

## Verhandlungen der Russischen syphilitologischen und dermatologischen Gesellschaft Tarnowsky zu Petersburg.

Sitzung vom 29./I. (11./II.) 1911.

1. **Mamonow** demonstriert einen 42jähr. Kranken mit *Mycosis fungoides*. Krankheitsdauer 1 Jahr. Anfangs hatten die Hautveränderungen eine große Ähnlichkeit mit *Lepra tuberosa* besonders im Gesicht (*Facies leonina*). Der negative Befund bei der histologischen Untersuchung auf Leprabazillen, besonders aber der weitere Verlauf der Krankheit, Entwicklung von typischen flachen Infiltraten am Stamme, starkes Jucken, erythematöse Flecken, Pigmentationen etc. — lassen keinen Zweifel mehr, daß es sich hier um *Mycosis fungoides* handelt. Wassermann negativ. Obwohl die Röntgenbehandlung erst vor kurzem begonnen wurde, kann man schon eine Besserung konstatieren: die Infiltrate und Knoten im Gesicht sind flacher geworden.

**Terebinsky** meint, eine Färbung der Schnitte nach der Methode von Much wäre doch wünschenswert. **Kulnew, Pawlow, Iwanow** halten den vorgestellten Fall für einen typischen und unzweifelhaften Fall von *Mycosis fungoides*.

2. **Iwanow** stellt eine 25jährige Kranke vor mit ganz vereinzelt Effloreszenzen von papulo-nekrotischem Tuberkulid und sehr zahlreichen charakteristischen Närbchen an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten, besonders an den Ellbogen und Knien. Vor 8 Monaten sind an diesen Stellen typische Tuberkulid-Effloreszenzen vorhanden gewesen und gleichzeitig bestanden: Lymphadenitis tbc. colli, kalter Abszeß im Rachen, ein verdächtiger Lungenspitzenkatarrh und subfebrile Temperatur. Die Kranke verbrachte 4 Monate teils in der Krim, teils im Gouvernement Ufa (Kumys-Kur), wo alle Krankheitserscheinungen sich zurückbildeten, auch die Hauteruptionen heilten ohne lokale Behandlung. Erst vor kurzem entwickelten sich wieder einige Folliklis-Effloreszenzen. Der Kranken wird der Rat gegeben, wieder Petersburg zu verlassen und im Sommer nochmals eine Kumys-Kur durchzumachen.

**Obraszow** und **Pawlow** betonen die Wichtigkeit der Klimatherapie in solchen Fällen und den guten Erfolg, den man damit erzielen kann.

3. **Iwanow** teilt mit, daß in dem Falle von Orientbeule, den er in der Sitzung vom 30/X. 1910 vorstellte, die Anwendung von Arsenobenzol (intravenös) ohne Erfolg blieb.

## Sitzung vom 26./II. (11./III.) 1911.

1. **Solowjew** stellt einen Fall zur Diagnose vor. Bei einer 47jähr. Patientin, die schon seit 6 Jahren krank ist, sind am Stamme, an den Oberschenkeln und an der rechten Wange scharf umschriebene flache, teils nässende, Infiltrate vorhanden; außerdem ziemlich ausgedehnte Herde von Erythrodermie, starkes Jucken. An einigen Stellen sind die Infiltrate spurlos verschwunden, an anderen treten neue auf.

Alle, die sich an der Diskussion beteiligten, betrachten den vorgestellten Fall als Mycosis fungoides.

2. **Morosow** demonstriert zwei Fälle von papulo-nekrotischem Tuberkulid.

Terebinsky und Pawlow halten den ersten Fall für sehr typisch; den zweiten werde man wohl in die Gruppe der Tuberkulide einreihen müssen, aber eher per exclusionem; eine mikroskopische Untersuchung wäre wünschenswert.

3. **Solowjew** teilt kurz einen Fall mit Exitus letalis nach intravenöser Injektion von Arsenobenzol mit. S. meint, es handle sich nur um post hoc und nicht propter hoc. Näheres über diesen Fall wird anderweitig publiziert.

4. **Friedmann** zeigt einen Kranken mit einem exulzerierten gruppierten pustulösen Syphilid am Gesäß, das sich im Laufe des ersten Jahres nach der Infektion entwickelte und eine große Ähnlichkeit mit Syphilis tuberculosa zeigt.

Obraszow meint, es handelt sich hier um eine Übergangsform zum tertiären Syphilid, während Pawlow den Fall für eine Impetigo syphilitica profunda hält, da die Anfangseffloreszenz eine Pustel ist und betont das frühzeitige Auftreten dieser gewöhnlich späteren syphilitischen Eruption.

5. **Jelzina** hält einen Vortrag: „Zur Prophylaxis der Syphilis. Ein neuer Typus eines Kinderasyls und seine öffentliche Bedeutung.“ (Wird anderweitig erscheinen.)

6. **Morosow** demonstriert mikrosk. Präparate von Spirochaete refringens aus einem spitzen Kondylom bei einem Syphilitischen vor der 606-Injektion und 12, 24, 48, 72 Stunden nach der Injektion. In allen Präparaten sind die Spiroch. refr. in großer Menge vorhanden.

## Sitzung vom 26./III. (8./IV.) 1911.

1. **Jelzina** demonstriert, als Beispiele einer Familiensyphilis:

1. Mutter mit Kind. Bei dem Kind (welches von seiner syphilitischen Schwester infiziert wurde) ist ein Ulcus an der Zunge, submaxilläre Adenitis und Ausschlag vorhanden. Bei der Mutter ein Primäraffekt an der rechten Brustwarze.

2. Mutter in kodylomatösem Stadium der Syphilis. 7jährige Tochter — Initialsklerose an der oberen Lippe. Das zweite Kind war hereditärluetisch (gestorben).

3. Kleines Kind mit Papeln ad anum und an den Mundwinkeln (ist von seiner luetischen Großmutter infiziert worden). Bei der Mutter Primäraffekt am Mundwinkel (derselbe Löffel beim Essen); bei der Schwester des Kindes Roseola, submaxilläre Adenitis und eine infiltrierte Rhagade am Mundwinkel (offenbar ein Primäraffekt).

2. **Gundorow** stellt einen Kranken vor mit *Ulcus molle* am rechten Zeigefinger mit Entblößung des Knochens. Reste von einem weichen Schanker am Frenulum praeputii.

3. **Terebensky** demonstriert:

1. Einen Kranken mit *papulösem Riesensyphilid*, mikroskopisches Präparat von diesem Fall (typisches Plasmom) und photographische Abbildungen von dem Kranken vor der Behandlung. Behandlung — Salvarsan 0.6 intravenös mit gutem Erfolg.

2. Einen jungen Mann mit *Hydroa vacciniformis*. Krankheitsdauer 10 Jahre (nach Scharlach). Zahlreiche Narben. Die Affektion rezidiert jeden Frühling und verschwindet im Herbst.

4. **Mamonow** zeigt einen 25jährigen Kranken mit *Lupus erythematoses* der Schleimhaut der Unterlippe.

---

Sitzung vom 30./IV. (13./V.) 1911.

1. **Jelzina** demonstriert:

1. Ein 4 Monate altes Kind (seine 34jährige Mutter ist sekundärlatent-luetisch) mit hereditär-luetischen kondylomatösen Erscheinungen und mit *Perforatio partis cartilagineae septi nasi*.

**Pawlow**, **Obraszow** und **Friedmann** betrachten die Perforation als Folge einer Ulzeration kondylomatösen Charakters. **Kulnew** meint, es könnte hier auch ein gummöser Prozeß vorliegen, obwohl andere Erscheinungen sekundärer Natur seien (Typus inversus).

2. Ein 5jähriges Mädchen mit fast universellem (Hals, Schultern, Stamm) *Leucoderma syphiliticum*.

3. Ein kleines Mädchen mit Pigmentation der Haut des Halses nach einem papulösen Syphilid (Rezidiv), die sehr an *Leucoderma syphil.* erinnert.

2. **Terebinsky** demonstriert einen Kranken mit *papulonekrotischem Tuberkulid*.

3. **Proskurjakow** stellt einen Fall vor als *Casus pro diagnosi*. Ein Kranker mit progressiver Paralyse (Lues vor 18 Jahren) leidet, nach seiner Angabe, seit 2—3 Jahren an einer stark juckenden Hautaffektion. Zurzeit bestehen nur ziemlich zahlreiche pigmentierte Flecken am Stamm. **P.** meint, es könne sich hier vielleicht um *Urticaria pigmentosa* handeln.

**Terebinsky** bemerkt, daß eine mikroskopische Untersuchung den Fall klären könnte (*Mastzellen*). **Pawlow** meint, daß außer *Urticaria pigm.* hier auch die erythematöse Form von *Dermatitis herpetiformis* in Betracht kommen könnte. Übrigens könne man jetzt, da nur Pigmentflecken vorhanden sind, nichts bestimmtes sagen. **Obraszow** äußert sich gegen die Diagnose einer *Urticaria pigmentosa*.

4. **Efron** (als Gast) hält einen Vortrag: „Veränderungen in den Syphiliden nach Einführung von Salvarsan in den Organismus“. (Vorläufige Mitteilung.) Zerfall der Plasmazellen. (Wird anderweitig erscheinen.) **P. A. Welikanow** (Petersburg).

---