

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Feber 1912.

Vorsitzender: Grosz.

Schriftführer: Mucha.

Scherber demonstriert aus dem Ambulatorium im Wilhelminenspital:

1. Einen 11jährigen Knaben mit *Granulosis rubra nasi*. Der Patient zeigt das gewöhnliche Bild der von Jadassohn beschriebenen Erkrankung; die untere Hälfte der Nase ist diffus bläulichrot verfärbt; bei genauerem Zusehen sieht man innerhalb dieser Verfärbung kleine heller rote Fleckchen und Knötchen, die anscheinend um die Schweißdrüsenausführungsgänge lokalisiert sind, aus denen von Zeit zu Zeit der Schweiß hervorperlt. Von Interesse ist bei dem Fall, daß auch die Oberlippe leicht diffus hellrot verfärbt erscheint, bei genauem Zusehen zahlreiche kleinste hellrote Knötchen von derselben Lokalisation wie die auf der Nase zeigt und auch hier kann man das zeitweise Hervorquellen der Schweißtröpfchen beobachten. Die anderen Geschwister sind ebenso wie die Eltern von der Affektion frei.

2. Einen 20jährigen Mann, der auf der oberen Stirnhälfte und den vorderen Partien des behaarten Kopfes eine dichte Aussaat distinkt stehender, zum geringen Teile über das Niveau vortretender bis hanfkorngroßer entzündlicher Knötchen, zum größeren Teil ebenso großer oder bis linsengroßer im Niveau gelegener mehr braunroter Effloreszenzen zeigt, die in der weiteren Entwicklung alle einsinken und mit zum Teil recht tiefen, scharf und steil umrandeten Narben abheilen. Das Krankheitsbild ist wohl als *Acne varioliformis* anzusprechen, doch hat besonders ein Teil der Effloreszenzen, nämlich die braunroten Infiltrate den klinischen Charakter eines Tuberkulids.

3. Einen 49jährigen Mann mit einer *Dermatitis atrophicans* bei gleichzeitigem Bestehen zahlreicher weicher Fibrome am Stamm. Die Erkrankung begann vor ungefähr eineinhalb Jahren an der Innenfläche des rechten Oberschenkels in Form einer anfangs mehr entzündlichen, dann rasch einen lividen Ton annehmenden Verfärbung, die, in den oberflächlichsten Schichten der Haut lokalisiert, das Epithel intakt zeigte; der Prozeß griff dann nach oben außen und unten in Form mehr entzündlich bräunlichroter Flecke weiter, trat vor ungefähr einem Jahr auch am Unterschenkel auf, wo man jetzt zahlreiche größere, zum Teil konfluierende Flecke von leicht bräunlichlividroter Färbung in der ganzen

Zirkumferenz sieht, bis zu den Malleolen nach abwärts; das Epithel erscheint intakt; in der letzten Zeit ist über der Strecksehne zwischen Patella und Tibia in der Haut ein bohnen großer derber Fibromknoten, über dem die Haut dunkler livid verfärbt erscheint, aufgetreten, ebenso hat der Hautprozeß die rechten Nates ergriffen und geht auf die linke Gesäßhälfte über. Es handelt sich um jene Form der Dermatitis atrophicans, die auch als Erythromelie bezeichnet wird; Atrophie ist zwar klinisch keine sichtbar, obwohl dieselbe in diesem Stadium schon histologisch nachweisbar ist. Hervorzuheben ist, daß in den erkrankten Partien die Wärme- und Kälteempfindung deutlich gesteigert ist, während die Tastempfindung gegenüber der gesunden Seite scheinbar herabgesetzt ist.

Der Patient zeigt nun noch am Körper eine große Anzahl weicher gestielter Fibrome, die besonders an den Stellen größerer Reibung, so am Nacken, an den Axillen in großer Zahl lokalisiert, sich als weiche, zusammendrückbare, schlaffe, gestielte Gebilde darstellen. Diese weichen Fibrome gehen nach der Ansicht mancher Autoren ausschließlich aus dem Bindegewebe der Nerven hervor, nach der Ansicht anderer vom Bindegewebe der Nerven, Gefäße und auch der Hautdrüsen. Sicher ist, daß diese Gebilde in ihrer Anlage angeboren sind, sich aber an den Stellen stärkerer Reize stärker entwickeln. Wenn nun Finger von einer gewissen Disposition zur Dermatitis atrophicans spricht, besonders Oppenheim auf Grund seiner Beobachtungen des gleichzeitigen Auftretens von Naevi und Dermatitis atrophicans ebenfalls eine gewisse Disposition annimmt, so kann auch der vorgestellte Fall mit seinen Fibromen dafür herangezogen werden und zu der Annahme führen, daß an den Stellen der Lokalisation der Atrophie der Haut auch gewisse Veränderungen angeboren sind, die die Disposition abgeben. Es ist aber, wie in der Schilderung des Falles hervorgehoben, nicht zu übersehen, daß der Krankheitsprozeß besonders im Beginn und im Weiterschreiten den Eindruck einer Entzündung macht, wie ja auch die Entzündung in ihren Varianten die wechselnden klinischen Bilder des Prozesses hervorbringt. Das gleichzeitige Bestehen auffallender Naevusbildungen mit Dermatitis atrophicans bedarf noch weiterer Beobachtung und Untersuchung.

Sachs demonstriert einen 32jährigen Mann, der früher von Beruf Akrobat war, mit an beiden Ohrmuscheln und zwar ihren inneren oberen Anteilen lokalisierten Ekchondrosen, die berufsmäßigen Traumen ihre Entstehung verdanken. Es sind sehr derbe, linsen- bis bohnen große Knoten, die ihren Ausgangspunkt vom Ohrknorpel nehmen. Die Veränderungen an der rechten Ohrmuschel bestehen seit 8 Jahren, die der linken

seit $\frac{1}{2}$ Jahre. Derartige Knoten hat Pat. auch bei seinen Berufskollegen beobachtet, wie solche nicht gar selten auch bei Ringkämpfern, Fechttern (Fechterohren) vorkommen.

Bei meinen Untersuchungen über die Einwirkung von subkutan applizierter Anilinfarbstoffemulsion und Olivenöl am Kaninchenohr konnte ich an der Spitze desselben, infolge Läsion des Ohrknorpels durch die Zacken der Kontrollmarke, erbsengroße, derbe Knoten konstatieren. Histologisch bestehen diese aus neugebildeten, vom Ohrknorpel ausgehenden, inselförmig gewuchertem Knorpelgewebe.

Weitere Untersuchungen sollen nun feststellen, ob zwischen diesen am Kaninchenohr experimentell erzeugten Knoten mit dem beim Pat. nach wiederholten Traumen aufgetretenen Knorpelwucherungen Analogien bestehen.

Rusch demonstriert eine 50jährige Frau, die seit 2 Jahren an der Außenfläche des rechten Oberschenkels einen walnußgroßen, in den tiefen Kutisschichten sitzenden Tumor aufweist, der wiederholt Sitz von Blutungen gewesen war und kürzlich im Anschluß an ein Trauma durch Hämorrhagie größtenteils zertrümmert wurde, so daß gegenwärtig ein mit zunderartigen, schwärzlichen Massen bedecktes, zerklüftetes Geschwür mit derben, steilen, stellenweise überhängenden, livide verfärbten, ca. 2 cm hohen Rändern zu sehen ist. Eine Diagnose ist aus dem klinischen Bild nicht zu stellen; aber auch die histologische Untersuchung war, da größtenteils zertrümmertes Gewebe vorlag, nicht imstande, die Natur des Tumors völlig klarzustellen. Immerhin ließ sich feststellen, daß unter einer dicken, sich scharf absetzenden Bindegewebskapsel eine aus kleineren und größeren Hohlräumen sich zusammensetzende zystische Geschwulst vorliegt, in dessen Septen sich Stränge von epitheloiden, bzw. endotheloiden Tumorzellen netzartig ausbreiten, deren Genese offenbar vom Wandbelag jener Hohlräume abzuleiten ist, also einen epitheliomatös, bzw. endotheliomatös degenerierenden zystischen Tumor.

Lipschütz demonstriert aus der Abteilung Rusch:

1. Ein extragenitales weiches Geschwür auf der Streckseite des rechten Mittelfingers.

2. Einen durch Zirkumzision bei einem 26 Jahre alten Patienten gewonnenen Tumor, der vom inneren Präputialblatt ausgehend etwa Kronengröße erreichte, eine glatte Oberfläche und am Durchschnitt ein markartiges Aussehen zeigte. Wie auch durch die histologische Untersuchung festgestellt wurde, handelt es sich um die verhältnismäßig seltene nicht papilläre Form des Präputialkarzinoms bei bestehender kongenitaler Phimose. Die linksseitigen inguinalen Drüsen sind vergrößert und sollen operativ entfernt werden.

3. Eine durch besonders mächtige, hornartige, schmutzig gelblich-grünliche Auflagerungen ausgezeichnete Tuberculosis cutis verrucosa unterhalb des rechten Malleolus externus bei einem 46 Jahre alten Schuhmacher. Die Oberfläche fühlt sich rauh, warzenartig an und ist durch zahlreiche seichtere und tiefere Furchen zerklüftet. Auf seitlichen Druck lassen sich keine Eiterpfropfe entfernen. Das in der Peripherie nachweisbare Infiltrat ist nur wenig ausgeprägt. Durch die histologische Untersuchung eines Gewebsfragmentes konnte die Diagnose bestätigt werden.

4. Eine seit 20 Jahren bestehende, zum Teil bereits in typischer Weise abgeheilte Acne varioliformis im Bereiche der behaarten Kopfhaut und an der Stirnhaargrenze. Die Wassermannsche Reaktion ist bei dem keinerlei Zeichen von Lues zeigenden Patienten positiv; die Anamnese ergibt keine Anhaltspunkte für eine abgelaufene Syphilis. Ohne den Ausfall der Seroreaktion mit dem demonstrierten Krankheitsbild in Beziehung bringen zu wollen, macht L. auf einen vor 2 Jahren von Kren vorgestellten Fall von Acne varioliformis aufmerksam, der vor mehreren Jahren von Kaposi vergeblich behandelt worden war, später jedoch eine positive Seroreaktion zeigte und auf Salvarsan vollständig abheilte.

5. Ein universelles Leucoderma psoriaticum am Stamm bei einer 16 Jahre alten, bisher unbehandelten Patientin. Auf den Extremitäten und in der Kreuzgegend, hie und da auch auf der Haut des Stammes sind mäßig zahlreiche typische Psoriasisefloreszenzen zu sehen. Hals und Nacken zeigen normales Verhalten. Am Stamm findet man sehr zahlreiche mattweiße, ziemlich scharf begrenzte Flecke von normalem Hautrelief, die sich von der stärker pigmentierten Haut der Umgebung sehr deutlich abheben. Bemerkenswert ist die ungleiche Größe der einzelnen Leukodermaflecke, von Stecknadelkopf- bis Kreuzergröße, wodurch sich die Affektion leicht vom Leucoderma syphiliticum unterscheiden läßt. Des weiteren sieht man rings um einzelne Psoriasisefloreszenzen wohl ausgeprägte Leukodermahöfe von verschiedenem Durchmesser (peripapulöses Leucoderma psoriaticum).

Balban demonstriert aus dem Ambulatorium des Doz. Volk:

1. Einen Fall von Syringomyelie, charakterisiert durch Muskelatrophie und Sensibilitätsstörungen am r. Arme, mit Ulzerationen am Ellbogen und Antithenar, die, durch ganz geringfügige Traumen entstanden, infolge Fehlens der Schmerzkontrolle einerseits, andererseits infolge des geringen Heiltriebes zu beträchtlicher Größe anwachsen.

2. Einen atypischen Fall von Lichen ruber planus.

Der 62jähr. Patient zeigt am Stamme und an den Extremitäten z. T. in der Spaltrichtung der Haut angeordnete, linsen- bis kronengroße Flecken von bläulichroter bis bräunlicher Farbe, die oberflächlich teils Abschuppung, teils geringe Felderung aufweisen. Nur in der r. Ellenbeuge und am Penis lassen sich charakteristische Lichen ruber-Effloreszenzen nachweisen.

Grünfeld demonstriert einen 24jährigen Hochschüler mit multiplen, disseminierten, follikulären Läsionen an der behaarten Kopfhaut und konsekutiver vorübergehender Alopezie an den betroffenen Stellen. Die Erkrankung begann vor einem Vierteljahre mit einzelnen über das Hautniveau ragenden Eiteransammlungen, die nach operativer Eröffnung abheilten. Die Haare wuchsen z. T. in normaler Weise nach, nur an wenigen Stellen resultierten weiche, mit zarten Krusten bedeckte Narben. Nirgends Atrophie, konfluierende Narbenbildung oder Destruktion des Follikularapparates. **Diagnose:** Follikulitis der behaarten Kopfhaut, vielleicht im Übergange zu der unter dem Namen Folliculitis decalvans bekannten Form.

Ehrmann diagnostiziert in diesem Falle Pseudopelade Brocq.

Nobl glaubt, daß der Fall schon aus dem Grunde nicht mit dem klassischen Typus der Brocqschen Pseudopelade identifiziert werden kann, weil diese niemals mit einer follikulären Eiterung einhergeht und die fingerkuppengroßen, durch Konfluenz auch viel umfangreicheren, deprimierten, sehnig weißglänzenden, straff gespannten atrophischen Plaques als das Endstadium eines in der Kutistiefe sich abspielenden äußerst schleichenden Entzündungsvorganges anzusprechen sind.

Grünfeld verweist darauf, daß in diesem Falle die streng an die Haarfollikel gebundene Lokalisation sowie der absolute Mangel der Atrophie und Narbenbildung die rein anatomische Bezeichnung Follikulitis wohl rechtfertige, zumal alle der Pseudopelade Brocq zukommenden Charaktere hier nicht nachzuweisen sind.

Grosz zeigt einen Patienten, der im August vorigen Jahres eine Verbrennung zweiten Grades des linken Handrückens und des unteren Drittels des Vorderarmes erlitt. Nach Abheilung dieser Affektion traten — angeblich spontan — Blaseneruptionen im Bereiche der Narbe auf. Die Auffassung dieses Zustandes als eines neurotrophischen lag nahe. Der Fall wurde auch so begutachtet und in den Genuß einer Unfallrente gesetzt. Erst seit kurzem steht der Patient in Beobachtung des Vortragenden. Hier fiel auf, daß dem Auftreten flacher halbkugeliger Blasen eine eigentümliche Gelbfärbung der Haut vorausging. Bei günstiger Gelegenheit wurden diese so verfärbten Hautpartien abgelöst und der chemischen Untersuchung zugeführt. Der Nachweis von Salpetersäure (mit Diphenylamin und Schwefelsäure Blaufärbung) gelang leicht. Damit war erwiesen, daß sich Pat. die Affektion selbst erzeugte, was er dann auch zugestand.

Lier demonstriert aus der Abteilung Ehrmanns:

1. Eine 53jährige Frau mit einen seit 2 Jahren bestehenden Lupus erythematoses discoides faciei.

2. Eine 30jährige Patientin, welche jetzt schon zum zweitenmale an der Abteilung liegt. Als sie das erstmal, vor nunmehr $1\frac{3}{4}$ Jahren, zu uns kam, bot sie ein Krankheitsbild, das durch die vorliegende Moulage wiedergegeben wird. Es fand sich damals an der Vorderseite des oberen Drittels des linken Unterschenkels eine kleinhandtellergröße, etwa $\frac{1}{2}$ cm hohe, zahlreiche wärzchenförmige Erhebungen zeigende granulierende Fläche, die mit eingetrocknetem Eiter bedeckt und von einer mit Eiter erfüllten Epidermisabhebung umsäumt war, welche letzterer ein roter Entzündungshof folgte. Ferner bestanden am Endgliede des linken Zeige- und des rechten Ringfingers in der Umgebung des Nagels matsche, mit Eiter und Borken bedeckte Granulationen, die von einem serpiginösen Saum miliarer Pusteln umgeben waren. Damals wurde, in der Erwartung dadurch eine radikale Heilung zu erzielen, der Herd am Unterschenkel in Narkose exzidiert; doch blieb der Erfolg aus. Es traten vielmehr am unteren Rande der Wunde zunächst einzelne, dann gruppierte und in serpiginösen Linien fortschreitende Pusteln auf, deren Basis sich nach dem Platzen der Decke teils mit dicken Krusten bedeckte, teils zu wuchern begann, so daß hier ein etwa 1 cm breiter, halbkreisförmiger Wall von papillären, vielfach mit Eiter bedeckten Vegetationen sich bildete, gleichzeitig entstanden auch in der epithelisierenden Wunde und an ihrem oberen Rande, einzeln und gruppiert stehende Pusteln. Endlich erkrankten auch die Endphalangen beider Daumen rings um das Nagelbett, ganz so wie die zwei schon früher befallenen Finger. Die Patientin verließ dann nach mehrmonatigem Aufenthalt die Abteilung, nachdem durch lokale Behandlung — Röntgenbestrahlung, Bäder — und durch Arseninjektionen eine geringe Abflachung der Wucherungen am Unterschenkel und eine kleine Besserung der anderen Herde erzielt worden war. Nach fast $\frac{1}{2}$ jähriger Pause, in der wir die Frau nicht gesehen hatten, suchte sie das Krankenhaus wieder auf. Ihr Zustand hatte sich nämlich wesentlich verschlechtert, und zwar betraf diese Verschlimmerung vor allem die linke Hand, der Rücken dieser zeigte sich bei der jetzigen Aufnahme der Patientin eingenommen von einer mit foetid riechendem Eiter bedeckten, $\frac{1}{2}$ cm hohen, polsterartigen Erhebung, die dorsalwärts auf die Grundglieder sämtlicher Finger, volarwärts auf den Antithenar und die Beugeseite des Handwurzelgelenkes sich erstreckte und hier nur die Gegend des Daumenballens frei ließ. Nach Ablösung der Krusten fanden sich in der entzündlich hyperämischen Haut des geschwollenen Erkrankungsgebietes teils noch uneröffnete frische miliare Pusteln, teils nach der Eröffnung der-

selben noch festhaftende Reste der Epidermisdecke, teils sah man schon die beginnende papilläre Erhebung des Bodens der geplatzen Eiterbläschen. Pusteln, z. Teil in serpiginöser Anordnung, umsäumten, von einem roten Entzündungshof begleitet, den ganzen Herd. Auch an dem zuerst erkrankten l. Unterschenkel hatte die Affektion an Ausdehnung zugenommen, die Vegetationen am unteren Begrenzungsrande der seinerzeit exstirpierten Partie waren größer und reichlicher geworden, und ebenfalls von einem Rand eitriger Bläschen umgeben; solche fanden sich eingesprengt dann in der blauroten und verdickten Haut, die der früheren Exstirpationsstelle entsprach, und zum Teil noch intakt, zum Teil schon eröffnet oder mit bereits wärzchenförmig sich erhebendem Blasengrund auch an ihrer oberen Begrenzung. Endlich hatte die Erkrankung von dem früher ausschließlich befallenen Endgliede des rechten Daumens dorsalwärts auch diesen selbst bis etwa zum Metakarpophalangealgelenk übergegriffen und war da von einem durch Eiter abgehobenen Epidermiswall begrenzt.

Trotz dieser wesentlichen Ausbreitung der lokalen Herde ist das Allgemeinbefinden der Patientin ein gutes geblieben; Pat. hat Appetit, keine Beschwerden und keine wesentlichen Temperatursteigerungen (höchstens Temperaturen bis 37.3 resp. 37.4° bei stärkeren Pustelnanschüben); ihr Hämoglobingehalt nach Sahli ist der gleiche geblieben wie bei ihrem ersten Spitalsaufenthalt, nämlich etwa 80.

In den letzten Wochen sind bei der Frau am Zahnfleisch und wenig später auch am harten Gaumen zahlreiche, stecknadelkopfgroße Bläschen ohne Beschwerden aufgetreten; dieselben sind niemals erodiert und zum großen Teil schon spontan geschwunden. Am Genitale, das früher frei war, befinden sich jetzt einige hypertrophischen Papeln ähnliche Wucherungen, doch haben wir Blasen hier ebensowenig wie andernorts beobachten können.

Wir stellen diese Patientin heute neuerlich vor, weil wir auf Grund unserer nunmehr 5monatigen Beobachtung zu einer wesentlich anderen Diagnose gekommen sind, als die war, unter der die Frau seinerzeit in der dermatolog. Gesellschaft demonstriert wurde. Während nämlich damals der Fall als Pemphigus vegetans erklärt wurde, sind wir jetzt der bestimmten Ansicht, daß wir es hier mit einem Fall einer echten Pyodermite végétante im Sinne Hallopeaus zu tun haben. Dazu veranlaßt uns in erster Linie der Umstand, daß wir niemals bei der Patientin wirkliche Blasen gesehen haben, daß vielmehr dort, wo solche dazusein schienen, es sich immer nur um Epidermisabhebungen, die mit Eiter erfüllt waren, an Stellen mit resistenter, dicker Haut handelte (z. B. in der Hohlhand),

daß wir ferner stets als primäre Effloreszenz kleinste, miliare Pusteln feststellen konnten, aus denen dann nach Platzen der Decke durch Wucherung die größeren Vegetationen entstanden; ferner der Umstand, daß es im Munde niemals zu jenen Erosionen und Ulzerationen gekommen ist, wie wir das vom Pemphigus der Mundschleimhaut als Regel kennen, und weiters der gleichmäßige, seit nunmehr 2 Jahren unveränderte gute Zustand des Allgemeinbefindens. Vor allem aber hat die bakteriologische Untersuchung, die uns stets aus den frischen uneröffneten Pustelchen eine Reinkultur des *Staphylococcus pyog. aureus* gewinnen ließ, unsere Überzeugung gefestigt, daß wir es hier mit einer echten Pyodermatitis oder genauer gesprochen mit einer *Staphylo-dermia vegetans* zu tun haben. Die infolge dieser Erkenntnis seit kurzem — 7 Wochen — eingeleitete Therapie, Behandlung mit Staphylokokkenvakzine hat unsere Diagnose ebenfalls bestätigt; denn trotzdem wir bisher mit einer Mischvakzine gearbeitet haben, ist doch schon eine wesentliche Besserung (Abflachung und Reinigung) aller Herde eingetreten; durch eine Behandlung mit autogener Vakzine hoffen wir den Effekt dieser kausalen Therapie noch günstiger zu gestalten. Wir haben es also nach dem Ergebnis der klinischen und bakteriologischen Untersuchung im vorliegenden mit einer lokalen, durch den *Staphylococcus pyogenes aureus* bedingten Affektion zu tun, bei der es durch Autoinokulation zur Entstehung mehrerer Herde gekommen ist. Indem wir die Diagnose Pemphigus vegetans fallen lassen, ändern wir natürlich auch die Prognose in einem der Patientin günstigen Sinne ab.

Müller. Man darf nicht übersehen, daß Staphylokokken bei sehr zahlreichen Dermatosen, besonders bei blasenbildenden, kulturell nachzuweisen sind. Im vorgestellten Falle sind histologisch vor einem Jahr Staphylokokken nicht nachgewiesen worden, wie Prof. Ehrmann mitteilt, und auch im Blaseninhalt fanden sich keine. Dieser wechselnde Befund wäre bei einer Staphylomykose jedenfalls sehr auffallend. Die bisher verwendete Vakzine war keine autogene, sondern aus verschiedenen Stämmen gemischt, über deren Art nichts gesagt wurde. Mit autogener Vakzine wird erst seit 2 Tagen behandelt. Übrigens scheint durchaus nicht bewiesen, daß die beschriebenen Besserungen durch die Vakzine-therapie bedingt sind, da sie auch vor Beginn dieser Behandlungsweise vorkamen und da Nachschübe eben jetzt, wie Herr Lier erwähnte, also während der spezifischen Behandlung vorkamen. Wenn es sich um eine staphylogene Infektion handelt, müßte es entweder eine besondere Variation von Staphylokokken sein, was kulturell und tierexperimentell zu erweisen wäre, oder es müßte sich um eine besondere Disposition der Patientin handeln. Letztere Frage wäre durch Inokulation mit Reinkulturen zu lösen. Solange nicht die genannten bakteriologischen und biologischen Versuche gemacht wurden, wozu noch die verschiedenen serodiagnostischen Methoden kommen, muß die Anwesenheit von Staphylokokken wohl eher durch sekundäre Infektion erklärt werden.

Schramek. Zu dem unter dem Namen „Pyodermitis végétante Halloupeau“ vorgestellten Krankheitsbilde möchte ich mir erlauben

zu bemerken, daß es wohl nicht angängig ist, dasselbe vom Pemphigus vegetans abzutrennen und ihm eine Sonderstellung zu gewähren. Um dies zu erhärten, demonstrierte ich aus der Klinik Riehl eine Patientin, die schon einmal hier unter der Diagnose Pemphigus vegetans vorgestellt wurde. Damals waren die Erscheinungen nach Seruminjektionen mit starkem ausgebreitetem skarlatiniformen Exanthem unter hohem Fieber zurückgegangen. Nachfolgende Seruminjektionen, die aber nicht mehr Fieber hervorriefen und zu keinem Ausschlage führten, hatten keinen Einfluß mehr, sondern die Erkrankung nahm zu.

Bei dieser Patientin nun, die seit $1\frac{1}{2}$ Jahren erkrankt ist, finden sich überragende, breite, stark gefurchte Wucherungen um Vagina und Anus heran. Am Rande derselben aber zahlreiche Pusteln mit stark erythematösen Höfen. Noch zahlreichere, dicht gedrängt nebeneinanderstehende eitrig-pustelnde Pusteln finden sich am Hinterhaupte. Blasen konnten niemals gefunden werden. An der Klinik konnten wir aber auch Fälle beobachten, indem bei dem typischen Bilde des Pemphigus vegetans einerseits Blasen, respektive Blasenreste zur Beobachtung kamen, aber andererseits an andern Körperstellen und zwar namentlich an den Fingern dicht gedrängte Pusteln, die sich dann in Vegetationen umwandelten, auftraten. Aus der Prognose des Pemphigus vegetans gegenüber der Pyodermitis végétante die Sonderstellung zu vertreten, geht auch nicht an. Denn seit längerer Zeit kann man auch beim Pemphigus vegetans einen viel länger sich hinziehenden, über Jahre sich erstreckenden Verlauf konstatieren. In einem Falle ist sogar Ausheilung erfolgt.

Kren erinnert daran, daß auch typische Fälle von Pemphigus vegetans serpiginos fortgeschreitende Vegetationen machen; sogar solche mit zentraler Ausheilung, so daß schließlich girlandenförmig angeordnete Wucherungen entstehen können. Was die Staphylokokken anlangt, findet man sie beim Pemphigus sehr häufig im Gewebe vor.

Lier. Dem Herrn Kollegen Schramek möchte ich erwidern, daß ja sicher unter der Diagnose Pemphigus vegetans verschiedenartige Krankheitsbilder beschrieben worden sind. Auch Hallopeau z. B. hat von den zuerst als Pyodermitis végétante beschriebenen Fällen später einige abgesondert, da sie sich als echte Fälle von Pemphigus végétans erwiesen haben.

Andererseits ist natürlich bei den zahlreichen, offenen, erodierten Stellen eines Pemphigus vegetans stets die Möglichkeit zu sekundärer Infektion mit Eiterungen z. B. auch Staphylokokken und daher auch die Möglichkeit der Bildung ebensolcher miliarer eventuell auch serpiginos weiterschreitender Pusteln gegeben, wie wir sie bei unserem Fall als primäre Effloreszenzen gesehen haben. Den Versuch mit Staphylokokken aus von der Patientin gewonnenen Reinkulturen Impfungen an bisher normalen Hautstellen derselben vorzunehmen, werden wir baldigst anstellen.

Daß Staphylokokken zur Granulationsgeschwulstbildung führen können, wissen wir ja besonders aus den in den letzten Jahren erschienenen Veröffentlichungen über die sog. Botryomykosis. Mit Rücksicht darauf, daß wir heute die verschiedenen Eitererreger als Ursache ganz ähnlicher Krankheitsbilder kennen (z. B. strepto- und staphylogene Ätiologie der Impetigo contagiosa), daß andererseits aber derselbe Eitererreger ganz verschiedene Prozesse hervorrufen kann, ist es gar nicht verwunderlich, daß einmal ein banaler Eiterkokkus die Ursache eines eigenartigen Krankheitsbildes geworden ist, wie ich es mir heute hier vorzustellen erlaubt habe.

Oppenheim demonstriert einen Fall von Lupus erythematosus profundus. Bei einem 35jährigen Manne sieht man im Gesichte, an der Nase, zu beiden Seiten des

Nasenrückens und am behaarten Kopfe typische Herde von *Lupus erythematosus discoides*. An der Wange links in der Mitte befindet sich ein guldengroßer Herd mit einem grauweißen glatten Zentrum in der Ausdehnung eines Kreuzers, der umgeben ist von linsen- bis erbsengroßen, roten, gestichelten, kleienförmig abschilfernden Flecken. Beim Betasten fühlt man, daß diesem Herd eine fast die ganze Dicke der Wange durchsetzende, schmerzlose Verhärtung entspricht, welche sich scharf gegen die Umgebung absetzt. Vom Munde aus fühlt man die bis an die Schleimhaut reichende Infiltration. Eine analoge, etwa kronengroße Stelle befindet sich unter dem Kinn und zwei kleinere Stellen an der rechten Wange.

Es handelt sich um den von Brocq beschriebenen *Lupus erythematosus profundus*, die in die Tiefe reichende Infiltration gehört hier zum Krankheitsbilde des *Lupus erythematosus*.

Scherber beobachtete seinerzeit an der Klinik Finger einen Fall von *Lupus erythematosus*, eine junge Frau betreffend, bei dem sämtliche Effloreszenzen an der äußern Haut typische Herde erzeugend die Wange in der ganzen Dicke durchsetzten und korrespondierend die charakteristischen Schleimhauteffloreszenzen im Munde zu sehen waren. Ein Knoten wurde exzidiert und zeigte in seiner ganzen Dicke das typische histologische Bild des *Lupus erythematosus*.

Neugebauer zeigt aus dem Ambulatorium Oppenheim einen Fall betreffend das Rezidiv eines *Lupus papillaris* lokalisiert am äußeren Fußrand des rechten Fußes, während die größtenteils atrophische Narbe nach der Exkochleation vor 2 Jahren sich auf das Dorsum hinauferstreckt. In dieser Narbe sind — am Fußrand — die 3 etwa kronengroßen Rezidivherde.

Nobl demonstriert 1. einen 36jähr. Mann, dessen allgemeine Decke in universeller Ausbreitung die erythematosen und psoriasiformen infiltrativen Vorstufen der *Mycosis fungoides* aufweist. Von der Stirne bis zu den Unterschenkeln reihen sich mit Aussparung spärlicher Flächen am Rücken und an der Brust mäßig erhabene Erythemscheiben und Ringe, sowie serpiginiös konfigurierte, von dünnen Schuppenlamellen bedeckte, scharf gegen die Umgebung abgesetzte Infiltratbänder aneinander. Überdies weisen auch normal gefärbte Hautregionen, so namentlich an den oberen und unteren Extremitäten, eine verdickte, tief durchfurchte, rauhe, feinschilfernde Beschaffenheit auf. Auffällig ist überdies die reichliche Einstreuung von Pigment im Bereich des Gesichtes, am Rücken und in der Bauchgegend. Das Gesicht, der Nacken, der Schultergürtel sind von erbsen- bis hellerstückgroßen, diskret stehenden, psoriasiformen Plaques eingenommen. Im Blutbild macht sich zunächst eine mäßige Eosinophilie bemerkbar, sowie ein Anstieg der Lymphozyten. Bemerkenswert erscheint, daß dieses Bild der diffusen mykosiden Infiltration während einer dreijährigen Beobachtungs-

zeit nunmehr zum drittenmal zur Entwicklung gelangt, nachdem die vorangehenden Schübe stets zur restlosen Rückbildung gelangt waren. Die ersten Anzeichen des Prozesses datieren auf sieben Jahre zurück und wichen nach zweijährigem Bestande einer protrahierten Arsenmedikation. Die von N. beobachteten Rezidive reagierten auf universelle Röntgenbestrahlung mit vollkommener Resorption der Infiltrate. So gingen auch gleichzeitig bestehende Hyperplasien der Inguinal-, Nacken- und Kubitaldrüsen zurück. Die Blutformel wies in den zwei letzten Jahren kein wesentliches Abweichen von der Norm auf. Das histologische Bild der schilfernden Plaques weist bereits alle charakteristischen Komponenten des Granuloms auf.

2. Einen Fall von atrophisierender Akrodermatitis mit Pseudofibrombildung. Die Veränderungen betreffen einen 50jährigen Schneider, der die ersten Anzeichen des Prozesses an den Händen und Füßen schon vor 30 Jahren beobachtet haben will. Das rechte Bein ist von einer glasig transparenten, äußerst dünnen feinschilfernden, in persistierenden Leisten abhebbaren Decke umhüllt, die oberhalb der Hüfte mit blauvioletten ödematösen Säumen allmählich in normale Texturen übergreift. Der gleichen Rarefizierung, jedoch in geringerer Intensität ist die Haut des linken Beines anheim gefallen. Über den Knien wird die zerknitterte, blauschwarz verfärbte Decke von den eigenartig gequollenen, schwammig weichen relaxierten Subkutantexturen polsterartig vorgewölbt. In diese von der Subkutis ausgehenden Quellungsschichten sind knorpelharte, verschiebliche, bis hellerstückgroße, flache, fibröse Scheiben eingeschichtet. Die Handrücken, Vorderarme und Ellbogen zeigen das gleiche Bild.

3. Ein 14jähriges Mädchen mit bandförmiger Sklerodermie der linken unteren Extremität. Von der inneren Malleolaregend bis über die Leistenbeuge hinaus sieht man die Innenfläche des Unter- und Oberschenkels von streifenförmig angeordneten, bis 20 cm langen gelblich verfärbten, im Hautniveau liegenden, sklerotischen Herden eingenommen, die vielfach noch von violetten und erythematösen Netzen umspannen werden. In der Flucht der linear angeordneten Plaques sind streckenweise depigmentierte, an der Oberfläche seicht atrophische aber fest an der Unterlage haftende, nicht faltbare, in Rückbildung begriffene, meist in Gruppen stehende linsengroße Effloreszenzen eingesprengt. Eine innigere Beziehung der Veränderungen zu Nervenbahnen oder Gefäßverzweigungen läßt sich nicht feststellen.

Zumbusch zeigt einen 65jähr. Mann, bei welchem die Erscheinungen vorhanden sind, die Weidenfeld seinerzeit als *Keratosis verrucosa* beschrieben hat. Wir sehen in

der charakteristischen Lokalisation an den Tibien dicht gedrängt stehende, eben hanfkorngroße Knötchen von gelblicher Farbe, die rundlich, flach hügelartig geformt, sich durch eine sehr derbe Konsistenz und rauhe Oberfläche auszeichnen. Wo der Patient behandelt war, zeigten die Knötchen auch einen roten Rand um die Hornschuppen, und waren mehr eleviert. Auch der heftige Juckreiz, welcher vorhanden war, stimmt mit der von Weidenfeld gegebenen Beschreibung überein.

Sprinzels stellt aus der Abteilung Nobl vor:

1. Einen 49jähr. Mann, der seit $1\frac{3}{4}$ Jahren an Lues leidet; die Erkrankung äußert sich an der Haut des Stammes und der Extremitäten in zahlreichen, z. T. dicht stehenden, hie und da konfluierenden, scharf umschriebenen, etwas unter dem Niveau der Umgebung liegenden, am Rande pigmentierten Narben bis zu Linsengröße und darüber. An den unteren Extremitäten ist der Pigmentationshof besonders stark akzentuiert. Am behaarten Kopfe zahlreiche, feine, leicht deprimierte Narben. Neben diesen abgeheilten Effloreszenzen zeigt Pat. am Stamm, Skrotum, an den Extremitäten, Nates vereinzelte heller- oder braunrote, elevierte Infiltrate von Hellergröße und darüber, welche zentral eine Nekrose oder aber eine weitergehende Ulzeration mit stellenweise unterminierten Rändern aufweisen. Einzelne zeigen einen stark entzündlichen Reaktionshof. Diese Formen bieten auch differentialdiagnostisches Interesse. Es kann die Entscheidung, ob ein abgeklungenes ulzeröses Syphilid oder ein papulonekrotisches Tuberkulid vorliegt, Schwierigkeiten bereiten. Auch das Bild, das die Kopfhaut darbietet, erinnert lebhaft an den Endausgang einer Acne varioliformis. Außer diesen Erscheinungen bestehen noch Komplikationen, die der Beachtung wert erscheinen. Pat. kam an die Abt. mit einer akuten, schmerzhaften Schwellung des r. Nebenhodens, den Residuen einer abgelaufenen linksseitigen Epididymitis und zeigt jetzt beiderseits Reste dieser Prozesse. Eine Blennorrhoe lag nicht vor; die Hoden waren frei. Die isolierte Affektion des Nebenhodenparenchyms mit Ausschaltung der Hoden gehört zu den selteneren Vorkommnissen im Verlaufe der Lues. Weiters findet sich über dem r. Olekranon ein lividrot verfärbtes, über kronengroßes Infiltrat, als der Ausgang einer starken Schwellung im Bereich des Ellbogens; ich glaube nicht fehl zu gehen in der Annahme einer ausgeheilten Bursitis. Endlich befindet sich in dem unteren Drittel des Vorderarms, an der Innenseite ein länglicher, etwas spindelförmiger Tumor, über dem die Haut gerötet ist und gespannt hinwegzieht. Es macht den Eindruck, als ob es sich da um eine Affektion des Muskels handle, eine spezifische diffuse Myositis.

Sachs erinnert an einen von ihm demonstrierten Fall von papulonekrotischem Tuberkulid mit positivem Wassermann. Trotz wiederholt durchgeführter Hg. salicylic.-Injektionskuren ist die Wassermannsche Reaktion stets positiv geblieben und in verschieden langen Intervallen sind immer neue Nachschübe von Tuberkuliden aufgetreten. Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose eines Tuberkulids.

Scherber hält den Tumor in der linken Ellbogengegend ebenfalls für einen Drüsentumor.

Sprinzels. Ich möchte erwidern, daß es mir zu genügen scheint, für die Veränderungen, die der Pat. darbietet, die einheitliche Ursache des syphilitischen Virus verantwortlich zu machen und daß es nicht notwendig ist, noch auf andere Momente wie Tuberkulose oder eine besondersartige Manifestation der Lues auf tuberkulöser Basis zu rekurrieren. Den Tumor am Oberarm betreffend, wurde natürlich auch eine Drüsenaffektion in Betracht gezogen, jedoch schien mir die eigentümliche Form der Geschwulst, ihr Zusammenhang mit Bewegungen eher für die Lokalisation in der Muskulatur zu sprechen.

2. Einen Pat., der im Bereich des behaarten Kopfes eine Affektion zeigt, welche nach seiner Angabe ca. 2 Jahre bestehen soll, sich schleichend entwickelt hat. Befallen sind hauptsächlich die Stirngegend, der Scheitel, weniger das Hinterhaupt, die Schläfengegend ist bis jetzt ziemlich frei geblieben. Es sind eine große Anzahl kleinster ca. erbsengroßer Herde von rundlicher oder ovaler Form, die vielfach zu größeren Herden konfluieren sind und so unregelmäßig geformte, unscharf begrenzte, rundliche oder langgestreckte Areale gebildet haben, welche z. T. bandartig das Kapillitium durchziehen. Die Herde präsentieren sich als eine von Haaren vollkommen entblößte Kopfhaut, welche weißlich gefärbt ist, nur hie und da einen leicht rosa Farbenton aufweist. Die Haut daselbst ist glatt, verdünnt, und liegt unter dem Niveau der umgebenden normalen Haut, so daß der palpierende Finger die Depression deutlich fühlt. Die Follikularstruktur ist vollkommen ausgelöscht. An einigen Stellen, dort, wo es zur Konfluenz zweier Herde gekommen ist, findet sich noch ein schmaler Besatz von Haaren. Die Haare in der Nähe der Herde haften fest in der Kopfhaut und folgen nur schwer dem Zuge. Einige Haare, welche einzeln noch stehen geblieben sind, lassen sich leichter extrahieren und zeigen dann eine leicht gequollene Wurzelscheide. Die Follikel bieten ein normales Aussehen, nur ganz vereinzelt sieht man eine kleine Schuppe an der Basis des Haarschaftes oder eine minimale Rötung um dieselben. Es handelt sich hier um eine jener Gruppe angehörende Affektion, welche von Brocq unter dem Namen *Pseudopelade* zusammengefaßt worden ist.

Für das Redaktionskomitee:

Grosz.