffectionen.

Neisser, A. (Breslau). Die „toxische Theorie“ der Tuberculide ist unbewiesen. Der Lichen scrophol. und die Folliclis sind wahre Tuberculosen, den Lupus erythematodes discoides dagegen gestattet weder die Klinik noch die pathologische Anatomie zur Tuberculose zu rechnen.

Petrini de Galatz (Bukarest) wirft die Frage auf, ob nicht hereditäre Verhältnisse (Tuberculose der Eltern) als ätiologischer Factor in Betracht kommen.

Leredde (Paris) befürwortet die Scheidung der Tuberculide in zwei Gruppen, in die „Tuberculides bacillaires“ mit Bacillenbefund und die „Toxituberculides“, deren Typus der Lupus erythematodes ist. Zu Gunsten der Hypothese, nach welcher abgeschwächte Bacillen als Ursache derselben angesehen werden können, spricht die Gegenwart von Riesenzellen, welche fast immer als Beweis der localen Action der Bacillen gelten.

Barthélemy (Paris) nennt Tuberculide nur jene Affectionen, welche man ausschließlich bei Tuberculose beobachtet. Die Phthisiker bieten vielfachen Infectionen einen günstigen Boden, die deshalb noch nicht den Namen Tuberculide verdienen. Die Frage ist noch neu und man hüte sich zu chablonisiren.

Jadassohn (Bern) erkennt den Terminus „Tuberculide“ nicht an. Anwendbar wäre er nur für die durch Toxine veranlassten Formen, wenn die Existenz derselben bewiesen wäre, oder für gewisse embolische Formen, wenn nicht ein Theil derselben wahre Tuberculosen wären. Der Lichen scroph. ist lymphatischen Ursprungs.

Róna S. (Budapest) weist auf eine häufige, jedoch wenig bekannte Form des Lichen scroph. hin, es sind Plaques oder Gruppen kleiner röthlicher oder bräunlicher, wenig entwickelter, kaum sichtbarer Knötchen. Eine Eruption dieser Art sah er nach einer Injection von altem Tuberculin auftreten, schliesst deshalb aber noch nicht auf ihren toxituber-

culösen Ursprung, er glaubt vielmehr an eine locale Reaction der latenten Knötchen.

Hallopeau (Paris) trennt die Tuberculide von den nur ausnahmsweise Bacillen aufweisenden Toxituberculiden. Da es sich aber um active tuberculöse Herde tragende Individuen handelt, so ist es leicht verständlich, dass Bacillen in die Blutbahn eindringen können und so zufällig auch an den pathologisch afficirten Hautstellen gefunden werden können.

III. Die Leukoplasien.

Referent **Perrin**, Leon (Marseille).

Leukoplasie ist ein sehr hartnäckiges, oft unheilbares Symptom verschiedener Hautaffectionen, bedingt durch Reaction des Epithels auf mechanische Reize. Sie ist das Product einer chr. Entzündung. Sie localisirt sich nicht nur auf der Mundschleimhaut, sondern auch an der Vulva, Praeputium, Harnapparat, Anus, Rectum, Trachea, Pharynx, Larynx, Mittelohr.

Klinisch traten sie als Plaques von besonderer Farbe, eben oder erhaben, runzelig, selbst papillomatös, Runzeln und Furchen, Fissuren, Ulcerationen oder erodirte Inseln aufweisend zu Tage.

Für die an den Lippen und an der Wangenschleimhaut sitzenden Plaques sind vorwiegend der Tabak, aber auch: schlechte Zähne, Alkohol und scharfe Gewürze als ätiologischer Factor heranzuziehen; für die auf der Zunge etablirten — Syphilis, da der Referent in 53 dieser Fälle sicher, in 5 Fällen wahrscheinlich luetische Antecedentien nachweisen konnte. Sie sind als parasyphilitisches Symptom zu betrachten.

Das histologische Bild zeigt Infiltration mit nachfolgender Sclerose der Submucosa, und Keratinisation der oberflächlichen Epithelschichten. (Bildung eleidinhaltiger Zellen).

Die neoplastische Degeneration kann eine gutartige, papillomatöse und eine bösartige epitheliomatöse sein, wobei Uebergänge der ersteren in letztere existiren. Der Krebs kann sich in den keratinlosen Schichten aus den Fissuren und Ulcerationen entwickeln, kann aber auch allerdings bei weitem seltener direct aus Epidermisnestern inmitten der Hornschichten entstehen, ein Umstand, der das Carcinom nicht als zufällige Complication, sondern als ein weiteres Entwicklungsstadium der in den Leukoplasien pathologisch umgewandelten Epithelien ansehen lässt.

In 20—50% führt Leukoplasie zur Carcinombildung. (Unter 124 Fällen 38 Mal vom Referenten beobachtet.)

Der Zeitpunkt des Eintrittes der carcinomatösen Degeneration ist unbestimmt, kann selbst erst nach 30 Jahren erfolgen.

Therapeutisch ist die chirurgische Entfernung der Plaques geboten.

Barthélemy (Paris) hält die Leukoplasien grösstentheils für luetischen Ursprungs. Unter 83 Fällen konnte er 68 Mal Lues mit Sicherheit constatiren. Durch eine specifische Behandlung kann ein Stillstand, ja sogar vollständige Heilung bewirkt werden. Nur ausnahmsweise kommt es zur carcinomatösen Degeneration, die ihre Entstehung der

durch die Syphilis bedingten verminderten Resistenz der Organe verdankt. Bei jüngeren Individuen bereitet die Lues den Boden für die tuberculöse Infection, bei älteren für die Entwicklung des Carcinoms vor.

Gaucher (Paris) tritt für die syphilitische Aetiologie der Leukoplasien ein, die er in 80—85% nachweisbar fand. In den 15% des nicht erbrachten Nachweises glaubt er an conceptionelle oder hereditäre Spätformen der Lues.

Histologisch stellen sie ein Papilloma corneum dar.

Die Therapie muss frühzeitig einsetzen. Tägliche Pinselungen von Kali bichromatum (1:50), galvano-kaustische Behandlung der Fissuren und Epithelknospen, Spülungen der Mundhöhle mit Magnesium chloridlösungen, antiluetische Behandlungen werden von Gaucher empfohlen.

Zambaco-Pascha (Constantinopel) glaubt, dass zwischen dem türkischen Tabak und dem in den westlichen Ländern Europas genossenen ein Unterschied bestehe, da in der Türkei selten Leukoplasien und diese nur bei Luetikern beobachtet werden.

Rauchverbot, Pinselungen mit Quecksilbernitrat ohne allgemeine specifische Behandlung bringen wesentliche Besserung des Leidens hervor.

Dubreuilh W. (Bordeaux) rechnet die Leukokeratosen der Mundschleimhaut zu den Keratosen, welche zur Krebsbildung neigen „les hyper kératoses précancéreuses“.

Du Castel (Paris) unterscheidet zwei Gruppen: die grauen Plaques als Product der chronischen Entzündung der Schleimhaut und die weissen Formen, welche durch epitheliale Ueberproduction entstehen. Nur die letzteren verdienen den Namen „Leukoplasien“ und gehen in Carcinom über.

Balzer (Paris). Da man einen directen Uebergang von syphilitischen Plaques in Leukoplasien nicht beobachtet hat, so handelt es sich um parasymphilitische Erscheinungen.

Petersen (Petersburg) glaubt, dass die arthritische Diathese eine wichtige Rolle in der Aetiologie der L. spiele.

Nékam (Budapest) glaubt nicht, dass Syphilis ausschliesslich den Leukoplasien zu Grunde liege. In einem von ihm beobachteten Falle acquirirte ein Patient 10 Jahre nach dem ersten Auftreten der Affection Lues. Therapeutisch rath er Pinselungen mit Methylenblau (5:100) und energische Frictionen mit Milchsäure (50:100) nach der Angabe von Joseph.

Saalfeld E. (Berlin) empfiehlt Abrasio der kranken Partien nach vorheriger Erfrierung mit Aethylchlorid.

Fournier Alf. (Paris) berichtet über 324 Fälle von Leukoplasien, von denen nur 5 das weibliche Geschlecht betrafen, eine Thatsache, die den Einfluss des Tabakrauchens illustriert. (Unter 247 Fällen 97% Raucher.) Syphilis liess sich in 80% mit Sicherheit nachweisen. Uebergang in Carcinom trat in 30% der Fälle auf, eine Zahl, die zu gering gegriffen erscheint, da sich unter den Kranken viele jugendliche Individuen befanden, Krebs aber erst im späteren Alter auftritt. Die antisymphilitische Behandlung ist dem Leiden gegenüber ohnmächtig.

IV. Aetiologie und klinische Formen der Alopecia areata.

Referent **Lassar** O. (Berlin):

Die Alopecia areata kann bei einem Individuum dieselben Partien des Haarbodens mehrere Mal befallen, und wird in jedem Alter und bei jedem Stande beobachtet. Eine Immunität gegen dieselbe existirt nicht. Atypischer Verlauf ist nur eine zufällige Complication.

Die nervöse Hypothese lässt sich physiologisch nicht begründen, die parasitäre ist wahrscheinlich, da einerseits das contagiöse Auftreten in Schulen, Casernen, bei Leuten, die dieselbe Rasierstube besuchen sehr zu ihren Gunsten sprechen, wiewohl das Thierexperiment nur negative Uebertragungsversuche ergeben hat, andererseits die Heilwirkung der bactericiden, antiparasitären und antitoxischen Mittel eine weitere Stütze für diese Theorie bilden.

Referent **Pawlov** (Petersburg) kann mangels statistischer ärztlicher Berichte in Russland keine genauen Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der Alopecia areata machen, und gibt an, durchschnittlich 15 Fälle pro Jahr gesehen zu haben.

Vom klinischen Standpunkt aus möchte er an einen Zusammenhang der Erkrankung mit verschiedenen Störungen des Nervensystems glauben im Einklange mit den Beobachtungen anderer russischer Aerzte.

In 8 Fällen von 10 konnte Pavinski auf seiner Klinik Staphylococcus aureus und albus züchten. Uebertragung der Culturen auf Kaninchen brachte Alopecie, aber von entzündlichen Erscheinungen der Haut begleitet, hervor.

Referent **Walker** Norman (Edinburgh) betont, dass selbst die begeistertesten Anhänger der parasitären Theorie, zu denen er auch gehört, in seltenen Fällen gezwungen sind einen nervösen Einfluss anzunehmen. (Unter 30 Fällen seiner Beobachtung 1 Fall.)

Er stützt die parasitäre Hypothese 1. durch klinische Beobachtungen (4 oder 5 Besucher einer Rasierstube, deren Besitzer an Alopecia areata litt, erkrankten an derselben Affection, Endemie in einer Schule u. s. w.), 2. durch seine bakteriologischen Untersuchungen, die eine genaue Wiederholung der von Sabouraud angestellten waren.

Eine grosse Anzahl von beschickten Röhrchen blieb steril. Die aufgegangenen Culturen waren dieselben, die Sabouraud als porzellanartige beschrieben hat. Die Mächtigkeit ihrer Entwicklung stand nicht in deutlicher Beziehung zur Schwere der Erkrankung. Verunreinigung durch Staphylococcen war nur wenige Mal zu constatiren.

Die rothen Colonien Sabourauds erschienen nur in 2 Fällen, dagegen traten nach 14—28 Tagen schwarzbraune Formen auf, welche in Schottland den Platz der rothen Sabouraud'schen Mikroorganismen einzunehmen scheinen. Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen ihnen und der Alopecia areata wagt der Referent jedoch nicht anzunehmen.

Referent **Sabouraud** (Paris) unterscheidet zwei klinische Typen: 1. la pelade ophiasique (de Celse). Sie tritt im Kindesalter auf, localisirt

sich gewöhnlich am Hinterhaupt, entwickelt sich bilateral, häufig symmetrisch, mit bogenförmiger Begrenzung. Die secundären Plaques entstehen in geringer Entfernung von dem initialen, amorph, ohne bestimmte Begrenzungslinien oft mit einander zusammenfließend. Die Haut der alopecischen Herde kann verdünnt, atrophisch, pigmentlos, aber auch verdickt, schwammig und fettig erscheinen. Atypische Formen kommen zur Beobachtung. Bei sehr ausgebreiteter Affection gesellt sich Verdickung der Nägel (Infiltration mit Luft) und Grauwerden der Haare in Plaques zu.

Heredität konnte in 9 Fällen mit Sicherheit nachgewiesen werden. Nervöse Ursachen, Missbildungen, Ernährungsstörungen scheinen eine Rolle zu spielen. Contagiosität kam so gut wie nie zur Beobachtung. Dieser Thatsache entspricht auch der stets negative bakteriologische Befund.

Die Dauer der Erkrankung beträgt 15—20 Monate, die Heilung in der Pubertät ist fast die Regel.

Bei Erwachsenen kommt die Affection fast in gleicher Weise zur Entwicklung.

Therapeutisch empfiehlt es sich die kranke Fläche in einem Zustand der Reizung zu erhalten (Vidal). Rasiren, Bürsten, Essig-, Carbol-, Milchsäure, Ammoniak, Schwefel etc. Vesicantien, Cauterisationen und Finsen'sche Behandlung.

2. La pelade séborrhéique (Bate man) befällt Individuen im mittleren Lebensalter (15—45 Jahren), beginnt mit Herden von 2—3 Cm. Durchmesser, rund oder oval von regelmässiger Gestalt. Die Haare fallen entweder ganz oder 3—4 Mm. oberhalb der Basis fragmentirt aus. In Folge der basalen Atrophie nimmt der Haarstumpf die Form eines Ausrufungszeichens an; insbes. an der Peripherie des Plaques sind die so veränderten Haare zu finden. Aus der Haut der Plaques lassen sich seborrhoische Massen ausdrücken. Die nach 4 bis 5 Wochen erscheinenden secundären Plaques sind von gleicher Beschaffenheit.

Im oberen Drittel des Haarfollikels findet sich ein Cocon von dachziegelartig übereinander lagernden Hornschichten, welche in der Mitte des eingeschlossenen fettigen Detrituses eine Reincolonie der von Unna und Hodara als Erreger der Acne beschriebenen Mikrobacillen enthalten. Die Regelmässigkeit des Befundes gestattet trotz negativem Ausfall der Ueberimpfung die Affection als eine acute und localisirte Attaque der seborrhoischen Alopecie anzusehen. Nach einer Durchschnittsdauer von 2—10 Monaten geht der Heilung ein Verschwinden der Mikroorganismen voraus.

Die Behandlung ist dieselbe wie die der Alopecia seborrhoica.

Die Pelade des Barts kann beide oben beschriebenen Formen begleiten, doch zeigt sie einen speciellen Charakter. Es kommt nicht zum Ausfall der Haare, sondern zur stellenweisen Entfärbung und Atrophie und Regenerationserscheinungen, die gleichzeitig an ein und demselben Haare nachgewiesen werden können.

Die Therapie hat auf den Verlauf keinen Einfluss.

Die Alopecia areata scheint in seltenen Fällen contagiös zu sein, als Beweis können 7 Fälle von gleichzeitigem Vorkommen bei Mann und Frau dienen.

Epidemien hat Referent nie beobachtet.

Aus dem genauen Studium von ca. 150 Fällen geht hervor, dass die „Pelade“ keine einheitliche Aetiologie aufweist.

Fournier Alf. (Paris) macht auf der Alopecia areata ähnliche kahle Stellen des Haarbodens aufmerksam, welche sich im 2. oder 3. Jahre der Syphilis entwickeln, nach 3—6 Monaten spontan heilen, öfters recidiviren. Ihre Träger sind nervöse, neurasthenische Individuen. Ueber die Natur der Affection lässt sich nichts Näheres sagen.

Jacquet L. (Paris) erhärtet an einem selbst beobachteten Beispiel, dass Coincidenz der Area Celsi leicht ursächliche Beziehungen der Contagiosität vortäuschen kann. Ohne dieselbe vollständig in Abrede zu stellen, hält er sie für rarer als gemeinhin angenommen wird. Den Sabouraud'schen Mikroorganismen legt er keine ätiologische Bedeutung bei. Eine Selbstimpfung war resultatlos.

Jadassohn (Bern) bringt ein klinisches Beispiel von nach seiner Meinung unzweifelhafter Contagiosität. Zwei oder 3 Monate nach Aufnahme eines kleinen mit Alopecia ar. behafteten Mädchens erkrankten ihre Bettnachbarn.

Hallopeau (Paris) ist von der Contagiosität der Affection überzeugt. Er fand Einreibungen mit dem Chrysarobinstift wirksam.

Kaposi (Wien) verwirft die Annahme der Contagiosität. Bei einer den französischen analogen Epidemie in Oesterreich konnten keine Parasiten nachgewiesen werden. Die Herde hatten nicht die gewöhnliche, regelmässige Form der Alopecia areata.

Sabouraud bemerkt bezüglich der von Fournier gemachten Mittheilung, dass Syphilis häufig die Affection activirt oder neu entfacht. Der Discussion ist zu entnehmen, dass wir über die Pellade eigentlich noch nichts wissen.

Neisser vergleicht die Alopecie der Fournier'schen Fälle mit den Pigmentveränderungen des Leukoderms.

Balzer (Paris) meint, dass mit Rücksicht auf die Divergenz der Anschauungen über die Pelade die bei der Befreiung vom Schulbesuch geübte Strenge (Ausstellung von Zeugnissen) nicht gerechtfertigt sei.

V. Die Combination von Syphilis mit anderen Infectiouskrankheiten und deren gegenseitiger Einfluss.

Referent Neisser (Breslau) behandelt das zur Discussion gestellte Thema von folgenden Gesichtspunkten:

I. a) Es können locale Continuitätstrennungen der Haut und der Schleimhäute im Laufe von Infectiouskrankheiten als Eingangspforte für das syphilitische Virus dienen (weiche Chancre, Panaritium).

b) Der umgekehrte Fall: syphilitische Läsionen lassen Mikroorganismen, die allgemeine Infection erregen können, eindringen (Erysipela, septikaemische Streptococceninfectionen, Tuberculose).

II. Die gegenseitige Beeinflussung von Syphilis und Infektionskrankheiten bezüglich der Symptome und des Verlaufs äussert sich folgendermassen:

Bei den acuten fieberhaften Infektionskrankheiten (Pneumonie, Variola) bemerkt man oft während der Dauer derselben einen Rückgang der Syphilis, gummöse Hautinfiltrate können durch ein Erysipel geheilt werden. Die wahren Mischinfectionen (mit Staphylococceen) gestalten sich oft malignen. (Tarnovsky.)

Viele Affectionen können beim Syphilitiker Anlass zum Auftreten von specifischen localen Erscheinungen geben. Ihre Bedeutung zeigt sich bei der Vaccination in der Gefahr der Infection für das vom Luetiker geimpfte Individuum.

Beim weichen Chancre (bei luetischen Prostituirten) in der Gefahr der Uebertragung eines Chancere mixte. Das Ulcus molle gibt Anlass zum Auftreten einer Reinduration oder zu tertiären Affectionen, welche letztere der Diagnostik grosse Schwierigkeiten bereiten können. Ebenso die Transformation von Eczemen und Furunkeln, wodurch die Syphilis einerseits unentdeckt und unbehandelt bleiben kann, andererseits der Beweis erbracht wird, dass die Syphilis noch nicht zur Ausheilung gekommen ist.

Malaria und Lepra bilden schwere Complicationen der Lues.

Tuberculose wirkt nicht specifisch, sondern wie jede andere zur Cachexie führende Erkrankung. Wohl aber scheint Syphilis der Tuberculose den Boden zu ebnen, und letztere natürlich wieder den Verlauf der Syphilis schwerer zu gestalten, wie die Hochsinger'schen Beispiele heredesyphilitischer tuberculöser Kinder lehren. Da die Syphilis, hauptsächlich weil sie nicht behandelt wird, eine schwere Complication der Tuberculose bietet und eine grössere Gefahr für die tuberculösen Individuen darstellt, als das Quecksilber, so muss man sie — am besten mit Inunctionscuren — behandeln. Auch das Jod wird in den Händen eines erfahrenen Praktikers nur Nutzen bringen.

Bei Lepra muss man der Idiosynkrasie gegen Jodpräparate Rechnung tragen.

Selbst in zweifelhaften diagnostischen Fällen von Doppelinfectionen (z. B. Lues gummosa und Lupus) wird die antisyphilitische Therapie keinen Schaden bringen.

Referent **Duncan Bulkley L.** (New-York) gibt, wie er selbst sagt, nur eine „provisorische“ Eintheilung des Materials und erörtert die biologischen Beziehungen der in Rede stehenden Affectionen.

a) Eine Symbiose der Parasiten, b) eine Metabiose, bei welcher ein Mikroorganismus dem Anderen den Boden vorbereitet, und c) eine Antibiose, wenn ein antagonistisches Verhalten der Parasiten angenommen werden muss.

Das letztere ist der Fall beim Erysipel und den acuten Infectionskrankheiten, ohne dass jedoch der günstige Einfluss der genannten Erkrankungen auf die Syphilis von langer Dauer wäre.

Für b) ist die Malaria ein Beispiel.

Für a) die Tuberculose und gewisse pyogene Infectionen (gangränöser Chancre).

Dem Referat des Autors ist ein ausführliches bibliographisches Verzeichniss beigelegt.

Referent **Ducrey A.** (Pisa) unterscheidet a) die Verbindungen der Syphilis mit localen Infectionen, die nicht im Stande sind einen allgemeinen Einfluss auf die Entwicklung der Syphilis selbst zu nehmen. b) Verbindungen der Syphilis mit Infiltrationen, welche gewöhnlich einen localen Einfluss, manchmal aber auch allgemeine Störungen hervorbringen können.

c) Die Verbindung der S. mit Allgemeinfectionen von acutem oder chronischem Charakter.

ad a) Der weiche Chancre stellt sich mit dem harten associirend den Chancre mixte dar. Verschiedene pyogene Bakterien können den Verlauf einer Sclerose zu einem ungewöhnlich schweren machen (der Initial-affect der Tonsillen durch Complication mit Streptococceninfectionen, die Sclerose der Urethra bei bestehender acuter Gonorrhoe), indem sie Ulcerationen hervorbringen, die lange der Heilung Widerstand entgegensetzen.

Bei den pustulösen secundären Syphiliden ist die Wirkung der Staphylococcen noch festzustellen, da der Inhalt der Bläschen und Pusteln beim Entstehen steril zu sein scheint, sodass den Staphylococcen nur eine secundäre Rolle zukommen würde.

Auch bei den nekrotischen und phagadänischen Haut- und Schleimhautsyphiliden ist noch die Frage zu lösen, ob sie der Natur des Nährbodens oder speciellen Bakterienarten ihr Entstehen verdanken.

Bezüglich der Trichophytie verfügt der Referent über zwei Beobachtungen von *T. barbae*, bei welchen im Bereich der syphilitischen Efflorescenzen die trichophytischen Herde knotige Form annahmen (*Syccosis parasitaria*), so dass daraus geschlossen werden kann, dass die Lues einen günstigen Nährboden für den Trychophyton abgebe.

Erwähnenswerth ist auch die Complication mit dem seborrhoischen Eczem.

ad b) Blennorrhoe und Syphilis können nebeneinander ohne besondere Complicationen verlaufen, doch treten zuweilen bei Frauen an Stellen localer Congestion hartnäckige und präcipitirte Affectionen auf, bei Männern Localisationen in den durch Gonorrhoe geschädigten Nebenhoden und Hoden. Luëtiker sollen in grösserem Masse zur Arthritis gonorrhoeica disponiren.

Die Heilung des Lupus wird insbesondere durch das Secundärstadium der Lues beeinträchtigt.

ad c) Der Einfluss der Masern, des Scharlachs und der Variola ist noch wenig studirt. Die bei denselben zu Tage tretende grosse Sterblichkeit der syph.

Kinder ist auf deren Schwächlichkeit und auf die ungünstigen Ernährungsbedingungen (künstliche Ernährung) zurückzuführen.

Typhus kann einen bessernden, ja sogar heilenden Einfluss auf die Syphilis ausüben, wenngleich Referent auch Ausnahmen von der Regel gesehen hat.

Das Erysipel bringt syphilitische Erscheinungen (gummöse Infiltrate und Ulcerationen der Haut) zum Schwinden, und kann Recidiven auf lange Zeit hinausschieben, ja sogar für immer verhindern.

Puerperalfieber scheint insbesondere im Secundärstadium eine Wendung zum Schlechteren zu bewirken, Ueberstehen desselben aber die Syphilis günstig zu influenciren.

Syphilis und Tuberculose, die häufigste Verbindung, gestalten sich zu einer für den Organismus deletären Complication. Phthise bringt Syphilitikern ein rapides Ende. Die von Tuberculösen acquirirte Syphilis neigt zu suppurativen und ulcerativen Processen, die sich nicht selten im Larynx als Mischinfection localisiren.

Malaria verschlechtert die Prognose einer complicirenden Syphilis. Lepra und Lues schliessen sich gegenseitig nicht aus.

Referent **Hallopeau** (Paris) versteht unter associirten Infectionen nicht alle bei demselben Individuum mit der Syphilis coexistirenden infectiösen Erkrankungen, sondern nur diejenigen, welche den Charakter der syphilitischen Prozesse zu verändern im Stande sind, oder selbst durch die Syphilis modificirt erscheinen.

Man kann eine derartige Infection supponiren, wenn bei einer dem klinischen oder pathologisch-anatomischen Charakter nach der Syphilis zugehörenden Affection sich entweder die Mikroben der Mischinfection nachweisen lassen, oder wenn man sie sich mit anderen klinisch wohl charakterisirten Infectionen verbinden sieht. Auch die Localisation der syphilitischen Producte an Stellen, wo gewöhnlich die in Frage kommenden Erkrankungen sich etabliren (Seborrhoea, Intertrigo) und der mangelhafte Rückgang bei specifischer Behandlung weist sie dieser Gruppe zu.

Referent kommt zu nachstehenden Schlussfolgerungen: Gewisse Infectionen können in Verbindung mit dem Contagium der Syphilis Mischformen (*hybrides variés*) erzeugen; es sind dies der Bacillus des weichen Chancres, der Erreger des Epithelioms, selten der Bacillus Kochi. Durch Infection mit Eitercoccen entstehen suppurative Syphilide, welche mit dem Namen Strepto-Staphylosyphilide bezeichnet werden können. Die Retention von pyogenen Coccen und ihre Toxine können den Charakter der Syphilome modificiren (vegetirende Syphilide, Rupia), und parasymphilitische Symptome als schwere Complicationen erzeugen. (In der Nasenhöhle z. B. Dakryocystitis, Otitis, Knochennecrosen.) Gewisse allgemeine Infectionen (hervorzuheben ist das Erysipel) können vorübergehend oder auf längere Zeit die Activität des syphilitischen Contagiums hemmen.

Petrini de Galatz (Bukarest) sah ein secundäres Syphilid die Grenze einer Pytiriasis versicolor respectiren.

Róna (Budapest) sah häufig Erythema nodosum und polymorphum bei Luetikern auftreten. Erkrankungen, die mit hohem Fieber einhergehen, bringen wohl erythematöse Syphilide zum Verschwinden, wirken aber nur in geringerem Masse auf papulöse Exantheme. Einen wirklichen Heilerfolg hat er selbst beim Auftreten von Erysipelen nie beobachtet.

Die Tuberculose verschlimmert wie alle schwächenden Erkrankungen, z. B. der Alkoholismus, den Verlauf der Syphilis. Im Allgemeinen verläuft die Tuberculose beim Syphilitiker wie beim Gesunden.

Fournier Alf. (Paris) unterscheidet ausser dem *Chancere mixte* 3 Typen der Mischinfection: *Type syphilopaludique*, *Type syphilocancéreux*, *Type syphilotuberculeux*. Bei ersterem treten tiefe Ulcerationen, Gummen, Exostosen, Iritis mit Drüsenschwellungen, Milz- und Lebervergrösserung auf. Der zweite Typus schliesst sich den Leukoplasien an. Die dritte Form zeichnet sich durch das schon von Ricord gezeichnete Bild der „*scrofulate de vérole*“ aus: mächtige Drüsenschwellungen mit intermittirender Eiterung und ulceröse Syphilide mit ekthymatösem Typus. Doch kann diese Form auch benign verlaufen, und muss mit Injectionen oder Inunctionen, nicht aber durch innerliche Verabreichung von Quecksilber, behandelt werden.

Jullien L. (Paris) betont, dass sich Malaria häufig mit Phagadænis mus complicirt. Krätze macht die Syphilis oft manifest.

Spillmann P. (Nancy) berichtet über ein junges Mädchen mit papulösem Exanthem nach Lippensclerose. Nach den ersten Injectionen von grauem Oel unter Temperatursteigerung bis 40° scarlatiniformes Exanthem am Stamm, Urticariaquaddeln auf den Knien und Purpuraflecken in den Gelenkbeugen. Verschwinden der Affection ohne Schuppung nach einigen Tagen, rapide Heilung der Syphilis. Symptomlose Fortsetzung der Hg-Behandlung.

Etienne G. (Nancy) theilt mit, dass er in 5 Fällen Typhus bei Syphilis schwerer verlaufen sah.

Brousse (Montpellier) berichtet über einen diagnostisch interessanten Fall einer Lungenaffection bei einem Syphilitiker. Gemischte Behandlung brachte Besserung der Hautsymptome und des Allgemeinzustandes hervor, die Lungenaffection aber bestand fort. Im Auswurf liessen sich Streptococcen nachweisen. Daraus liess sich der Schluss ziehen, dass es sich nicht um eine syphilitische Pneumonie, sondern um eine durch Streptococcen verursachte Bronchopneumonie handelte.

Du Castel (Paris) führt zwei Beobachtungen an, in denen Influenza latente Syphilis manifest machte, die dann sehr hartnäckige Symptome aufwies. In einem anderen Falle hatte die Injection von Marmorekschen Serum bei einem Erysipel denselben Effect.

VI. Die Nachkommen hereditär Syphilitischer.

Referent Hutchinson, J. (London) weist mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Deutung der Facta der Syphilis hereditaria tarda, der Möglichkeit der dabei unterlaufenden Irrthümer und der geringen Zahl

der gut beobachteten Fälle die Theorie der Uebertragbarkeit der Syphilis auf das dritte Geschlecht zurück.

Referent **Tarnovsky** (Petersburg) bezeichnet als erste Generation die Eltern, die die Syphilis erworben haben; deren Kinder, Enkel, Ur-enkel als zweite, beziehungsweise dritte und vierte Generation. Der Einfluss der Elternsyphilis auf die zweite Generation ist bekannt, im dritten Geschlechte ist er wesentlich abgeschwächt, die Zahl der Aborte, der Todtgeburten, der Todesfälle im frühen Kindesalter vermindert sich, hereditär syphilitische Erscheinungen fehlen, die Dystrophien sind in geringerer Zahl und weniger ausgeprägt. Die Immunität gegen das Virus der Syphilis wird auf das dritte Geschlecht nicht übertragen.

Die hereditär syphilitischen Eltern verpflanzen, selbst wenn sie manifeste Symptome bei der Zeugung beziehentlich in der Schwangerschaft aufweisen, dieselben nicht auf ihre Nachkommen. Vererbung von den Grosseltern auf die Enkel mit Ueberspringen einer Generation kam nie zur Beobachtung. Ist das zweite Geschlecht gesund, so erzeugt es gesunde Kinder. Bei eventuell bei denselben vorkommende Dystrophien muss man auf hereditäre Ursachen auf anderer Basis Rücksicht nehmen.

Dystrophien der zweiten Geschlechtsfolge müssen mit denen der dritten nicht übereinstimmen. Hereditäre Syphilis der dritten Generation ist im Allgemeinen eine Folge einer neuerlich acquirirten Luesinfection des zweiten Geschlechts. Diese extrauterine Syphilis der zweiten Generation „Syphilis binaire“ wird auf dem Lande häufig beobachtet. Sie übt auf die dritte Generation einen weit schädlicheren Einfluss als die Syphilis der ersten auf die zweite. Sie äussert sich nebst hereditär syphil. Symptomen im mächtigen Auftreten von dystrophischen Degenerationen und einer verhältnissmässig kleinen Zahl von gesunden Kindern. Die anatomischen und sexuellen functionellen Dystrophien spielen eine grosse Rolle beim Aussterben syphilitischer Familien.

Der hereditäre verderbliche Einfluss der von der ersten Generation acquirirten Syphilis zeigt sich bei der directen Nachkommenschaft; er schwächt sich im dritten Geschlecht, um sich im vierten weiter zu vermindern, und scheint dann gänzlich zu verschwinden.

Referent **Finger**, E. (Wien) betont, dass man vom theoretischen Standpunkt aus eine Uebertragung der Syphilis nicht nur auf das erste und zweite sondern auch auf weitere Geschlechter annehmen kann, wobei man bei der Nachkommenschaft auf drei auch unabhängige von einander vorkommende Folgeerscheinungen Rücksicht nehmen muss: a) auf echte virulente Syphilissymptome, b) auf syphilotoxische und dystrophische Störungen, c) Immunität.

A. Virulente, echte Syphilis in der zweiten Generation (nach Tarnovsky die dritte. Anm. d. Ref. R. F.).

Ihr Vorkommen ist bisher noch nicht unumstösslich bewiesen. Zur Feststellung bedürfte es des Beweises, dass die Syphilis in der zweiten und dritten Generation bei oder kurz nach der Geburt aufgetreten sei, da Syphilis hered. tarda bei den beteiligten Personen den Einwand

zulässt, die Syphilis sei in der frühesten Jugend erworben worden. Unter den 24 bisher bekannten Beobachtungen sind selbst die von Nunn, Mensinga, Hutchinson nicht über jeden Zweifel erhaben und nur der folgende bisher problematische Typus könnte als einwandfrei gelten: Eine unzweifelhaft hereditär syphilitische Mutter bringt ein hereditär syphilitisches Kind zur Welt. Kurz nach der Geburt des Kindes inficirt sich der Gatte, der Vater des Kindes, extramatrimonial.

B. Da die dystrophische Degeneration nichts Charakteristisches vom Standpunkt der Syphilis hat, und in Familien, wo Heredität (Syphilis, Tuberculose, Alkoholismus, Bleivergiftung) gänzlich ausgeschlossen sind, auftritt, ihr gleichzeitiges Vorkommen mit hereditär syphilitischen Symptomen aber in viel geringerer Zahl zu constatiren ist als in Fällen, wo dieselben Symptome nicht nachweisbar sind, so ist der Zusammenhang mit der Syphilis nicht genügend begründet. Wiewohl die Syphilis eine schwächliche Entwicklung der Nachkommenschaft erzeugt, so ist zu bedenken, ob nicht auch ohne dieselbe sich Entwicklungsstörungen etablirt hätten. Bezüglich des Nachweises des Auftretens von Dystrophien in der dritten Generation gelten die im vorigen Abschnitt erörterten Postulate. Insbesondere beim dritten Geschlecht muss acquirirte Syphilis ausgeschlossen werden können, weil dieselbe, in frühester Jugend erworben, auch Dystrophien hervorbringen kann. Der Ansicht, dass die Dystrophien in absteigenden Generationen seltener und gutartiger werden, steht die Thatsache der Zunahme der Sterblichkeit und die Zeugung lebensunfähiger Kinder, die die Decimierung der Rasse bedingen, entgegen.

C. Der Hypothese der Uebertragung der Immunität gegen Syphilis (die unter anderen auch durch das Profeta'sche Gesetz gestützt wird) stehen gegenüber:

1. Das Factum, dass acquirirte Syphilis dem Individuum nicht lebenslängliche Immunität verleiht. (Reinfection!)

2. Die Thatsache, dass in der Descendenz der Luetiker eine genügende Zahl von Fällen bekannt ist, die sich neuerlich inficirt, bei denen die Infection sogar einen bösartigen Verlauf nahm, so dass nicht einmal von relativer Immunität gesprochen werden kann. Von einer Uebertragung derselben auf das dritte Geschlecht kann daher nicht gut die Rede sein.

Referent **Jullien** (Paris) berührt vorwiegend die klinische Seite der Frage. Aus seinen Beobachtungen geht der dominirende Einfluss der Mutter hervor, auf 58 hereditär syphilitische Mütter kommen nur 34 Väter.

Die Fruchtbarkeit der Familie ist nicht beeinträchtigt, da in 98 Eben 244 Kinder (2.4 auf ein Ehepaar) geboren wurden. Dagegen wird die Zahl der Aborte auf 33% berechnet, die Gefahr derselben soll in den 3 ersten Monaten am grössten sein.

Die Kinder hereditär Syphilitischer sind schwächlich, sterben oft schon kurze Zeit nach der Geburt.

Unter die Stigmata zählen: Asymmetrie des Wuchses, Zwergwuchs. Infantismus, partieller oder totaler Riesenwuchs. Makro-, Mikro- oder Scaphocephalie, spitzbogenartige Wölbung des harten Gaumens, mediale

Exostose, verschiedenste Defecte der Zähne, wie sie bei hereditärer Lues beschrieben werden.

Von Seite des Nervensystems bald Stumpfheit und geistige Trägheit, bald Ueberbeweglichkeit, Unruhe, leichte Erregbarkeit, Epilepsie etc. Chorioiditiden, Pigmentveränderungen am Augenhintergrund. Schlappe, blasse Haut, spärliches, trockenes Haar, Acrocyanose. Teratogene Entwicklungsstörungen: Hämophilie, Kryptorchismus, Halseysten, Nasenscharte, Polydaktylie, congenitale Amputationen etc. Mit Bezug auf die Biophorentheorie weist Jullien die verbreitete Ansicht zurück, als ob die Empfänglichkeit für Syphilis sich von Generation zu Generation abschwäche.

Auf Grund der Experimente von Gley und Charrin, die im Stande waren Missbildungen durch Impfung von Toxinen auf Mutterthiere bei den Früchten zu erzeugen, und den Versuchen von Strauss und Chamberland und Anderer, welche die Durchgängigkeit der Placenta für Mikroben und Toxine nachwiesen, glaubt er, dass die Variabilität der Dystrophien von kaum bemerkbaren Abweichungen vom Normalen bis zum Tode des Embryos von dem Zustande des Eies, seiner Resistenz gegenüber dem Syphilisvirus, andererseits von den Bedingungen, unter welchen die verschiedene Virulenz besitzenden Toxine der Syphilis nach ihrem Durchtritt durch die Placenta die Frucht treffen, abhängen.

Hallopeau (Paris) theilt einen Fall von hereditärer Syphilis der dritten Generation mit. Der Grossvater hat nachweisbare Lues. Seine Tochter zeigt die charakteristische Kerbung der Schneidezähne; ihre Söhne oculäre, Ohren- und Gaumen-Stigmata. Der eine leidet an hartnäckigen Ulcerationen der Zehen, die sogar eine Amputation derselben in Erwägung ziehen liessen. Der Vater ist gesund, die Mutter bietet kein Symptom acquirirter Lues dar.

Boeck (Christiania) bereichert die Casuistik der hereditären Syphilis im dritten Geschlecht um zwei weitere selbst beobachtete Fälle.

Pelizzari (Florenz) zieht die Sicherheit, mit der man dystrophische Affectionen als luetische bezeichnet, in Zweifel, da die antispezifische Therapie bei ihnen versagt. Die hereditäre Immunität verschwindet um so schneller, je leichter die Infection bei den Eltern gewesen war. Der letzte Satz wird durch eine Krankengeschichte illustriert.

Troisfontaines (Lüttich) berichtet über einen hierher gehörigen Fall.

Barthélemy weist darauf hin, dass er als der erste auf dem internationalen Congress in Moskau 1897 einen Bericht der angezogenen Frage gegeben und bemerkt, dass die hereditäre Uebertragung auch monosymptomatisch und stets in derselben Weise erfolgen kann.

Fournier Edmond (Paris) hat in den Notizen seines Vaters 45 Beobachtungen von in das dritte Geschlecht vererbter Syphilis (darunter 16 exacte) gefunden. Aus 137 Schwangerschaften resultirten nur 56 lebende Kinder, und unter diesen nur 2 vollständig Gesunde.

VII. Die Ursachen der Generalisation der blennorrhagischen Infection.

Referent **Lesser** (Berlin). Die Existenz der blennorrhagischen Allgemeininfektion ist durch die Entdeckung des Gonococcus in den verschiedensten Organen zuletzt von Ahmann im Blut, bewiesen. Sie ist durch intermittirendes Fieber gekennzeichnet, das durch die Empfindlichkeit der Gonococcen gegen hohe Temperaturen (der Fieberabfall macht sie wieder lebensfähig) erklärt werden kann.

Man unterscheidet nach Souplet 4 Processe: a) Allgemeininfektion des Gonococcus, b) Mischinfection, c) Secundärinfection ohne Theilnahme der Gonococcen, d) Intoxication durch Gonococcentoxine. Eine klinische Differenzirung dieser Formen ist aber unmöglich.

Die Allgemeininfektion ist beim Mann fast immer eine Folge von Urethritis posterior. Unter 46 Männern die an Rheumatismus gonorrhoeicus litten, waren 24 zum ersten Mal an Urethritis erkrankt, 10 schon zum zweiten Male, 10 hatten schon Rheumatismus gonorrhoeicus überstanden, 2 schon mehrfache Attaquen.

Tommasoli (Palermo). Referent theilt die gonorrhoeischen Allgemeininfektionen in drei Gruppen: 1. durch Gonococcen allein, 2. durch Mischinfection, 3. durch nicht gonorrhoeische Infection bedingt.

Man nimmt jetzt allgemein an, dass die Toxine allein genügen, um eine Allgemeininfektion hervorzubringen, weil die Exsudate der gonorrh. Affectionen bakterienfrei gefunden wurden, und weil die Toxine dieselben Affectionen wie die Coccen selbst hervorrufen können. (Urethritis.)

Virulenz der Coccen und die biochemischen Eigenschaften des Organismus kommen in Frage.

Die Allgemeininfektion wird begünstigt: 1. durch eine Zunahme der Virulenz, die durch hygienische Fehler im Verlaufe des Harnröhrenstrikters veranlasst wird (Excesse in baccho et venere etc.), 2. durch das biochemische Verhalten des Organismus.

a) Bei schwächlichen, b) bei zu Rheumatismus disponirenden Individuen, c) bei Leuten mit schweren constitutionellen Störungen (Status lymphaticus, Alkoholismus, Arthritismus, Diabetes etc.).

Da für den Gonococcus saure Culturmedien den besten Nährboden abgeben, die eben angeführten Erkrankungen insbes. der Diabetes und Status lymphaticus mit verminderter Alkalität des Blutes und vermehrter Harnsäureabscheidung einhergehen, so können aus diesen beiden Momenten Schlüsse auf die Theorie der Allgemeininfektion gezogen werden. Zukünftigen Untersuchungen bleibt die Bestätigung derselben vorbehalten.

Referent **Ward**, Arthur (London) betont, dass als eines der wichtigsten, die Allgemeininfektion begünstigenden Momente eine zu energische locale Behandlung zu gelten habe, schon deshalb, weil sie die locale Widerstandsfähigkeit vermindert, und durch Verletzungen der Schleimhaut Eingangspforten für die Mikroorganismen erzeugt, und

schliesst sich Neissers Behauptung an, nach welcher die Häufigkeit der Complicationen von der angewendeten Methode abhängt.

Allgemeininfektionen kamen in 0.6% der Fälle zur Beobachtung.

Referent **Balzer**, F. (Paris). Die Allgemeininfektion kommt auf dem Wege der Blutbahn zu Stande. Wertheim sah Gonococcen im Gefässendothel, andere Forscher im Blute.

Das „Gonotoxin“ findet sich in den Coccenleibern, da das Filtrat der Culturen unwirksam ist, die abgetödteten Mikroben aber pathologische Wirkungen entfalten. Vielleicht gelingt es in Zukunft, an Stellen, wo man die Toxine als Erreger der Affection beschuldigt, Gonococcen zu finden.

Unzweifelhaft spielen Mischinfektionen eine bedeutende Rolle, doch ist es bisher unmöglich ihre Bedeutung exact zu würdigen.

Die Steigerung der Virulenz der Gonococcen, theils eine Folge der weiteren Ausbreitung des Processes (Urethritis posterior) theils durch physiologische Ursachen hervorgerufen (Menstruation, Schwangerschaft und Geburt), ist eine Hauptursache der Allgemeininfektion.

Die gonorrhoeischen Arthritiden scheinen durch die Gegenwart von Gonococcen verursacht zu werden, zweifelhaft ist dies für die Polyarthrititis deformans. Sie finden sich auch bei Endo- und Myocarditiden, bei welchen vorhergegangene Affectionen einen locus minoris resistentiae schafften und so ihre Ansiedlung zu begünstigen scheinen. Letzteres gilt auch für die Pericarditis, Pleuritis, Periostitis und Phlebitis.

Jaquet (Paris) schreibt der Toxinwirkung die pathologischen Haut-, Nieren- und Nervenveränderungen zu, während die Gelenkaffectionen durch Gonococcen selbst bedingt sind. Doch bieten sie keine speciellen klinischen Charaktere dar. Von Swediaur und Fournier wurde eine für den gonorrhoeischen Rheumatismus charakteristische Form, „rhumatisme talonnier“ beschrieben, die Jaquet aber auch sowohl bei sicher tripperfreien Individuen als auch als bei alten griechischen Statuen nachweisen konnte. Ermüdung durch langes Gehen und Stehen ist die Ursache. Die „Hyperostose talonnière“ ist aber nur ein Beispiel für viele.

Finger (Wien) betrachtet die Prädisposition des Individuums und die Ausbreitung des gonorrhoeischen Processes auf die Pars posterior und Prostata als die die Allgemeininfektion verursachenden Momente. Die Trennung der Blutgefässe durch eine bald mächtigere, bald nur sehr dünne Bindegewebslage von der Schleimhautepithelschicht bei der Vorsteherdrüse erschwert oder erleichtert das Eindringen der Coccen in dieselben, und erklärt so anatomisch die Bedingungen der Allgemeininfektion.

B. Einzelvorträge.

Lang (Wien). Die Resultate der Lupusexstirpation mit Krankenvorstellung. L. stellt 10 nach seiner Methode behandelte und geheilte Fälle von Lupus vor, bei denen Plastik der Lider, Nase und Ohren einen günstigen Effect hatten. Die Resultate der Behandlungsart stellen sich sehr günstig. 46 Operirte boten das Bild voll-

ständiger Heilung, darunter bis zu einer Beobachtungsdauer von 7 Jahren. Die Operation ist überall indicirt, wo es gelingt den kranken Herd vollständig zu entfernen.

Man kann so in wenigen Tagen oder Wochen Kranke von ihrem jahrelangen Leiden befreien und der Gesellschaft wiedergeben.

Nélaton bezeichnet die totale Excision des Lupus, wenn sie anwendbar ist, als „ideale“ Methode. Deckung des Substanzverlustes durch Autoplastik ist der Thierschung vorzuziehen. Wünschenswerth ist es, dass der Lupus, wenn er noch kleine Herde bildet, die nach Exstirpation durch Naht geschlossen werden können, der chirurgischen Behandlung zugeführt werde.

Finsen (Kopenhagen). Behandlung des Lupus mit concentrirten Lichtstrahlen. F. erörtert in Kürze die den Lesern dieser Zeitschrift bekannten Principien seiner Behandlung, deren durchschnittliche Dauer $4\frac{1}{2}$ Monate beträgt. Recidiven wurden bei sorgsamer Controle, allerdings nur bei strenger Einhaltung der beschriebenen Grundsätze nicht beobachtet. Die Vortheile der Methode sind der constante Erfolg, das in jeder Hinsicht befriedigende cosmetische Resultat, die Möglichkeit auch scheinbar gesunde Stellen in der Umgebung ohne Furcht vor Narbenbildung behandeln zu können, Fehlen ungünstiger Nebenwirkungen, ihre Schmerzlosigkeit. Ausser dem Lupus vulgaris wurden auch mit Erfolg Lupus erythematodes, Area Celti, Hautepitheliome, Acne vulgaris und rosacea und Angiome behandelt. Da es sich bei letzterer Affection nicht um eine bacilläre Erkrankung handelt, so muss man an eine durch die Wirkung der Lichtstrahlen hervorgerufene reactive Entzündung glauben.

Petersen (Petersburg) hat bei 20 Fällen „Finsen“ angewendet. Von 10 Lupuskranken wurden 5 geheilt, 5 stehen noch in Behandlung, von 5 Lupus erythematodes-Fällen sind 4 wesentlich gebessert, ein angiomatöser Naevus und ein Epitheliom fast geheilt.

Brocq (Paris) erkennt die Vorzüge dieses Verfahrens an, macht aber darauf aufmerksam, dass bei mehreren der vorgestellten Kranken Lupusknötchen nachweisbar sind. Die Kostspieligkeit setzt seiner Verbreitung Grenzen. Man möge nicht vergessen, dass mit den alten Methoden auch Heilungen und gute Resultate d. h. schöne Narben erzielt wurden, wie die Moulagen des Hospitals St. Louis beweisen.

Ehlers (Kopenhagen): Da die Lupuskranken grösstentheils der armen Bevölkerungselasse angehören, so muss der Staat, wie es in Dänemark der Fall ist, Institute für Finsenbehandlung errichten. Man wird dann selbst verzweifelte Fälle „lupus intractabilis“ (Brocq) zur Heilung bringen.

Lang (Wien) stellt die Frage, welcher Antheil der Wirkung den chemischen Lichtstrahlen einerseits, dem ständigen Druck der Linse andererseits zufällt; der Druck allein kann eine Rückbildung der Lupus-Knötchen bewirken.

Audry (Toulouse) räumt der Finsen'schen Methode nur einen kleinen Spielraum ein. Er zieht die Exstirpation mit nachherigen Thier'schen Transplantation vor, die, wie er nebenbei bemerkt, dem Prioritätsrecht nach Ollier'sche heissen sollten.

Besnier, E. lobt die Resultate der Lichttherapie Finsens, weist aber auf die recidivirenden Lupusknötchen bei einigen vorgestellten Kranken hin, für die er die Ignipunctur als bestes Mittel erklärt.

Schiff, E. und Freund, L. (Wien). Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie. Die hauptsächlichsten Indicationen der Radiotherapie sind: a) Die durch Parasiten hervorgerufenen Dermatosen; b) die Affectionen der Haut, bei denen in der Entfernung der Haare das wesentliche Element der Heilung besteht (Freund).

Im Besonderen angeführt: Die Affectionen des behaarten Kopfes: Favus, Trychophytien, Area celsi etc., die den bisherigen Behandlungsmethoden gegenüber oft einen hartnäckigen Widerstand entgegensetzten, bei denen aber das Röntgenverfahren rasche und radicale Heilung brachte.

Dann der Lupus vulgaris, Mykosen der Haut, Hypertrichosis, Sykosis, Herpes tonsurans, Folliculitis, Furunculosis etc. Lupus erythematodes.

Die Zeitdauer der Behandlung ist eine verschieden lange, Sykosis und Favus erfordern nur einige Wochen, Hypertrichosis aber ein Minimum von 18 Monaten, der Lupus je nach Ausbreitung eine bald kürzere, bald längere Behandlung. Den stillen Entladungen hochgespannter Ströme wird eine bedeutende Wirkung auf die Haut zugeschrieben.

Bertarelli (Mailand). Ueber die Frage der Wirksamkeit von Calomelinjectionen auf Lupus. B. kommt auf Grund seiner Erfahrung, die er an dreizehn mit Calomelinjectionen behandelten lupösen Individuen gewonnen hat, zum Schluss, dass diese Art der Therapie wirkungslos ist, da sich nicht einmal Besserungen im Verlaufe derselben zeigten.

Dubreuilh (Bordeaux): Ueber den nasalen Ursprung des Gesichtslupus. Die Häufigkeit des primären Lupus der Nasenhöhle hat nichts Ueberraschendes, wenn man berücksichtigt, dass der alle möglichen Mikroben enthaltende Staub der Einathmungsluft auf ihrer Schleimhaut deponirt wird. Die klinischen Erscheinungen weisen auf die Existenz einer scrophulösen Coryza hin, eines primär tuberculösen Catarrhs nicht lupösen Charakters, welcher zur Etablierung eines Schleimhautlupus Anlass geben, oder sich auf die benachbarte Haut unter der Form eines Lupus fortsetzen kann, das ist in der Umgebung der Nasenlöcher oder der Augenwinkel auf dem Wege des Ductus nasolacrimalis. Der tuberculöse Catarrh kann die sympathischen Lymphknoten inficiren, die gewöhnliche Aetiologie der tuberculösen Halslymphdrüsen-schwellungen. In einer grossen Majorität der Fälle ist der Gesichtslupus direct oder indirect eine Folge der scrophulo-tuberculösen Coryza.

Stelwagon (Philadelphia). Ein Fall von Dermatitis blastomycetica. St. berichtet über einen 49jährigen Mann ohne tuberculöse Anamnese, bei dem sich 6 Wochen nach einer durch eine Katze

bewirkten Aufschüpfung der Haut am Dorsum des I. Intermetarcarpalraums eine furunkelartige Efflorescenz mit langsamer Heilungstendenz entwickelte.

Kurze Zeit darauf ist der ganze Handrücken eingenommen von einem breiten infiltrirten, ca. halbdauenhoch hervorspringenden papillomatösen Plaque, aus welchem sich auf Druck ein serös-eitriges Exsudat aus mehreren Oeffnungen entleert. Auf dem ganzen Arm kalten Abscessen ähnliche Schwellungen.

Die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit und kleiner Gewebstückchen ergibt *Streptococcus albus et aureus*, Tuberkelbacillen in geringer Zahl, und eine grosse Zahl von rundlichen, $5\ \mu$ im Durchmesser zählenden Elementen, welche an Hefezellen erinnern. In den Culturen gingen bloss *Streptococci* auf.

Es handelte sich um eine *Dermatitis blastomycetica*, deren Aehnlichkeit mit dem Bilde der Hauttuberculose auffällt.

Hyde, J. N. (Chicago). Bericht über zwei Fälle blastomycotischer Infection der Haut beim Menschen nebst einer allgemeinen Uebersicht der menschlichen Blastomycose. H. theilt zwei neue Beobachtungen, die er sehr detaillirt vom anatomischen und mykologischen Standpunkt untersucht hat, mit, und gibt eine Uebersicht über 20 bisher publicirte Fälle

Spiegler (Wien). Ueber Trichoptilose und ihre Ursachen. Sp. hat als Ursache der Trichoptilosis (Aufsplitterung des Haares) einen Bacillus gefunden, dessen morphologische und biologische Verhältnisse er genau beschreibt.

Culturen auf gesunde Haare überimpft bringen dieselbe Affection hervor und von diesen lassen sich wieder Culturen desselben Mikroorganismus erhalten.

Ausser des so durch das Experiment festgestellten mykotischen Ursprungs der Affection sprechen auch klinische Beobachtungen für dieselbe: Die Hartnäckigkeit der Erkrankung, da ein Haar das andere infectirt. Ernährungsstörungen können als erregende Ursache ausgeschlossen werden. Vom klinischen und bakteriologischen Standpunkt unterscheidet sich die Trichoptilosis von der Trichorrhesis nodosa.

Sie kommt nur am langen Haar der Frauen zur Beobachtung, bei Männern kann sie sich wegen des häufigen Haarschneidens nicht entwickeln.

Die einzig wirksame Behandlung ist das Kurzschneiden der kranken Haare während einer langen Zeit.

Ciarocchi, F. (Rom). Ueber moniliforme Aplasie der Haare. C. theilt eine Beobachtung der im Titel angegebenen Affection mit. Das 2jährige Kind ist jetzt scheinbar kahl, kurz nach der Geburt fingen die früher gesunden Haare an brüchig zu werden. Thatsächlich kann man bei ihm jetzt höchstens 1 Cm. lange abgebrochene Haare constatiren. Die Stümpfe zeigen in regelmässiger Anordnung Ausbauchungen und Einschnürungen; erstere weisen die normale Structur auf, letztere sind durch das Fehlen von Pigment und der Marksubstanz und Verdickung der Cuticula charakterisirt. Dies sind auch die Bruch-

stellen. Die Augenbrauen sind in geringem Grade betroffen, die Augenwimpern normal. Xerodermie. Nur bei einem Onkel väterlicherseits dieselbe Affection.

Auf mikroskopischen Schnitten sieht man, dass schon die Haarwurzel und die Haarpapille Anschwellungen und Einschnürungen zeigt.

Rasirt man die Haarstümpfe in regelmässigen Zwischenräumen, so kann man schon nach 24 Stunden bei jedem Haar Ausbauchung und Einschnürung erkennen, so dass die nervöse Störung, die dem Leiden zu Grunde zu liegen scheint, eine Periodicität, wie es etwa der Wechsel von Tag und Nacht ist, erkennen lässt.

Ciarocchi, G. (Rom). Die geographische Vertheilung des Favus in der Provinz Rom. C. hat an der Hand der Protokolle des Spitals St. Gallicano, in welchem alle Favösen der Provinz untergebracht werden, die Verbreitung des Favus vom Beginn des Jahrhunderts an studirt.

An einem Beispiel illustirt er die Heredität des Favus in Familien.

Truffi (Mailand). Untersuchungen über das Achorion. Bei Favusculturen von einem bestimmten Alter, sieht man weisse, wollartige Colonien, welche Truffi als eine pleomorphe, von gewöhnlichen Favusculturen durch verschiedene Charaktere sich unterscheidende Varietät betrachtet. Sie pflanzen sich auf andere Weise als durch Mycelsporen fort und gedeihen, wie der Trichophyton besonders auf zuckerhaltigen Nährböden. Die Charaktere übertragen sich auch auf die Tochterculturen.

Unna (Hamburg) bemerkt, dass die einzige Methode nur die Frage des Pleomorphismus zu entscheiden, die Impfung auf den Arm oder den Oberschenkel sei.

Sabouraud (Paris) hat in Paris nur eine Art des Achorion constataren können. Dieselbe ist pleomorph und jede verschiedene Form erzeugt durch Impfung eine Erkrankung von besonderem Aussehen. Jedesmal ist es aber möglich auf das ursprüngliche Original, auf die Ausgangscultur, zurückzukommen.

Bodin, E. (Rennes). Ueber den Polymorphismus der parasitären Pilze der Tinea mit besonderer Berücksichtigung des Mikrosporum des Pferdes. B. erörtert den Begriff Polymorphismus, unter welchem man zweierlei versteht, 1. das verschiedene Aussehen, welches ein Pilz unter verschiedenen Culturbedingungen annehmen kann; 2. die verschiedenen Wachstumsformen, die einmal angenommen in den verschiedensten Nährmedien bewahrt werden können.

Das Studium des Mikrosporen des Pferdes gibt für letzteren Satz deutliche Beweise. Unter den drei Formen, dem Endoconidium, Acladium und der Oospora ist die letztere die interessanteste.

Wenn man die Culturen des Acladiums unter genügendem Luftzutritt und Erschöpfung des Nährbodens und langsamer Austrocknung desselben einer niedrigeren Temperatur als 25° aussetzt, so entstehen Inseln von gipsartigem Aussehen, vom Typus des Streptothrix. Impfung beim Pferde bringt peladoide Plaques hervor, aus denen sich

durch Cultur nur Oospora gewinnen lässt, deren Verwandlung in andere Formen nicht mehr gelingt. Diese Wachstumsform ist beim Pferde von Le Calvé und Malherbe schon unter dem Namen Trychophyton minimum beschrieben worden. Aus diesen Thatsachen geht hervor, dass der Streptotrix den Mucedoarten und nicht den Bakterien zugerechnet werden muss.

Man sieht also, dass derselbe Pilz verschiedene mykologische Wachstumsformen annehmen und verschiedene Erkrankungen erregen kann.

Balzer (Paris) hat in gewissen Fällen eine Transformation des Mikrosporon in Trichophyton mit Bildung dichter Sporen beobachtet.

Sabouraud (Paris) hält den Namen „Mikrosporum“ nicht für exact. Das verzweigte Mycel im Inneren der Haare ist viel charakteristischer als die Dicke der Sporen. Gegen das Ende der Erkrankung können die Sporen dick erscheinen, aber der Charakter der Cultur bleibt immer derselbe.

Dubreuilh (Bordeaux). Ueber das senile Angiom. D. bemerkt, dass das Angioma senile eine sehr häufige, aber von den Dermatologen fast gänzlich mit Stillschweigen übergangene Affection darstelle. Es sind miliare, rothe, gut begrenzte, leicht vorspringende, über die bedeckt getragenen Partien des Körpers vertheilte Flecken.

Sie entwickeln sich ca. im 4. Jahrzehnt des Individuums. Prognostisch kommt ihnen keine Bedeutung zu. Das mikroskopische Bild entspricht dem klinischen vollständig.

Gaucher, E. (Paris). Die Aetiologie der Vitiligo. G. hat in mehreren Fällen von generalisirter Vitiligo Störungen der Ernährung gefunden, welche in ungenügender Oxydation der stickstoffhaltigen Producte und manchmal auch in einer leichten dyskrasischen Albuminurie bestanden. Man muss nun schliessen, dass, wenn die Pathogenese der Vitiligo nervös ist, seine Aetiologie antotoxisch ist.

Doch gibt es auch Vitiligoformen rein nervösen Ursprungs.

Der Autor fügt eine Eintheilung der pigmentären Dystrophien an.

Ehrmann (Wien). Zur Pathologie der Initialsclerose. E. konnte durch die Injection der Blut- und Lymphgefässe an Sclerosen nachweisen, dass das Virus sich hauptsächlich auf dem Wege der Lymphgefässe weiter verbreitet.

Durch Anwendung der elektrischen Difussion von Sublimat, an der Stelle des Initialaffectes, konnte er in einigen Fällen, in den ersten 14 Tagen nach der Infection vor dem Auftreten der Drüenschwellungen den Ausbruch von Allgemeinerscheinungen verhindern.

Nobl (Wien). Anatomisch-pathologische und bacteriologische Studien über die venerischen und syphilitischen Erkrankungen der Lymphwege. N. fand, dass es sich bei der acuten Gonorrhoe um eine Entzündung der grossen oberflächlichen Lymphgefässe der Schleimhaut handelt, die sich als Endolymphangitis proliferans darstellt und als weniger deutlich ausgesprochene Entzündung der Adventitia der Gefässe.

Bei der Initialsclerose spielt die proliferative und indurative Entzündung nicht nur im lockeren subcutanen Zellgewebe sondern an den Lymphgefässen und ihrem ernährenden Capillarnetz eine grosse Rolle. Die Alteration besteht in einer Endolymphangitis proliferativa obliterans und in einer Para- und Perilymphangoitis. Die Infiltrationszone, welche von den Capillargefässen ausgeht, hat eine dem Plasmom des indurirten Chancres conforme Beschaffenheit.

Bezüglich der beim Ulcus molle auftretenden Lymphangoitis, welche eine exsudative Entzündung der Intima darstellt, glaubt Nobl, dass nicht bloss die specifischen Mikroorganismen, sondern auch pyogene Bakterien eine ätiologische Bedeutung haben.

Barbe (Paris). Pigmentirte und nicht pigmentirte zoni-forme Syphilide. B. berichtet über ein zoniformes Pigmentsyphilid bei einem 26monatlichen Kind an der rechten Seite des Thorax.

Vom Standpunkt der Pathologie nimmt Barbe an, dass gewisse Rückenmarkssegmente luetisch afficirt werden; die ihnen entsprechenden Hautterritorien bilden einen locus minoris resistentiae für Entwicklung von Syphiliden.

De Beurmann et Delherm (Paris). Ueber Veränderung der Milz bei erworbener Syphilis. B. et D. behaupten, dass die Milzvergrößerung zur Zeit des Auftretens der Sclerose erscheint, oder ihr sogar noch vorausgeht, was für Generalisation des Virus zur Zeit der Entstehung des Chancres spricht. Die Milzschwellung steht mit der Anämie und den Störungen von Seite der Eingeweide in Verbindung. Bei latenter Syphilis kann sie den Ausbruch von Erscheinungen anzeigen.

Justus, J. (Budapest). Die Wirkungsweise des Quecksilbers bei Syphilis. J. weist das organisch gebundene Quecksilber in den Geweben folgendermassen nach: Fixation des Gewebsstückchens in Zinkchlorür (14 : 100) dann Einbringen in Schwefelwasserstoff, dann die übliche Weiterbehandlung. In den Mikrotomschnitten ist Hg reichlich nachweisbar. Man sieht es als schwarze Granulirung in den Endothelien der Blutgefässe, in den Lymphgefässen und in den Plasmazellen, welche um so weniger färbbar erscheinen, je mehr Quecksilber sie enthalten.

Das Quecksilber wird auf dem Wege der Circulation den syphilitischen Producten zugetragen, von welchen es, scheinbar in ganz besonderer Weise angezogen wird. Es wird von den Plasmazellen aufgenommen und bewirkt gleichzeitig ihren Untergang. Die Degenerationsproducte werden von den Lymphwegen weggeschafft. In dem Masse als sich die Plasmazellen vermindern, verschwindet die Infiltration und das Gewebe regenerirt sich.