

**Breslauer dermatologische Vereinigung.**

Sitzung vom 15. April 1920.

**Kranken-Vorstellungen.**

Aus der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals.

Liebrecht demonstriert einen Fall von Lupus pernio mit verrukösen Auflagerungen am Rande der Herde.

Das Leiden des 22jährigen Patienten begann im Jahre 1916 als „roter Fleck“ an der rechten Wange. Dieser Herd wurde allmählich größer, ihm folgten später andere Herde an den verschiedenen Körperstellen nach.

Der Wangenherd ist ca. fünfmarkstückgroß, von bläulichroter Farbe und ziemlich derb infiltriert, die Begrenzung nicht scharf umschrieben. Der zentrale Teil ist eingesunken und zeigt neben narbiger Abheilung ausgesprochene Teleangiektasieen. Der periphere Teil überragt wallartig das Hautniveau und trägt in dichter Anordnung zahlreiche, etwa stecknadelkopfgroße, harte, verruköse Erhebungen.

Ein zweiter gleichartiger Herd findet sich am linken Ohr, das vom Ohrläppchenansatz bis etwa zur Mitte des Muschelrandes ergriffen ist. Ein dritter, ganz frischer Herd, bläulichrot, mit Teleangiektasieen, etwa bohngroß, aber ohne die warzigen Erhebungen und nicht sonderlich infiltriert, am Rande der rechten Ohrmuschel.

Ein weiterer, bereits narbig abgeheilter Herd, etwa zehnpfennigstückgroß, besteht am Mittelglied des kleinen Fingers der rechten Hand. Schließlich finden sich noch ganz frische Efflorescenzen am Gesäß in Form von ziemlich derben, leicht erhabenen, wie Urticariaquaddeln aussehenden, etwa pfennigstückgroßen Papeln.

Erwähnenswert ist ferner der mehrfach beschriebene Befund an verschiedenen Grundphalangen der Finger des Patienten. Sie sind spindelförmig verdickt und aufgetrieben; der Knochen zeigt jedoch im Röntgenbilde keinerlei pathologische Veränderungen.

Indolente Drüsenschwellungen mäßigen Grades besonders in beiden Leistenbeugen und im Nacken nachweisbar.

Die Lungen zeigen röntgenologisch beiderseits verbreiterten Hilusschatten und eine Marmorierung der Lungenfelder, besonders links. Perkutorisch und auscultatorisch normales Verhalten.

Im übrigen ist der Befund an den inneren Organen o. B., das Blubild zeigt kein pathologisches Verhalten; die Milz ist von normaler Größe.

Wassermann: Negativ.

Tuberkulinproben (Pirquet, Moro und Intradermo, wiederholt und in steigender Konzentration angestellt, letztere bis zu 1 : 1000): Sämtlich negativ.

Die histologische Untersuchung verschiedener Herde ergab den bei Lupus pernio bzw. Boeckschem Sarkoid bekannten Befund.

Die Therapie bestand in intramuskulären As-Injektionen, wonach die Herde merklich blasser und flacher geworden, zum Teil wie am Gesäß völlig verschwunden sind. Infolge der konsekutiven Leukopenie mußte jedoch jetzt die As-Therapie unterbrochen werden.

Braendle: Ein Fall von papulösen Tuberkuliden an beiden Unterschenkeln. Anamnestisch ist zu erwähnen, daß die Mutter der Patientin an Schwindsucht gestorben ist. Neben den papulösen Efflorescenzen der Cutis sind subcutane, strangförmige Infiltrate zu fühlen. Es handelt sich also um einen Grenzfall zu Erythema indur. Bazin.

Neugebauer: Sehr ausgedehntes papulo-nekrotisches Tuberkulid. Beachtenswert ist zunächst die Anordnung des Exanthems; am stärksten befallen sind — und zwar symmetrisch — die Streckseiten der Arme, die Schultern und die Schulterblattgegenden, dann folgt Glutäalgegend und Gesicht; an Rumpf und Oberschenkeln befinden sich nur vereinzelte Efflorescenzen. Als Reste der abgeheilten Einzelercheinungen sind linsen- bis pfennigstückgroße, teils flache, teils eingesunkene Narben zu sehen, die ältesten schon weiß, die frischeren braun und braunviolett verfärbt, als Übergang solche mit beginnender Depigmentierung im Zentrum; dadurch entsteht ein scheckiges, getüpfeltes Aussehen des Patienten. Die floriden Erscheinungen sind stecknadelkopf- bis haselnußgroße, hellrot bis rotbläulich gefärbte, zum Teil halbkugelig vorgewölbte, runde, derbe, in der Cutis sitzende Knötchen; diejenigen Knötchen, die sich eben eröffnet haben, entleeren ein dünnflüssiges Serum, die älteren, schon längere Zeit eröffneten, sind von einer Borke bedeckt; nach Abheben derselben zeigt sich ein kraterförmiges Ulcus oder schon eine braunviolette Narbe, je nach dem Alter der Affektion.

Pirquet- und Intradermoreaktion (1 : 5000) stark positiv.

Der 50jährige Patient gibt an, daß die Hautkrankheit seit ungefähr 5 Jahren besteht, schubweise auftritt, besonders im Frühjahr, und daß er sich dabei nie krank gefühlt hat.

Es liegt außerdem ein leichtes tuberkulöses Lungenleiden vor; die Untersuchung ergab: Über beiden Spitzen verschärftes und verlängertes Inspirium, auf der Höhe des Inspiriums vereinzelt Knacken; dem entspricht auch der röntgenologische Befund.

Feichtmayer: Torpide Ulcera cruris bei einem 16jährigen Mädchen ohne nachweisbare Ursache.

Die ersten Anfänge der Ulcera reichen in das Jahr 1918 zurück, in welchem Patientin sich ihr Leiden durch Verletzungen mit Stoppeln auf dem Felde zugezogen haben will.

Von August 1918 an wurde sie mit Salben, Röntgen, Quarzlicht und Druckverbänden behandelt und konnte November 1919 völlig geheilt entlassen werden. Sie nahm ihre Arbeit wieder auf, bis sie ohne neue Ursache Ende Februar 1920 ein Rezidiv bekam.

Bei ihrer Aufnahme zeigten sich an beiden Unterschenkeln mehrere Ulcera mit schwammigen Granulationen und schmierigem Belag und blassen Rändern. Lokalisation: Beide Unterschenkel, unteres Drittel. Äußere Knöchelgegend, verschiedene Ulcera von etwa Pfennigstück- bis ca. Handtellergröße. Wa. negativ. Von den angestellten A.-T.-Reaktionen war die intradermale (1 : 5000) positiv. Unter feuchten Umschlägen und Salbenverbänden verkleinerten sich die Ulcera zusehends und zeigten frisches Aussehen.

Mikroskopisch wurde uncharakteristisches Granulationsgewebe festgestellt.

Rose: Vorstellung eines Falles von Kopfekzem, hervorgerufen durch Hutschweißleder.

Patient erkrankte vor 4 Wochen an einem Ekzem, welches sich reifenförmig um die Stirn und den behaarten Kopf zog. Nach Angabe des Patienten ist die Erkrankung durch das Schweißleder eines neuen Hutes hervorgerufen. Tatsächlich entspricht der Sitz des Ekzems (Dermatitis artificialis) genau der Stelle, wo das Schweißleder der Kopfhaut anliegt.

Drescher stellt einen Fall von Lymphosarkomatosis cutis vor.

Die Patientin wurde uns Anfang August v. J. mit der Diagnose Lues überwiesen. Sie machte damals, namentlich durch die erhebliche Dyspnoë, unter der sie litt, einen recht krassen Eindruck.

Für Lues sprachen 1. Eine auf der laryngologischen Abteilung festgestellte Recurrensparese, die mit völliger Aphonie der Kranken einherging; 2. eine im Röntgenbild festgestellte und alsluetisch bezeichnete Aortitis. Erhärtet wurde diese Diagnose durch den positiven Ausfall der WaR.

Die bei der Kranken bestehenden Hauterscheinungen, derentwegen wohl die Diagnose L. außerhalb hauptsächlich gestellt worden war, gehörten dagegen nicht zur Lues. Es wurde deshalb noch einmal den oben erwähnten L.-Symptomen auf den Grund gegangen, und es stellte sich dann heraus, daß die Recurrensparese durch subglottische Tumorstülpungen ausgelöst worden war. Der positive Wa. blieb bestehen, ebenso der Schatten im Röntgenbilde. Dieser ließ auch eine Anschwellung der Hilusdrüsen erkennen.

Die Hauterscheinungen, die auch durch eine bereits vorangegangene Hg-Salvarsankur sich nicht hatten beeinflussen lassen, bestanden in multiplen, in der Haut liegenden Tumoren, die in Form von zum Teil flachen, zum Teil stärker prominierenden, rötlich bis bläulich verfärbten, mit Teleangiectasien durchzogenen, ziemlich derben Knoten und Platten von Erbsen- bis Walnuß- und Klein-

apfelgröße sich zeigten und die an beiden Armen, den Schultern, dem Rücken, der Lendengegend, den Nates und auch im Gesicht unter dem rechten Auge (an der Stelle der jetzt noch bestehenden Verfärbung) und in dem weichen Gewebe unter den Augenbrauen lokalisiert waren.

Diese Geschwülste sahen einem Lupus pernio klinisch sehr ähnlich und wurden deshalb zunächst als solcher angesprochen.

Die Tuberkulinproben, A.-T. intradermal  $\frac{1}{5000}$ — $\frac{1}{1000}$ , ebenso Pirquet und Moro ergaben ein negatives Resultat.

Das Blutbild war bis auf eine ganz geringe Lymphocytose stets normal.

Die Klärung der Diagnose brachte der histologische Befund eines am Arm excidierten Knotens. Er zeigte die Struktur des Lymphosarkoms. Es handelt sich also in unserem Falle um das verhältnismäßig seltene Krankheitsbild einer Lymphosarkomatosis cutis in der zuerst von Paltauf, später auch von Frieboes und Jadassohn beschriebenen Form.

Differentialdiagnostisch kamen außer Lupus pernio wohl nur noch leukämische Hauttumoren in Frage, die jedoch durch das bei unserer Patientin normale Blutbild ausgeschlossen werden konnten.

Das Leiden der Patientin zieht sich über viele Jahre, sicher über 7 Jahre hin, denn vor dieser Zeit wurde bereits, wie unsere Nachforschungen ergaben, wegen eines solchen Knotens eine Mammaamputation gemacht. Die Diagnose lautete damals Lymphosarkom, etwas Näheres darüber war nicht in Erfahrung zu bringen.

Die Therapie, die in Arsendarreichung und vor allem in Röntgentiefenbestrahlung bestand, hatte einen sehr befriedigenden Erfolg. Sie hatte ein völliges Schwinden der Tumoren und eine weitgehende Besserung der Aphonie herbeigeführt, so daß sich die Patientin heute recht wohl fühlt. Ihr körperlicher Zustand ist besser denn je.

Es ist vielleicht interessant, noch zu erwähnen, daß während der Behandlung ganz akut multiple Drüsenschwellungen am Hals auftraten, die ebenfalls auf Tiefenbestrahlung zurückgingen.

Gierlaczek stellt einen Fall von sogenannter „Sclérodemie en coup de sabre“ vor. Die Patientin hatte eine etwa  $1\frac{1}{2}$ —2 cm breite sklerodermatische Veränderung auf der Stirn, die sich bandartig von der Haargrenze her nach der Nasenwurzel zog. Der Herd war mit dem Stirnbein fest verlötet, die Haut also unverschieblich. Der obere Teil der Affektion war narbig verdünnt, der untere nur etwas eingesunken. An der Übergangsstelle zur normalen Haut zeigte sich der lilafarbene Ring. Die sonstige Körperhaut ist frei.

Ich möchte erwähnen, daß die Patientin mit Thorium-X behandelt worden ist, und zwar wählten wir die intravenöse Applikation des Mittels. Wir machten im ganzen 10 Injektionen und gaben als Gesamtmenge ca. 5000 e. s. E. Das Blutbild blieb ziemlich kon-

stant, nur am Ende der Behandlung machte sich ein geringes Absinken der Erythrocyten- und Leukocytenzahl bemerkbar.

Der therapeutische Effekt war insofern zufriedenstellend, als zuerst ein Schwinden aller Symptome deutlich wurde. In letzter Zeit stellte sich jedoch wieder eine Verschlechterung im unteren Teile der Affektion ein, der obere blieb ziemlich gleichmäßig.

Ganz interessant war eine ausgesprochene kräftige Pigmentierung der erkrankten Stelle und ihrer nahen Umgebung nach den Thor.-X-Injektionen. Eine Pigmentierung anderer Teile war nicht zu bemerken.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik.

Dora Fuchs stellt vor 1. Lichen ruber planus familiaris.

Bei Mutter und Tochter finden sich an den Unterschenkeln lokalisiert die typischen Efflorescenzen des Lichen ruber planus. Fälle von familiärem Auftreten des Lichen ruber planus sind aus der Literatur bekannt, unter anderem wurden solche von Jadasohn, Bettmann, Keyes, Hamacher, Ledermann usw. beschrieben. Wie in unserem Falle handelt es sich in weitaus den meisten als Lichen ruber familiaris beschriebenen Fällen um Blutsverwandte, nur ganz vereinzelt ist das Auftreten von Lichen ruber planus bei Eheleuten beschrieben.

2. Systematisierte Sclérodermie en plaques.

Es handelt sich um eine 37jährige Frau, die im Mai 1918 an ihrem jetzigen Hautleiden erkrankte. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß Patientin im 11. Lebensjahre eine Kropfoperation durchmachte. Typische, teils stärker, teils weniger infiltrierte Hautveränderungen von bläulicher bis brauner Verfärbung finden sich auf der rechten Rückenseite von der 3. Rippe bogenförmig nach vorn bis zur Axillarlinie verlaufend, in der rechten Achselhöhle und auf der rechten Seite der Brust bis zur vorderen Medianlinie ebenfalls bogenförmig verlaufend. Auffallend bei dieser Patientin ist nur die Beschränkung der Erkrankung auf die rechte Körperhälfte und die systematische Anordnung der Krankheitsherde. Patientin wurde ohne Erfolg mit Adrenalin behandelt. Seit drei Wochen begannen wir mit Doramad-Salbenbehandlung, über deren Erfolg oder Nichterfolg sich noch nichts aussagen läßt.

3. Einen Fall von bandförmiger Sklerodermie.

Das achtjährige Mädchen kam im September 1919 in unsere Poliklinik. Nach Angabe der Mutter bestand die jetzige Hauterkrankung des Kindes seit  $\frac{1}{2}$  Jahre. Die für Sklerodermie charakteristische Veränderung der Haut zieht sich etwa 1 Querfinger breit rechts von der vorderen Mittellinie beginnend bandförmig über die ganze linke Halsseite bis hinter das linke Ohr. Das Kind wird mit Doramad-Salbe behandelt. Während der Behandlung schritt der Krankheitsprozeß nicht weiter, im Gegenteil, wir konnten ein Geschmeidigerwerden der Haut konstatieren.

Biberstein stellt vor 1. Zwei Fälle von Darrierscher Krankheit.

Fall 1 zeigt in besonders schöner Ausbildung die Verrucae planae ähnlichen Efflorescenzen an Handrücken, Füßen und in der Perigenitalregion. Im Hinblick darauf, daß Darier die Krankheit bei Menschen minderer Intelligenz auftreten sah, ist beachtenswert, daß die Patientin an einer Depression leidet.

Fall 2: Darriersche Krankheit mit Systematisierung an der linken Rückenseite und am linken Oberschenkel.

2. Dermatitis herpetiformis, die zur Zeit der Menses jeweils aufgetreten ist oder sich verstärkt. Typische Empfindlichkeit gegen innerliche Darreichung von Jodkali; reaktionslos gegen Applikation von Jodkalivaseline.

3. Pityriasis rubra pilaris bei einem 11jährigen Mädchen mit eigenartiger Nageldeformität an Händen und Füßen. Die glatten und sonst normalen Nagelplatten sind in ihrem distalen Drittel fast rechtwinklig volarwärts abgebogen. Entwicklung der Erkrankung aus einzelnen Plaques über den ganzen Körper erfolgte in 6 Wochen. Tuberkulinreaktionen bei fehlendem Organbefund stark positiv. Therapeutisch war Arsen und Röntgen wirkungslos. Zur Zeit Enthorungskur mit hochprozentiger Salicylvaseline.

Frei: 1. Wiederholt und spät exacerbierte generalisierte exfoliative Dermatitis nach kombinierter Salvarsan-Quecksilberkur.

Die Erkrankung blieb etwa 3 Monate in ihrer universellen Ausbreitung bestehen, Exacerbationen traten nach 1, 2 und 2½ Monaten auf. Ursache der Erkrankung wahrscheinlich Salvarsan (lange Krankheitsdauer, Melanodermie geringen Grades, negativer Ausfall von Quecksilber-Reizversuchen).

2. Tubero-ulcero-serpiginöse Hauttuberkulose, möglicherweise kombiniert mit Lues.

20jähriges Mädchen mit Hautveränderungen an beiden Beinen, besonders am rechten Unterschenkel.

Die Diagnose „Hauttuberkulose“ stützte sich auf das Hautbild, einen verdächtigen Drüsen- und Lungenbefund sowie auf den stark positiven Ausfall der Tuberkulinreaktionen. Sie wurde später durch Tierversuch bestätigt.

Antilupöse Behandlung hatte nur unzureichenden Erfolg.

Dadurch wurde die Aufmerksamkeit auf eine Verdickung des unteren Drittels des linken Unterschenkels gelenkt, die im Röntgenbild das typische Bild einer hyperostosierendenluetischen Periostitis bot: starke diffuse periostale Auflagerungen an der Diaphyse von Tibia und Fibula ohne nachweisbare Knochenveränderungen. Andere luetische Stigmata fehlten, Wassermannsche Reaktion negativ.

Unter antiluetischer Behandlung — zuerst Jodkalium, später kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur — heilten die Hautveränderungen langsam bis auf geringe Überreste ab.

Allerdings wurde während der antisiphilitischen Kur die Röntgenbestrahlung fortgesetzt.

3. Symbiose von *Spirochaeta pallida* und Tuberkelbacillen in einer Cubitaldrüse.

40jähriger Mann (Fleischer) mit sekundärer, genital erworbener Lues und starken Drüenschwellungen, besonders in der Ellenbeuge, ohne nachweisbare Tuberkulose der Haut und der inneren Organe.

Die Punktion einer — etwa pflaumengroßen — Cubitaldrüse lieferte  $\frac{1}{2}$  ccm zähflüssigen Eiters, in dem durch Untersuchung im Dunkelfeld Spirochäten und durch den Tierversuch (Meerschweinchen) Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Der Stamm hat sich später als kaninchenpathogen erwiesen, und zwar rief er am Kaninchen bei subcutaner Impfung mit Meerschweinchenmaterial außer tuberkulösen lokalen Veränderungen an der Impfstelle und den regionären Lymphdrüsen eine ausgedehnte Tuberkulose der Nieren, der retroperitonealen Lymphdrüsen und der Lunge hervor. Man kann ihn also dem Typus bovinus zurechnen.

Bacher demonstriert einen Fall von Lymphogranulomatose mit ausgedehnten, nach Abheilung eines pruriginösen Exanthems aufgetretenen Pigmentationen der Haut sowie der Mundschleimhaut.

Breitkopf zeigt einen 33jährigen Patienten mit Neurofibromatose, bei dem Naevi anaemici nachweisbar sind. 3 Naevi anaemici finden sich über dem Sternum dicht unterhalb des Jugulum, ungefähr in der Medianlinie, übereinander angeordnet, von Fingernagelgröße mit zackiger Begrenzung, außerdem zwei schwer erkennbare, erst nach Reiben der Haut deutlich hervortretende, ebenso große, eckige, am Rücken über der linken Scapula. Er berichtet über einen im Jahre 1918 an der Breslauer Hautklinik beobachteten Fall von Neurofibromatose, der ebenfalls einen Naevus anaemicus aufwies, der sich in Dreimarkstückgröße oberhalb der linken Mamilla bei einem 20jährigen Manne fand und der eine von Naegeli schon 1916 bei einem Fall beobachtete Besonderheit hatte, nämlich, daß in der Mitte des Naevus anaemicus ein im Entstehen begriffenes Neurofibrom festzustellen war.

Burchardi stellt vor: ein 23jähriges junges Mädchen, das seit frühester Kindheit an Lupus vulgaris des weichen Gaumens erkrankt ist. Eine erbliche Belastung, auch eine anderweitige Krankheitsursache, ist nicht festzustellen. Trotz fortgesetzter ärztlicher Behandlung mit Gurgelwässern und später mit Salben an der äußeren Haut hat die Erkrankung jetzt die gesamte Mundschleimhaut ergriffen, ist auf den Mundrand, das Unterkinn übergegangen, wo sie elephantiastische Veränderungen gesetzt hat, und seit  $\frac{1}{2}$  Jahre findet

sich auch am rechten äußeren Oberschenkel ein mindestens handtellergroßer verruköser Lupusherd; außerdem besteht, besonders am Rücken, ein hyperkeratotischer Lichen scrophulosorum.

Bemerkenswert und für die Aufgaben der Lupusbekämpfung von Interesse ist an diesem Fall, daß er trotz fortgesetzter ärztlicher Behandlung aus kleinen Anfängen diese Formen annehmen konnte.

Urbach stellt vor: einen Mann mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden an beiden Beinen. Zugleich besteht bei dem Fall an den unteren Extremitäten eine idiopathische Hautatrophie, welche vor 12 Jahren an den Füßen begann, in etwa 2 Jahren sich über beide Beine verbreitete und seither stationär blieb.

Max Jessner demonstriert:

1. Einen Mann mit beginnender Acrodermatitis atrophicans des linken Armes, die in der Ellenbogengegend mehrere etwa erbsengroße, gelblich-bräunliche, prominente und scharf abgesetzte Knoten aufweist. Histologisch: Sehr starkes, ziemlich scharf abgesetztes Infiltrat mit sehr zahlreichen Plasmazellen, Erweiterung und Vermehrung der Gefäße, fast völliger Schwund der elastischen Fasern. Keine Bindegewebsneubildung oder Einlagerung von Myom, wie in den bisher beschriebenen Fällen.

2. Eine 30jährige Frau mit einer seit Geburt bestehenden diffusen Hauterkrankung, die durch Atrophien, Depigmentationen, Hyperpigmentationen und Teleangiectasien charakterisiert ist. Während einzelne Bezirke in ihrer Buntscheckigkeit an Poikilodermie-Jacobi erinnern, spricht die vielfach wellenförmige, am Rücken den Haarströmen folgende Anordnung der Teleangiectasien mehr für einen generalisierten, systematisierten Naevus. Histologisch bieten Excisionen aus verschiedenen Körperstellen kein ganz einheitliches Bild. Zumeist findet sich Verschmälerung des Epithels, starkes, stellenweise aus sehr zahlreichen Plasmazellen bestehendes Infiltrat um die erweiterten Papillargefäße, Verminderung der elastischen Fasern des subpapillären Netzes, fleckweise Anhäufung und Fehlen von Pigment (der Fall wird von Ulrich Saalfeld genauer bearbeitet).

3. Einen Knaben mit Lichen trichophyticus bei ausgebreiteter flacher Trichophytie des Kopfes, Nachweis von Pilzen als Endothrixform in einem Lanugohaar eines aggregierten seborrhoischen Lichenherdes.

Martenstein stellt vor:

1. Einen 71jährigen Patienten mit einer eigenartigen Affektion der Haut des rechten Handrückens, die vielleicht den idiopathischen Hautatrophien zuzurechnen, aber keiner der bisher beschriebenen Krankheitsformen analog ist. Patient hat seit 1914 eine Rötung und Knotenbildung in der Haut des Handrückens bemerkt, die ohne erkennbare Ursache entstand. Vor 30—40 Jahren



hatte Patient Gonorrhöe und Lues. Wassermann ist negativ. Die frischeste Affektion besteht am Daumen; die dorsale Haut ist vom distalen Metatarsalköpfchen bis zum Nagelrand blaurot verfärbt; während die Abgrenzung gegen das Gesunde proximal scharf ist, besteht distal ein diffuser Übergang. Im erkrankten Bezirk zeigt die Epidermis keinerlei Veränderung, dagegen ist eine Infiltration von wechselnder Stärke deutlich zu konstatieren, die den rechten Daumen gegenüber dem linken als verdickt erscheinen läßt. Auf der rechten Mittelhand besteht eine ähnlich beschaffene, fünfmarkstückgroße Stelle, deren Abgrenzung ebenfalls nur stellenweise sich scharf vom Gesunden abhebt. Von Infiltration ist jedoch hier nichts zu konstatieren, wohl aber eine ganz leichte Atrophie. Der charakteristischste Herd befindet sich über dem Metacarpus V. Er ist von der Größe einer Mark, in der Form aber oval. Er ist vom Gesunden vollkommen scharf abgegrenzt; er zeigt die Atrophie deutlich ausgeprägt, so daß man den Beginn der normalen Haut als deutlich erhabenen Rand fühlen kann, wenn man mit dem Finger unter Druck vom Zentrum des Herdes nach außen streicht. Dabei zeigt sich, daß eine bräunliche Pigmentierung der Haut im Bereiche des Herdes erkennbar ist. Auf Druck besteht an allen Herden eine leichte Schmerzhaftigkeit. Sensibilitätsprüfung o. B.

Pathologisch-anatomisch findet sich im Papillarkörper eine diffuse Infiltration von wechselnder Stärke und ein Schwund der elastischen Fasern in den infiltrierten Partien. Besonders auffallend sind die um einzelne Follikel bestehenden massigen, sehr scharf abgegrenzten und tief reichenden Infiltrate von verschiedener Größe. Die Infiltrate selbst setzen sich aus zahlreichen lymphocytären Elementen, mäßig reichlichen Zellen mit sehr großen blassen Kernen und Plasmazellen zusammen, dabei ist die letztgenannte Zellart in den oberflächlichen Schichten spärlicher, in den tieferen häufiger nachzuweisen. Bisher war jede Strahlenbehandlung (Röntgen- und Mesothorium-) erfolglos.

2. Eine 43jährige Patientin mit Boeckschem Sarkoid. Anamnese und Familienanamnese in bezug auf Lungentuberkulose o. B. Vor 3 Jahren trat ganz plötzlich das jetzt noch bestehende kleinknotige, disseminierte Sarkoid auf, das sowohl seiner Lokalisation, als auch dem klinischen Bilde der Efflorescenzen nach an ein papulo-nekrotisches Tuberkulid erinnert. Hals- und Inguinaldrüsen vergrößert. Lungenbefund: klinisch o. B., röntgenologisch kein deutlich positiver Befund. Tuberkulinreaktionen der Haut nach v. Pirquet und intracutan (1 : 1000) negativ. Histologisch weicht der Befund insofern von dem bei Sarkoiden gewöhnlich erhobenen ab, als an einem Infiltrat der Cutis eine zentrale Nekrose vorhanden ist, und im Schnitt einer exstirpierten Drüse sich Riesenzellen in nicht geringer Zahl finden, die oft gruppenförmig angeordnet sind.