

er ausser der ziffermässigen Verminderung der Erythrozyten (3.800.000), Eosinophilie (12%).

E. Lehner: *Leishmaniasis cutis*. Die 32jährige Frau, weilte anderthalb Jahre lang in Bagdad. Der erste Herd zeigte sich Ende Dezember am Unterarm. Im Januar dieses Jahres trat ein neuerer Herd gleichfalls am rechten Unterarm, im Februar unter dem linken Auge, und vor zwei Wochen der jüngste Herd auf der Stirne auf. Zu Beginn wird der Herd durch ein hirsenkorngrosses Infiltrat im Corium gebildet, welches von einem hellergrossen hyperämischen Hof umgeben ist, im weiteren Verlauf wächst das Infiltrat, später schmilzt es im Zentrum ein und exulzeriert, das kleine Geschwür bedeckt ein festhaftender Schorf. Im abgeschabten Gewebe kann *Leishmania tropica* massenhaft nachgewiesen werden. Therapie: Fuadin (Stibiuminjektion) und Neosalvarsan erzielten bisher unterschiedene Besserung. Es sind keine neueren Herde aufgetreten.

J. Justus hat zwei ähnliche Fälle beobachtet.

E. Brezovszky: *Poikiloderma atrophicans vascularis Jacobi*. 22jährige Virgo intacta, schwach entwickelte äussere Genitalorgane, infantiler Uterus, Hypofunctio ovarii, Hypomenorrhoea. Der Prozess verschont das Gesicht, die Hände, den Fussrücken vollkommen, und ist vom Hals bis zum Gebinde, am Gesäss, auf der Oberfläche der oberen und unteren Extremitäten sichtbar. Die Veränderung zeigt ein typisches und sehr abwechslungsvolles Bild, es finden sich Hyperämie, Pigmentationen, dazwischen verstreut Atrophien mit Teleangiektasien und punktförmigen Blutungen an den Rändern, stellenweise an Sklerodermie erinnernden Glanz. Therapie: Polyglandulare Hormontherapie, warme Salzäder, Arsen und Röntgenbestrahlungen nach *Bucky*.

K. Pintér: *Poikiloderma*.

E. Rajka: *Epithelioma frontis*. Auf der linken Schläfengegend der 37jährigen Frau ein seit zwölf Jahren bestehendes primäres Plattenzellkarzinom, dasselbe ist kindeshandtellergross, flächenhaft, rund, mit scharfem Epithelrand und im Zentrum eine kleine Exulzeration. Drüseninfiltration nicht tastbar. Wahrscheinlich vom basozellularen Typus.

S. Böhm: a) *Adenoma sebaceum Pringle*. Bei der 21-jährigen Frau trat im Alter von fünf Jahren am Gesicht, auf der Nase, und am Kinn eine symmetrisch angeordnete gelbrote, weiche, aus hirsens- bis hanfsamengrossen, nicht konfluierenden Knoten bestehende Veränderung auf. Nach elektrolytischer Behandlung ein kosmetisch befriedigendes Resultat.

b) *Keloid*. Bei der 32jährigen Frau traten nach Übergiessung mit Schwefelsäure im Sommer 1928 am Hals, Hinterkopf, Rücken, auf der Brust, auf den Schultern und Armen dicke, harte und spröde Keloide auf, die auch die

Armbewegung erschwerten. Therapie: direkte Röntgenbehandlung. Indirekte Bestrahlung liefert schwächere Ergebnisse, sie ist besonders dann kontraindiziert, wenn der Grundumsatz, wie auch im vorliegenden Fall, normal ist.

J. Istók: *Melanosarkoma.*

L. Seidner: *Xeroderma pigmentosum.*

E. Liebner: a) *Eccema solare.* Fall 1. Bei dem 57jährigen Mann treten seit sieben Jahren sich alljährlich im Frühjahr entwickelnde und im Herbst vollkommen heilende, im Gesicht und am Hinterkopf prurigoide, stellenweise nässende, mit Krusten bedeckte, ausserdem am Hinterkopf mehrere scharf umgrenzte Veränderungen auf. An den bedeckten Körperstellen keinerlei Veränderung. Nach Quarzlichtbestrahlung der erkrankten Stellen keinerlei Exazerbation, die 24—48 Stunden nach längerer (15—20 Minuten dauernder) Sonnenlichtbestrahlung Verschlimmerung und neue Effloreszenzen auf dem bestrahlten Gebiet. Die Quarz- und Sonnenlichtreaktion der bedeckten Körperstellen ist normal. Fall 2. Bei dem 64jährigen Mann seit sechs Jahren ein von Frühjahr bis zum Herbst dauernder Prozess. Am Gesicht, auf der Nasenspitze und am Handrücken prurigoide Papeln und rubrosquamoses Ekzem. Auf systematische Quarzbestrahlungen trat zu Beginn vorigen Sommers provisorische Heilung ein. Auf ungefilterte und durch rot-gelbe Filter geführte Sonnenbestrahlung lokale Exazerbation, bei Bestrahlung mit Wellenlängen unter 560 negative Reaktion. Auf der normalen bedeckten Haut normales Lichterythem, unter den erwähnten roten und gelben Filtern kein Erythem.

b) *Sarkoid.* Bei dem 39jährigen Mann entwickeln sich seit ungefähr zehn Jahren zerstreut auf den Extremitäten stecknadelkopf-, linsen-, bis erbsengrosse runde, braunrote, harte, aus der Haut emporragende Gebilde mit glatter Oberfläche. Einige erbsengrosse runde, pigmentierte trophische Einsenkungen. In der Lunge keinerlei Veränderung. Tuberkulin 1/200,000 stark positiv.

S. Somogyi: *Ergrauen der Haare nach fieberhafter Erkrankung.* Der 27jährige Mann litt vom Februar bis April 1930 an Sepsis. Aus dem Blut und den an verschiedenen Körperstellen entstandenen Abszessen konnte *Staphylococcus aureus* gezüchtet werden. Ständiges Fieber zwischen 39—40.5° C. Das proximale Ende der einzelnen Kopfhaare ist in einer Länge von 15—20 mm farblos, und ergraut, das distale Ende der einzelnen Haarschäfte zeigt normalen Farbgehalt, ist dunkelblond. Mässiger Haarausfall. Die Erscheinung, dass die nachwachsenden Haarpartien der ganzen Behaarung ergraut sind, ist selten und in der Literatur findet sich keine ähnliche Beobachtung. Infolge des Fiebers oder der Toxine hat die Funktion der Dopaoxydase eine Schädigung erfahren, in den Matrixzellen hat die Pigmentbildung

aufgehört, weshalb die nachwachsenden Haarpartien pigmentlos bleiben.

B Mező.

E. Neuber: *Auf Gold- und Malariatherapie geheilte Filariase.* Die bekannten antifiliären Medikamente sind sozusagen wirkungslos, am besten hat sich noch das Salvarsan bewährt. Mit Rücksicht darauf, dass Redner bei anderen Infektionskrankheiten (besonders Syphilis und Aktinomykose) von Goldpräparaten vorzügliche Resultate sah, verabreichte er bei einem an *Filaria* leidenden Kranken Solganal. Auf diese Therapie trat auffallende Besserung ein, noch entschiedener aber auf eine Fieber-(Malaria)Therapie nach deren Abschluss sowohl die allgemeinen, wie auch die lokalen Symptome verschwanden, abgesehen natürlich von der nicht mehr beeinflussbaren Elephantiasis und den erweiterten grösseren Lymphwegen. Der Kranke war nahezu fünf Jahre lang bettlägerig und konnte nach den erwähnten Behandlungen seiner Beschäftigung wieder nachgehen.

W. Fröhlich: *Dermatitis herpetiformis Duhring.* Die Krankheit des 43jährigen Mannes begann im Januar dieses Jahres. Auf der Brust, dann in der Magengegend, am Rücken, sowie an den oberen Extremitäten mehrere hellergrosse Blasen. Nach Darreichung von 1 Gramm Jodnatrium per os trat eine multiple Blaseneruption auf. Er erhält Spirocid-tabletten.

L. Vámos: *Pemphigus vulgaris und vegetans.* Er demonstriert zwei erheblich gebesserte Fälle. In der Klinik wird Spirocid verabreicht. In den 9 behandelten Fällen wurde bei Darreichung von grossen Dosen (über 30 Gramm) in 2 Fällen Exitus, in 2 Fällen keinerlei Besserung, in 5 Fällen aber hochgradige Besserung und Symptomenfreiheit beobachtet. Die Kranken vertragen auch grosse Dosen gut, keine Vergiftungserscheinungen.

L. Szodoray: *a) Sarcoid-Kaposi.* Bei dem 64jährigen Mann finden sich haselnuss- bis kinderhandteller-grosse, livide, rote Nodositäten. Histologisch typisches Bild. Die Therapie bestand aus Darreichung von Bucky-Bestrahlungen und peroraler Verabreichung von Arsen in steigenden Dosen.

b) Bowen-Krankheit. Das Leiden des 66jährigen Mannes begann 1919. Er zerkratzte auf der linken Brusthälfte einen hirsegrossen Knoten, an dessen Stelle angeblich eine mit Kruste bedeckte Erosion entstand, die Veränderung zeigte peripherisches Wachstum und trotzte jeder Behandlung, sie verursachte dem Kranken ausser mässigem Jucken keine Klagen. Hist.: Clumping cells. Keine Heterotopie.

E. Brezovszky: *Psoriasis mucosae oris.* Bei dem 22jährigen Mann trat 1925 am Körper Psoriasis auf. Er erhielt Solganal- und Teerbehandlung. Im Laufe der Behandlung trat

auf der Schleimhaut der oberen und unteren Lippe, sowie der Bucca eine grauweisse, hyperkeratotische Veränderung auf. Ähnliche Erscheinungen auf der Zunge, am harten und weichen Gaumen. Pilzuntersuchung negativ, Wa.-R. negativ.

J. Guszman: *Praktische Leitregeln in der Syphilis-therapie.* Er beschäftigt sich in erster Reihe mit der Frage, wie lange die antiluetische Behandlung dauern soll. Diesbezüglich gibt es sehr verschiedene Anschauungen, eben deshalb stellt er das notwendige Behandlungsquantum in den einzelnen Stadien fest. Zu berücksichtigen sei, dass die Heilung nicht von den Medikamenten allein zu erwarten sei, indem zur Erzielung des günstigen Heilerfolges auch eine entsprechende Reaktionsfähigkeit des Organismus notwendig ist, diese ist in den meisten Fällen von konstitutionellen endogenen Faktoren abhängig. Die endogenen Faktoren können noch am meisten im ersten Frühstadium der Krankheit vernachlässigt werden, aber auch hier nicht in allen Fällen. Auf den Behandlungserfolg kann auch die augenblickliche Disposition des Organismus von Einfluss sein. Das könne auch auf experimentellem Wege (z. B. Fieberbehandlung), aber auch im Anschluss an pathologische Prozesse (akute Infektionskrankheiten) festgestellt werden. Die spezifischen Medikamente können in verschiedenen Organen abweichende Heilwirkungen auslösen. Man soll daher die Heilung nicht einem einzelnen Antilueticum anvertrauen. Die richtige Syphilistherapie behandelt nicht nur das Individuum, sondern verhindert mit der raschen Beseitigung der Infektionsfähigkeit auch die Verbreitung des Leidens. Dieser Aufgabe entspricht am besten das Salvarsan. Der Vortragende erörtert die absoluten Indikationen der Salvarsanpräparate. Er teilt die Indikationen in vier Gruppen ein: 1. Primäre Syphilis im seronegativem Stadium; 2. frisches sekundäres Stadium; 3. Lues maligna; 4. mit Syphilis komplizierte Gravidität. Er schildert sodann eingehend die zur Zeit erzielten trefflichen Resultate (nicht nur ausgezeichnete klinische und serologische Ergebnisse, sondern auch anscheinend stabile Liquorbefunde), sowie den Verlauf der Behandlung. Diesbezüglich sei wichtig, dass zwischen die kombinierten Salvarsanbehandlungen keine allzu langen Pausen eingeschaltet werden. Dies bezieht sich besonders auf die beiden ersten Indikationsgruppen. Vorzügliche Resultate sind bei der Prophylaxe der kongenitalen Lues zu erzielen, wenn die gravid Frau zwei energische kombinierte Salvarsanbehandlungen durchmacht.

A. Kluge: Bei Anerkennung der Notwendigkeit der Individualisierung referiert er über die Kombination der Dattner-Methode (täglich 0.15 Neosalvarsan) mit der Darreichung von überaus grossen Gesamtmengen (Gesamtmenge von 40—50 Gramm, doch niemals sogenannte Kuren) auf Grund zweijähriger Erfahrungen. Zweifellos ist an dem überaus grossem Neuroluesmaterial der psychiatrischen-

und Nervenabteilung des Neuen St. Johannes-Spitals das Zurückgehen der Mortalität nahezu auf die Hälfte, zweifelhaft, aber wahrscheinlich sei die Besserung der Remissionen. Bei Prüfung der Leberläsion mit der *Barok'schen* Fuchsinreaktion gelang es selbst nach einer derartigen Behandlung mit 15 Gramm nicht, eine Leberläsion nachzuweisen.

E. Neuber: *Pilzkrankheiten der Haut in der ärztlichen Praxis.* Vom praktischen Gesichtspunkt sind die durch Faden-, (Hyphomyceten), Schimmel- (Ascomyceten) und Sprosspilze verursachten Hautmykosen zu berücksichtigen. Für die Therapie der durch Fadenpilze verursachten Hautkrankheiten bedeute der Anbruch der Röntgenära eine neue Epoche und erziele zumindest eine Kräftigung der Therapie der Vergangenheit gegenüber. Die Epilation erfolgt in neuerer Zeit auch mit Thallium acet. Das Mittel ist für die Praxis noch nicht zu empfehlen und kann schwere Vergiftungen herbeiführen. Die Fadenpilzhautkrankheiten besitzen nicht nur lokalen Charakter, sondern können im ganzen Organismus eine Reaktion auslösen, was durch Laboratoriumsverfahren nachweisbar ist (Agglutinine, Komplementfixierungsstoffe usw.) und sie treten klinisch in der Form von Mykiden auf. Die Fadenpilze zeigen hinsichtlich ihre Infektiosität zu gewissen Zeiten des menschlichen Lebens, ein verschiedenes Verhalten. Als pathogen bekannte Fadenpilze können auf der gesunden Haut auch als Saprophyten leben. Es gibt daher nicht nur Bazillen-, sondern auch Pilzwirte. Die Infektion kann nur auf der Hautfläche erfolgen. Die Haut wehrt sich gegen Reinfektionen mit der Allergie. Durch spezifische Antigene können auf der Haut allergische Reaktionen ausgelöst werden. Zur Zeit steht die Dysidrose im Mittelpunkt des Interesses. Wir kennen resp. unterscheiden zur Zeit Dysidrosen bakteriellen- und Pilzursprungs, ferner unter der Bezeichnung von idiopathischen Dysidrosen solche, deren Pathogenese wir nicht kennen. Oidium-, Moniliaarten, sowie auch Hefepilze können gleichfalls Dysidrose herbeiführen. Hinsichtlich des Krankheitsbildes der Aktinomykose kann er nur für die Therapie ein Novum anführen: die Goldtherapie, welche in der Debrecener Hautklinik sich trefflich bewährt hat. Die Schlauch- resp. Schimmelpilze verursachen nur sehr selten selbständige Mykosen und finden sich auf der Haut nur als Saprophyten. *Ballagi* sah an einem grossen Untersuchungsmaterial nur eine, durch solche verursachte wahre Mykose. Zu den durch Sprosspilze verursachten Erkrankungen können die europäischen tiefen Blastomykosen (Dysidrosis) gezählt werden. Die Feststellung der Diagnose ist sehr schwierig.

I. Ballagi lenkt die Aufmerksamkeit auf den Wert der Vakzinebehandlung. Er verwendet diese Behandlungsmethode mit anderen therapeutischen Verfahren kombiniert seit mehr als zehn Jahren mit guten Erfolg. Bei der Vakzinebehandlung sei das Hauptgewicht

darauf zu legen, dass womöglich der Pilzflora des Landes entsprechendes Material verwendet und entsprechende, nicht allzu kleine Dosen den Kranken verabreicht werden. Die Impfungen sind intrakutan durchzuführen.

I. Rothmann: *Die Hauttuberkulose vom Standpunkt des praktischen Arztes.*

XII. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte.

Am 30. und 31. Mai 1930.

(Fortsetzung.)

O. Országh: *Syphilis und Tuberkulose.* (Referat.) Nach der Statistik der Königin Elisabeth-Heilstätte war in den Jahren 1927—1930 bei 9% der Kranken eineluetische Infektion nachweisbar. Die Anamnese lenkte nur in 1.7% der Fälle die Aufmerksamkeit auf dieses Leiden. Eben deshalb sei es notwendig, im Sanatorium für Lungenkranke die Serumreaktion obligat durchzuführen. Wurde das untersuchte Krankenmaterial in Gruppen eingeteilt, so konnte festgestellt werden, dass die statistischen Ziffern derluetischen Infektion, die bei Männern immer höher waren, als bei Frauen, einen Rückgang aufweisen. Dieluetische Infektion war bei älteren Personen viel häufiger nachweisbar, als bei den jüngeren Jahrgängen. Er verweist sodann auf die grossen Schwierigkeiten der pathologisch-anatomischen und histopathologischen Differenzierung der Syphilis von der Tuberkulose. Notwendig sei auch, die Frage der Verkalkung einer neuen Untersuchung zu unterziehen.

Die ohne nachweisbare Veränderung bestehende latente Syphilis kann ebenso allgemeine Erscheinungen herbeiführen, wie die Tbc. Statistische Angaben und klinische Beobachtungen sprechen dafür, dass die Syphilis die Entwicklung der Tbc. fördert. Die beiden Krankheiten können auch in der Lunge gleichzeitig vorhanden sein, in solchen Fällen begegnet ihre Differenzierung grossen Schwierigkeiten. Im Krankenmaterial der Elisabeth-Heilstätte zeigte die Tuberkulose bei den Syphilitikern im allgemeinen einen schwereren Verlauf, als bei jenen, die keine Lues hatten. Die Prognose der Lungensyphilis ist im allgemeinen, wenn das Gefäßsystem nicht in Mitleidenschaft gezogen ist, eine gute. Ist Tuberkulose vorhanden, so spielt bei der Feststellung der Prognose der Allgemeinzustand des Kranken, die Aktivität und der Umfang der tuberkulotischen Veränderung eine erhebliche Rolle, wenn sich der Kranke rezent mit Lues infiziert hat. Eine ältereluetische Erkrankung beeinflusst die Tuberkulose nur in solchen Fällen schädlich, wenn sie im Organismus solche Veränderungen herbeiführt, welche dessen Widerstandskraft herabsetzen.