

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. April 1911.

Vorsitzender: Finger.

Schriftführer: Mucha jun.

Grosz (zum Protokolle der vorletzten und letzten Sitzung): Gelegentlich der Vorstellung von Lichen ruber planus-Fällen mit Lokalisation an der Zungenschleimhaut durch mich und Weidenfeld hat Herr Kollege Ullmann im Gegensatze zur Majorität der Diskussionsredner den Standpunkt vertreten, daß das Vorkommen von Lichen planus-Effloreszenzen an der Zunge überaus häufig zu beobachten sei und hat hierbei statistische Angaben aus dem Buche von Gottfried Trautmann (zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues etc. 1903) zur Stütze herangezogen. Nach diesen soll der Lichen planus der Zunge in 54% der Fälle zur Beobachtung gelangen. Ich habe gleich damals die Richtigkeit dieser Angabe in Zweifel gezogen, da ja jeder zweite Fall von Lichen planus Zungenerscheinungen darbieten müßte, was den tatsächlichen Verhältnissen sicher nicht entspricht. Ich habe mich nun der geringen Mühe unterzogen und das Buch von Trautmann eingesehen. Da ergibt sich nun folgendes: der Autor hat unter sämtlichen bis 1903 publizierten Fällen von Lichen ruber planus 69 Fälle mit Schleimhautlokalisation gefunden, hiezu kommen drei Fälle, die er (bei Hallopeau und Max Joseph) mitbeobachten konnte. Gesamtzahl 72.

Unter diesen 72 Fällen von Schleimhautlichen war in 54% die Zunge erkrankt.

Die Trautmannsche Statistik, die sich nur mit der relativen Häufigkeit der verschiedenen Schleimhautlokalisationen (Mundhöhle, Larynx, Pharynx) beschäftigt, besagt also in der Frage der Häufigkeit der Zungenerkrankung beim Lichen ruber planus nicht das Geringste, ich kann nur wiederholen, daß ich selbst die in Rede stehende Lokalisation ebenso wie die anderen Herren nur sehr selten zu sehen Gelegenheit hatte, besonders in einer so schönen Ausprägung wie in den Fällen von Weidenfeld und mir.

Bei dieser Sachlage kann ich auch die Statistik, die Ullmann von seinen eigenen Fällen produziert hat, nur mit der größten Skepsis werten.

Ullmann. Von dem in der letzten Sitzung über die heute abermals angeschnittene Frage auch nur ein Wort zurückzunehmen oder Meritorisches hinzuzufügen, habe ich keine Veranlassung. Aus der von Kollegen Grosz nunmehr hier auch zitierten Zusammenstellung Trautmanns ist nur das heraus zu lesen, was ich gemeint habe und nichts anderes. Denn nur um das relative Verhältnis handelt es sich. Diese Statistik reichte nur bis zum Jahre 1902 und größtenteils um die klassischen Befunde hervorragender, vertrauenswürdiger Autoren. Ob von 1902 bis heute alle solchen Befunde genau registriert und publiziert wurden, bedürfte einer weiteren Untersuchung und ebenso, wie sich weiterhin das relative Verhältnis stellt. Allerdings handelt es sich, wie schon das letzte Mal hervorgehoben, bei den Beobachtungen von mir und anderen Autoren meist um unscheinbare

Plaques an den Zungenrändern, selten um so schöne Plaques wie die an Grosz' und Weidenfelds Kranken.

Sachs demonstriert: 1. einen 26jährigen Patienten mit 2 symmetrisch am Kinn lokalisierten, kronengroßen Herden von Lupus erythematodes. Einreiben der Herde mit Moroscher Tuberkulinsalbe hat keine Reaktion ergeben. Die Affektion besteht seit Juni 1910.

2. Einen 20 Jahre alten Patienten mit Folliculitis decalvans. Auf der behaarten Kopfhaut sieht man zahlreiche 20 hellergröße kahle Stellen mit an den Follikularapparat sich anschließenden Atrophien. Außer solchen älteren, seit 1 Jahre haarlosen Stellen sind auch frischere Krankheitsherde mit ausgesprochen follikulären Entzündungsprozessen und geringer Eiterung zu finden.

Oppenheim. Der Kranke, 30jähriger Einspannerkutscher, den ich mir zu demonstrieren erlaube, akquirierte im Juli 1910 Syphilis, machte damals eine Quecksilberkur durch und kam im November in meine Ambulanz mit einem ausgedehnten papulösen Rezidiv. Ich gab ihm am 29. November Salvarsan 0.6, subkutan, neutrale Suspension, worauf das Exanthem zurückging. Vor 3 Wochen kam der Kranke zu mir und klagte über Schwerhörigkeit, Schwindel und Ohrensausen; die Untersuchung der Ohren ergab jedoch nichts positives. Vor einer Woche kam der Kranke abermals mit der Angabe, er könne nicht mehr fahren, da er schlecht sehe. Die Augenuntersuchung ergab eine Parese des rechten Abduzens ziemlich schwerer Natur und deshalb Doppeltsehen. Der Fall reiht sich den von Finger, mir u. a. beobachteten peripheren Nerven-erkrankungen nach Salvarsan an, denn eine Abduzenslähmungluetischer Natur in so früher Zeit derluetischen Infektion gehört gewiß zu den Seltenheiten. Der Patient bekommt jetzt Jod in großen Dosen, worauf die Lähmungserscheinungen zum Teil zurückgingen.

Der zweite Fall zeigt Ihnen eine Syphilisrezidive im unmittelbaren Anschlusse an eine energische Quecksilberkur. Der Patient, 25 Jahre alt, kam mit Sklerose und Exanthem im November in meine Ambulanz und wurde mit Salizyl-Quecksilberinjektionen behandelt, worauf die syphilitischen Erscheinungen verschwanden. Nach der 15 Hg. sal.-Injektion bekam Patient das heutige Rezidiv: hellrote bis kreuzergroße papulöse Effloreszenzen auf der Stirne, um den Mund, am Kinn und am Halse, sowie an den Streckseiten der Arme. Der Stamm und die Beugeseiten der Extremitäten sind frei. Einzelne der Papeln sind mit fettigen Schuppen bedeckt und von akut entzündlichen Höfen umgeben. Es zeigt also dieser Fall hier die von mir wiederholt hervorgehobene Eigenschaft, daß Syphilisrezidiven, die während oder unmittelbar nach energischen Quecksilberkuren auftreten, oft akut entzündlichen Charakter haben und manchmal, wie auch dieser Fall, dieselbe Lokalisation, wie das Erythema exsudativum multiforme haben. Dieselbe Beobachtung kann man bei Rezidiven nach Salvarsaninjektionen machen.

Deutsch. Ich möchte entschieden gegen die Verallgemeinerung der Annahme, daß Rezidive während oder nach einer energischen Hg-Kur immer entzündlichen Charakter tragen, Stellung nehmen; ich habe selbstverständlich Rezidive während oder nach einer Hg-Kur häufig genug gesehen, sie zeichneten sich vor sonstigen Rezidiven in keinerlei Weise aus, höchstens daß sie vielleicht häufig den Charakter von Spätformen tragen.

Oppenheim. Es ist selbstverständlich, daß die Erscheinung nicht für sämtliche Fälle gilt, sondern, daß ihr nur eine gewisse Regelmäßigkeit

keit innewohnt. Auch die Herxheimersche Reaktion tritt nur bei einzelnen Fällen auf, und dieser ist die von mir beobachtete an die Seite zu stellen.

Neugebauer demonstriert einen Patienten, der an der Haut beider Vorderarme bis zu handtellergröße Krankheitsherde hatte, von denen die kleineren gleichmäßige Rötung zeigen, während die größeren im Zentrum fast normale Haut aufweisen, deren Rand aber durch einen scharf nach außen abgegrenzten Wall gebildet wird. Die zentrale Abheilung, das periphere Fortschreiten läßt auf eine Dermatitis mykotischer Ursache schließen. Die Pilzuntersuchung ist noch nicht abgeschlossen.

Lipschütz demonstriert einen Patienten mit Herpes zoster generalisatus. Der systemisierte Zoster, in typischer Ausbildung, entspricht dem ersten Ast des linken Trigeminus. Am Stamm und auf den oberen Extremitäten findet man etwa 12 zerstreut angeordnete hellrote papulöse beziehungsweise papulovesikulöse und vesikulöse Effloreszenzen, von denen einzelne fast Linsengröße erreichen. Nach den Erfahrungen, die wir in den letzten 2 Jahren sammeln konnten, besteht keine Übereinstimmung in der klinischen Ausbildung der den eigentlichen Herpes zoster zusammensetzenden Effloreszenzen einerseits und den zerstreut angeordneten Bläschen andererseits. Es können daher beispielsweise auch bei einem gangränösen Zoster frontalis die Hauteffloreszenzen am Stamm bloß papulösen oder vesikulösen Charakter besitzen.

Weidenfeld erinnert an die vor 2 Jahren stattgehabte Diskussion über einen von ihm vorgestellten Fall von Zoster generalisatus, bei welcher Gelegenheit er hervorhob, daß derselbe am ganzen Körper in disseminierten kleinen variola- oder varizellenähnlichen Bläschen auftreten kann. Gewöhnlich bestand, wenigstens in seinen Fällen, als Hauptherd ein Zoster gangraenosus. Auch in der Mundschleimhaut sah er Effloreszenzen auftreten. Die Fälle betrafen alle erwachsene Personen, manche Greise. Auch für die Pathogenese scheint ihm der H. zoster generalisatus von Wichtigkeit zu sein, indem eher an eine bakteritische Infektion mit Lokalisation derselben in den Intervertebralganglien gedacht werden kann, als an eine vasomotorische Reflexneurose, wie von anderer Seite behauptet wurde.

Ehrmann betont, daß er wiederholt hier in der Gesellschaft über eine Reihe von Fällen des Zoster generalisatus als einem varizellenförmigen Exanthem auf der gesamten Haut und der Schleimhaut des Mundes berichtet habe. Dieses verläuft ohne Gangrän und Narbenbildung, während die systematisierte eigentliche Zona in allen diesen Fällen gangränös war. Die genau beobachteten Fälle zeigten unter Fieber am 3.—4. Tag das generalisierte Exanthem.

Das gehäufte Auftreten des Zoster läßt eine infektiöse, vielleicht embolische Ursache annehmen. Die histologisch nachweisbare Gefäßaffektion entspricht der Pfefferschen Anschauung, das Gefäßsystem sei an der Zona mitbeteiligt.

Nobl: Der vorgestellte, ganz einwandfreie Fall bestimmt mich nach wie vor daran festzuhalten, daß nur jene Fälle dem exanthematischen Herpes zoster zugerechnet werden sollten, bei welchen die Einzelbüten des Körpers, mit den typischen Teilphänomen des primären systematisierten Ausbruchs übereinstimmen. Wenn sich diese Analogie noch

dahin ergänzt, daß nicht nur typisch gedellte, von erythematösen Höfen umgebene kolliquative Bläschen in Erscheinung treten, sondern wie dies in einem von mir vorgestellten Falle zutraf, auch die hämorrhagische Umwandlung des Bläscheninhalts und Grundes, sowie die Gangränese in gleichem Maße im gruppierten Zoster und in dem Exanthem zu verfolgen ist, so kann hierin nur ein wertvoller Hinweis für die pathogenetische Zusammengehörigkeit beider Eruptionsformen erblickt werden. Wenn jedoch in der Literatur immer wieder Beobachtungen als zugehörig ausgewiesen werden, in welchen die Generalisierung aus singulären abortiven Erythempapeln gefolgert wird, die mit und ohne Zoster auf jeder Haut leicht aufzufinden sind, so wird hiemit dem Aufhellungswerk der ohnehin genügend komplizierten Zosterpathogenese ein nur fraglicher Dienst geleistet.

Sachs: Gelegentlich der Herpes zoster Debatte in der Sitzung vom 28. April 1909 habe ich einen Fall von Herpes zoster generalisatus erwähnt, der einen Patienten mit einem typischen Herpes zoster der rechten Glutaeal- und Kruralgegend betrifft, mit gleichzeitig auf Brust und Rücken disseminierten, von einem großen roten Hofe umgebenen Bläschen, wie bei Varizellen.

Fasal: Die Frage, ob es sich um einen Zoster generalisatus handelt oder um vesicules aberrantes, läßt sich durch die Zahl der auftretenden Bläschen nicht beantworten. Ein wichtiges Kriterium dagegen bildet die lokale Beziehung der einzelnen Bläschen zu dem Hauptherd. Wenn bei einem Herp. zoster frontalis entfernt von dem Hauptherd an den Extremitäten oder am Stamm einzelne Bläschen auftreten, so wird man von einem H. z. generalisatus sprechen können, während zahlreiche Bläschen in der nächsten Umgebung des Hauptherdes nur als vesicules aberrantes bezeichnet werden können.

Ullmann. Gewiß wäre die auch von Ehrmann angenommene Infektionstheorie im Sinne von Embolisierung von Gefäßen diskutabel, doch fehlt bis jetzt ihr Nachweis. Auch die Prädisposition zur Embolisierung gerade solcher Kapillaren, welche Nerven versorgen, erscheint mir gezwungen und findet keinerlei Analogen. Ich halte die Embolisierung für unwahrscheinlich. Anders die ebenfalls aus der Infektionstheorie zur Erklärung des Auftretens gehäufte, spontaner Herpes zoster Fälle herangezogene, rein toxische Schädigung mehrerer trophischer Zentren in den Spinalganglien, durch die im Blute kreisenden Toxine des, allerdings noch unbekannten Virus. Diese Auffassung erscheint mir durchaus nicht hypothetisch, jedenfalls weniger als irgend eine andere, da wir ja auch anderweitige, rein toxische Zosterformen genügend kennen. Ich erwähne hier nur den Arsenzoster, vor allem aber den forensisch so wichtigen Kohlenoxydzoster. Ferner die Fälle von multiplen, bilateralen und symmetrischen Zosterformen. Für gänzlich ungeeignet und ungenügend halte ich jedoch das Heranziehen eines Spätreflexes im Sinne von Kreibich zur Erklärung des generalisierten Exanthems, wie dies jüngst Nobl versucht hat. Denn abgesehen davon, daß ja sowohl der Stammherd, wie die an allen möglichen Nervengebieten zerstreuten Bläschen-

gruppen oder Einzelbläschen, fast immer gleichzeitig in Erscheinung treten und nicht so wie beim Kreibichschen Grundphänomen Tage und Wochen nach der Primärläsion, wäre ja durch die Annahme einer reflektorischen Entstehung der einzelnen Bläschen so zu sagen nur der Weg, die Bahn der Fortpflanzung des pathologischen Reizes gegeben. Hingegen ist damit über die gemeinsame Ursache zur Entstehung des Hauptherdes und der kleineren Bläschen nichts ausgesagt.

Riehl bemerkt, daß er die Bezeichnung „Zoster generalisatus“ als eine wenig empfehlenswerte betrachtet. Das klinische Bild des Zoster ist so klar umschrieben, seine Gebundenheit an das Ausbreitungsgebiet eines sensiblen Nervens so determiniert, daß man für Bläscheneruptionen, die gleichzeitig oder im Verlauf des Zoster zerstreut am Körper auftreten, lieber eine andere Bezeichnung gebrauchen sollte. Es ist wohl nicht zu bezweifeln, daß zwischen Zoster und den generalisierten Bläscheneruptionen ein Zusammenhang besteht, dieser dürfte aber in einem gemeinsamen ätiologischen Moment gelegen sein und nicht — was für den Zoster charakteristisch ist — in Abhängigkeit von einer peripheren Neuritis. In seiner weiteren Ätiologie ist der Zoster eine jener Krankheiten, die auf sehr verschiedenartige Ursachen zurückgeführt werden muß. Toxische Ursachen (Arsen, Phosphor, Kohlenoxyd), traumatische Verletzungen, Druck durch Geschwülste oder entzündliche Prozesse etc., Rheumatismus und andere Infektionskrankheiten können dadurch, daß sie eine Neuritis erzeugen, zum Zoster führen. Es erscheint darum viel wahrscheinlicher, daß die Eruptionen, welche man als Zoster generalisatus bezeichnet, durch eine allgemein wirkende Noxe veranlaßt werden, die zugleich die Neuritis hervorgebracht hat, und in dieser Richtung erscheint es auffällig, daß diese zerstreuten Bläscheneruptionen, die manchmal auch an der Schleimhaut der Mundhöhle gefunden werden, in vielen Fällen große Ähnlichkeit mit Varizellen zeigen. Bokai berichtet über Beobachtungen von H. z. und Varizellenerkrankung. Wir werden uns bemühen müssen, die generalisierten Bläschen in ihrer Ätiologie in jedem Falle klarzustellen und müssen sie, ebenso wie den Zoster, als ein Symptom der Grundkrankheit auffassen, nicht aber als eine Zostererscheinung, d. h. als durch Nervenerkrankung bedingt. Ich halte es ebenso für unzulässig, auf die Pfeiffersche Theorie der Gefäßerkrankung zu rekurrieren, die sich für den Zoster selbst als unrichtig erwiesen hat. Wenn eine Phosphorvergiftung einen Zoster veranlaßt und nebenbei Petechien, so werden wir letztere ebensowenig als Zostersymptome erklären, als allenfalls Hyperpigmentation und Keratose, die nach Arsengebrauch neben Zoster vorkommen.

Nobl demonstriert: 1. Eine seit mehreren Wochen bestehende Erkrankung des weichen Gaumens, der Arkaden und des Zäpfchens bei einem 25jähr. Manne, welche als diffus infiltrierendes, papillär gewuchertes Syphilid anzusprechen ist. Die blaßrote, mit dicht aneinander gestellten, bis erbsengroßen Wärzchen und unregelmäßig zackig gefornten, leicht belegten Ulzerationen besetzte Oberfläche des keinerlei subjektive Beschwerden verursachenden Herdes, bietet gewisse Analogien mit der von Rusch demonstrierten Gaumentuberkulose und lehnt sich

andererseits auch an das Aussehen jenes Krankheitsfalles an, den Oppenheim zur Differentialdiagnose stellte und späterhin an der Hand des kurativen Effektes als Syphilis ansprechen konnte. Dieluetische Natur der Gaumenaffectio ist im vorgestellten Falle um so sicherer anzunehmen, als Patient kürzlich noch mit einer exanthematischen Syphilisrezidive an der Abteilung in Behandlung stand.

2. Drei Kranke mit Rezidivexanthenen nach Salvarsanbehandlung. 1. 30jähr. Beamter erhielt gegen ein dichtes, makulopapulöses Erstexanthem im August 0·5 saure Lösung intragluteal. Mitte Februar Iritis rechts und dichtes papulöses Exanthem, Plaques der Mundschleimhaut. 2. 28jähr. Mann bekam gegen die gleichen initialen Erscheinungsformen anfangs September 0·6 der neutralen Suspension am Rücken. Der seit wenigen Tagen bestehende Nachschub präsentiert sich als schütter eingestreute, gruppierte Rezidivroseola. 3. 26jähr. Eisenbahnbediensteter erhielt am 1. Oktober 0·6 neutrale Suspension in 2 interskapularen subkutanen Depots. Die Rezidive ist auf singuläre bohngroße Papeln am Stamm und den Extremitäten beschränkt. Das Auftreten von Syphilisrezidiven in der Frühperiode nach einem 4—5monatlichen Latenzstadium weicht keineswegs von dem bei der Hg-Behandlung verfolgten Verlaufstypus ab. Auch scheint die von mancher Seite vertretene Verschiebung in der Konfiguration und Lokalisation der Neuausbrüche nur für einen Bruchteil der mit Arsenobenzol behandelten Fälle zurecht zu bestehen. Weder die vorgestellten Kranken, noch weitere, an der Abteilung in Evidenz geführte, bieten hierfür deutlich ausgeprägte Anhaltspunkte.

Sprinzels stellt einen 35jähr. Pat. vor, der seit 4 Jahren an einer Hauterkrankung leidet, die teils spontan, teils unter Behandlung zeitweise wesentlich sich zurückgebildet hatte, um immer wieder an Intensität zuzunehmen. Befallen erscheinen Stamm, Gesicht, Hals, obere und untere Extremitäten; in gleicher Weise Beuge- wie Streckseiten. Man sieht über den Körper zerstreut Effloreszenzen verschiedenster Art. Von kleinsten linsengroßen Herden an bis zu fünfkronenstückgroßen Scheiben, die mehrfach miteinander konfluieren und dann weiterhin erscheinen große Hautflächen in ausgedehntem Maße von der Erkrankung betroffen.

Über diesen infiltrativen, wenn auch ziemlich oberflächlich verlaufenden Prozessen finden sich dann auch ausgedehnte Hautpartien in der Form von einer oberflächlichen Rötung, erythrodermieartig affiziert.

Die Krankheit verläuft ohne jede subjektive Störung des Patienten; es ist kein Jucken vorhanden.

Das Bluthild zeigt keine grobe Abweichung vom Normalen in bezug auf Zahl der Blutkörperchen. Im prozentualen Verhalten der Leukozytenformen untereinander ist eine leichte Vermehrung der Eosinophilen festzustellen. Von den in Betracht kommenden Erkrankungen fehlen für die Psoriasis genügende Anhaltspunkte, die leukämische Manifestation scheidet aus durch den Blutbefund. Dagegen berechtigt das eigenartig polymorphe Krankheitsbild, das Vorhandensein von ganz oberflächlichen, erythrodermieartig verlaufenden Prozessen neben den tiefergehenden infiltrativen Vorhängen, der chronisch remittierende Verlauf, die spontane Rückbildungsmöglichkeit einzelner Herde, die Diagnose auf Mykosis fungoides zu stellen.

Schramek demonstriert ein 15jähr. Mädchen mit einer Trichophytie des Kopfes, die von dem gewöhnlichen Bilde abweichend ist. Während das typische Krankheitsbild rundlich begrenzte Herde, meist von einem erythematösen Saume umgeben, aufweist, in denen sich bedeutende Verminderung der Haare und zahlreiche Haarstümpfe vorfinden, zeigt das Krankheitsbild bei der Pat. nirgends eine scharfe Abgrenzung. Über das ganze Kapillitium zerstreut finden sich dünne, weißliche Schuppenauflagerungen, die vollkommen denen einer Seborrhoea sicca entsprechen. Abgebrochene Haare lassen sich makroskopisch gar nicht nachweisen.

Hebt man aber diese Schuppen ab, so sieht man in ihnen kleine, korkzieherartig gewundene grauweiße Haarfragmente, die nach Aufhellung reichlich Gonidien eines Endothrixpilzes enthalten.

Erkrankt sind auch die Nägel des Daumens, Mittel- und Zeigefingers der linken Hand. In den abgeschabten Lamellen des Nagels fanden sich gleichfalls Pilzelemente.

Die Kultur des Pilzes ergab das *Trichophyton violaceum*.

Möglicherweise sind einige Fälle in der Literatur, die als *Onychomycosis trichophytica* ohne Beteiligung des Kopfes beschrieben sind, auf ein Übersehen einer ähnlichen Kopferkrankung zurückzuführen. Leicht könnte man sich mit der Diagnose einer Seborrhoe begnügen, da nur eine genauere mikroskopische und kulturelle Untersuchung die richtige Aufklärung gibt.

Ehrmann. Bei dieser 17jähr. Patientin fällt Ihnen vor allem der kindliche, unterentwickelte Typus auf. Das Aussehen entspricht etwa dem eines 12jähr. Mädchens. Von diesem infantilen Typus abgesehen ist dieser Fall durch eine seltene Vereinigung verschiedener Formen der Hauttuberkulose ausgezeichnet.

Der Hals der Patientin ist eingesäumt von einem Ring dicht aneinandergestellter Narben, die von Skrophulodermen herrühren. Hinter dem linken Sternokleidomastoideus sitzt noch ein perforiertes Skrophuloderma.

Die 2. Form der Hauttuberkulose stellt ein ungewöhnlich stark ausgebreitetes Lichen scrophulosorum dar. Der ganze Stamm mit Freilassung der Sternalgegend ist bedeckt mit kleineren und größeren bräunlichroten Plaques, die die charakteristische Schuppung zeigen und aus kleinen Knötchen zusammengesetzt sind. In der Kreuzbeingegend sowie in der Inguinalgegend sind die Plaques zu großen, diese ganze Region einnehmenden Herden konfluiert, während sie auf den Extremitäten und auf der Brust als kronen- bis talerstückgroße scharfumschriebene Scheiben auftreten. Die Plaques in der Umgebung der Ohren, auf der Ohrmuschel selbst, auf der Nase, der Oberlippe, den Augenbrauen, sowie der Stirnhaargrenze bis tief hinein in die behaarte Partie sind wohl als eine seltene Lokalisation dieses Prozesses besonders hervorzuheben.

In der Höhlung des Fußes beiderseits, sowie an den Zehen ist ein typischer, zum Teil ulzerierter Lupus verrucosus zur Ausbildung gelangt. Schließlich sei erwähnt, daß bei dieser Patientin das Bild einer diffusen Sklerodermie mit Raynaudschem Symptomenkomplex an den Extremitäten in Entwicklung begriffen ist. Die Hände sind zyanotisch blau verfärbt; die Finger sind verkrümmt und können beiderseits nicht zur Faust geschlossen werden. An den Sehnen der Unterarme ist eine deutliche Verhärtung zu beobachten, während die Haut straff der Unterlage anliegt. Am Hals ist die wiederholt von mir beschriebene Pigmentzeichnung sehr deutlich.

Stein demonstriert einen 6jähr. Knaben mit zirka kronenstückgroßen kahlen Herden auf der Haut des behaarten Kopfes, die im Zentrum vernarbt, an der Peripherie von bis linsengroßen, follikulär angeordneten, mit Krusten bedeckten Knötchen begrenzt sind. Es handelt sich bei diesem einer dekalvierenden Follikulitis ähnlichen Prozesse um einen atypischen Favus.

Kyrle demonstriert einen 29jähr. Patienten mit den Erscheinungen von *Pityriasis lichenoides chronica*; zahlreiche typische Effloreszenzen aller Stadien an Extremitäten und Stamm; dann einen 20jähr. Patienten mit 2 gleich alten Sklerosen, die eine an der Penishaut sitzend, die zweite an der Schleimhaut der Unterlippe. Beiderseits die zugehörigen, regionären Lymphdrüsen mächtig geschwollen.

Mucha demonstriert: 1. Zwei Patienten, deren einer seinerzeit von Finger wegen Neuritis optica, der andere wegen beiderseitiger

Läsion des Akutikus vorgestellt wurden. Von beiden Patienten wurde die 24stündige Harnmenge gesammelt und auf Arsen untersucht; es zeigt sich, daß beide Pat., und zwar der erste nach 10 Monaten, der zweite nach 6 Monaten noch deutlich nachweisbare Spuren von Arsen im Harn ausscheiden. Dieser Umstand ist wohl zweifellos bei der Erklärung der Symptome zu berücksichtigen und läßt die Erwägung berechtigt erscheinen, daß dem Arsen vielleicht eine ursächliche Rolle bei dem Zustandekommen der Erscheinungen zukommt, umso mehr als beide Pat. negative Wassermannsche Reaktion zeigen.

2. Einen Pat. mit 5—6 Monate alter Lues, der am 7./I. und 21./I. 1911 je 0·4 g Salvarsan intravenös erhielt. Am 25./II. 1911 wird der Pat. wegen einer schwerenluetischen Iridozyklitis des rechten Auges wiederum aufgenommen, die anfangs Februar begonnen haben soll.

3. Eine Pat. mit einer ca. $\frac{1}{2}$ Jahr alten Lues, die am 20./XII. 1910 0·5 und am 10./I. 1911 0·4 g Salvarsan intravenös erhalten hatte. Sie wurde am 6./III. wegen einer seit 8—10 Tagen bestehenden schweren Iridozyklitis des rechten Auges wieder aufgenommen.

4. Einen Pat., dem am 23./IX. 1910 wegen einer Sklerose und beginnendem Exanthem 0·5 g Salvarsan in saurer Lösung subskapular injiziert wurden. Am 19./II. wird Pat. wegen Ohrensausen, Schwindel und Neigung nach links zu fallen neuerdings aufgenommen, die Erscheinungen sollen seit 10 bis 12 Tagen bestehen, haben sich also etwa $3\frac{1}{2}$ Monate nach der Behandlung eingestellt. Die Ohrenuntersuchung ergibt links Taubheit nach eitrigem Prozesse, rechts normalen Befund, also vom Ohre aus keine Ursache für die Erscheinungen. Das Blut reagiert positiv, eine eingeleitete Jod-Hg-Kur hat bisher die Beschwerden des Patienten nicht verbessert.

5. Einen Patienten mit jetzt 6 Monate alter Lues, am 29./XII. 1910 mit 0·5 und 11./I. 1911 mit 0·4 g Salvarsan intravenös behandelt, wird am 27./II. 1911 wegen heftiger Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen, die seit 10—12 Tagen bestehen sollen, wieder aufgenommen. Der Ohrenbefund lautet *Laesio auriculae internae*, für die Schwindelanfälle keine Ursache im Vestibularapparate. Da Pat. Schlosser, ist der Befund nicht mit Sicherheit zu verwerten, obwohl die otologische Untersuchung vor der Behandlung ein vollständig negatives Resultat ergeben hatte. Das Komplement bei dem Pat. ist negativ. Auf Jod bisher keine Besserung.

6. Patient ca. $\frac{1}{2}$ Jahr alte Lues. Am 11./II. 1911 0·6 Salvarsan in monazider Lösung intraglutäal. Etwa 8 bis 10 Tage nach der Injektion Nebel vor dem rechten Auge. Am 1./III. wird von der Klinik Dimmer eine Neuritis optica leichten Grades rechts konstatiert.

7. Pat., der am 17./I. 1911 mit 0·6 Salvarsan in monazider Lösung intraglutäal behandelt (Lues 8—10 Wochen), hat am 28./II. einen epileptiformen Anfall erlitten, am 5./III. 1911 wiederholt sich der Anfall, Pat. ist während desselben vollständig bewußtlos, hat sich Verletzungen am Schädel und Zungenbisse zugezogen. Früher sollen niemals ähnliche Anfälle aufgetreten sein.

8. Ein Kind mit akquirierter etwa $\frac{1}{2}$ bis 1 Jahr alter Lues hat am 17./I. 1911 0·2 g Salvarsan in monazider Lösung intraglutäal erhalten. Am 18./II. wird das Kind von der Mutter gebracht, da sich öfters, besonders vor Hustenanfällen (das Kind leidet an Pertussis), epileptiforme Anfälle einstellen sollen. Neurologisch leichte Hemiparese der ganzen rechten Körperhälfte. Früher soll das Kind nie ähnliche Anfälle gehabt haben.

Für das Redaktionskomitee:

Privatdozent Dr. Groß.