

## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1896.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Rille.

Finger: Fall von *Herpes tonsurans maculosus* ähnlich *Erythema papulatum*. Der Stamm besät mit über das Hautniveau vorragenden hellrothen Efflorescenzen, meist von Linsengrösse. Einzelne sind in der Mitte mit Schüppchen bedeckt, eine und die andere hat auch ein Bläschen im Centrum. Bemerkenswerth ist, dass sich eine so grosse Anzahl von elevirten Efflorescenzen in verhältnissmässig kurzer Zeit gebildet hat.

Kaposi hält den Fall für *Erythema papulatum*.

Finger: Fall von *Acne teleangiectodes*. Seit einem halben Jahre besteht im Gesichte der ca. 18 Jahre alten Patientin, namentlich am Kinn, ein papulöses Exanthem, kleine braunrothe elevirte Knötchen. Die jüngsten Efflorescenzen vergrössern sich, confluiren, schuppen an der Oberfläche ab, und fühlen sich matsch an. An den Ohrmuscheln sind Erscheinungen, die man für eitrigen Zerfall halten könnte; die kleinen Pünktchen sind aber nichts anderes als Milien.

Histologisch besteht jedes Knötchen im Centrum aus Riesenzellen und epithelioiden Zellen, um welche sich mono- und polynucleäre Zellen anreihen, abgeschlossen ist das Ganze durch fibröses Gewebe. Wenn die Knötchen confluiren, tritt Verkäsung hiezu. Auch finden sich Tuberkelbacillen in geringer Zahl. Die Thierversuche sind noch nicht abgeschlossen. Man kann aber schon mit der grössten Wahrscheinlichkeit sagen, dass es sich um einen Process handelt, der der Tuberculose angehört. Der Name „*Acne teleangiectodes*“ ist nicht zutreffend, das Gewebe ist wohl blutreich, allein es handelt sich um keine Erweiterung der Gefässe, auch die Aehnlichkeit mit *Acne* ist nur eine entfernte. Es wäre daher angezeigt, schon histologisch diesen perifolliculären Process den Granulationsgeschwülsten anzureihen. Die Krankheit weicht nur einer energischen Behandlung mit Paquelin und Schabmesser. Demonstration histologischer Präparate.

Kaposi demonstirt einen analogen Fall von *Acne teleangiectodes*, wo sich im Bereiche des Gesichtes in relativ acuter Weise bis kleinerbsengrosse, scharf begrenzte braunrothe Knoten entwickelt haben,

die ein derb-elastisches Gefüge besitzen und die histologisch durchaus nicht weit entfernt stehen von den als *Acne rosacea* bezeichneten Knoten. Der Ausdruck *teleangiectodes* ist nicht ganz glücklich gewählt, es wäre vielleicht besser zu sagen *Acne myxomatodes*. Was die histologischen Verhältnisse anbelangt, wäre es zweckmässiger, einen allgemeineren Standpunkt einzunehmen. Die Verkäsung der Herde macht es noch nicht notwendig, den Process in eine Kategorie zu setzen mit Tuberculose, ebenso wenig das Vorkommen von Riesenzellen. Auch der Befund eines einzigen Tuberkelbacillus ist nicht beweisend, dasselbe fand man bei *Lichen scrophulosorum*. Es gibt auch eine ausgesprochene Tuberculose der Haut, welche sich aber ganz anders gestaltet. Die in Rede stehende Affection bleibt immer eine verhältnissmässig unbedeutende Sache und ist mehr eine Entstellung für den Patienten als eine Erkrankung.

Finger: Es handelt sich nicht um den Befund von Riesenzellen allein, sondern um den Befund ganz charakteristischer Knötchen, deren Bau durchaus dem Bau eines miliären Tuberkels entspricht. Die Verkäsung tritt nur bei Lupus, Lepra und Tuberculose auf. Ueber die Aetiologie will sich F. jetzt noch sehr vorsichtig aussprechen und die Erkrankung nur mit grösster Wahrscheinlichkeit als durch Tuberkelbacillen hervorgerufen betrachten.

Lang schliesst sich der Ansicht Finger's an, es sei wohl das klinische Bild der Erkrankung zu berücksichtigen, er glaubt jedoch anatomische Untersuchungen, welche zur Aufklärung dieser seltenen Erkrankungsformen dienen, nicht von der Hand weisen zu dürfen. Was speciell die tuberculösen Erkrankungen der Haut betrifft, wissen wir, dass es eine Anzahl klinisch ganz verschiedener Formen gibt, die wir bisher nicht zur Tuberculose gezählt haben. Uebrigens finde man bei näherer Berücksichtigung der klinischen Momente auch gewisse Beziehungen zwischen diesen Erkrankungen und der Tuberculose; so sehe man z. B., dass der Lupus bei tuberculös belasteten Individuen sehr häufig auftrete. Für den vorliegenden Fall liegen noch zu wenig Beobachtungen vor, es sei aber ganz gut möglich, dass der Tuberkelbacillus eine mindestens entscheidende Rolle beim Zustandekommen der Krankheit spiele.

Neumann hält den Fall von Finger mit den miliären braun-rothen Punkten und den eingezogenen Narben für die disseminirte Form von *Lupus vulgaris*. Auch der mikroskopische Befund entspricht dem vollständig.

Spiegler: Fall von *Lupus vulgaris* seit 9 Jahren bestehend, seit 6 Jahren in Behandlung. Die Erkrankungsherde nahmen die ganze Sacralregion rechts bis zur Glutäalfalte, links bis zur Mitte des Oberschenkels ein. Bei der Behandlung wurden die älteren, schonenden Methoden (Pyrogallussäure, scharfer Löffel) angewendet und das kosmetische Resultat dieser Therapie kann nur ein ideales genannt werden. An einer Stelle ist ein Nachschub, aber nur als ein 2 Pfennig grosser Herd.

Lang: Wir dürfen die bisherigen Methoden durchaus nicht vernachlässigen; auch durch Spontanheilung gibt es sehr hübsche Ausgänge. Indessen möchte ich meinen Standpunkt immer wieder betonen: Wenn man es sich zur Aufgabe macht, die allerersten und kleinsten Herde zu extirpieren, erspart man dem Individuum, dass es zu so ausgebreiteten Lupusformen kommt. Dass die Exstirpation radicaler ist, als alle anderen Methoden, wird allgemein zugegeben.

Kaposi: Fall von *Lupus serpiginosus*, von dem einen Ohr-läppchen bis zur Naso-labialfurchen, nach rückwärts über beide Schultern bis zur Mamillarlinie sich erstreckend. Die Herde sind von narbigen Partien durchsetzt, welche theilweise ein gestricktes Aussehen haben, gerade so als ob man ungeschickt geätzt hätte, gleichwohl wurde Patientin noch nicht behandelt.

Ullmann demonstrirt

1. einen 64jähr. Kranken mit einem halbthalergrossen, derben Geschwür an der Oberlippe, Beginn vor 6—8 Wochen. Noch vor einem Monate, wo U. den Patienten zum ersten Male sah, war bloss eine kaum kreuzergrosse Exulceration von mässig derber Basis vorhanden. Vor 21 Jahren an der Klinik Kaposi, gegen recente Syphilis mit Einreibungen und Jodkali behandelt, seither angeblich keine Krankheitserscheinungen. Wegen des Alters des Patienten denkt man zuerst an Carcinom, der rasche Verlauf, die tiefe Exulceration, das Intactsein der Lymphdrüsen spricht dagegen, ebenso gegen Reinfectio syphilitica; daher die Diagnose Gumma wahrscheinlich. Ueber den weiteren Verlauf und den mikroskopischen Befund wird noch berichtet werden.

2. Einen 53jähr. Mann mit seit einem Jahre bestehenden Lichen ruber verrucosus in der Kniekehle. Seit 8 Wochen bestehen daneben Erscheinungen des Pemphigus pruriginosus, Excoriationen und Blasen, die grössten im Bereiche der Handrücken. Sie werden nicht eitrig, sondern vertrocknen und treten immer wieder neue auf. Dem Aufschliessen derselben geht intensives Jucken voraus. Leredde hat im Vorjahre in der Pariser dermatologischen Societät einen Fall vorgestellt, bei welchem ebenfalls nebst Lichen ruber-Efflorescenzen, solche von Dermatitis herpetiformis (Duhring) auftraten, was wir mit Pemphigus pruriginosus identificiren. Im Blaseninhalte fanden sich zunächst keine eosinophilen Zellen, wohl aber im Blute und bezog jener daher die Blasenbildung auf den Lichen ruber. Derselbe Befund im vorgestellten Falle.

Der Vortragende richtet die Anfrage an Prof. Kaposi, ob es sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder um den von ihm beschriebenen Lichen ruber mit Blasenbildung.

Kaposi erwidert, dass es sich um zwei getrennte Processe handle, die nebeneinander verlaufen. In den Fällen von Lichen ruber mit Blasenbildung spricht man auch von Lichen ruber pemphigoides.

Neumann demonstrirt einen 84jähr. Kranken mit zahlreichen Verrucae seniles, daneben Psoriasis vulgaris. Interessant an

dem Falle ist, dass an den Stellen, wo die Warzen vorhanden sind, auch die Psoriasis dunkel ist, während an den nicht pigmentirten Vorderarmen die Psoriasisherde mit weissen, glänzenden Schuppen bedeckt sind — *Psoriasis nigra*.

Lang zeigt eine bereits vorgestellte Patientin, bei der sich nach Lupusexstirpation Ectropium ausgebildet hat. Er lässt die narbige Retraction sich vollführen und schreitet erst nach einigen Monaten zur Operation derselben. Am 21. December wurde das gethan mittels eines stiellosen Lappens, der der Haut des Vorderarmes entnommen wurde. Auf der anderen Seite war nach der Exstirpation Recidive aufgetreten. Das Krankhafte wurde entfernt und Epithelaussaat als Deckung vorgenommen. Dies hat sich nur theilweise bewährt u. zw. am inneren Winkel des Operationsgebietes.

Kaposi stellt ein Mädchen mit *Lupus erythematosus disseminatus* an der Stirn vor, wo die seborrhoischen Erscheinungen sehr deutlich ausgeprägt sind. Mundschleimhaut normal, an den Händen bloss Schwielen, von Lauge herrührend.

Kaposi: Fall von *Erythema nodosum*. Wir stehen auf dem Standpunkte, dass *Erythema nodosum* und *Purpura rheumatica* zum *Erythema multiforme* gehören. Die Identität beider Processe zeigt sich in diesem Falle. Das Mädchen ist vor 6 Wochen erkrankt unter hohem Fieber bis 40° C., Exsudation in den Kniegelenken nebst typischem *Erythema nodosum* an den Unterextremitäten. Das Fieber hat aufgehört, Patientin ist seit 14 Tagen reconvalescent und bekommt ein Recidiv, aber *Erythema anulare*.

Kaposi stellt einen Fall von *Congelatio bullosa haemorrhagica* der Hand vor, bei einem Manne, der im trunkenen Zustande einige Stunden im Schnee gelegen hatte.

Neumann demonstriert

1. einen 25jähr. Kranken mit tuberculösem Syphilid und gummösen Ulcerationen im Pharynx. Derselbe abgemagert, anämisch, zeigt am Stamm und Extremitäten verstreut stehende linsen- und halbkreuzergrosse schmutzig livid gefärbte, bereits abgeflachte, mit Borken belegte Efflorescenzen, am Rücken und gegen den Nacken hin zu Geschwüren zerfallene von halbthalergrösse, die früher mit dicken schwärzlichen Borken belegt waren, jetzt der Geschwürsgrund gereinigt, in Uebernarbung begriffen. An anderen Körperpartien narbige Residuen nach zerfallenen Gummen, scharf umschrieben, namentlich gegen die Peripherie hin pigmentirt. Am Gaumensegel rechterseits ein grosser bogenförmiger Defect mit noch jetzt ulcerirten, graugelb speckig belegten Rändern, über diese hinaus die Schleimhaut 2 Mm. weit braunroth, infiltrirt und glänzend, Tonsille und Gaumenbögen dieser Seite vollständig zerstört. Die Uvula von der Medianlinie durch ein an der Wurzel derselben befindliches Geschwür abgedrängt, nach links, stark infiltrirt. Auch an der hinteren Pharynxwand flach ulcerirte Stellen. Ferner erscheint die Gegend ums rechte Kniegelenk geschwellt, schmerzhaft, namentlich ober-

halb und medialwärts der Patella: Schleimbeutelaffection in Folge von Syphilis. Dauer der Krankheit seit der Infection etwa 8 Monate, seit Mai v. J. wurde P. im Garnisonsspital Krakau mit 50 Einreibungen und Jodkalium behandelt und erhält derselbe jetzt Jodquecksilberhämol.

Rille hat über die an Hofrath Neumanns Klinik mit Jodquecksilberhämol bei Syphilis erzielten curativen Erfolge in der Gesellschaft der Aerzte Mittheilung gemacht und verweist auf seine demnächst erscheinende Publication. Es ist eine Verbindung von Jod (28%) und Quecksilber (13%) mit einer von Kobert aus Thierblut gewonnenen Substanz, dem Hämol, das bei anämischen Zuständen sich bewährt hat. Es ist demnach das einzige Präparat, welches die beiden Specifica zusammen mit Eisen enthält und neben der antisypilitischen auch eine tonisirende, den Kräftezustand hebende Einwirkung gestattet; Hauptanwendung daher bei mit Blässe der Haut, herabgekommenen Ernährung, gleichwie mit Scrophulose combinirten Syphilisfällen. Wirkung ähnlich wie bei Protojoduretquecksilber, unangenehme Nebenerscheinungen selten. Rp. Haemol. hydrargyro-jodat. 10.0, f. pilul. L, tägl. 4 bis 6 Stück.

Neumann:

2. Einen 26jähr. Kranken mit tuberculösem Syphilid und Endarteritis cerebri syphilitica. Krankheitsdauer seit der Infection über 7 Monate, im Juni Primäraffect und Exanthem, gegen welche Erscheinungen der Kranke privat mit 12 Einreibungen, 3 intramusculären Injectionen und 3 elektr. Sublimatbädern behandelt wurde. Ende August bei Aufnahme in N.'s Klinik ein ausgebreitetes tuberculo-ulceröses Syphilid, das unter Gebrauch von Decoctum Zittmanni und Sublimatbädern sich zurückbildete, doch traten während der Behandlung neue Knoten und Geschwüre auf, so an den Nasenflügeln und der Ohrmuschel, die dann nach 38 Sublimatbädern gleichfalls vernarbt. Seit Anfang October bestanden periostale Schwellungen und Schmerzhaftigkeit in der Schläfengegend, wogegen Jodoforminjectionen verabreicht wurden. Nachdem die periostalen Erscheinungen geschwunden waren und seit 2. November eine Inunctionscur eingeleitet wurde, trat, nachdem schon mehrere Tage vorher neuerdings Kopfschmerz und Uebelkeit bestanden hatten, am 7. November bei vollem Bewusstsein ein Anfall ein, wobei P. auf dem Wege vom Krankenhaus auf der Treppe zusammenstürzte und sodann mit grosser Mühe sich in das Krankenzimmer schleppte. Die Untersuchung ergab Parese der linksseitigen Körperhälfte, die obere Extremität in noch bedeutenderem Grade ergriffen als die untere. Auch der Facialis links paretisch, namentlich der Mundfacialis. Patellarreflex dieser Seite sehr intensiv gesteigert, Fussclonus sehr lebhaft, leichte Sprachstörung. Schon nach wenigen Tagen besserten sich die Erscheinungen, es kehrte die Beweglichkeit im l. Bein zurück, während im Facialisgebiet und im Arme die Parese etwas länger fortbestand; die Sprachstörung ging sehr rasch vollständig zurück. Jetzt können beide Arme leicht hoch erhoben werden und ist der Gebrauch des Beines bis auf eine geringe Schwäche

gut möglich. Es handelte sich demnach um Endarteritis im Bezirke der Arteria fossae Sylvii der rechten Hirnhemisphäre. In letzter Zeit sind an der Haut des Stammes und des Kopfes die noch jetzt sichtbaren ausgebreiteten Tubercula cutanea hinzugetreten.

3. Einen 30jähr. kachektischen Kranken mit serpiginoſem Syphilid, namentlich der Gesichts- und Kopfhaut, dicht gedrängte confluierende gleichwie in Schlangenlinien angeordnete hanfkorn- und halberbsengrosse hellbraunrothe Knoten, besonders an der Nase, dieselben mit weichen, fettigen, gelben Borken. Krankheitsdauer  $1\frac{3}{4}$  Jahre.

v. Zeissl spricht im Anschluss an die Demonstration von Strichpräparaten über den gegenwärtigen Stand der Aetiologie des Ulcus molle. Vortragender berichtet über 18 Schankergeschwüre, 2 excidirte Schanker und einige verdächtige Erotionen, die er untersucht hat. Reinculturen des Ducey'schen Bacillus auf den bekannten Nährböden, wie Glycerin-Agar, steril entnommenem Menschenblute und Pfeiffer'schem Agar, zu erzielen, sei ihm nicht gelungen. Bei diesen Culturen sind gewachsen eine Sarcine Art, der Streptococcus pyogenes aureus und albus, dann eine dem Diphtheriebacillus ähnliche Form, die sich aber weder für Menschen noch Thiere pathogen erwies. Vortragender behandelte einen 19jährigen Mann, bei dem sich 11 Tage nach dem verdächtigen Coitus eine kleine Erosion im Sulcus fand, ausserdem spannendes Gefühl in der Urethra, am nächsten Tage eitriger Ausfluss aus derselben. Im Deckglaspräparate fanden sich keine Gonococcen, aber massenhaft Stäbchen, wie man sie im Schankereiter zu sehen gewohnt ist. Zeissl nahm bei dem Kranken Impfungen vor vom Eiter auf die Bauchhaut, weil das in der Regel vom Kranken weniger unangenehm empfunden wird als in den Arm oder Oberschenkel. Am 4. Tag zeigte sich ein typisches Schankergeschwür. Der Versuch, Reinculturen von Gonococcen zu erzielen, fiel negativ aus. Heilung trat bei dem Kranken nach Verlauf von 3 Wochen auf Injectionen mit Kalium hypermanganicum ein.

Der Ducey'sche Bacillus lässt sich nicht nur in venerischen Geschwüren und in Impfschankern nachweisen, sondern findet sich auch in manchen Schankerbubonen. So hat Rille eine grosse Reihe von Schankerbubonen untersucht und gefunden, dass nur in den Fällen, wo er in der Lage war, den Bacillus nachzuweisen, Haftung erzielt werden konnte; dieselbe Beobachtung machte auch Buschke, ein Assistent Neissers.

Rille hält es mit Rücksicht auf den übereinstimmenden Befund so vieler Beobachter nahezu für erwiesen, dass der fragliche Bacillus der Erreger des venerischen Geschwüres ist, für dessen Einheitlichkeit schon das klinische Bild spricht. Eine wesentliche Stütze scheint ihm in seinen Untersuchungen über venerische Bubonen zu liegen. Diese ergaben nicht nur die Richtigkeit der älteren, in neuester Zeit mehrfach bestrittenen Annahme von der Existenz des virulenten Bubo, sondern auch das constante Vorhandensein des Duceybacillus in solchen Drüsenabscessen, die haftbaren, typische Schankergeschwüre erzeugenden Eiter lieferten, gegenüber dem Fehlen derselben in jenen mit negativem Impfresultat.

Unter seinen 100 Bubofällen befanden sich indess bloss 8 virulente und fand er hier die specifischen Bacillen sowohl im Eiter als in excochleierten Drüsenpartikeln. Wenn auch die Reinzüchtung derselben weder ihm noch anderen bisher gelang, so liegt sie gewissermassen schon in den Experimenten Ducrey's fertig vor, welcher sie durch einfache generationsweise Ueberimpfung von Schankermaterie in die menschliche Haut erzielte. Inoculirt man Geschwürseiter demselben oder einem anderen Individuum, entwickelt sich eine charakteristische Pustel, die den Ducreybacillus zunächst vermengt mit zwei, drei anderen Species enthält, während er meist schon in der dritten Generation in Reincultur vorhanden ist.

Ehrmann: Ich habe in vereiterten Lymphgefässen nichts anderes als Streptococcen gefunden, aber in der Wandung derselben durch Abkratzen ein Gewebe, das den Ducrey'schen Bacillus enthielt. Er wird von den Lymphgefässen aufgenommen und gelangt dann in die Lymphdrüsen.

Sitzung vom 22. Januar 1896.

Vorsitzender: Finger. Schriftführer: Rille.

Kaposi demonstirt einen Fall von *Acne teleangiectodes* und hebt hervor, dass diese Formen einer eigentlichen Heilung nicht fähig sind im Gegensatze zu anderen örtlichen Entzündungsprocessen, welche abschuppen und sich bis zu einem gewissen Grade auf Schwefelseifenapplication zurückbilden. Patient wurde eine Woche hindurch täglich drei Mal mit *Sapo viridis* eingeschmiert, die Epidermis hat sich abgestossen, so dass Patient eine glatte Haut hat; es ist aber nicht wahrscheinlich, dass das dauernd sein wird.

Finger betont auch die Hartnäckigkeit des Processes jeder Therapie gegenüber. Er hat bei der in der letzten Sitzung vorgestellten Kranken eine Reihe von Efflorescenzen abgeschabt; doch traten um die Narben herum neue Efflorescenzen auf.

Kaposi: In Bezug auf die histologische Constitution sind da dieselben Knoten vorhanden, die K. bei der *Acne necrotisans* beschrieben hat. Es hat sich ergeben, dass um die ausgeschabten Knoten wieder ein ganzer Kranz von neuen Knoten entstanden ist.

Kaposi: Gruppirtes miliärpapulöses Syphilid. Am Stamme, wie im Bereiche der Stirne und des behaarten Kopfes grössere lenticuläre Papeln, umgeben von miliärpapulösen Efflorescenzen. Im Allgemeinen sehen wir diese Formen als nicht besonders günstig an und kennen wir deren Widerstandsfähigkeit gegenüber der Therapie. Doch ist der Kranke von kräftiger Constitution.

Kaposi: Fall von Elephantiasis Arabum am Unterschenkel. Die untere Extremität hat Stelzform; besonders auffallend erscheint der massive Umfang über dem Sprunggelenke. Man sieht tiefe, bis an den Knochen reichende Narben, die von Caries herrühren, in deren Folge ödematöse Schwellung auftrat. Durch das stagnirende

lymphatische Oedem wurde das Entstehen der Elephantiasis begünstigt. Wir wissen, dass in Folge von lange dauernden Processen mit Eiterung und Entzündung häufig Elephantiasis entsteht. Wenn in einem solchen Falle Hemmung des venösen Rückflusses oder der Lymphe eintritt, kommt es leicht zu Lymphorrhöe; wenn ein Lymphgefäss an einer Stelle platzt, was bei der grossen Spannung leicht möglich ist, kann dann auch die Lymphe tropfenweise absickern. Ich habe vor mehreren Jahren einen Fall beobachtet, wo bei einem jungen Burschen Elephantiasis cruris, aber noch nicht Elephantiasis scroti bestand. Am Scrotum waren bis erbsengrosse, durchscheinende, bläschenähnliche Erhebungen zu sehen, welche sich als ampulläre Erweiterungen der Lymphgefässe darstellten und zeitweise Lymphtröpfchen absickern liessen. Später bekam er auch eine Elephantiasis scroti. In vorgestelltem Falle sieht man über der Achillessehne sehr schön das Abtropfen der Lymphe; das ist es auch, was dem Falle Interesse verleiht.

Lang: Ich erinnere mich eines Falles, den ich als Assistent der chirurgischen Klinik in Innsbruck gesehen habe, wo die Elephantiasis nicht auf mechanische Weise, sondern gleichsam idiopathisch entstanden war und wo man die Lymphorrhöe künstlich erzeugen konnte. Gewöhnlich ist bei Elephantiasis cruris auch der Fuss ergriffen; in dem Falle aber war der Fuss klein und zierlich und die Elephantiasis begann erst oberhalb der Knöchel, so dass das Ganze das Aussehen hatte, als wenn man den Unterschenkel durch ein Fass durchgesteckt hätte. Beim Anstechen der Geschwulst gelang es Lymphorrhoe hervorzurufen; es rieselte wie aus einem Brunnen heraus und man hat auf diese Weise eine Verkleinerung der Geschwulst hervorrufen können. Der Versuch, durch Compression der Lymphe den Process zum Abschluss zu bringen, hatte keinen Erfolg. Später wurde ein sehr grosses Stück ausgeschnitten und das Ganze vernäht. Das Resultat war ein sehr gutes.

Kaposi: Ich bespreche ein Vorkommniss bei Verbrennung, welches ich noch nicht gesehen habe und das einen Patienten betrifft, der im Wasserbette liegt und zu dessen Besichtigung ich nach Schluss der Sitzung einlade. Das Durchbrennen der Haut ist unter gewöhnlichen Verhältnissen ungemein selten; dafür spricht schon der Umstand, dass ich das, der ich fast alle Verbrennungen Wiens zu Gesichte bekomme, noch nie beobachten konnte. Die thierischen Substanzen verkohlen nämlich wegen ihres Wassergehaltes ausserordentlich schwer. Das ist eher der Fall, wenn jemand in trunkenem Zustand in die Flammen geräth, dann pflegt die Haut vollständig hindurchzubrennen. Eine complete Abhebung der Haut sammt den Nägeln, so dass das Nagelbett frei lag, habe ich nur einmal gesehen. Der zu demonstrende Fall betrifft einen Burschen, der nur die Hände und Arme verbrannt hat. Die Cutis ist in toto durchgebrannt, der Panniculus adiposus bis auf die Fascie in Fetzen herunterhängend, die Fascie an der Flachhand losgehoben, mehrere Phalangealgelenke eröffnet. Die Erklärung liegt darin, dass die Hände des Patienten mit Fett beschmiert waren und dieses an seinen Händen brannte.



Kaposi: Fall von *Naevus unius lateris*. Mit Ausnahme des Ballens des rechten Daumens bietet die Flachhand der Patientin das Bild eines Ekzems dar. Der blassrothe, stellenweise mit Krusten bedeckte Herd setzt sich scharf fort gegen den Ulnarrand bis zur Mitte des Vorderarmes. Ueber der Mitte der Beugeseite der Finger sind die Krusten mehr linear angeordnet. Es handelt sich um einen *Naevus papillaris*, also eine angeborene Erkrankung. Dieselben Erscheinungen finden sich auch am inneren Fussrand, dem Dorsum der grossen Zehe, Sprunggelenk bis in die Malleolargegend. Ueber dem Knie sieht man einen von innen nach aussen laufenden fingerbreiten, aber aus mehreren Herden sich zusammensetzenden Streifen, der aus Krusten besteht. An der Innenfläche des Oberschenkels ist ein vom oberen Drittel bis zur *Regio inguinalis* reichender flachhandgrosser Herd, der sich aus disseminirten und in Streifen angeordneten breiten, flachen, dunkel pigmentirten Warzen zusammensetzt. Wir haben es mit einem *Naevus unius lateris* zu thun, wie selbe als *Nervennaevi* bezeichnet wurden, mit den Nerven aber gar nichts zu thun haben und handelt es sich um eine angeborene Bildungsanomalie. Es wurde schon oft beobachtet, dass bei Ichthyotischen Entzündungen im Sinne von Ekzem auftraten. Das Ekzem wurde behandelt und nach Ablauf desselben die dann sichtbaren Warzen als nach dem Ekzem entstanden betrachtet. Solche Entzündungsvorgänge können wiederholt auftreten. Bei der *Ichthyosis serpentina* kommt es vor, dass sich die Haut manchmal wie bei Schlangen häutet. Das geschieht immer in Folge einer solchen Entzündung. Ich habe beim Entstehen einer diffusen Dermatitis lebensgefährliche Zustände gesehen. Auch bei Anwendung von Medicamenten, z. B. *Pyrogallus*, habe ich heftige Entzündungen mit hohem Fieber und Drüsenschwellungen beobachtet. Die Warzen bleiben in Bezug auf ihre Intensität nicht stationär, sondern wachsen fortwährend.

Lang: Fall von *Lupus vulgaris*. Dauer desselben erst 1½ Jahre; der anfangs auf den rechten Nasenflügel beschränkte Herd breitete sich allmählig gegen Wange, Oberlippe, Nasenschleimhaut, Zahnfleisch und Choanen aus. Vor 3 Wochen Totalexstirpation an der Lippen Schleimhaut, Deckung des Defectes durch Haut aus der Nachbarschaft. Patient hat jetzt eine bewegliche Lippe. Die Nase selbst wurde erst 4 Tage später gedeckt. Eine kleine Correctur nahm ich am 13. d. M. noch an der Nase vor. Am Tage der Operation hatte Patient bei der Nachmittagsvisite über 40°, klagte über Schluckbeschwerden und es war zweifellos, dass er eine Angina oder einen Anfall von Influenza hatte, da die Operation vollkommen aseptisch ausgeführt wurde. Das Fieber hielt eine Woche an. Beim Wechseln des Verbandes constatirte ich, dass die Plastik keinen Schaden genommen hatte. Die derzeit noch krankhaften Partien an der Choane hoffe ich auf endonasalem Wege gänzlich zerstören zu können.

Ehrmann: Zur Pathologie der Syphilide und des Leukoderma. Die sich vielfach widersprechenden Angaben haben mich ver-

anlasst, systematische Untersuchungen über diesen Gegenstand vorzunehmen. Ich will zunächst die Veränderungen der Epidermis besprechen; diese sind beim maculösen Syphilid keine besonderen, wie dies auch von vorn herein zu erwarten war. Erst bei den elevirten Syphiliden, dem Erythema papulatum, sieht man vereinzelte Leukocyten zwischen den Epidermiszellen, noch viel deutlicher bei den ausgesprochenen Papeln; besonders gehört das histologische Bild der Leukocytenauswanderung und Anhäufung den krustösen und pustulösen Syphiliden sowie den breiten Condylomen an. Krustöse Papeln sind lenticuläre Papeln, in deren Mitte sich eine Kruste bildet, welche abfällt und eine kleine Vertiefung zurücklässt; eine Zeit lang sieht man daselbst eine weissliche Stelle. Im ersten Stadium der krustösen Papel findet man in den unteren Schichten bloss vereinzelte Leukocyten. Anhäufungen von Leukocyten sieht man zu allererst in der Hornschichte, dann im Stratum granulosum. Die Leukocyten setzen die tieferen Schichten der Epidermis einzeln durch und sammeln sich in der Hornschichte an. Klinisch kann man dieses Stadium diagnosticiren, indem die Papeln glatter werden, nicht schuppen, sondern ein gelbliches Aussehen bekommen. In einigen Tagen darauf wird die früher glatte Stelle rauh und uneben, die Epidermis in radiäre Fältchen gelegt, Beweis, dass Vertrocknung der Leukocyten sammt dem Serum stattgefunden hat; mittlerweile aber schreitet die Auswanderung von Leukocyten fort, unter der Kruste bilden sich Lakunen, welche von polynucleären Leukocyten erfüllt sind. Das Stratum basale und spinosum wird durch den Druck verdickt und die Epidermiszellen des Stratum spinosum zeigen Veränderungen, welche an den hier aufliegenden Schnitten deutlich wahrzunehmen sind; es färben sich nämlich mit basischen Anilinfarbstoffen nur die oberen Pole der Zellen; die unteren Pole bleiben bei gewissen Graden der Färbung ungefärbt. Beim breiten Condylom färben sich die unteren Pole der Zellen. Ich bezeichne diese Erscheinung als Hemichromasie der Zellen. Die Ursache hievon ist der verschiedene Grad der Durchtränkung der Zellpole mit Flüssigkeit. Am Durchschnitte durch die Zapfen des breiten Condyloms sieht man darin Nester von Leukocyten, umgeben von diesen hemichromatischen Zellen. Dieser Zustand ist ein Vorläufer des Zerfalles der Epidermiszellen. Diejenigen Zellen, welche bereits im Zerfallen sind, zeigen nach unten zu Abschnürungen von mit Methylenblau stark färbbaren Körpern. Der Erfolg des Zerfalles zeigt sich bei einer Folgeerscheinung des breiten Condyloms, welche von Lang als organisirte Papel beschrieben wurde. Wenn breite Condylome lange Zeit bestehen und nicht behandelt werden, wulstig und gross werden, nachher aber bei entsprechender Behandlung sich überhäuten, bemerkt man, dass sie sich trotzdem nicht abflachen, hyperämisch bleiben, auf Druck aber ganz weiss werden; das dauert einige Jahre. Schliesslich verschwinden sie doch und bilden narbenähnliche Stellen, von denen seiner Zeit von Haslund angenommen wurde, dass sie für Leukoderma gehalten werden. Im mikroskopischen Präparate von organisirten Papeln sieht man einen normalen Rand und tief einschneidende Gruben, zwischen denen die Cutis

in papillenähnlichen Erhebungen hinaufreicht, so dass man es scheinbar mit vergrösserten Papillen zu thun hat. Das normale breite Condylom hat beiläufig folgendes Aussehen: Neben den erkrankten Theilen sind die Zapfen des Rete Malpighii vergrössert, weil einzelne Zellen vergrössert sind. Die Auswanderung von Leukocyten entsteht meistens in den Achsen der Retezapfen und an der Oberfläche. Das ist auch jene Gegend, um welche sich die hemichromatischen Zellen gruppieren. Bei ihrem Zerfall entstehen grubenförmige Substanzverluste in der Epidermis. Ich gehe nun zur Besprechung der Veränderungen im Corium. Da will ich zunächst einige Worte über die von Unna näher beschriebenen Plasmazellen vorausschicken. Unna nennt die Summe der Plasmazellen sammt den zwischen ihnen befindlichen Leukocyten *Plasmom*. Die Pigmentirung der Papeln führt er auf die Masse des Plasmoms zurück, weil er in einer Reihe von Schnitten dunkel aussehender Papeln keine Körnchen wirklichen Pigmentes gesehen hat. Ich muss mich dagegen aussprechen, dass das Plasmom im Stande ist, diese dunkle Farbe zu geben, wenn ich auch die letztere Thatsache bestätigen kann. Wir müssten dasselbe auch bei anderen Erkrankungen gelten lassen, so bei der Acne, dem Lupus u. s. w. Beim Lupus entstehen eine grosse Anzahl von Plasmazellen und doch ist die Farbe eine ganz andere wie bei den Syphiliden; es bleibt da auch kein Pigment zurück. Es müssten die Mastzellen als solche pigmentirt sein oder Farbstoff enthalten, denn farblose Substanzen können auch noch so dick aufgetragen, unmöglich eine Farbe geben, höchstens ein trübes Medium darstellen; so kann vollkommen klares, destillirtes Wasser in dicksten Schichten nicht irgend eine dunkle Farbe geben, wenn es nicht Stoffe gelöst enthält. Das maculöse Syphilid ist in acutem Zustande geröthet, in einigen Tagen bekommt es eine gewisse kupferige Farbe. Die Papeln bekommen dieselbe schon früher; aber in den ersten Tagen sind sie lebhaft roth. Recht hat aber Unna, wenn er sagt, dass die Papeln nicht immer mit Hinterlassung von Pigmentirung heilen und man nicht immer Pigment findet. Ich habe gefunden, dass die Pigmentirung nur bei gewissen Individuen erfolgt und die Nichtpigmentirung bei anderen Individuen, u. zw. trifft ersteres bei Leuten, die von Haus aus brunett sind, zu; bei solchen werden die erkrankten Stellen noch dunkler pigmentirt. Dagegen zeigen Individuen mit weisser, zarter Haut und hellblonden Haaren sehr selten Pigmentirung und diese auch nur an gewissen Stellen, wo von vorne herein Pigment vorhanden ist, wie am Genitale. Dazwischen gibt es vielfache Uebergänge. Man hat immer gesagt, dass Pigmentirung in Leukocyten oder in Bindegewebszellen stattfinden kann. Ich habe das nicht finden können; aber die aus dem Blutfarbstoff entstandenen hämatogenen Schollen werden von den Leukocyten aufgenommen. Das echte melanotische Pigment wird nur in bestimmten Zellen gebildet, nämlich durch die Melanoblasten, wie ich sie bezeichne.

Als Paradigma hiefür will ich die 2 Formen des Hautsarkoms anführen, das idiopathische Pigmentsarkom und das Melanosarkom. Da wurde von Spiegler ein Pigment gefunden, welches nicht dasselbe ist

wie bei Melanosarkom; es ist intercellular und gibt Eisenreaction und ist physikalisch anders beschaffen, ich möchte es als hämatogene Schollen bezeichnen, während das Melanosarkom verzweigte Pigmentzellen enthält, in welchen das Pigment die Eisenreaction nicht immer gibt. Darin liegt ein grosser Unterschied. Das eine wird gebildet aus dem Blutfarbstoff durch Thätigkeit der Melanosblasten, das andere in den Interstitien durch Umwandlung des Blutfarbstoffes.

Das Pigment entsteht in jenen Fällen von Syphilis, wo es entsteht, auch nur in Melanosblasten. Wir müssen also zweierlei Pigmentirung unterscheiden. Die Pigmentirung, welche vom diffundirten Blutfarbstoff herrührt, die tritt bei jedem Individuum auf. Jene Individuen, welche Melanosblasten haben, erzeugen ausserdem noch melanotisches Pigment und in diesen Fällen bleibt nach Abheilung der Papeln Pigmentirung zurück. Das ist ein sehr wichtiges Merkmal für die physischen Unterschiede der Race, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

Was die organisirten Papeln betrifft, so haben sie folgendes Aussehen. Sie bestehen aus embryonalem Bindegewebe mit jungen Gefässen und unten einer Infiltrationsschicht in der Höhe des horizontalen Gefässnetzes theils mit Mastzellen, theils mit gewöhnlichen Leukocyten und Riesenzellen. Die Plasmazellen gehen nicht aus den Bindegewebszellen, sondern aus dem Blutgefässsystem hervor, wie ich es in einzelnen Fällen beobachten konnte. Man findet auch Riesenzellen in allen syphilitischen Producten der Haut mit Ausnahme der Macula. Sie treten dann auf, wenn die Infiltration anfängt zu schwinden. Sie sind also Begleiterscheinungen der Resorption, sind durch Confluenz einzelner Plasmazellen oder Leukocyten entstanden und kennzeichnen die beginnende regressive Metamorphose. Die organisirte Papele ist also nichts anderes als ein Granulom. Sie steht auf einer Stufe mit den hypertrophischen Granulationen, wie sie z. B. nach Verbrennungen auftreten. Es ist also das Plasmom als ein Granulationsgewebe anzusehen. Zum Leukoderma übergehend, muss ich bemerken, dass Unna auf dem Standpunkte steht, dass dasselbe auf neurosyphilitischer Basis entstanden ist.

Es wird nach Unna nicht direct durch den syphilitischen Process erzeugt, sondern indirect durch die Einwirkung des syphilitischen Processes auf die trophischen Nerven und erst diese veranlassen die Erscheinung, welche man Leukoderma nennt. Sie besteht darin, dass die Pigmentzellen gelähmt werden, dass das Pigment überhaupt in geringerer Menge gebildet wird. Dagegen sprechen zwei Hauptgründe. Zunächst die Veränderungen, welche wir beim papulösen Syphilid sehen. Wenn wir schuppige Papeln des Penis excidiren zu einer Zeit, wo sie in Leukoderma übergehen, finden wir, dass darin Riesenzellen sich entwickeln, dass also darin Zellen zu Grunde gehen und offenbar auch Melanoblasten zu Grunde gehen. Die Unterschiede des Leukoderma nach maculösem und papulösem Syphilid sind nun graduell. Wir sehen bei Leukoderma post Roseolam in der Cutis ein Netz von Melanoblasten sehr schön entwickelt, aber in der Epidermis gar kein Pigment. Ganz all-

mäßig geht das Pigment auch in der Cutis zu Grunde. Es ist also ganz dieselbe Erscheinung, wie wir sie bei den Papeln sehen. Wovon die Melanoblasten zu Grunde gehen, das vermag ich nicht zu sagen, ob vom supponirten syphilitischen Virus oder von den supponirten Toxinen des Virus.

Ein Pigmentsyphilid sieht man manchmal auftreten, gewöhnlich aber in jenen Fällen, wo man wahrscheinlich das hyperämische Stadium übersehen hat. Aber ich gebe zu, dass es Fälle gibt, wo gar kein hyperämisches Stadium klinisch nachweisbar war. Man findet da Infiltration um die Gefässe und starke Vermehrung und Vergrösserung der Melanoblasten. Im Anfang herrscht eine grössere Anregung der Melanoplatten zur Bildung von Pigment und durch weiteres Fortschreiten des Processes kommt es dann zur Zerstörung der Melanoblasten. Ich resumire also ganz kurz, dass die Bildung des syphilitischen Pigmentes abhängig ist von den Melanoblasten und durch dessen Fehlen, durch Zerstörung oder Ausserfunctionsetzung der Melanoblasten oder durch angeborenen Mangel bedingt ist.

Kaposi würdigt die eben gehörten Ausführungen, glaubt aber, dass man die Annahme, dass unter dem Einflusse des syphilitischen Processes die Melanoblasten einmal zur Bildung von Pigment angeregt, das anderemal aber zerstört werden, sich noch weiter begründen müsse.

Er verweist auf die Analogie des Leukoderma mit Vitiligo. Auch da gehen Hyper- und Achromatosis gleichzeitig einher. Oft habe ein Patient zehn Naeviflecke und an drei Stellen Vitiligo. An Stellen entsprechend der Hyperchromatosis finde man auch hier im Corium dieselben Zellen. Was die breiten Condylome betrifft, so möchte Redner dieselben nicht unterschieden wissen von den Papeln an anderen Körperstellen. Man sieht, dass alle Papeln ganz gleich sich rückbilden entweder ganz zur Norm oder mit leichter Atrophie der Haut und erinnert an den Ausspruch Virchow's, dass aus syphilitischem Gewebe „nichts wird“. Das Pigment wird central früher, am Rande später resorbiert. Es findet also eine sehr lebhaft Resorption statt von Seite der zelligen Elemente.

Lang: Schon früher wurde es für den Lupus bewiesen, dass das Auftreten von Riesenzellen regressive Vorgänge kennzeichne. Es war mir wahrscheinlich, dass es sich bei Riesenzellen auch in anderen pathologischen Producten ähnlich verhalten werde. Was die Papeln betrifft, so möchte ich sagen, dass die verschiedenen Formen derselben doch in die gleiche klinische Kategorie zu ziehen seien. Der Umstand, dass man am Oberschenkel ganz kleine, gegen das Genitale immer grösser und saftreicher werdende Papeln findet, welche schliesslich die Form nässender Papeln annehmen, lässt zu dem Schlusse berechtigen, dass die äussere Form der Papeln nur durch ihre Localisation bedingt ist.

Man kann sich durchaus nicht darauf steifen, dass man sagt, die organisierte Papel ist aus einem bestimmten syphilitischen Product hervorgegangen. Strenge genommen kennen wir ja ein syphilitisches Product

nicht. Lang glaubt, dass die organisirte Papel keine Infectionsfähigkeit hat; denn man weiss, dass solche Producte sich nicht mehr ändern. Man kann klinisch nicht anders, als die Bildung als organisirte Papel bezeichnen, weil sie thatsächlich aus einer syphilitischen Papel hervorgegangen ist. Wenn ich von einem Tophus rede, der unter Umständen so charakteristisch ist, dass er als ein syphilitisches Product angesprochen werden muss, so ist mit der Charakterisirung des Tophus nicht gleichzeitig ausgesprochen, dass er mit der Zeit verschwinden muss. Er wird vielleicht etwas kleiner, aber er kann vielleicht durchs ganze Leben unverändert bestehen, ohne dass man einen Anhaltspunkt hätte zu sagen, dass das Individuum noch syphilitisch ist.

Ehrmann: Ich habe mich durchaus nicht dagegen ausgesprochen, dass man das Leukoderma als functionelle Erkrankung ansehen muss, ich habe mich nur dagegen ausgesprochen, dass es als Nervenerkrankung anzusehen ist. Hyper- und Achromasie kann gewiss gleichzeitig dabei bestehen, indem im Centrum das Pigment schwindet, in der Peripherie aber nicht, oder sogar vermehrt ist, wie es ja dem Charakter der Syphilide vollkommen entspricht, dass während im Centrum Schwund stattfindet, in der Peripherie Wucherung auftritt. Bezüglich der organisirten Papel muss ich zustimmen, dass es sich dabei gewiss nicht um den Einfluss der Syphilis handelt, sondern dass auch mechanische und chemische Einflüsse eine Rolle spielen.

---