

wendet aber weisses Vaseline an? Die Zahl dieser Beispiele könnte noch vermehrt werden; es braucht aber nur darauf hingewiesen zu werden, dass selbst bei chemisch genau analysierten und reinen Körpern die Wirkung verschieden ist, je nachdem die eine oder die andere Fabrik das Präparat hergestellt hat; es soll zu diesem Zwecke nur an das Cocain und an das amerikanische und deutsche Aconitin erinnert werden. Es würde nicht schwer halten, diese Auseinandersetzungen noch zu erweitern, doch führen diese Abschweifungen zu sehr in das pharmakologische Gebiet; sie mögen genügen, um ein theoretisches Hindernis der Anwendung des Oesypus aus dem Wege zu räumen. —

Wenn ferner die Einwendung gemacht würde, dass vielleicht jede Wollkämmerei ein anderes Produkt auf den Markt liefert, so ist damit erstens noch nicht bewiesen, dass diese verschiedenen Oesypuspräparate auch verschiedene Zusammensetzungen haben, und andererseits können minderwertige Präparate, wie beim Vaseline, nur die Vorzüge des erprobten Mittels in ein besseres Licht setzen.

Auf eine Begründung, welcher Faktor oder welche Bestandteile diese Wirksamkeit des Oesypus hervorrufen, will ich nicht eingehen, da ich damit selbst das Gebiet der Theorie betrete. *Ihle* hat angenommen, dass die Gegenwart der freien Fettsäuren dabei eine Rolle spielt. Dieser Ansicht kann ich mich nicht anschliessen, denn ebensowenig, wie mich der Chlorgehalt oder die Anwesenheit von freien Fettsäuren von der Anwendung des Oesypus oder irgend eines anderen Präparates abhalten könnte, sobald sich ein deutlicher dermatotherapeutischer Nutzen zeigt, so scheint, gerade wie beim *Ol. cadinum* oder wie beim Opium die Summe der in demselben enthaltenen Faktoren, resp. Alkaloide, von denen bisher keines das Opium vollständig zu ersetzen vermochte, die seit Jahrhunderten geschätzte Wirkung hervorruft, auch beim rohen Wollfett die sich aus den einzelnen Bestandteilen ergebende Resultante<sup>1)</sup>, wie *Lewin* das bei der *Digitalis* hervorgehoben hat, die beobachtete Wirkung zu erzeugen. Und so teile ich den in seiner letzten Arbeit angeführten Ausspruch von *Ihle* vollständig: „Es giebt keine Fettsorte, die im Durchschnitt der Fälle besser und andauernder vertragen wird, als das rohe Wollfett.“

---

### LIII. Zur Casuistik der Joddermatosen.

Von

Dr. T. BROES VAN DORT

in Rotterdam.

Im Monat September 1893 consultierte mich ein Patient, welcher meine Meinung zu hören wünschte bezüglich seines Leidens, das von seinem Hausarzt für Syphilis erklärt war. Diese Diagnose

---

<sup>1)</sup> *L. Lewin*. Therap. Mitteilungen. Deutsch. med. Wochenschr. 1894, Nr. 26.

stellte sich als ganz richtig heraus. Es bestand ein fast verheiltes Primäraffect im sulcus coronarius und ein beginnendes maculöses Syphilid an der Seitenfläche des Thorax. Es konnte ausserdem eine spezifische Polyadenitis festgestellt werden.

Seit dieser Consultation habe ich den Patienten bis Ende Februar nicht mehr gesehen. In dieser Zeit kam er in meine Sprechstunde mit Klagen über eine Dermatoze, welche von ihm selbst für eine syphilitische Erscheinung gehalten wurde und auch dementsprechend behandelt war. Daneben fanden sich Papeln auf Wangen-, Lippen- und Zungenschleimhaut. Die wirkliche Veranlassung zu dieser zweiten Consultation jedoch gab ein seit zwei Wochen bestehendes acut aufgetretenes, polymorphes Exanthem, welches in stetiger Ausdehnung begriffen war. Localisiert waren diese Efflorescenzen auf Kinn, Backen, Kehlkopfgegend, Nasenflügeln, Knie- und Ellenbogengelenk, Streckseite, rechtes Handgelenk, Beugeseite, rechte Vola manus, Planta pedis beiderseits und endlich Aussenrand der rechten Fusssohle. Auf keiner der genannten Stellen waren mehr als zwei bis vier Efflorescenzen zu bemerken, ausgenommen das Gesicht, woselbst sie sich in grösserer Anzahl vorfanden. Jucken fehlte vollständig und Schmerzhaftigkeit bestand nur bei starkem Druck. Jede Efflorescenz war von einem mehr oder weniger hyperaemischen Hof umgeben, jedoch bot ihr Aussehen sehr grosse Verschiedenheiten. Im Gesicht zeigten sie teils die typische Form des Furunkels, teils die der Acne vulgaris, wiewohl mit viel ausgedehnterer Infiltration der Basis; einzelne der Pusteln waren von einem Haar durchbohrt. An den Extremitäten war das Bild ein ganz anderes: die Eruptionen waren teils ulcerös, teils bullös.

Die ulcerösen Eruptionen hatten eine kreisrunde Gestalt, scharf umschriebene Ränder, einen mit necrotischen Fetzen und Krusten bedeckten eitrigen Grund mit geringer Infiltration, ihr Durchmesser schwankte zwischen 1 und 1,5 cm. Die bullösen, speciell auf dem rechten Fuss localisiert, waren haselnussgross und prall mit hämorrhagischem Serum gefüllt.

Dieser Zustand bestand seit zwei Wochen, alle Eruptionen hatten in ungefähr derselben Zeit angefangen. Die ulcerösen hatten sich seit einigen Tagen aus tuberösen Infiltraten mit centraler eitriger Schmelzung entwickelt, wobei die Erweichung auch auf die Randinfiltration übergegangen war. Die bullösen und anderen Formen waren gleich als solche entstanden und hatten nur an Ausbreitung zugenommen.

Nach der Angabe des Patienten hatte sich Anfang Januar das erste Recidiv der Lues in Form eines maculösen Exanthems auf der Haut und Papeln auf der Mundschleimhaut gezeigt. Das Exanthem ging im Laufe von 4 Wochen auf Hg-Behandlung vollkommen zurück. Nach Aussetzen des Hg wurde Ende Januar mit der Darreichung von Jodkalium begonnen, und zwar in einer Tagesdosis von 2,0 gr. Mitte Februar waren die oben beschriebenen verschiedenen Formen des Exanthems aufgetreten.

Beim Betrachten einer Hauteruption drängt sich manchesmal, wie von selbst, eine Diagnose auf, welche jedoch später sich nicht

immer als die richtige erweist. In unserem Falle bedurfte es eben keiner Autosuggestion, um, wenn auch nicht zu der Ueberzeugung, so doch zu der Vermutung zu gelangen, dass hier ein Arznei-Exanthem vorlag. Diese Vermutung wurde hauptsächlich durch die vorher erfolgte Darreichung von Jodkali gestützt.

Da jedoch die Vermutung allein zur Diagnosestellung nicht genügt, versuchte ich eventuell in Betracht kommende andere Krankheiten auszuschliessen, und für die gestellte Diagnose möglichst viel Beweise beizubringen. Patient ist syphilitisch; wir könnten es also hier mit Hautsyphiliden zu thun haben; viel weniger käme *Acne vulgaris*, *Pemphigus*, *Impetigo* in Betracht, während für Annahme noch anderer Dermatosen absolut kein Grund vorlag. Zwei Hauptgründe dagegen waren vorhanden, einerseits zum Beweis der gestellten Diagnose, andererseits zur Ausschliessung der *Acne vulgaris*, des *Pemphigus* und *Impetigo*; dieselben bestanden erstens in der Polymorphie des Exanthems, und zweitens in dem acuten und gleichzeitigen Entstehen auf allen befallenen Stellen, woraus man mit Recht den Schluss ziehen konnte, dass alle Efflorescenzen auf ein und derselben Ursache zurückzuführen waren. Demnach blieb nur die Annahme eines Hautsyphilids oder einer Joddermatose übrig.

Selbstverständlich entstehen viele Hautkrankheiten acut, viele polymorph, es kommen bei vielen ulceröse und pemphigoide Formen neben einander vor. Wenn aber der Gedanke an derartige Krankheiten jeder Begründung entbehrt, so ist es überflüssig, ihre Namen noch zu nennen.

Wenn nur die äussere Erscheinung der Efflorescenzen massgebend wäre, dann müssen wir zugeben, dass jedenfalls Anlass vorhanden war, anluetische Erscheinungen zu denken. Auf dem Pariser Dermatologen-Kongress beschrieb Dr. Euthyboule (*L'acné syphilitique du nez* par le Dr. Euthyboule, *Comptes rendus* pag. 623) einige Fälle von *Acne syphilitica*, welche in der Gegend der Nase in Form einer später ulcerierenden Papel auftraten, jedoch gehörten sie zu den Tertiärererscheinungen, und werden solche Fälle nur nach Verlauf des dritten Jahres post infectionem beobachtet. Die pemphigoiden Formen am Fuss liessen die Annahme „Lues“ zu, wiewohl es zu den seltenen Ausnahmen gehört, dass bei erworbener Syphilis Erwachsener pemphigoide Formen auftreten. Die beschriebenen Ulcerationen an der oberen Extremität zeigten eine entschiedene Ähnlichkeit mit einem ulcerösen Syphilid, jedoch mit dem einer malignen Syphilis. Lag in unserem Falle wirklich Lues als Ursache der Efflorescenzen vor, dann war nur die maligne Form, die Syphilis praecox anzunehmen, denn bei einer nicht malignen sozusagen normal verlaufenden Lues, kommen Syphilide von dem Aussehen, wie die Eruptionen bei unserem Kranken, nicht sobald nach der Infection vor. In den normal verlaufenden Fällen nehmen die ulcerösen Syphilide, der Spätperiode angehörend, gewöhnlich die Nieren- und Guirlandenform an, manchesmal tritt auch der serpiginöse Charakter in den Vordergrund. Bei den malignen Formen dagegen ist der Verlauf schnell, es fehlt die Zeit für die teilweise Heilung, welche

nötig ist zur Entstehung der Nieren- und serpiginösen Formen. Die vom Centrum aus ulcerierenden Infiltrate behalten die Kreisform, selbst die Randinfiltration geht in Schmelzung über und das Syphilid liegt sozusagen frei in der Haut. Das alles fand sich bei unserem Kranken. Jedoch das klinische Bild der malignen Lues fehlte, sodass wir Ursache hatten, auch diese Krankheit auszuschliessen und zwar aus folgenden Gründen:

Die galoppierende Form der Lues äussert sich im allgemeinen dadurch, dass die secundären Erscheinungen überhaupt wenig prägnant hervortreten oder ganz fehlen. Die Ulcerationen überschütten fast den Körper, sind gewöhnlich schmerzhaft, meistens ist Fieber eine Begleiterscheinung. Häufig findet sich auch eine bestimmte Gruppierung der Efflorescenzen. Alles das fehlte bei unserem Kranken. Die Krankheit hatte bei ihm einen ganz gewöhnlichen Verlauf. Die secundären Erscheinungen waren deutlich ausgesprochen. Das beginnende maculöse Syphilid zeigte sich im September 1893, zwei Monate nach der Infection; das erste Recidiv trat ein halbes Jahr später im Januar 1894 hervor, der Beschreibung nach ebenfalls eine maculöse Eruption. Bei der Untersuchung im Februar war dieses bereits geschwunden und nur noch Papeln im Munde vorhanden. Wiewohl die sogenannten secundären und tertiären Erscheinungen, besser Früh- und Spätformen, nicht immer scharf von einander zu trennen sind, fällt es doch schwer, anzunehmen, dass Eruptionen, welche den früheren und andere, welche den späteren Perioden angehören, auf einem Individuum gleichzeitig gefunden werden können. Die Schwerfälligkeit dieser Annahme war uns zu gross. Ueberdies waren die Ulcerationen gering an Zahl, nur 10 bis 12, und Schmerz so gut wie nicht vorhanden.

Demnach schien uns die Ausschliessung eines Hautsyphilids genügend begründet.

Sodann hätten wir die positiven Gründe für Annahme einer Joddermatose anzuführen.

Zu dieser Annahme führte zunächst die Betrachtung der Eruptionen im Gesicht. Viele davon hatten die typische Form der Acne vulgaris; wiewohl die starke Infiltration, der hyperämische Hof, das Fehlen der Comedonen die Anwesenheit einer Acne vulgaris energisch zurückwiesen, ebenso die einerluetischen Acne auf Grund des Fehlens serpiginöser Bogenformen, welche Prof. *Lassar* (zur Anamnese der Spätsyphilide, Berl. klin. Wochenschrift 1892, No. 29) früher beschrieben. Die im Gesicht vorhandenen Formen sind eben charakteristisch für die Arzneiexantheme. Ebenso, wenn auch viel seltener, sind die auf den Extremitäten vorhandenen Formen. Diese wurden von *Fournier* in seiner Arbeit „Traitement de la syphilis“ eingehend berücksichtigt. Er zählt sie unter die „jodides graves“ sowohl die pustulo-crustöse Form, wie sie einige unserer Efflorescenzen zeigten, wie auch die am Fuss unseres Kranken vorhandenen pemphiginösen Formen. Die pustulo-crustösen Formen haben nach *Fournier* eine so grosse Aehnlichkeit mit den tertiären ulcerösen Hautsyphiliden, dass selbst erfahrene Syphilidologen auf Grund des äusseren Aussehens nicht die Diagnose zu stellen wagen, sondern gern jede andere

klinische Erscheinung mit heranziehen. Er fügt hinzu, dass das acute und überall gleichzeitige Auftreten und nicht am wenigsten die Polymorphie des Exanthems, von *Gemy* (Annales de dermatolog. et syphilig. 1891, pag. 641) in seinen teilweise aus der Litteratur gesammelten, teilweise selbst beobachteten Fällen, fast wie pathognomonisch angesehen, ausserdem der vorhergegangene Gebrauch von Jodkali die Diagnose einer Joddermatose durchaus sicherstelle.

Diese Diagnose wurde in unserem Falle noch befestigt durch die Thatsache, dass es mir gelang im Harn die Anwesenheit von Jod nachzuweisen (Stärkekleisterpapier mit Urin befeuchtet und den Dämpfen der rauchenden Salpetersäure ausgesetzt, wurde blau verfärbt). Ferner wurde die Richtigkeit der Diagnose dadurch bestätigt, dass schon drei Tage nach dem Aussetzen des Jodkali eine nicht unbeträchtliche Besserung eingetreten war. Die Behandlung bestand im Aussetzen des Jodkali. Die Blasen wurden ihres Inhalts befreit, alles mit sterilisiertem Borwasser abgespült und mit Quecksilbercarbolpflastermull. Nach vier Wochen war Heilung eingetreten, mit Hinterlassung von Narben auf den Stellen der Ulcerationen.

---

## LIV. Zur Therapie des Melanom.

Von

Prof. Dr. O. LASSAR.

(Mit 2 Abbildungen.)

Das Schicksal der Melanome ist bekannt. Jahrelang können sie unverändert in kleinen Anfängen verharren. Plötzlich beginnen sie zu wachsen und Metastasen in solcher Massenhaftigkeit auszusenden, wie dies kaum bei einer andern Geschwulstart gesehen wird. Augenscheinlich giebt den nächsten Anlass zu dieser Verbreitung meistens ein Trauma, welches den ursprünglichen Tumor in seinem Zusammenhang lockert und neue Communicationen mit den Gefäss-Systemen schafft. So auch nur ist es zu verstehen, dass operative Eingriffe oft von conträren Folgen begleitet werden, und die selbst radicale Exstirpation immer nur einen ungewissen, oft aber einen ungünstigen Ausgang nach sich zieht. An Belegen für diesen Zusammenhang ist ein reiches Material vorhanden. Nur einiges sei angeführt: *Schulten*<sup>1)</sup> exstirpierte einen Pigmentfleck, der sich seit vier Jahren auf dem Vorderarm befunden hatte und unmittelbar darauf traten zahlreiche Knötchen im ganzen Körper auf. *Litten* fand<sup>2)</sup> eine melanosarcomatöse Leber von Tintenschwärze, die bis in das kleine Becken reichte und sich im Anschluss an die

---

<sup>1)</sup> Finska läkars. handb. Bd. 28. 402.

<sup>2)</sup> Deutsche med. Wochenschr. No. 3. 1889.