

Dr. Jessner's
Dermatologische Vorträge für Praktiker.
Heft 21.

Hauttuberkulose

(Lupus vulgaris etc.)

einschliesslich

Tuberkulide und Lupus erythematodes.

Von
Dr. S. Jessner,
Königsberg i. Pr.

BIBLIOTEKA

Biopala: a. Karola: B. all

Die Dalsci

Nr. 324



Würzburg
Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag)
1909.

Preis Mk. 1.30.



ICHTHYOL.

Der Erfolg des von uns hergestellten speziellen Schwefelpräparats hat viele sogenannte Ersatzmittel hervorgerufen, welche nicht identisch mit unserem Präparat sind und welche obendrein unter sich verschieden sind, wofür wir in jedem einzelnen Falle den Beweis antreten können. Da diese angeblichen Ersatzpräparate anscheinend unter Missbrauch unserer Markenrechte auch manchmal fälschlicherweise mit

Ichthyol

oder

Ammonium sulfo-ichthyolicum

gekennzeichnet werden, trotzdem unter dieser Kennzeichnung nur unser spezielles Erzeugnis, welches einzig und allein allen klinischen Versuchen zugrunde gelegen hat, verstanden wird, so bitten wir um gütige Mitteilung zwecks gerichtlicher Verfolgung, wenn irgendwo tatsächlich solche Unterschreibungen stattfinden.

Ichthyol-Gesellschaft

**Cordes, Hermann & Co.,
Hamburg.**

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Kompendium der Hautkrankheiten

einschliesslich der Syphilide und einer
kurzen Kosmetik.

==== Für Studierende und Ärzte. ====

Von Dr. S. Jessner in Königsberg i. Pr.

Dritte umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. Geb. Mk. 7.—.

Berliner klin. Wochenschrift: „Eine vortreffliche Durcharbeitung des grossen Stoffs in engem Raume. Die Ausführung ist stets prägnant, klar und so erschöpfend, dass es wunderbar erscheint, wie bei der in dem flüssigen Stil des Verf.s gehaltenen Darstellung so viel auf den geringen Raum (322 S.) geboten werden könnte.“

Reichs-Med.-Anz.: Es hat dem Ref. immer ein Vergnügen bereitet, in diesem ausgezeichneten Buche eines sehr erfahrenen Arztes, in dem trotz der Kürze viel Wissenschaft steckt, zu lesen und sich daraus Rat zu holen. Im Gegensatz zu der früheren Auflage hat J. auch die Hautsyphilis aufgenommen, da dieselbe für die Diagnose fast aller Hautleiden von grosser Bedeutung ist; diesem Ganzen fügte der Autor 170 Rezeptformeln an, so dass es für den Studierenden ein ausgezeichnetes Nachschlagewerk ist. Es sollte in keiner Bibliothek eines Arztes, auch der Dermatologen fehlen.



Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.

Dr. Jessner's Dermatologische Vorträge für Praktiker.

Jedes Heft ist zu mässigem Preise einzeln käuflich. Für Interessenten dürfte es sich empfehlen,

☛ auf die ganze Reihe zu abonnieren.

Bestellungen nehmen Buchhandlungen, ev. auch der Verlag entgegen.

Ganz besonderen Vorteil bietet jetzt Bezug der **Band-Ausgabe mit Register**. Der Preis ist gegenüber dem Bezug in Einzelheften **um ca. 30 % ermässigt**. Es kostet jetzt:

Band I (Heft 1—10) brosch. Mk. 6.50, gebd. Mk. 8.—

Band II (Heft 11—18) brosch. Mk. 6.50, gebd. Mk. 8.—

Einbanddecken hierzu à Mk. 1.— pro Decke.

☛ Für Besitzer der Heft-Ausgabe werden die Register-Bogen mit Bandtitel auch apart à 30 Pfg. geliefert. Zur Komplettierung der Bände müssen allerdings die neuesten Auflagen der Hefte angeschafft werden, da sonst das Register nicht stimmt.

Heft 19 u. ff. wird s. Zt. zu einem III. Band ergänzt.

Der praktische Arzt, der sich auf diesem oder jenem Gebiete einmal genauer informieren will, kann nichts Besseres tun, als sich das betreffende, äusserst wohlfeile Bändchen anzuschaffen; wer es aber vorzieht, sich die ganze Reihe derselben zuzulegen, wird mit der Zeit in den Besitz einer stattlichen Sammlung kommen, die ihm alles praktisch Wissenswerte über die Hautkrankheiten bietet etc. etc.

Dermatolog. Zeitschrift.

Heft 1. **Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung.**

5. verbesserte Auflage. Mk. —.80.

Schmidt's Jahrbücher: Gibt in ausgezeichnet klarer und anziehend geschriebener Darstellung eine für den Praktiker vollkommen ausreichende Pathologie des Haarschwunds, den Verf. in seinen verschiedenen Arten ausführlich und stets vom praktischen Standpunkt aus bespricht.

Heft 2. **Die Acne (A. vulg., A. rosacea etc.) und ihre Behandlung.**

3. Auflage. Mk. —.70.

Med. Blätter: Das überaus günstige Urteil und Lob, welches die Fachpresse der vorangegangenen Auflage dieses Schriftchens zuteil werden liess, kann der vorliegende Vortrag mit vollem Recht für sich in Anspruch nehmen, um so mehr, als er zahlreiche Verbesserungen enthält.

Heft 3/4. (Doppelheft.) **Juckende Hautleiden:** Allg. Pathologie und Therapie. Pruritus simplex. Spez. Pathologie und Therapie. Urticaria. Prurigo Hebrae, Scabies, Pediculosis etc. 3. Auflage. Mk. 2.—.

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. XXIX. 6.: „... Recht eigentlich aus der Praxis geschöpft und für die Praxis klar geschrieben, verdient das billige, inhaltreiche Werkchen weiteste Verbreitung in Ärztekreisen.“

Heft 5. **Die innere Behandlung von Hautleiden.** 2. Auflage. Mk. — 75.

Deutsche med. Wochenschrift: Die fesselnd geschriebene Arbeit, welche nichts Wesentliches übersieht, wird gewiss dem Praktiker von manchem Nutzen sein, da er hier eine gute Zusammenstellung der gebräuchlichen inneren Mittel bei den verschiedenen Dermatosen vorfindet.“

Heft 6. **Die kosmet. n. therapeut. Bedeutung der Seife.** 2. Auflage. Mk. — 90.

Archiv f. Dermatologie u. Syph.: „... Die übersichtliche und präzise Zusammenstellung der therapeutischen Verwendung eines für den Dermatologen so wichtigen Medikaments ist für den Arzt von sehr grossem Werte; er wird mühelos und schnell in der Lage sein, sich in zweifelhaften Fällen Rat zu holen.“

Heft 7. **Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.** 3. Auflage. Mk. — 90.

Ärztl. Zentr.-Anz. (Fragekasten): Ich kann Ihnen nur dringend das hübsche Schriftchen empfehlen. Die darin empfohlene Methode habe ich als unübertrefflich erprobt.

Heft 8. **Dermatolog. Heilmittel.** (Pharmacopoea dermatologica) 2. Aufl. Mk. 1.50.

Therapeut. Monatsh.: ... nach beendeter Lektüre zugeben, selten ein pharmakol. Thema in so interessanter, praktischer und leichtverständiger Weise behandelt gesehen zu haben.

Heft 9. **Die Hautleiden kleiner Kinder.** 2. Aufl. Mk. — 90.

Allg. med. Zentral-Ztg.: Den Bedürfnissen der Praxis entsprechend, stellt Verf. überall die Therapie in den Vordergrund und erörtert sie sehr ausführlich; darum raten wir jedem Kollegen, der viel Kinderpraxis hat, sich das kleine billige Büchlein anzuschaffen.

Heft 10. **Bartflechten und Flechten im Barte.** 2. Auflage Mk. — 70.

Prager med. Wochenschr.: Indem der diagnostische Abschnitt alles in praktisch dermatologischer Hinsicht Bedeutsame streift, ist der therapeutische Abschnitt ein bis in die kleinsten Details ausgeführtes Bild moderner Therapie der Sykosen.

Heft 11/12. **Diagnose und Therapie der Syphilide**

(Doppelheft) (Syphilis der Haut und Schleimhaut.) 2. Auflage Mk. 2.50.

Allg. Wiener med. Ztg.: So klein der Umfang der beiden Heftchen ist, sie enthalten mehr, als manches neuere, dickleibige Lehrbuch. Dabei eine stilistische Beherrschung, die in der medizinischen Literatur eine Rarität ist. Praktische Ärzte und Spezialisten werden sich manchen wertvollen Wink holen. Sp.

Heft 13. **Die Schuppenflechte** (Psoriasis vulgaris) und ihre Behandlung. 2. Auflage. Mk. — 70.

Therapeut. Zentralbl.: Dieses Werkchen erfüllt selbst die weitgehendsten Erwartungen. Sachlich, erschöpfend, klar und prägnant verbindet es mit diesen Vorzügen eine gute Kritik der einzelnen besprochenen Heilverfahren und ist mit einem Worte „einfach ein gutes Buch“.

Heft 14 u. 16. **Diagnose u. Therapie des Ekzems.** 2. Auflage. (Doppelheft) Mk. 2.50.

Heft 15. **Salben u. Pasten** mit besonderer Berücksichtigung des Mitin. Mk. — 60.

Heft 17. **Kosmet. Hautleiden** 2. Auflage. Brosch. M. 2.—, gbd. M. 2.50.

Vielleicht das Kürzeste und Beste, was über kosmetische Hautleiden erschienen ist. „Bayr. Ärztl. Korrespondenzblatt“.

Heft 18. **Kokkogene Hautleiden** (Furunkel, Erysipel etc.). Preis Mk. 1.80.

Heft 19/20: **Diagnose und Therapie der Gonorrhoe des**

Mannes. Preis Mk. 3.—.

Heft 21: **Hauttuberkulose** (Lupus vulgaris etc.) einschliesslich Tuberkulide und Lupus erythematodes. Preis M. 1.30

Die Reihe wird fortgesetzt.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Würzburger Abhandlungen

aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin.

Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten herausgegeben von
Prof. Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert.

Einzelpreis der Bde.
ab Bd. VIII 85 Pfg.,
I—VII pro Heft 75 Pfg.,

12 Hefte = 1 Band
kosten im
Abonnement nur Mk. 7.50.

Jährlich erschienen
12 Hefte.

Die neueren Bände enthalten folgende Themas, jede Arbeit kann auch einzeln bezogen werden.

Der neueste IX. Band begann mit: Seifert, Nebenwirkungen moderner Arzneimittel 3. Folge (Doppelheft). — Offergeld, Wechselbeziehungen zwischen Diabetes und Generationsprozess (Doppelheft). — Maas, Hygiene des Ohres. — Much, Immunität, Tatsachen und Aussichten (Doppelheft). — Müller, Syphilis und Ehe. — Offergeld, Behandl. diab. Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. — Sittler, Skrophulose.

Band III.

Trumpp, Magen-Darmkrankheiten im Kindesalter.

Gerhardt, Herzmuskelerkrankungen.

Brieger, Otag. Erkrank. der Hirnhäute.

Bollenhagen, Anwend. des Kolpeurynters.

v. Boltenstern, Behandlung inner. Blutungen.

Burckhard, Blutungen nach der Geburt.

Schmidt, Bronchialasthma.

Starck, Erkrank. d. Speiseröhre. (Doppelh.)

Burkhardt, Chirurg. Eingreifen bei Verletzungen des Magens.

Maas, Taubstummheit und Hörstummheit.

Hoffa, Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter.

Band IV.

Schmitt, Erkrankungen des Mastdarmes.

Rostoski, Serumdiagnostik.

Stein, Meteorismus gastro-intestinalis.

Geigel, Sklerose u. Atherom der Arterien.

Rose, Die Zuckergussleber.

Weygandt, Verhütung der Geisteskrankheiten.

Dieudonné, Hygien. Massregeln bei ansteckenden Krankheiten. (Doppelheft.)

v. Boltenstern, Darmverschluss.

Hasslauer, Hyster. Stimmstörungen.

Polano, Magenkrebs in seiner Beziehung zur Geburtshilfe.

Neter, Chronische Stuhlverstopfung im Kindesalter.

Band V.

Seifert, Nebenwirkungen der Arzneimittel II.

Schilling, Wurmfurtsatz. (Doppelh.)

Neter. Hämorrhagische Erkrankungen im Kindesalter.

Clemm, Magengeschwür. (Doppelh.)

Geigel, Die neuen Strahlen in der Therapie.

Maas, Entwicklung d. Sprache des Kindes.

Graul, Nervöse Dyspepsie des Magens.

Reinhardt, Malaria. (Doppelh.)

Katz, Erkrankungen der Zungenmandel.

Band VI.

Klatt, Traum. Entstehung innerer Krankh.

Wegele, Fortschritte i. d. Diagn. u. Therapie

der Magen-Darmerkrankungen.

Riedinger, Über Schlottergelenke.

Sommer, Über Ischias.

Hödlmoser, Das Rückfallfieber.

Manninger, Die Heilung lokaler Infektionen

mittels Hyperämie.

Stadler, Asept. Operationen im Privathaush.

Borst, Geschwülste. (Doppelh.)

Klatt, Gelenkrheumatismus.

v. Boltenstern, Über Morbus Basedowii.

Jessen, Indikationen u. Kontraindikationen

des Hochgebirges.

Band VII.

Gerhardt, Diagnose und Therapie der

Nierenkrankheiten.

Kehrer, Der plazentare Stoffaustausch. (Doppelheft.)

Schlagintweit, Über Cystitis.

Graul, Diabetes mellitus u. seine Behandlung.

Vulpius und Ewald, Trauma bei Rücken-

marks- und Gehirn-Krankheiten.

Rosenberger, Kohlehydrate i. menschl. Urin.

Goldberg, Die Blutungen der Harnwege.

Lüdke, Verwertung des Alt tuberkulins.

Hasslauer, Gehörorgan u. Infektionskrank-

heiten. (Doppelheft.)

Böckelmann, Epilepsie u. Epilepsiebehand-

lung.

Band VIII.

Bollenhagen, Schwangerschaft u. Tuberkulose

Siegert, Chorea minor, der Veitstanz.

Dieudonné, Bakterielle Nahrungsmittelver-

giftungen.

Gutmann, Die Rachitis.

Kisch, Fettleibigkeit.

Ladenburger, Talma'sche Operation.

Veckenstedt, Der Kopfschmerz als Ursache

von Nasenleiden.

Lüdke, Bakteriologische Frühdiagnose bei

Infektionskrankheiten.

Schwarz, Cholelithiasis.

Fränkel, Die Langerhans'schen Inseln.

Offergeld, Ovarialkarzinom bei Karzinom

des Uterus.

Besonders empfehlenswert ist ein Abonnement:

Dasselbe verbilligt die Anschaffung ganz wesentlich und führt mit der Zeit zu einem äußerst reichhaltigen Nachschlage-Material, das eine ganze Handbibliothek ersetzt.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.

Lehrbuch der spez. Diagnostik u. Therapie der Tuberkulose.

Von Chefarzt **Dr. B. Bandelier** und Chefarzt **Dr. O. Roepke**. Mit 1 farbigen lith. Tafel, 4 Textabbildungen und 19 Temperatur-Kurven auf 5 lithogr. Tafeln. 3. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit einem Vorwort von **Prof. Dr. Rob. Koch**, Exzellenz. Preis brosch. Mk. 6.—, geb. Mk. 7.—.

Ein vortreffliches Lehrbuch und ein vorzüglicher Führer für alle Ärzte, die mit allen von der Wissenschaft gebotenen Hilfsmitteln die Tuberkulose auch in ihren ersten Anfängen feststellen wollen.

„Sächs. ärztl. Korresp.-Blatt“.

In nicht ganz 2 Jahren sind schon 3 Auflagen notwendig geworden, der beste Beweis für die Güte dieses Buches.

Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität

mit besonderer Berücksichtigung der neuesten Forschungen, Konjunktival- und Kutanreaktion, Opsonine etc., der Prognose und Therapie. Von **Dr. Wolff-Eisner**-Berlin. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat **Prof. Dr. H. Senator** und Geh. Med.-Rat **Prof. Dr. A. Wassermann**. 2. verbesserte und erweiterte Auflage. Mit 7 farb. lith. Tafeln, 1 schwarzen Tafel, 14 Kurventafeln und vielen Abbildungen im Text. Preis brosch. M. 12.—, geb. M. 13.—.

Atemkuren mit 115 Rezepten.

Von Dr. med. **Henry Hughes**
Preis Mk. 1.—.

Arzt in Bad Soden im Taunus

Verfasser bespricht die Art und Weise, wie der Arzt eine verschiedene Regelung der Atmung, sei es zum Zwecke der Gesunderhaltung, sei es zum Zwecke der Krankheitsbeseitigung verwenden soll. Sicherlich wird durch fleißige Beobachtung solcher „Atemkuren“ manches Gute erreicht werden können.

Ärztl. Korrespondenzblatt Sachsens.

Medizinische Logik.

Kritik der ärztlichen Erkenntnis von **Dr. W. Bieganski**. Deutsch von **Dr. A. Fabian**.
Brosch. M. 4.50, geb. M. 5.50.

Deutsch von **Dr. A. Fabian**.

Inhalt: Einleitung. — Die Medizin und die medizin. Wissenschaft. — Die Beobachtung. — Anamnestiche Daten. — Der Krankheitsbegriff. — Die Klassifikation der Krankheiten. — Erkennung der Krankheit. — Das Experiment in der Medizin. — Das theoret. Gebäude der mediz. Wissenschaft. — Mediz. Statistik. Auffinden ärztl. Indikationen. — Die therapeutische Erkenntnis.

„Der Arzt behandelt leider die seelische Einwirkung seiner Person, seines Ausspruches, seines Wesens auf den Kranken als etwas Nebensächliches, doch gerade dort, wo die Macht seiner Wissenschaft zu Ende ist, bei unheilbaren Prozessen kann er unendlich viel leisten. Das Buch enthält eine Unzahl lehrreicher Detail aus dem ärztlichen Leben und ist ebenso gedankenvoll als anregend geschrieben.“

Ärztl. Zentralzeitung.

Ärztliche Beredsamkeit.

Von Dr. med. **Henry Hughes**,
Preis brosch. M. 1.—.

Arzt in Bad Soden.

Der Verfasser gibt jenen Kollegen, die der Redegewandtheit ermangeln, eine Anleitung, in so manchen schwierigen Fällen, welche die Ausübung der Praxis bringt, zur rechten Zeit das rechte Wort zu sagen.

„Bayer. ärztl. Korresp.-Blatt“.

Populär-Psychiatrie des Sokrates redivivus.

Von **Dr. H. Schäfer**, Oberarzt der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg. Brosch. M. 2.50.

Das „Korrespondenzblatt der Ärztl. Vereine Sachsens“ schreibt über das Buch: Ein prächtiges Büchlein, dem man nicht nur in den Kreisen der Laien, sondern auch in denen der Ärzte Verbreitung wünschen möchte.

Vademecum der Geburtshilfe

für Studierende und Ärzte.
Von Prof. Dr. Max Lange.
Dritte, völlig umgearbeitete Auflage. Mit 115 Abbildungen. Preis geb. Mk. 4.50.

„Es gibt kein anderes Vademecum der Geburtshilfe, in dem so viel drin steht, in dem die praktischen Ratschläge und therapeutischen Massnahmen so genau beschrieben sind etc.“
Zentralblatt für Gynäkologie.

Dr. Jessner's
Dermatologische Vorträge für Praktiker
Heft 21 (Band III).

Hauttuberkulose

(Lupus vulgaris etc.)

einschliesslich

Tuberkulide und Lupus erythematodes.

Von
Dr. S. Jessner,
Königsberg i. Pr.



Würzburg
Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag)
1909.

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl



Die...
...
...

Handbücher...

Alle Rechte vorbehalten.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

Bibliothek Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl



Die Tuberkulose der Haut.

Die staunenswerten Fortschritte auf dem Gebiete der ätiologischen Forschung kommen so recht klar bei der Betrachtung der tuberkulösen Hautleiden zur Geltung. Dieses vor drei bis vier Jahrzehnten so kleine Gebiet ist seit der Kochschen Ära, seit der epochemachenden, von vorneherein in allen Einzelheiten klargelegten Entdeckung der Tuberkelbazillen zu einem sehr umfangreichen geworden. Früher sah man als sicher tuberkulöse Hautaffektion nur die ulzeröse Tuberkulose an, heutzutage zählt in diese Gruppe eine grosse Reihe von Leiden, in klinischer Beziehung, in bezug auf makroskopisches Aussehen, in bezug auf den Verlauf unendlich verschieden, zwischen Benignität und Malignität in hohem Grade schwankend, — und doch ätiologische Einheiten, untereinander nahe verwandt. Wodurch diese grosse Differenz im Einzelfalle begründet ist, warum die Tuberkulose hier ganz gutartige, dort ganz bösartige Prozesse auf der Haut erzeugt, ist schwer zu sagen. Im allgemeinen darf man theoretisch annehmen, dass drei Faktoren mitsprechen: die Quantität der eingedrungenen Infektionskeime, die Qualität (Toxizität) derselben und — last not least — die Disposition des ergriffenen Individuums. Letztere wird leider noch immer viel zu sehr unterschätzt. Und doch

Jessner, Tuberk. d. Haut (Vortr. Bd. III.)

1*

bietet gerade die Tuberkulose das beste Beispiel dafür, welche Bedeutung ihr beizumessen ist. Der tuberkulöse Habitus bedeutet eine nicht wegzuleugnende ominöse Belastung des Menschen, bietet zweifellos den Tuberkelbazillen den allergünstigsten Nährboden. — Auch bei der Hauttuberkulose sehen wir, dass Menschen, bei denen wir klinisch von einer Disposition zur Tuberkulose sprechen, mehr die malignen Formen zeigen, während kräftig konstituierte Individuen von den mehr benignen heimgesucht werden. —

Die Entstehungsweise der tuberkulösen Hautveränderungen oder, richtiger gesagt, der zur tuberkulösen Infektion in Beziehung stehenden Hautveränderungen ist eine sehr verschiedene. In erster Reihe entstehen sie durch Ansiedelung der Tuberkelbazillen in der Haut. Bis vor nicht langer Zeit dachte man, dass dieser Modus der einzige, dass die körperliche Anwesenheit der Bazillen Vorbedingung für den tuberkulösen Charakter von Hautleiden sei. Man setzte also den Befund von Bazillen in der Haut als ätiologisch-diagnostisches Merkmal voraus. Der Nachweis wird dabei in erster Reihe durch die mikroskopische Untersuchung geführt. Das ist aber oft sehr schwierig, da die Bazillen bei Hauttuberkulose häufig in so minimaler Menge vorhanden sind, dass man zahllose Präparate durchsuchen kann, ohne sie zu finden. Und doch sind sie da. Wo sie gefunden werden, ist wohl ein Zweifel kaum möglich, da ihre spezifische Reaktion auf die üblichen Färbungsmethoden eine durchaus pathognomonische ist. Die üblichste Methode ist immer: Färbung in Karbolfuchsin; Abspülen; vorsichtiges Nachfärben in salpetersaurer Methylenblaulösung. Die roten Bazillen sind unverkennbar; nur die Smegmazellen geben die gleiche Farbreaktion, — und diese kommen ja nur in Frage, wenn es sich um Präparate handelt, die der Uro-Genitalgegend entnommen sind. — Bleibt der Bazillenfund bei mikroskopischer Unter-

suchung negativ, dann muss man in irgendwie verdächtigen Fällen die Tierimpfung zu Hilfe nehmen. Impft man Meerschweinchen in die Peritonealhöhle mit Gewebe, welches auch nur ganz vereinzelt Tuberkelbazillen enthält, die mikroskopisch nicht entdeckt wurden, so entsteht unwiderruflich eine Tuberkulose. Das negative Ergebnis spricht in ausschlaggebender Weise gegen Tuberkulose. —

Eine dritte Methode, die zum Nachweis der bazillogenen Tuberkulose dient, ist die Tuberkulinreaktion, vor allem in Gestalt der subkutanen Tuberkulininjektion, welche neben der Temperatursteigerung am Orte der tuberkulösen Hauterkrankung nach einer Reihe von Stunden Rötung und Schwellung hervorruft. Wiederholt man diese Injektionen mehrere Male unter Anwendung gesteigerter Dosen, ohne dass eine allgemeine und lokale Reaktion eintritt, dann kann man wohl mit Sicherheit sagen, dass hier eine durch Ansiedelung von Tuberkelbazillen hervorgerufene Dermatose nicht vorliegt. Nicht ganz so sicher ist es mit dem positiven Ausfall der Reaktion, denn so manche Hautanomalie zeigt nach Tuberkulininjektion Reizerscheinungen, trotzdem sie mit Tuberkulose nichts zu tun hat. Also man wird das Ergebnis der Tuberkulininjektion mit ein wenig Skepsis hinnehmen müssen. —

Noch skeptischer muss man gegenüber der Tuberkulinimpfung nach Pirquet — kutane Methode — und der Tuberkulinimpfung nach Calmette-Wolf — konjunktivale Methode — sein. Die Bildung der roten Papeln bei dem Verfahren nach Pirquet, die Entstehung der oft sehr unangenehmen Konjunktivitis bei dem Verfahren nach Calmette-Wolf, sie beweisen nur, dass irgendwo im Körper ein tuberkulöser Herd bestanden hat oder noch besteht. Das sagt aber nicht, dass die suspekta Hautanomalie, welche gerade vorliegt, tuberkulöser Natur ist. Es hat schliesslich die grosse Majorität der Menschen irgendwo im Körper

ein Plätzchen, an dem sie tuberkulös erkrankt gewesen sind oder es noch sind. Der positive Ausfall dieser Impfungsmethoden beweist für den Dermatologen fast nichts. — Anders liegt die Sache, wenn man den erkrankten Hautherd direkt mit Tuberkulin impft, wie man es in letzter Zeit getan hat, und darnach aussergewöhnliche Veränderungen in demselben, ulzerösen Zerfall etc., sieht. Diese örtliche Impfung befindet sich aber erst im Stadium der ersten Versuche, so dass sie hier nur erwähnt werden kann, ohne dass Schlüsse daraus gezogen werden. —

Soviel von dem Nachweis der bazilligenen Hauttuberkulose durch Methoden, welche wir der Bakteriologie verdanken. —

Es mag auffallen, dass ich des pathologisch-anatomischen Nachweises bisher noch nicht gedacht habe, da doch der Tuberkelbazillus in den Geweben durchaus spezifische histologische Veränderungen hervorruft, das tuberkulöse Granulom, dessen mikroskopischer Nachweis entscheidende Bedeutung hat resp. haben müsste. Das trifft auch sicherlich in den typischen Fällen zu; eine Hauttuberkulose, erzeugt durch Bazillensiedlung, gibt meistens ein unverkennbares, histologisches Bild, — meistens, aber nicht immer. Bei so manchen Fall, z. B. von skrophulöser Hautveränderung (*Lichen scrophulosum*), sind die Histologen nicht einig. Es muss doch also so ganz unumstösslich feststehend die für Tuberkulose pathognomonische mikroskopische Veränderung nicht sein. Nichts destoweniger wird man auch die histologische Gewebsuntersuchung neben der mikroskopischen Bazillenuntersuchung, wenn es irgend angeht, heranziehen. Man muss eben von allen Hilfsmitteln der Wissenschaft im gegebenen Falle Gebrauch machen, froh sein, dass es deren so viele und geistvolle gibt. —

Die bisher geschilderte Entstehungsweise durch Ansiedlung von Tuberkelbazillen in der Haut erschöpfte

bis vor wenigen Jahren, wie oben erwähnt, die Gruppe tuberkulöser Dermatosen. Jetzt ist dem nicht mehr so. Es ist nicht die theoretische Erwägung, nicht die bakteriologische Prüfung, sondern die klinische Beobachtung, welche lehrte, dass es noch eine weitere Summe von Hautveränderungen gibt, die zu der Tuberkulose in Beziehung stehen, ohne dass Tuberkelbazillen an den kranken Stellen angesiedelt wären. Das Verständnis für ihre Entstehungsweise gewinnt man, wenn man die von den Bazillen im Körper erzeugten Toxine ins Auge fasst. Zum Unterschied von den bazillären Hauttuberkulosen möchte ich diese als *toxinogene* bezeichnen. Es sind Hautanomalien durch lösliche, den Bazillen entstammende Giftstoffe erzeugt, also Analoga der toxischen Exantheme, speziell der so häufigen Arzneiexantheme. Man hat dieser Gruppe von Dermatosen den Namen „Tuberkulide“ beigelegt; sie sind besonders von französischen Autoren geschildert, haben aber jetzt auch in den anderen Ländern allgemein Anerkennung gefunden, wenn auch über die Zugehörigkeit dieser oder jener Hautveränderung zu dieser Gruppe noch lange nicht das letzte Wort gesprochen ist. Bei der Besprechung der einzelnen Tuberkulide werden wir darauf zurückkommen. —

Die Beziehungen der Hauttuberkulose zum Gesamtorganismus resp. zu der Tuberkulose innerer Organe können verschieden sein. Die Hauttuberkulose kann einer externen, örtlichen Infektion ihre Entstehung verdanken, eine primäre sein; etwaige innere, auf Tuberkulose beruhenden Erkrankungen können erst sekundär entstehen oder koordiniert sein. In anderen Fällen wiederum ist die innere Erkrankung an Tuberkulose das primäre, die Haut erkrankt sekundär durch embolische Verschleppung der Bazillen nach der Haut oder auch durch Infektion mit dem nach aussen gelangten, infektiösen Sekret, z. B. Sputum, oder Exkret, Fäzes und Harn. Wir werden alle diese Ent-

stehungsweisen noch bei den einzelnen Leiden zu würdigen haben. —

Die toxinogenen, tuberkulösen Hautleiden sind natürlich immer sekundärer Natur; sie entstehen bei innerer Tuberkulose der Lungen, Drüsen etc. indirekt auf hämatogenem Wege durch Resorption von Toxinen. —

Aus dem obigen ergibt sich für unsere Betrachtung die Einteilung in

bazillogene Hauttuberkulose und
toxinogene Hauttuberkulose (Tuberkulide).

Die erstgenannte Gruppe ist die bei weitem grössere und wichtigere und wird uns in erster Reihe zu beschäftigen haben.

Die bazillogene Hauttuberkulose

umfasst eine Reihe von klinisch ausserordentlich differenten Hautleiden, so different, dass, wenn nicht das Gebäude der ätiologischen Tuberkuloseforschung auf so unerschütterlicher Grundlage stünde, man fast an der nahen Verwandtschaft irre werden könnte.

Wir haben hier folgende Leiden zu besprechen:

1. Tuberculosis cutanea miliaris (Miliartuberkulose der Haut);
2. Tuberculosis cutanea propria ulcerosa;
3. Tuberculosis cutanea fungosa;
4. Lupus vulgaris;
5. Tuberculosis cutanea verrucosa s. Verruca necrogenica;
6. Skrofuloderma.

Über die

Tuberculosis cutanea miliaris

will ich nur wenig sagen. Sie ist eine der grössten Seltenheiten. Nur wenige Fälle sind in der Literatur

bekannt. Schubweise treten lebhaft rote, derbe, hanfkorn-grosse, kegelförmige, stellweise schuppende Papeln auf normaler Haut disseminiert auf. Die Effloreszenzen können sich zurückbilden oder auch pustulös werden und unter Borkenbildung abtrocknen. — Es handelt sich stets um eine embolische Hauterkrankung bei schwerer innerer Tuberkulose. Die Hautaffektion hat eine ominöse Bedeutung. — Diese kommt auch der

Tuberculosis cutanea propria ulcerosa

zu, welche die eigentlichen, charakteristischen, tuberkulösen Geschwüre an der Haut zeigt. Die Ulzera sind flach, mit nicht infiltrierten Rändern versehen, die auch nicht unterminiert sind. Der Geschwürsboden ist mit schlaffen, rotgelben Granulationen bedeckt, in denen man oft kleine, miliäre, gelblich-weiße Knötchen erkennt. Es sind dies wahre Tuberkelknötchen. Das flache Geschwür breitet sich meistens relativ schnell zentrifugal aus, sondert einen dünnen Eiter ab und hat absolut keine Heilungstendenz. — Der Sitz der Geschwüre ist, wenn wir von den Schleimhäuten selbst absehen, vornehmlich an den Übergangsstellen von Schleimhaut zur äusseren Haut zu suchen, also an Mund, After, Harnröhrenmündung, wobei oft das Hautgeschwür sich direkt auf die Schleimhaut fortsetzt. Es ist hier das Schleimhautgeschwür gewöhnlich das primäre; die Haut erkrankt sekundär per continuitatem. Infektion mit tuberkulösem Sputum, Infektion mit Tuberkelbazillen enthaltenden Fäzes oder Urin ruft diese tuberkulösen Verschwärungen hervor. Nur selten findet man Hautstellen, die den natürlichen Öffnungen fernliegen, von solchen ergriffen. — Die Patienten sind fast stets Menschen, die an vorgeschrittener innerer Tuberkulose leiden, schon recht kachektisch geworden sind. Sie legen auf diese Geschwüre auch meistens nicht allzugrossen Wert, zumal diese nicht schmerzhaft sind. —

Die Diagnose der Tuberculosis cutanea ulcerosa

ist meistens nicht schwer, da einerseits das innere Leiden sehr eklatant, andererseits das geschilderte Aussehen sehr typisch ist. Auch der Bazillenbefund gelingt meistens anstandslos. — Vor allem wird man den luetischen Ursprung der Geschwüre auszuschliessen haben; der Sitz, das Aussehen des Grundes, die schlaffen Ränder, die torpide Beschaffenheit sprechen gegen Lues. —

Die Prognose der Affektion hängt in erster Reihe vom Grundeiden, der inneren Tuberkulose, ab und ist dem obigen gemäss gewöhnlich eine sehr traurige. —

Die Therapie wird zunächst die Kräftigung des Gesamtorganismus ins Auge fassen. Über die dazu nötigen Massnahmen brauche ich mich hier nicht auszulassen. Auch die Tuberkulinbehandlung, deren Einleitung ja vor allem von der internen Tuberkulose abhängt, erwähne ich nur. Örtlich eingreifend wird die Behandlung nur da sein können, wo es sich noch um einigermassen widerstandsfähige Kranke handelt. Dann wird man das Geschwür mit dem Paquelin gründlich zerstören und mit Jodoform nachbehandeln. Wo kein energisches Eingreifen am Platze ist, genügt eine symptomatische Behandlung, wobei auch Jodoform die relativ besten Dienste leistet. —

Die Tuberculosis cutanea fungosa

ist eine seltene Erkrankungsform, welche sekundär an tuberkulöse Knochen- und Gelenkerkrankungen sich anschliesst. Es bilden sich tumorartige Infiltrate der Kutis und Subkutis, welche eine ansehnliche Grösse erreichen können und dann unregelmässig zerfallen, Geschwüre bilden. Die Infiltrate erscheinen zuerst als leicht gerötete, später bräunlich-rote, halbkuglige Knoten, die sich weich, fast fluktuierend anfühlen. Wenn sie schliesslich aufbrechen, entleert sich dünner Eiter mit krümlichen Massen wie bei dem knotigen Skrofulo-

derma, das wir später erörtern werden. Es kommen aber auch platte, leicht erhabene, glatte oder wellige Infiltrate vor, die schliesslich an verschiedenen Punkten geschwürig zerfallen. Diese Geschwüre haben einzeln eine spontane Heilungstendenz, ohne Neigung zu rezidivieren. Dennoch erlischt der Prozess nicht, da in der Umgebung der Narben neue Plaques sich bilden, die wiederum langsam denselben Verlauf nehmen. — Die Therapie dieser Affektion muss eine chirurgische sein; Exkochleation, Kaustik kommen in Frage. —

Die pièce de resistance der Hauttuberkulose bildet der

Lupus vulgaris (Fressende Flechte).

Mit dieser Affektion werden wir uns deshalb am gründlichsten zu beschäftigen haben. —

Das Hauptcharakteristikum des Lupus, ein direkt pathognomonisches Symptom, ist die Initialeffloreszenz, das Lupusknötchen. Diese elementare Veränderung stellt sich dar als stecknadelkopfgrosser, im Niveau der Haut gelegener, gelbbrauner oder braunroter Fleck, der von glatter, oft ein wenig glänzender, zuweilen auch schuppender, intakter Haut bedeckt ist. Von Wesenheit ist die Konsistenz dieses Knötchens, das sehr weich ist, wenig Widerstand leistet. Drückt man den Knopf einer Sonde gegen die Stelle, so dringt die Sonde mit Leichtigkeit in die Stelle ein, wobei es etwas blutet. Dieses leichte Eindringen der Sonde ist ein Symptom, auf das nicht genug hingewiesen werden kann; es bringt oft allein schon Klarheit in die Diagnose. — Leider ist nicht immer der Nachweis der Elementareffloreszenz, des Lupusknötchens, leicht; zuweilen gelingt er überhaupt nicht. Das liegt an verschiedenen Momenten. Zunächst kann das Fleckchen durch die kollaterale Hyperämie, welche die ganze Umgebung betrifft, so larviert sein, dass es nicht hervortritt. In diesem Falle gibt es ein sehr einfaches Mittel, um es sichtbar zu

machen. Drückt man ein Stück Glas gegen die Haut fest an, presst dadurch das Blut aus den Gefässen, dann tritt das Knötchen als bräunlich-gelbes, schmutzig aussehendes Fleckchen deutlich hervor. Diese Diaskopie ist ein nicht hoch genug zu schätzendes Hilfsmittel für die Lupusdiagnose. Man braucht dazu nicht ein eigens für diesen Zweck angegebenes Glasplättchen, Diaskop; ein Objektträger, ein Glasspatel, ein Glassplimeter genügen; man muss nur fest aufdrücken. Eine Verwechslung kann bei diaskopischer Betrachtung in zwei Richtungen in Betracht kommen. Einerseits können der Haut anhaftende Schmutzteile, Salbenreste etc. oder aufliegende Schuppen eine Täuschung bewirken, anderseits in die Haut eingelagerte Pigmente. Nun diese Schwierigkeit ist leicht zu überwinden. Wenn man die Haut von Schüppchen und Schmutzteilen reinigt, beseitigt man eine Irrtumsquelle. Wenn man gegen die verdächtige Stelle die Sonde fest andrückt und die Konsistenz und Resistenz prüft, ist man der andern entgangen. Das leichte Eindringen der Sonde entscheidet für Lupusknötchen. —

Unüberwindliche Schwierigkeiten bei der Erkennung des Lupusknötchens können entstehen, wenn das Leiden vorgeschritten ist, starker geschwüriger Zerfall vorliegt, narbige Umwandlung eingetreten ist, ein Lupusfibrom sich gebildet hat oder starke Granulomwucherung entstanden ist. Diese teilweise dem Wachstum, teilweise dem Zerfall, teilweise der Vernarbung entstammenden Veränderungen machen es oft unmöglich, die Elementareffloreszenz festzustellen. Man darf dann aber niemals verabsäumen, die Umgebung des makroskopisch erkrankten Herdes abzusuchen, da man in dieselbe zuweilen junge Lupusknötchen eingestreut findet.

Ausgehend von dem initialen Lupusknötchen können sich beim Lupus die verschiedensten Krankheitsbilder entwickeln, die kaum eine Ähnlichkeit mitein-

ander haben. So polymorph ist diese Form von Hauttuberkulose. —

Die einfachste Form ist der

Lupus exfoliativus (maculosus).

Dieser entsteht in einfacher Weise durch Summierung dicht ausgesäter Lupusknötchen. Es bildet sich eine leicht entzündliche Reaktion, eine Hyperämie, es kommt mit der Zeit zur Bindegewebswucherung um die zerfallenden Knötchen herum und das Endergebnis ist etwa folgendes Krankheitsbild: Man sieht eine rote, mehr oder weniger schuppige, exfoliierende, flache, nur zentral oft ein wenig eingesunkene Hautfläche. Ist die Rötung sehr gering, dann heben sich die braunroten Lupusknötchen ohne weiteres ab; ist sie lebhafter, dann bedarf es des Glasdruckes, um sie hervortreten zu lassen. Der unendlich chronisch ablaufende Prozess spielt sich nun weiter so ab, dass er zentral durch Bindegewebsbildung vernarbt, während er peripher fortschreitet. Mit zunehmender Vernarbung nimmt die Röte immer mehr ab, die Haut bekommt ein weisseres, narbenähnliches Aussehen. Die Knötchen verschwinden ohne geschwürigen Zerfall. Sie verkäsen und werden langsam resorbiert. Wir haben dann also eine zentrale weissliche, schuppige Narbe ohne Knötchen oder nur mit vereinzelt Knötchen und eine periphere gerötetere Zone mit reichlichen Knötchen; zwei Stadien desselben Prozesses nebeneinander. — Diese ganz flachen, oberflächlichen Narben haben aber wie alle Narben die Neigung zum Zusammenziehen, zur Retraktion. Infolgedessen entwickeln sich mit der Zeit, je nach der Örtlichkeit, Verzerrungen, z. B. bei Sitz an den Augenlidern Ektropium. — Der Verlauf des Prozesses ist ein unabsehbarer, Jahre und Jahre fortspielender.

Ein ganz anderes Aussehen gewährt der

Lupus tumidus (hypertrophicus).

Starke Granulomwucherung und starke Bindegewebswucherung vereinen sich hier, um eine die Haut überragende, geschwulstartige Lupusformation zu erzeugen. Man sieht verschieden grosse knotige Erhabenheiten von unebner Oberfläche, überzogen von glatter oder auch schuppender Haut, die braunrot, zuweilen auch ziemlich lebhaft rot gefärbt ist. Mitunter ist die Haut auch exkoriert, wenn der geschwürige Zerfall droht, — ein Ausgang dieses Prozesses. Dieser ist aber nicht notwendig. Für alle diese geschwulstartigen Wucherungen beim Lupus ist wiederum ihre weiche Konsistenz charakteristisch. Die eindruckende Sonde gibt über dieselbe leicht Auskunft und klärt schnell die Diagnose im positiven oder negativen Sinne. Jahre und Jahre können diese Lupustumoren fast unverändert bestehen bleiben, nur unmerklich fortschreitend, nur unmerklich durch Narbenbildung schrumpfend. Meistens sitzt eine Reihe von ihnen isoliert nebeneinander auf einem begrenzten Hautgebiet; sie können auch konfluieren, so dass ein lupöses Geschwulstbeet entsteht. — Zuweilen treten sie disseminiert auf, eine Aussaat über den ganzen Körper. Ich beschrieb einen solchen Fall als *Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata*, bei dem ca. 100 derartige himbeerähnliche Geschwülste über die Haut des ganzen Körpers zerstreut waren und Jahre fortbestanden, ohne dass sich die allergeringste Neigung zum Zerfall oder zur Resorption gezeigt hätte. Es trat in Jahren absolut keine Tendenz zu regressiver Metamorphose ein. —

Eine sehr seltene Modifikation in der Beschaffenheit der Knoten beim Lupus tumidus besteht in der Verdickung der in der Norm sehr zarten Epidermis. Die Oberfläche bekommt nicht nur eine dicke Hornschicht, sondern auch papilläre Auswüchse, nimmt ein

warziges Aussehen an (*Lupus verrucosus* s. *papillaris*).

Kommen wir zum

Lupus exulcerans,

der geschwürigen Form des Lupus. Dieser Form kommt eine ganz selbständige Stellung kaum zu, insofern sie schliesslich nur ein Folgestadium der anderen Formen ist. Es kann ja sowohl das einzelne Lupusknötchen, wie eine grosse, aggregierte Zahl derselben, wie das tumorartig sich entwickelnde lupöse Granulom durch Resorption schwinden, indem ohne Eiterung ein neoplastisches Bindegewebe (*Lupus fibrom*) das lupöse Gewebe allmählich verdrängt, narbig ersetzt. Es kann aber auch in jedem Falle ein geschwüriger Zerfall eintreten. Weshalb in dem einen Falle es friedlich ohne Ulzeration abgeht, im andern letztere in sehr unangenehmer Weise in den Vordergrund tritt, wissen wir nicht. Ganz allgemein könnte man vielleicht als Regel, — aber als solche mit vielen Ausnahmen — hinstellen, dass die Ulzeration mehr die schwächeren Individuen heimsucht. —

Die Charakteristika lupöser Geschwüre sind etwa folgende: Sie haben einen weichen, nicht infiltrierten, nur zuweilen etwas überhängenden Rand; der Grund ist rot, mit üppigen Granulationen bedeckt, blutet leicht. Nur selten ist er speckig belegt. Die Eiterabsonderung ist eine geringe. Zuweilen sind die Granulationen zu üppig, luxuriieren, überragen die umgebende Haut beetartig. Zeitweilig bedecken sie sich mit Borken, zeitweilig bekommen sie sogar einen dünnen Epidermisüberzug, der aber nur aus Hornzellen besteht; — sie überhornen. Das gibt leicht das täuschende Bild einer erfolgten Heilung. Die Freude dauert aber nicht lange, bald schmilzt die Hornschicht wieder, die roten Granulationen treten wieder zutage, das Geschwür ist wieder da. —

In anderen Fällen findet keine so reichliche Granulationswucherung statt, vielmehr zerfallen die neugebildeten Granulationen wieder schnell, die Verschwürungen greifen langsam, aber sicher immer tiefer, bis sie Knochen und Knorpel bloslegen. Wir sehen das bekanntlich am häufigsten an der Nase. Aber auch vor diesen festgefügteten Geweben macht der ulzerative Zerfall nicht Halt. Die Knochen widerstehen wohl meistens den Angriffen durch den Lupus, im Gegensatz zu ihrer geringen Widerstandskraft gegenüber der luetischen Zerstörungswut, aber die Knorpel werden leicht ein Opfer desselben. Und so sehen wir ihn denn so langsam einschmelzen, den Körperteil, dessen Gerüst er bildet, — meistens ist es die Nasenspitze —, allmählich einsinken. Die armen Menschen mit der abgefressenen Nasenspitze illustrieren die Malignität der fressenden Flechte am deutlichsten. —

Die Ausbreitung der lupösen Geschwüre ist eine zentrifugale; ganz, ganz langsam kriechen sie vorwärts und vergrössern sich. Oft hat diese Vergrösserung auch statt durch Konfluenz von Nachbarherden, deren Grenzschicht vom Lupus verzehrt wird. Gewöhnlich geschieht das Fortkriechen nicht gleichmässig nach allen Seiten hin, sondern nur nach einem Teile der Peripherie. Tritt nun an der entgegengesetzten Seite gleichzeitig Vernarbung ein —, und Fortschreiten und Vernarbung spielen sich gewöhnlich gleichzeitig ab —, dann spricht man von einem *Lupus serpiginosus*, der von Kreissegmenten begrenzt wird. Es resultiert bei langem Bestande eine grössere narbige Fläche, ganz oder teilweise umgeben von bogenförmigen Randgeschwüren, deren Grund frei liegen oder mit Borken bedeckt sein kann. Der ganze Prozess verläuft unendlich langsam, aber er nimmt oft kein Ende. Und dieses um so weniger, als das gebildete Narbengewebe gewöhnlich nicht von dauerndem Bestande ist. Es ist fast charakteristisch für den Lupus, dass Rezidive in

den Narben selbst unendlich häufig sind. Ganz unscheinbar stellen sie sich ein; hier und da tritt ein braunrötliches Knötchen in der Narbe auf, ganz schmerzlos, ganz unbeachtet. Und doch sind es neue Lupusknötchen, in denen der Keim zur erneuten Zerstörung der sehnüchtig erwarteten und doch so unbeständigen Narbenbildung liegt. —

Die Beschaffenheit der Lupusnarben, ob sie ohne Eiterbildung durch fibromatöse Wucherung und Resorption entstehen oder nach vorherigem geschwürigen Zerfall, ist gewöhnlich eine weiche, dünnhäutige. Hypertrophische, keloidartige Narben sind selten und scheinen dann einer individuellen Eigentümlichkeit zu entstammen. Es gibt eben Menschen, bei denen jede Narbe einen hypertrophischen Charakter annimmt. —

Zwei wichtige Vorkommnisse muss ich noch erwähnen, welche dem Lupus ein noch ernsteres Gepräge geben. Zunächst die im Gefolge lange fortbestehender lupöser Erkrankung in den erkrankten Teilen sich ausbildende hypertrophische Verdickung des gesamten Gewebes, die lupöse Elephantiasis. Es kommt nicht selten vor, dass der ganze ergriffene Körperabschnitt durch Hyperplasie des Bindegewebes allmählich sich immer mehr verdickt und schliesslich eine unförmliche Gestalt annimmt wie bei der wahren Elephantiasis. Man sieht dieses vornehmlich an den unteren Extremitäten und an den Ohrläppchen. —

Sehr viel maligner ist ein anderes Vorkommnis, die Bildung eines Karzinoms auf der Basis einer lupösen Narbe. Das Lupuskarzinom ist gar nicht ein so überaus seltenes Vorkommnis. Jahre und Jahre besteht eine alte Lupusnarbe unverändert, bis sich unmerklich auf derselben ein relativ schnell sich vergrößernder, emporwuchernder Tumor mit dem Charakter eines Karzinoms zu entwickeln beginnt. Man wird deshalb jedem Auftreten einer derben Härte in alten Lupusnarben eine besondere Aufmerksamkeit widmen. —

Soviel über die verschiedenen Gestaltungen des *Lupus vulgaris*. Erschöpft sind sie ja ganz damit nicht, denn es sind noch mancherlei Variationen unter diesem oder jenem Namen in der Literatur mitgeteilt. Für die Tätigkeit des Praktikus ist die Kenntnis der geschilderten Form eine völlig ausreichende. —

Der Sitz der lupösen Erkrankungen ist leider mit Vorliebe das Gesicht, ohne dass deshalb aber irgend eine Körperstelle gegen sie immun wäre. Im Gesichte ist es wiederum meistens die Nasenöffnung und deren Umgebung, besonders auch die Nasenspitze, welche meistens den Ausgangspunkt bilden. Warum? Man hat geglaubt, dieses wenigstens für viele Fälle durch den Infektionsmodus erklären zu können. Die bohrenden, mit Tuberkelbazillen verunreinigten Finger der Kinder sollen diese Übeltäter der Haut resp. der Schleimhaut einimpfen. Ob das richtig ist, sei dahingestellt; so ganz von der Hand ist diese Erklärung sicherlich nicht zu weisen. — Für eine grosse Serie von Fällen liegt aber der Sitz daran, dass primär die Schleimhaut des Naseninnern erkrankt war, von wo aus dann sekundär die äussere Haut infiziert wurde resp. per continuitatem erkrankte. Der Schleimhautlupus in den obersten Atmungswegen ist ziemlich häufig. Larynx, Pharynx und besonders die Nasenschleimhaut können der Sitz lupöser Zerstörungen werden. In der Nase ist es besonders die Nasenscheidewand, die an Lupus erkrankt. Man bekommt ihn gewöhnlich in Gestalt flacher, mit üppigen Granulationen versehener Geschwüre zu sehen. Jedoch sind die Geschwüre, wie man an beginnenden Krankheitsherden ersehen kann, gewöhnlich aus tumorartigen Wucherungen hervorgegangen. Die lupösen Geschwüre des Naseninnern fressen allmählich in die Tiefe, gehen bis auf den Knochen und Knorpel. Bei ersteren machen sie gewöhnlich Halt; Knochenkaries, Knochennekrose mit Sequesterbildung kommt bei Lupus, wie schon an anderer Stelle erwähnt, kaum vor, wäh-

rend der Knorpel leicht einschmilzt. Demgemäss fällt das aus Knorpel bestehende vordere Ende der Nasenscheidewand sehr leicht dem Lupus zum Opfer. Es entstehen Perforationen, runde, von benagten Rändern umrahmte Löcher, oder das Gerüst schmilzt ganz, die Nasenspitze sinkt ein. — In anderen Fällen wiederum geht, wie erwähnt, der Zerstörungsprozess von der äusseren Haut aus, von dieser auf die Knorpel der Nasenscheidewand und der Nasenflügel fortschreitend. Endlich können die Prozesse einander entgegenkommen; von Haut und Schleimhaut rückt der Feind gleichzeitig langsam, aber stetig vor, bis das feste Nasengerüst gefallen ist. —

Bleiben wir zunächst noch beim Schleimhautlupus, so will ich hier nur bemerken, dass auch die Mund-, Zungen-, Zahn-, Lippenschleimhaut der Sitz lupöser Zerstörungen werden können — mit oder ohne gleichzeitige Erkrankung der äusseren Haut. Näher kann ich im Rahmen dieser dermatologischen Erörterungen nicht auf den Schleimhautlupus eingehen; an dieser Stelle ist es nur von Wichtigkeit, besonders auf die sekundäre Hauterkrankung bei Ergriffensein der Schleimhaut hinzuweisen. —

Kehren wir zum Nasenlupus zurück, so ist zu erwähnen, das allmählich derselbe auf die Wangen übergeht — auf eine oder beide. In letzterem Falle entsteht die symmetrische Hautveränderung von Schmetterlingsgestalt. Grenzen sind der Ausbreitung des Prozesses nicht gesteckt, es kann zu totaler lupöser Zerstörung der Gesichtshaut kommen. — Die sich durch die Narbenbildung ergebende Entstellung kann im einzelnen hier nicht weiter geschildert werden. Sitz und Ausdehnung des Prozesses sind für das Endergebnis massgebend. Traurig ist es immer; zum mindesten ist aus kosmetischen Gründen der Gesichtslupus mit Recht sehr gefürchtet. —

Den Ausgangspunkt für den Gesichtslupus braucht nicht immer die Nase zu bilden; jede einzige Stelle des Gesichtes kann lupös erkranken. Es können auch mehrere, getrennte Herde ziemlich gleichzeitig oder in grösseren zeitlichen Intervallen entstehen, die mit den Jahren, peripher fortschreitend, durch Konfluenz grosse Erkrankungsgebiete bedingen. — Hervorheben will ich hier nur als wegen seiner Folgen zuweilen sehr verderblich den Lupus der Augenlider. Dieser kann einerseits durch Narbenbildung ein Ektropium mit seinen Folgen bedingen, andererseits sich auf die Konjunktiva und selbst auf den Bulbus ausbreiten und zur Zerstörung des Augapfels führen.

Schliesslich sei als nicht selten das lupöse Erkranken des Ohrläppchens erwähnt; hier sind weniger tiefe Zerstörungen zu fürchten als elephantiastische Verdickung. Wie ein formloser Fleischklumpen hängt ein lupöses Ohrläppchen bei langem Bestande zuweilen herunter. —

Die Kopfhaut wird vom Lupus vulgaris sehr selten ergriffen, häufiger die Haut des Halses, indem primär Herde in ihr auftreten, oder sich der Gesichtslupus per continuitatem auf sie fortpflanzt. —

Der Rumpf zeigt selten lupöse Stellen, dagegen häufig die Extremitäten. Unterarm und Hand, Unterschenkel und Fuss zeigen oft schweren Lupus, zuweilen in ganz bunter Gestaltung. Da sieht man den Lupus tumidus, nicht selten als Lupus verrucosus, und exfoliatus neben Lupusnarben und Lupusgeschwüren auf benachbartem Terrain. Nach jahrelangem Bestande kann die Hautzerstörung die grösste Ausdehnung erfahren. Eine relativ häufige Folge, besonders an den Unterextremitäten, bildet die oben erwähnte Elephantiastis. —

Der Beginn der lupösen Erkrankung fällt fast stets in die Jugendzeit; es soll die Pubertät bevorzugt sein, es scheint aber, als ob doch die ersten, leichtesten Veränderungen meistens in die Kindheit zurückdatiert werden können. Da das ernste Leiden schmerzlos ist, die Veränderung im Beginne kaum der Rede wert ist, sich oft auf einen kleinen Fleck beschränkt, bleibt die Krankheit oft unbeachtet. Sie findet so Zeit, langsam fortzuschreiten und in aller Stille ihr malignes Wirken zu entfalten. Das ist um so mehr der Fall, als der Lupus vulgaris so recht eine Erkrankung der Armen ist, die auf die kosmetische Seite des Leidens wenig Gewicht legen können. — Es ist sehr auffallend, dass der Lupus vulgaris so selten Patienten aus besser begüterten Kreisen heimsucht, trotzdem doch sonst die Tuberkulose in ihren verschiedenen Gestaltungen bei ihnen nichts weniger als eine Seltenheit ist. Die Tatsache ist nun aber einmal da, und diese erklärt es, dass wir überhaupt solch furchtbare Fälle von Lupus noch zu sehen bekommen. Man hat ihm Zeit gelassen, sich nach Gutdünken auszubreiten. Man kann sagen: je vorgeschrittener die Kultur, je wohlhabender die Menschen, desto seltener die Lupusfälle höherer Grade. —

Nicht unerwähnt will ich lassen, das es auch Fälle gibt, in denen der Lupus in viel höherem Alter, selbst bei sehr alten Leuten erst einsetzt. Aber das ist selten. —

Das Allgemeinbefinden Lupöser ist durch den Hautlupus an sich wenig beeinträchtigt. Schmerzen haben die Patienten nicht, fiebern tun sie nicht, ihre Verdauung ist ungestört und auch ihre Arbeitskraft leidet nicht, — alles, sofern sie innerlich gesund, nicht von Tuberkulose der Lungen etc. ergriffen sind. Damit kommen wir auf einen wichtigen Punkt: wie stellt sich der Lupus vulgaris zur inneren Tuberkulose? Dass die Lupösen nicht nur in der Haut

Tuberkelbazillen angesiedelt haben, lehren schon die oft angeschwollenen, skrofulösen Drüsen. Ob aber die Lungentuberkulose resp. die Tuberkulose anderer edler Organe, besonders der Harnwege, gerade sich sehr häufig zum Lupus hinzugesellt, darüber ist man nicht ganz einig. Es scheint allerdings nach den neuesten statistischen Ergebnissen, deren Eindeutigkeit zuweilen recht fraglich ist, als ob es der Fall ist. Besonders eine Statistik aus dem Finseninstitut in Kopenhagen lehrt doch, dass ein grosser Teil der Lupösen an Lungentuberkulose zu grunde geht. Die in der Haut tätigen, quantitativ so unbedeutenden Tuberkelbazillen erzeugen also keine Immunisierung des Gesamtorganismus, was ja denkbar wäre. Vielmehr finden sie mit der Zeit den Weg von der Haut in die Lungen. Es wäre demnach die Hautinfektion das primäre. Denkbar ist es aber auch, dass für viele Fälle der umgekehrte Weg eingeschlagen wird. Die Tuberkelbazillen werden von einem versteckten, symptomlosen, inneren Erkrankungsherd in die Haut embolisiert; die Hautveränderung wäre dann die sekundäre. —

Das Gebiet der Symptomatologie des Lupus vulgaris kann ich nicht verlassen, ohne noch auf die psychische Einwirkung des vorgeschrittenen Leidens, zumal wenn es im Gesichte lokalisiert ist, hinzuweisen. Die Armen sind sich bewusst, wie hässlich und abstossend ihr Aussehen wirkt, sie haben es sehr schwer, eine passende Beschäftigung zu finden und fühlen sich dadurch naturgemäss sehr niedergedrückt. Sozial und materiell von Hause aus meistens schon tief gestellt, geraten sie unter die Ärmsten der Armen, sind höchst bemitleidenswerte Geschöpfe. —

Die Diagnose des Lupus vulgaris ergibt sich aus den symptomatologischen Betrachtungen. Kurz zusammengefasst ist zunächst als das pathognomonische Symptom das Lupusknötchen festzuhalten. Auf dieses muss gefahndet werden. Das tut man bewaffnet mit

einem Glasplättchen, Diaskop, und mit einer feinen Knopfsonde. Man sucht nicht sowohl die besonders hervorstechend erkrankten, tumorartigen und ulzerösen Bezirke ab, als deren Umgebung und vor allem auch etwaige, schon vorhandene Narben. Hier übt man den Glasdruck aus und prüft dann herausgefundene, schmutzig-braunrote Fleckchen mittelst der Knopfsonde auf ihre Konsistenz. Dringt diese auf leichten Druck in das Gewebe ein, dann ist eine Fehldiagnose kaum möglich, zumal wenn man noch die anamnestischen Angaben berücksichtigt, auf der Schleimhaut ulzeröse Prozesse der oben geschilderten Art entdeckt. Und dennoch sind Fehldiagnosen in der ersten Zeit und selbst bei vorgeschrittenen Fällen nichts seltenes. Wir müssen deshalb noch eingehender die differenzial diagnostischen Momente betrachten:

Der *Lupus vulgaris exfoliativus* wird verwechselt mit Ekzem, Psoriasis, *Lupus erythematodes*. Man halte für die Abgrenzung dieser Leiden folgende Momente fest:

Das Ekzem ist ein akutes oder auch ein chronisch-rezidivierendes Leiden, bald sich bessernd, bald verschlimmernd; es nässt oft, macht aber nie eine Wunde, geschwürige Haut; es setzt nie Narben; es brennt und juckt stets oder wenigstens zeitweilig.

Die *Psoriasis vulgaris* bildet auf geröteter Haut mehr oder weniger dicke Beläge festhaftender, silberglänzender Schuppen, deren charakteristisches Aussehen besonders hervortritt, wenn man die Oberfläche etwas anschabt. Niemals geht sie mit irgend einer Gewebszerstörung einher. Ihre Prädilektionsstellen sind die Streckseiten der Extremitäten, besonders Ellbogen und Knie. —

Der *Lupus erythematodes* kann noch am ehesten zu Verwechslungen Veranlassung geben, da er auch mit Vorliebe an der Nase sitzt und bei langer Dauer auch zentral zu einer narbigen Atrophie der

Haut führt. Aber die festhaftenden, seborrhoischen fettigen Beläge, das Fehlen jeglichen Gewebszerfalls, die Unmöglichkeit, mit der stumpfen Sonde in irgend eine Hautstelle einzudringen, sprechen dagegen. — Überhaupt wird kaum jemals ein *Lupus vulgaris exfoliatus* selbst in den ersten Anfängen unerkant bleiben, wenn man Glasdruck, Diaskopie und Sondendruck übt. Letzterer, sobald er eine weiche Konsistenz ergibt, ist auch ausschlaggebend, wenn es gilt den *Lupus tumidus* festzustellen, dessen Erkennung im allgemeinen kaum Schwierigkeiten macht.

Der *Lupus vulgaris exulcerans* ist in manchen Fällen dagegen nicht ganz leicht von dem ulzerösen Syphilid abzugrenzen; beide können in serpiginöser Form fortschreiten, wenn sie es auch in verschiedenem Tempo tun. Findet man in der Umgebung des Geschwürs keine Lupusknötchen, dann muss man bedenken, dass das luetische Geschwür aus einer harten, gummösen Infiltration resp. aus derben gummösen Knoten hervorgeht. Grund und Rand sind deshalb immer infiltrierte, fester, resistenter und oft auch besonders auf Druck etwas schmerzhaft, haben zuweilen einen speckigen Belag; beim Tieferfressen werden auch die Knochen leicht zerstört. Der *Lupus vulgaris* bewirkt ein Einsinken der knorpligen Nasenspitze, die Lues ein Einsinken des Nasenrückens. Im Zweifelsfalle wird man nach anderen luetischen Symptomen suchen und, wenn alle diagnostischen Merkmale versagen, schliesslich zu der Diagnose *ex juvantibus* seine Zuflucht nehmen, prüfen, ob die Ulzera auf Quecksilber und Jod reagieren. Dabei bedarf es an sich einer gewissen Vorsicht, da es vorkommt, dass vorübergehend auch lupöse Ulzera bei dieser Therapie eine gewisse Heilungstendenz zeigen. —

Sehr wenig ergiebig ist der Versuch, das Vorhandensein eines *Lupus vulgaris* durch Nachweis von Tuberkelbazillen festzustellen. Diese sind im lupösen

Gewebe so spärlich vorhanden, dass man unzählige Präparate ohne Erfolg durchsuchen kann, — und doch liegt Lupus vor. Das positive Ergebnis ist natürlich beweisend. — Absolut beweiskräftig ist im Notfalle der Tierimpfungsversuch. Das kann der Praktiker natürlich nicht allein ausführen, aber er kann wohl im Zweifelsfalle ein Stückchen exzidieren und einem entsprechenden Institut zur Impfung übersenden. — Nicht zu unterschätzen ist auch die Prüfung mittelst Tuberkulininjektion, die meistens eine sehr lebhafte lokale Reaktion neben der Temperaturerhöhung beim Lupus vulgaris hervorruft. Man beginnt mit $\frac{1}{2}$ —1 mg und steigt, wenn die Reaktion negativ bleibt, auf das Doppelte und Vierfache; tritt auch dann keine Reaktion ein, dann kann man Lupus ausschliessen. —

Die Impfung mit Tuberkulin in loco affectus und deren Bedeutung für die Diagnose ist noch Gegenstand schwebender Untersuchungen.

Die Prognose des Lupus vulgaris ist in bezug auf das örtliche Leiden eine gute, so lange es möglich ist, durch irgend ein radikales Verfahren den Krankheitsherd ganz zu eliminieren. Da dieses im Beginne stets möglich ist, ist ein früh diagnostizierter Lupus kein allzu grosses Unglück. Vorgeschrittene Fälle hingegen liegen recht traurig. Stattgefundene Zerstörungen sind nicht wieder zu ersetzen; dieselben gehen sogar immer viel weiter und tiefer, als es beim einfachen Adspektus erscheint. Aber auch dauernd dem Leiden Einhalt zu gebieten, gelingt bei starker Ausbreitung des Prozesses nicht oder wenigstens so schwer, durch so umständliche Heilverfahren, dass man die Lage stets als eine sehr ernste ansehen muss. —

In bezug auf den Gesamtorganismus ist der Lupus vulgaris auch recht ernst zu nehmen, ernster, als man es früher tat. Ich beziehe mich dabei auf das, was oben über die Beziehungen des Lupus vulgaris zur inneren Tuberkulose ausgeführt ist. —

Und nun zur

Therapie des Lupus vulgaris,

einem sehr schwierigen Gebiete. —

Über die Prophylaxe ist wenig zu sagen. Alle sozial-hygienischen Massnahmen, die Sorge für Licht und Luft, für menschenwürdige Wohnungen, für die notwendige Ernährung, für Trennung der Kranken usw., die der Bekämpfung der Lungentuberkulose dienen, werden auch dem Lupus vulgaris den Boden abgraben. Besonders sei aber darauf hingewiesen, dass zur Prophylaxe des Lupus schon den jungen und jüngsten Kindern die grösste Obacht zuteil werden muss, weil die lupöse Infektion schon sehr früh zu erfolgen pflegt.

Bevor wir auf die Details der Behandlungsmethoden eingehen, sei einiges vorausgeschickt. Zunächst muss betont werden, dass es gemäss dem eben ausgeführten unbedingt notwendig ist, gerade in Initialfällen auf das allerenergischste einzugreifen, einer weitem Ausbreitung des dann oft leider schwer oder gar nicht zu bekämpfenden Lupus vorzubeugen. Deshalb kann hier an die Ärzte nicht dringend genug die Mahnung gerichtet werden, sich mit der Diagnose des initialen Lupus vertraut zu machen und, sobald das Leiden als solches erkannt, radikal vorzugehen. Im Anfangsstadium ist die Radikalbehandlung meistens eine sehr leichte. Wenn jemand, zumal in kultivierten Gegenden, mit vorgeschrittenem Lupus betroffen wird, dann ist es fast stets Schuld mangelhaften diagnostischen Wissens oder mangelhafter therapeutischer Energie. Es dürfte, zumal heutzutage, wo den ärmsten Menschen durch die Kassen etc. ärztliche Behandlung fast stets zugänglich ist, fast nie dazu kommen, dass ein Lupus weit um sich frisst. An diesen Appell an die Ärzte wegen der initialen Fälle schliesse ich einen Appell an den Staat wegen der vor-

geschrittenen. Wie oben angeführt, sind es fast stets materiell sehr schlecht gestellte Menschen, welche an Lupus vulgaris erkranken und ihm Zeit zur grösseren Ausbreitung geben. Da nun aber, wie wir noch sehen werden, die Behandlung dieser Fälle eine ungeheuer langwierige, umständliche ist und bei Verwendung der modernen Lichtbehandlung teure Apparate, besonders ausgebildete Ärzte, besonders geschultes Personal erheischt, ist sie diesen armen Kranken absolut nicht zugänglich, wenn ihnen seitens des Staates, eventuell mit Heranziehung von Krankenkassen und Landesversicherung, nicht Hilfe wird. Man muss die schweren Fälle in Lupusheilstätten sammeln und, soweit es möglich ist, zu heilen suchen. Das ist, wie die Sache nun einmal liegt, sofern die Privatwohlthätigkeit nicht mithilft, eine soziale Pflicht des Staates. Tut dieser seine Schuldigkeit und rettet so die schweren Fälle aus, tun die Ärzte unter dem Einflusse einer besseren Ausbildung auf dem Gebiete der Dermatologie ihre Schuldigkeit und sorgen dafür, dass Lupusfälle früh erkannt und sofort radikal behandelt werden, dann, aber nur dann kann erwartet werden, dass die armen unglücklichen Geschöpfe mit den eingesunkenen, abgefressenen Nasenspitzen zu *rarae aves* werden. Hoffen wir, dass die Zukunft diese Wünsche verwirklicht! —

Die Therapie des Lupus vulgaris erheischt, wie jede Tuberkulosebehandlung eine Berücksichtigung des Gesamtorganismus. Derselbe muss möglichst durch Sorge für gute Nahrung, frische Luft etc. gekräftigt werden. Interne Heilmittel wird man je nach der Indikation zur Anwendung bringen. Sind es erethische, magere Individuen, dann gibt man am besten Lebertran in reichlicher Menge; nur im Hochsommer setzt man aus. Blutarme, blasse Menschen erhalten Eisenpräparate. Diese sind auch meistens bei den torpiden, pastösen, aber doch sehr blutarmen Patienten indiziert. Findet man nennenswerte Drüsenschwellungen, dann ist

Jod und vor allem Arsen am Platze. Roncegno, Levico, Solutio Fowleri gibt man bei Kindern, Arsenpillen bei Erwachsenen. Jod verordnet man als Syr. ferr. jodat., Jodferratose, Jod-Eisen-Lebertran (Jodella) etc. Auch bei äusserer Anwendung einer 10—30 %igen Jothionsalbe erfolgt eine gute Jodresorption. — Dass, wo die Mittel dazu da sind, der Besuch von Solbädern, der Aufenthalt an dem von heissen Sonnenstrahlen durchglühten Seestrande, von bester Wirkung sind, ist ja ohne weiteres klar. Bei den armen Patienten bleiben es aber meistens fromme Wünsche. —

Eine spezifische innere Lupustherapie stellt die Tuberkulinbehandlung dar, auf die wir doch näher eingehen müssen. Als im Jahre 1890 Koch zuerst der Welt die damals ungeheueres Erstaunen erregenden Reaktionen tuberkulöser Gewebe auf Tuberkulininjektionen vorführte, war es naturgemäss der Lupus vulgaris, an dem diese Wirkung sich am besten demonstrieren liess. Der kranke Hautbezirk und dessen Umgebung rötet sich mehrere Stunden nach der Injektion auffallend, schwillt an, kurz zeigt eine lebhaft entzündliche Reaktion, während die Körpertemperatur gleichzeitig in die Höhe geht. Die Bewunderung war aber noch eine grössere, als man die kranken, geschwürigen Stellen, die jahrelang allen Heilbestrebungen Widerstand geleistet hatten, in kürzester Frist übernarben, heilen sah. Die Wogen der Begeisterung gingen damals so hoch wie nur möglich, um sich dann aber nach wenigen Monaten wieder vollkommen zu glätten, zu sehr zu glätten. Man fiel aus einem Extrem in das andere. Was man kurz vorher in den Himmel gehoben, verdammt man erbarmungslos. Sehr zu Unrecht! Die Begeisterung war, was bei der Neuheit dieser spezifischen Toxinwirkung ja begreiflich ist, eine nicht von Skepsis gezügelte, und ebenso bald darauf der Verruf der Tuberkulinbehandlung. Weil man bald leider feststellen musste, dass zumal bei innerer Tuber-

kulose schwere, unerwünschte Nebenwirkungen eintraten, die statt zu heilen verschlimmerten, weil man sah, dass die Lupusheilungen meistens nur vorübergehende waren, die jungen, schnell gebildeten Narben bald wieder zerfielen und dem früheren Elend Platz machten, warf man die ganze Tuberkulinbehandlung über Bord, statt wie bei allen differenten Heilmitteln zu studieren, wie man die Heilwirkung von der verderblichen Nebenwirkung abtrennen, wie man den zweifellos erzielten Heilerfolg zu einem dauernden machen kann. Viele Jahre sind in übergrosser Abneigung gegen die Tuberkulintherapie vergangen; erst in den letzten Jahren sucht man den wertvollen Mittelweg zwischen kritiklosem Enthusiasmus und kritiklosem Misstrauen zu finden. Und ich glaube, man wird ihn finden, insofern es gelingen wird, die Heilwirkung des Tuberkulin allein oder, was noch wahrscheinlicher ist, zum mindesten in Kombination mit anderen Heilverfahren zum Besten der Kranken voll auszunutzen. — Wo es sich um ausgebreiteten Lupus handelt, welcher nicht durch die im folgenden zu schildernden Heilverfahren leicht zu beseitigen ist, rate ich sehr, von einer vorsichtigen Anwendung der Tuberkulininjektion wenigstens als Unterstützungsmittel Gebrauch zu machen. Man entfernt tiefer gehende, grössere Herde und fördert dann die weitere Behandlung durch Tuberkulin. Voraussetzung ist allerdings dafür, dass der Patient klinisch versorgt, stetig kontrolliert, regelmässig gemessen werden kann, d. h. in Heilstätten untergebracht wird. Der Modus procedendi ist nach unseren heutigen Anschauungen ein möglichst vorsichtiger. Jede lebhaftere Temperatursteigerung wird vermieden. Man beginnt mit $\frac{1}{10}$ mg, um auf $\frac{1}{2}$ mg und dann, die Dosis stetig steigernd, bis auf 1 cg, selbst bis auf 1 dg zu steigern. Die folgende Injektion darf aber erst dann verdoppelt werden, wenn die vorhergehende nennenswertes Fieber nicht mehr ausgelöst hat. — Aber, wie gesagt, zur

Alleinbehandlung empfehle ich die Tuberkulininjektionen zurzeit nicht, sondern würde eine Kombination mit Lokalbehandlung für nötig halten; sie kann mit jeder Art von Lokalbehandlung kombiniert werden. — In jüngster Zeit hat man auch zur Lokalbehandlung das Tuberkulin herangezogen, die lupösen Geschwüre mit 5 %iger Tuberkulinsalbe verbunden, wobei auch eine spezifische Wirkung des Tuberkulins hervortreten scheint. Die Sache ist aber noch so jungen Datums, dass ich Praktikern vorläufig dieses Verfahren nicht empfehlen mag. —

Bevor wir zur Lokalbehandlung des Lupus übergehen, will ich nur noch die Liebreich-Saalfeldsche Canthariditherapie erwähnen, die subkutane Injektionen mit Cantharidinlösung erfordert, auf die auch eine Fernreaktion am Orte der Krankheit folgt. Dieses Heilverfahren hat wenig Nachahmung gefunden. Ich lasse es dahingestellt, ob die Erfolge nicht befriedigten, oder ob die Nebenwirkung des Cantharidins auf die Nieren mit Recht oder Unrecht gefürchtet wurden. —

Die bedeutendste Rolle in der Therapie des Lupus spielt die

Lokalbehandlung.

Es herrscht auf diesem Gebiete ein solcher *embarras de richesse*, dass es schwer ist, die richtige Auswahl zu treffen. Es ist ja verständlich, dass bei einem so bösen und so schwer dauernd heilbaren Leiden alle möglichen Methoden erdacht und versucht werden. Ihre riesig grosse Zahl spricht allerdings nicht dafür, dass es viele darunter gibt, auf die man sich verlassen kann. Die Zahl der empfohlenen Mittel ist immer umgekehrt proportional der Zahl der wirklich brauchbaren. Ich werde mich bemühen, letztere herauszufischen. —

Die medikamentöse Behandlung des Lupus hat den Zweck, eine Ätzung und Zerstörung des kranken

Gewebes auf chemischem Wege zu erzielen. Das Mittel der Wahl ist heutzutage die Pyrogallussäure. Der Grund für die Bevorzugung dieses Heilmittels ist darin zu suchen, dass dasselbe seine zerstörende Wirkung fast nur auf das weiche tuberkulöse Granulomgewebe beschränkt, eklektisch verfährt, während es das gesunde Gewebe und vor allem auch das neugebildete, die Vernarbung anbahnende Bindegewebe unberührt lässt. Da das lupöse Gewebe oft disseminiert in gesundem und narbenbildendem eingebettet liegt, ist diese elektive Eigenschaft von allergrösstem Werte. Man benutzt im Beginne der Behandlung stets eine 10 %ige Pyrogallusalbe, der man eventuell ein Anästhetikum, Anästhesin, zusetzen kann:

Acid. pyrogallic.	5,0
Anästhesin	5,0
Mitin	40,0
DS. Äusserlich.	

Das Anästhetikum ist nötig, weil diese Salbe sehr starke Schmerzen macht; auch bei der Kombination mit Anästhesin bleiben die Schmerzen noch lebhaft genug. Man fährt mit dem Salbenverband — ein solcher ist nötig — fort, bis das kranke Gewebe in eine graue, matschige Masse verwandelt ist, die sich unter lebhafter Eiterung abzustossen beginnt. Dann darf man die Pyrogallussäure aber nicht ganz beiseite legen, sondern nur die Konzentration vermindern. Man nimmt eine 2 %ige Salbe, kann zum Schluss selbst auf $\frac{1}{2}$ % heruntergehen. Unter dieser abgeschwächten Pyrogallusbehandlung stossen sich die nekrotisierten, kranken Teile ab und tritt auch Vernarbung ein. Man muss nur während der ganzen Behandlung sorgsam aufpassen, ob nicht kranke Nester unzerstört geblieben sind, ob nicht an dieser oder jener Stelle neue lupöse Granulationen hervowuchern, um eventuell sofort wieder die etwa schon verminderte Konzentration auf 10 % zu steigern. —

Die Pyrogallussäurebehandlung ist langwierig, wie oben erwähnt, besonders in der ersten Zeit sehr schmerzhaft und gerade nicht sehr appetitlich. Aber die Ergebnisse sind zweifellos gute; Rezidive kommen allerdings auch da oft genug vor. Die gebildeten Narben sind relativ günstig. Dem Praktiker kann die Behandlung mit Pyrogallussäure nur empfohlen werden. Allerdings eignen sich nicht alle Fälle in gleichem Masse für dieselbe. Der Lupus exfoliatus und Lupus ulcerans geben recht dankbare Resultate; der Lupus tumidus aber nur dann, wenn man die geschwulstartigen Wucherungen durch eine der zu nennenden chirurgischen Verfahren vorher entfernt hat. Ist dieses beim Lupus vulgaris tumidus stets nötig, so ist es auch bei den anderen genannten Formen sehr zu raten, chirurgische Entfernung des kranken Gewebes voranzuschicken und dann der Pyrogallussäure die Zerstörung der Reste, der versteckten Nester zu überlassen. —

Vergessen darf man nicht, dass Pyrogallussäure eine sehr giftige Substanz ist; bei Applikation auf ausgedehnte Flächen wird man auf toxische Wirkung achten. Besonders ist der Urin zu kontrollieren, der eine grünlich-schwärzliche Färbung annimmt, während das Gesamtbefinden sehr leidet. —

Von anderen Medikamenten will ich hier nur noch das Resorcin, Unnas grüne Salbe, Unnas Kali causticum-Paste, die rohe Salzsäure und das Kali permanganicum nennen.

Das Resorcin wird als $33\frac{1}{3}$ %ige Salbe verwendet, in leichten, oberflächlichen Fällen genügt es zuweilen und gibt ganz gute kosmetische Resultate. Man kann sie jedenfalls versuchen. —

Unnas grüne Salbe besteht aus Salizylsäure, Kreosot, Liq. stibii chlorati und Extr. cannab. indica. Ich modifiziere sie, indem ich das teure Extr. cann. indic. durch Anästhesin ersetze; diese Salbe ist aber nicht mehr grün:

Acid. salicyl.
Liq. stib. chlorat. aa 2,0
Kresot.
Anästhesin.
Ol. jecor. asell.
Mitin aa 4,0
DS. Äusserlich.

Diese Salbe zerstört gründlich und kann bis zur Vernarbung fortgesetzt werden; auch sie schmerzt. Vorzüge vor der Pyrogallussäure scheint sie nicht zu haben. —

Die Unnasche Kali causticum-Paste hat folgende Zusammensetzung:

Kali caust.
Calcar. ust.
Sapon. kalin.
Aq. destill. aa 5,0
DS. Äusserlich.

Diese zerstört jegliches Gewebe, auf welches sie aufgelegt wird, krankes und gesundes, ohne Schonung. Man streicht sie dick auf die kranke Haut auf, legt etwas angefeuchtete Watte auf, deckt das ganze mit einem undurchlässigen Zink-Guttaplast, damit die Feuchtigkeit nicht verdunstet. Nach 24—48 Stunden ist alles tief verschorft; das kranke Gebiet bildet eine schwarze, nekrotische Masse. Es wird dann eine feuchte Nachbehandlung eingeleitet mittelst einer schwachen Lösung von Kali causticum (1:5000), die als Dunstumschlag bis zur Vernarbung fortgebraucht wird. — Dieses energische, radikale Verfahren kann man natürlich nur da anwenden, wo das Gewebe durchweg krank ist, nicht von gesunden, mehr oder weniger grossen Inseln, nicht von brauchbarem Narbengewebe durchzogen wird, und wo die kranke Fläche auch nicht zu ausgedehnt ist. —

Ich habe in zwei schweren Fällen sehr gutes davon gesehen.

Die rohe Salzsäure ist von Dreuw warm empfohlen. Man lässt den kranken Bezirk tief mittelst

Äthylechlorid gefrieren. Dann zerstört man das vereiste Gewebe mittelst zugespitzter, runder Holzstäbchen, die vorher gründlich mit roher Salzsäure durchtränkt sind. Man muss einen festen Druck ausüben, dann gibt das kranke, vereiste Gewebe nach, hebt sich vollkommen heraus. — Diese Ätzung lässt sich bei nicht zu ausgedehnter Erkrankung leicht ohne Narkose durchführen. Die Ergebnisse derselben sind gewöhnlich nicht radikal genug. Man tut deshalb gut, dieser Ätzung zunächst noch eine Nachbehandlung mit Pyrogallussäure oder Resorcin folgen zu lassen. —

Brauchbar ist die rohe Salzsäure, die man auch noch durch Chlorzusatz verstärken kann (*Acid. muriat. crud. chloratum*), zur Zerstörung einzelner Lupusknötchen. Man benutzt dazu die von *Dreuw* angegebenen kleinen Glaskapillaren (*Bolte-Hamburg*). Diese taucht man in die Salzsäure und drückt sie dann, so tief es geht, in das nachgiebige Gewebe des Lupusknötchens ein. Die in die Gewebe eindringende Salzsäure zerstört dieselben. Zu gleichem Zwecke hat *Unna* *Liquor stibii chlorati* empfohlen. Er legt kleine, spitze, runde, zahnstocherähnliche Hölzchen in die Flüssigkeit für einige Stunden, sticht sie dann mit drehender Bewegung tief in die Knötchen ein, schneidet die überstehenden Enden dicht an der Haut ab und lässt die spitzen Enden 1—2 Tage in der Haut. Dann werden diese entfernt, das verätzte Gewebe stösst sich allmählich ab (*Unnas Spickmethode*). Man dürfte aber wohl besser tun, die *Dreuw*schen Kapillaren vorzuziehen. —

Die früher viel gebrauchte Zerstörung einzelner Lupusknötchen durch Einbohren eines spitzen *Arg. nitr.*-Stiftes wirkt nicht radikal genug. —

Das *Kali permanganicum* wird in Frankreich viel bei *Lupus* als 2%ige Lösung bei ulzerösen Formen in Gestalt von Umschlägen gebraucht und gerühmt. —

Die chirurgische Behandlung spielte von jeher bei dem Lupus vulgaris eine Hauptrolle. Ich zähle hierher die Entfernung durch Exzision, Exkochleation, Platin candens, heisse Luft.

Die Exzision des Lupus vulgaris ist, wo sie durchführbar ist, zweifellos das allerbeste und aller sicherste Verfahren. Die Bedingungen dafür sind etwa folgende: Die Exzision muss im Gesunden ausgeführt werden können, damit keine Spur eines Krankheitskeimes zurückbleibt. Sie muss eine Vereinigung durch Naht resp. einen plastischen Ersatz der defekten Stelle gestatten, so dass kosmetisch eine zu grosse Entstellung vermieden wird. Die Ansichten, inwieweit diese beiden Bedingungen erfüllbar sind, gehen begreiflicherweise ungeheuer auseinander, je nachdem der Operateur auf diesem Gebiete Erfahrung und Geschick hat. Lang in Wien entfernt die ausgedehntesten lupösen Krankheitsherde durch das Messer und hat ausgezeichnete Resultate erzielt, weil er speziell auf diesem Gebiete sich eine grosse specialistische Erfahrung, unterstützt durch chirurgische Gewandtheit mit der Zeit erworben hat. Das können ihm aber wenige nachmachen. Die Exzision eines ausgebreiteten Lupus wird stets nur dann ein grösseres Anwendungsgebiet finden, wie es ihr ja zukommt, wenn Lupöse in Zentralstätten vereinigt werden, wo an grösserem Krankenmaterial die Technik eingeübt werden kann. Aber kleine Herde, initiale Herde, die sollte jeder Arzt, sobald er sie zu Gesicht bekommt, möglichst sofort im Gesunden exzidieren und durch Naht vereinigen. Das ist die richtige Radikalbehandlung, die richtige Prophylaxe des schweren Lupus. Zeitig diagnostizieren, sofort radikal entfernen, das ist die Quintessenz der Lupustherapie. In diesem Sinne und in diesen Grenzen empfehle ich jedem Arzt die Exzision ohne Bedenken zu handhaben. Wer mehr chirurgisch geschult ist, besonderes Geschick im Trans-

plantieren, in plastischen Operationen hat, der kann auch schwierigere Fälle in Angriff nehmen. —

Die Exkochleation mit scharfem Löffel wird mit Recht viel geübt. Sie lässt sich leicht ausführen. Narkose ist nur bei ausgedehnter Erkrankung nötig, sonst genügt Lokalanästhesie mit Äthylchlorid oder Infiltration. Mit grossem Löffel schabt man energisch alles Kranke weg. Man braucht dabei nicht ängstlich vorzugehen; das gesunde Gewebe gibt nicht so leicht nach, lässt sich mit scharfem Löffel nicht so leicht wegschaben, aber das kranke Granulom weicht dem schabenden Löffel sofort. Man schabt deshalb so tief und soviel aus, als irgendwie folgt. Auch so gelingt es doch fast nie, jegliche Spur lupösen Gewebes radikal zu entfernen. Das ist leicht erklärlich. Das Lupusgranulom ist in der Tiefe nestartig eingebettet in gesundes Gewebe oder bei langem Bestande in Narbengewebe. Gesundes und narbiges Gewebe widerstehen aber dem Löffel und schützen auch das eingebettete Granulom vor demselben. Reste bleiben zurück, Rezidive sind unausbleiblich und folgen meistens schnell. Deshalb ist die einfache Exkochleation mit der früher üblichen Jodoformnachbehandlung an und für sich ein unzureichendes Verfahren beim Lupus. Aber ausgezeichnet verwertbar ist es als Einleitung der Therapie, um zunächst die groben Krankheitsprodukte zu entfernen. Man beschleunigt die Behandlung durch die Auslöfflung im hohen Masse. Nur muss man ihr sofort nach der Blutstillung weitere ätzende, zerstörende oder sonstwie wirksame Heilverfahren folgen lassen. Ich hebe die Anwendung der Pyrogallussäure u. ähnl., die Kaustik durch Hitze und die Lichtbehandlung hervor. In Kombination mit einem dieser Verfahren und als Vorläufer derselben ist die Anwendung des scharfen Löffels bei allen Lupusformen, besonders beim Lupus vulgaris tumidus, sehr warm zu empfehlen. —

Man hat früher vielfach die Befürchtung geäußert, dass durch den scharfen Löffel Blutbahnen eröffnet werden, und so eine Einimpfung mit tuberkulösem Virus erfolgen kann, dass also die Exkochleation die Möglichkeit einer Allgemeininfektion schaffe. Ich glaube, das ist graue Theorie. Zumal bei gleich folgender Ätzung kann man wohl in dieser Richtung ganz unbesorgt sein.

Die Zerstörung des Lupus mit Paquelin oder Galvanokautik ist zweifellos ein sehr brauchbares Verfahren. Bei Rotglut lässt sich das Gewebe ohne Blutung so tief zerstören, wie man will. Leider ist hier stets Narkose notwendig, da Äthylchlorid wegen der Feuergefährlichkeit nicht verwendet werden kann und die Infiltrationsanästhesie gerade für die Zerstörung durch Hitze meistens nicht genügt. — Die Nachteile der Paquelinwirkung sind: Erstens wirkt die Glühhitze nicht elektiv. Sie zerstört gesundes und krankes Gewebe in gleicher Weise. Die noch nicht angegriffenen intakten Hautteile innerhalb des lupösen Gewebes werden ebenso verschorft, wie die schon neugebildete narbenbildende Bindegewebswucherung. Zweitens sind die Narben nach der Paquelinisierung oft recht unschön, so dass der Kranke mit dem kosmetischen Resultat meistens recht unzufrieden ist. — Bei ganz kleinen umschriebenen Herden und bei einzelnen Lupusknötchen lässt sich die Zerstörung durch Platin candens recht gut verwenden. Für die Lupusknötchen muss man dann aber einen sehr feinen galvanokautischen Brenner wählen oder einen Mikrobrenner benutzen, wie ihn Unna für den Paquelin angegeben hat. —

Grosse Vorzüge werden der Holländerschen Heisluftätzung nachgerühmt. Zu ihrer Ausführung benutzt man ein spezielles Ansatzstück, das auf den Paquelin aufgesetzt werden kann. Der sehr heisse Luftstrom wird — in Narkose — gegen die kranken Teile gerichtet, bis dieselben in eine lederartige Masse

verwandelt sind. Nachbehandlung mit trockenem Jodoformverband. — Dieses Verfahren hat den Vorzug vor dem Platin candens, dass es nicht unterschiedslos kranke und gesunde Gewebe zerstört. Letzteres leistet dem heissen Luftstrom viel grösseren Widerstand und bleibt ziemlich intakt, während das lupöse Gewebe vernichtet wird. Zweifellos handelt es sich hier um ein sehr brauchbares Verfahren. Bemerkt sei nur, dass in der Nachbehandlungszeit die behandelte Hautpartie recht lebhaft schmerzt. —

Bevor wir die chemischen Ätzmittel und die chirurgischen Zerstörungsmittel verlassen, möchte ich noch darauf hinweisen, dass die Eingriffe sich immer ein Stück über die Grenzen der makroskopisch gesund erscheinenden Haut erstrecken müssen, da die lupöse Erkrankung mikroskopisch immer weiter zu gehen pflegt. Dadurch geschieht es, dass der nach der Zerstörung entstehende Defekt in der Fläche wie in der Tiefe viel ausgedehnter ist, als man vorher erwartet hatte. Darauf den Patienten vorher hinzuweisen, versäume man nicht. Derselbe ist sonst nachher sehr unzufrieden, wenn er viel mehr entfernt sieht, als er erwartet hatte. —

Nun zur physikalischen Therapie des Lupus, der modernsten und bewundernswertesten. Bevor wir aber zu dem eigentlichen *clou de siècle* kommen, der Lichtbehandlung, möchte ich noch ein paar Worte über die Verwendung der Elektrolyse in der Lupustherapie sagen: Die elektrolytische Zerstörung der lupösen Gewebe erfolgt, wenn man den negativen, mit einer lanzettförmigen Platinnadel bewaffneten Pol, in dasselbe einsetzt und an jeder Stelle ca. $\frac{1}{2}$ Minute verätzen lässt. Es ist nur eine Stromstärke von etwa 2 M.A. nötig. Man umkreist den Herd allmählich, bis er durch den sich entwickelnden Wasserstoff zerstört ist. Sodann überlässt man ihn sich selbst; es bildet sich ein Schorf, der nach längerer Zeit, ca. 2 Wochen,

abfällt. Die zurückbleibende Narbe ist stets kosmetisch relativ sehr befriedigend. Das Verfahren ist ja schmerzhaft, aber nur während der Anwendung; der Schmerz ist verschwunden, sowie die Nadel entfernt wird. Ich habe das Verfahren an nicht zu grossen Lupusstellen des Gesichts stets gerne geübt, weil es keine Wunden gibt und weil das Endergebnis ein kosmetisch sehr günstiges ist. Ist man bei der Anwendung in der Fläche und in der Tiefe weit genug gegangen, dann hat man auch keine Rezidive zu fürchten. Den Ärzten, die mit der Handhabung der Elektrolyse vertraut sind, kann ich dieselbe für kleine lupöse Gesichtsherde nur warm empfehlen. —

Die von Finsen inaugurierte und wissenschaftlich fundamentierte Lichtbehandlung spielt zurzeit die Hauptrolle. Es gebührt ihr deshalb eine eingehende Besprechung. Das Prinzip derselben geht dahin, dass die chemisch wirkenden Lichtstrahlen eine spezifische Reaktion in lupöser Haut hervorrufen, die eine Resorption des tuberkulösen Granuloms anbahnt. Rufen wir uns das sichtbare Lichtspektrum ins Gedächtnis zurück, so bilden die roten und die violetten Strahlen die beiden Extreme. Jenseits dieser mit dem Auge wahrnehmbaren Strahlen liegen aber noch solche, die nur durch ihre Wirkung nachgewiesen werden können: einerseits die ultraroten, andererseits die ultravioletten Strahlen. Die ersteren wirken gleich den roten hauptsächlich physikalisch, erwärmend, letztere verraten sich durch die Hervorrufung von Fluoreszenz in Chininlösung und werden als chemische Strahlen bezeichnet. Sie sind im Gegensatz zu den roten Strahlen kalt.

Genauere Untersuchungen haben nun schon vorher gezeigt, dass eine Reihe von Hautveränderungen, die unter Lichtwirkung eintreten, ihre Entstehung diesen ultravioletten, kalten Strahlen verdanken. So der Sonnenbrand, die Sommersprossen; diese sind nicht durch die kalorische Einwirkung der roten Licht-

strahlen, sondern die ultravioletten Strahlen erzeugt. — Finsen hat nun bei weiteren Versuchen festgestellt, dass man durch energische Einwirkung der chemischen, kalten Lichtstrahlen bei Lupus Heilwirkungen auf konservativem Wege hervorrufen kann. Auf welchem Wege das geschieht, ist nicht ganz sicher. Ob die sich stets einstellende künstliche Entzündung zur Erklärung der Heilwirkung genügt, oder ob eine direkte Beeinflussung auf die Zellen statthat, sei dahingestellt. Die Beobachtung steht fest, dass die Behandlung, die als wahrhaft konservative bezeichnet werden kann, Erfolge hat, die allgemeines Erstaunen erregen. — Es gehören zu dieser Therapie aber komplizierte Apparate, an die vornehmlich folgende Bedingungen zu stellen sind: Erstens muss eine an ultravioletten Strahlen reiche Lichtquelle zur Verfügung stehen; denn nicht jedes Licht strahlt gleich viel chemische Strahlen aus. — Zweitens müssen die roten Wärmestrahlen ausgeschaltet werden, da sonst bei der notwendigen, langdauernden und konzentrierten Applikation des Lichts übergrosse Erwärmung erzielt würde, die der Patient nicht ertragen könnte, und die Verbrennungen hervorrufen würden. — Drittens müssen Verhältnisse geschaffen werden, die ein Eindringen der Strahlen in die tieferen Hautschichten, in denen die Lupusnester doch stecken, gestattet. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass der Blutgehalt der Haut, das Durchströmen der Haut mit Blut die Wirkung des Lichtes stört. Deshalb waren Vorrichtungen nötig, welche die Haut während der Heilsitzung komprimieren, möglichst blutleer machen. —

Diesen drei Hauptbedingungen gesellte sich noch eine Reihe weiterer technischer Forderungen hinzu, die gar nicht leicht zu erfüllen waren. Finsen ist es aber durch unermüdliches Streben gelungen, die gestellte Aufgabe zu lösen. Die Original-Finsenapparate, die für den Grossbetrieb geschaffen sind und im Finseninstitut zu Kopenhagen an sehr zahlreichen Lupösen

ihre Feuerprobe bestanden haben, sind auch heute noch die vollkommensten. — Ich will hier nicht auf die Einzelheiten der Finsenapparate eingehen, zumal dieselben doch nicht dem Praktiker zugänglich sind; ich verzichte auch auf die bildliche Wiedergabe, da man die Abbildungen ja in den Katalogen der betreffenden Firmen findet. Nur die Grundidee will ich hier skizzieren.

Als Lichtquelle benutzt Finsen das elektrische Bogenlicht, welches viel chemische Lichtstrahlen enthält. Das Licht wird konzentriert und filtriert, indem man es einen Wasserbehälter passieren lässt, der von beiden Seiten durch durchsichtige Konvexlinsen geschlossen ist. Die Linsen sind aus Quarz, nicht aus Glas, da letzteres die ultravioletten Strahlen in grosser Menge absorbiert. Die Passage durch das Wasser befreit das Licht von dem grössten Teil der roten Wärmestrahlen, welche das Wasser begierig aufnimmt. Um das Wasser in dem Reservoir stets kühl zu erhalten, wird es durch Zu- und Abfluss stetig erneuert. Der Apparat wird so eingestellt, dass die kranke Hautstelle ungefähr in den Brennpunkt der Lichtstrahlen kommt. — Auf die Haut wird eine Quarz-Doppellinse fest aufgedrückt, in deren Hohlraum auch Wasser permanent zirkuliert, welches den Rest von Wärme resorbiert. Der Druck muss ein fester sein, damit die Haut möglichst blutleer erhalten wird. Geschultes Personal muss die Linse während der Sitzung, die $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden dauert, in absoluter Ruhe fixiert erhalten. — Bedenkt man die lange Dauer der Sitzung, bedenkt man ferner, dass in jeder Sitzung höchstens ein fünfpfennigstück-grosses Hautstellchen behandelt werden kann, dass es mit der einmaligen Belichtung der Hautstelle nicht abgemacht ist, dass man nach jeder Sitzung die Reaktion an der behandelten Stelle abwarten muss, dass die Lupuskranken meistens arm, dass die Apparate sehr kostspielig sind, die Behandlung viel Personal erfordert, dann wird

es ohne weiteres klar sein, dass die Original-Finsenbehandlung nur das Privileg weniger, möglichst staatlich dotierter Institute sein kann. Und dem ist in der Tat so, und wir wollen hoffen, dass die Zahl dieser Institute noch wachsen und die Fälle von schwerem Lupus aus der Welt schaffen wird. Die bessere Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiete wird dann das ihrige dazu tun, damit der Entstehung weiterer vorgeschrittener Fälle vorgebeugt wird. —

Man hat sich bemüht, auch Apparate zu konstruieren, welche ohne besondere Institute jedem sich dafür interessierenden Arzt die Finsenbehandlung ermöglichen. In denselben Bahnen wie der grosse Finsenapparat bewegt sich der Finsen-Reyn-Apparat, der auch Kohlen-Bogenlicht verwendet und zweifellos ziemlich handlich ist. Um das permanente Andrücken der Linse auf die Haut durch eine Wärterin zu ersparen, was bei der langen — $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunde — Sitzung doch von grosser Bedeutung ist, hat man dann noch Fixierapparate konstruiert, von denen ich den von Wiechmann angegebenen hervorhebe. Ganz entbehrlich machen diese Fixierapparate die Aufsicht aber nicht; der Patient muss immer kontrolliert werden, ob auch der durch farbige Umrandung mit dem Dermatographenstift bezeichnete Hautfleck so eingestellt geblieben ist, dass der Lichtkegel ihn trifft. —

Die Finsenbehandlung hat nun eine Reihe von Konstruktionen angebahnt, welche eine Vereinfachung der Lichtbehandlung mit sich bringen sollten. Dieselben gehen darauf hinaus, eine an ultravioletten Strahlen noch reichere Lichtquelle als das Kohlen-Bogenlicht zu finden. Das gelang auch. Man fand, dass das Eisenlicht und das Quecksilberlicht noch viel mehr derartige Strahlen enthielten. Das Prototyp der Eisenlichtlampe ist die Dermolampe, das Quecksilberlicht wird verwertet in der Uviol- und in der Quarzlampe.

Die Dermolampe enthält eine Bogenlampe aus

Eisenstäben, welche durch Wasserspülung vor dem Zerschmelzen bewahrt bleiben. Das Licht ist sehr intensiv, löst nach kurzdauernder Einwirkung eine sehr lebhaft Lichtentzündung aus, aber — und das ist der faule Punkt — dringt nicht in die Tiefe und vermag deshalb die Lupusherde nicht in genügendem Masse zu beeinflussen. Die Dermolampe und die verwandte Tripletlampe, die Eisenkohlenstäbe verwertet, wie die ähnlichen Konstruktionen von Pariser Autoren, sind deshalb für die Lupusbehandlung nicht zu gebrauchen, während sie manchen anderen oberflächlichen Dermatosen Nutzen bringen können. —

Die Uviollampe besteht aus einem länglichen Glasrohr, in dem Quecksilberdämpfe durch den hindurchtretenden elektrischen Strom, — man braucht dazu eine elektrische Zentrale — zum Leuchten gebracht werden. Die Lampe wird durch eine einfache Kippvorrichtung zum Glühen gebracht. Das Quecksilberlicht enthält sicher die allergrössten Mengen von chemischen Strahlen, während es arm an roten Strahlen ist. Infolgedessen bieten die von dem Quecksilberlicht beleuchteten Menschen ein schreckliches Bild: blaue Lippen, fahles Aussehen; sie gleichen Wasserleichen. — Die Wirkung der Uviollampe ist aber auch eine oberflächliche, die Strahlen durchdringen nicht die tieferen Hautschichten, und deshalb ist sie auch bei Lupus nicht verwendbar, wohingegen sie bei Alopecia acuta, Furunkulosis etc. sehr bemerkenswertes leistet, wenn man die Lampe ca. 30—45 Minuten aus grösstmöglicher Nähe die Haut bestrahlen lässt. —

Die Quarzlampe, zuerst empfohlen durch Kromayer, erzeugt auch sehr intensives, an ultravioletten Strahlen sehr reiches Quecksilberlicht in einer gebogenen Röhre, die von einem Quarzmantel umgeben wird. Sie bedarf einer permanenten Wasserspülung. Über den Grad ihrer Tiefenwirkung herrscht noch keine Einigkeit; es gibt begeisterte Verehrer, die sie in eine Linie mit

dem Finsenapparat stellen, wie absolute Gegner. Die Zeit wird erst über ihre Brauchbarkeit für die Lupusbehandlung endgültige Aufklärung bringen. Jedenfalls würde sie noch am ehesten den grossen Finsenapparat und den Finsen-Reyn-Apparat zu ersetzen berufen sein, wenn sie nicht so empfindlich und so teuer wäre. —

Soviel über die Finsenbehandlung des Lupus vulgaris. Ich bin mir bewusst, lange nicht genug gesagt zu haben, um dem sie ausübenden Arzt eine erschöpfende Anleitung zu geben. Aber der Kreis der die Finsentherapie übenden Ärzte wird —, das liegt in der Umständlichkeit des Verfahrens —, stets so klein bleiben, dass ich glaube, mich hier mit diesen allgemeinen Andeutungen begnügen zu können. — Ich will nur noch zur Information des Praktikers bemerken, dass jede Finsenbehandlung bei ausgedehnterem Lupus vulgaris viele Monate, ja mehrere Jahre in Anspruch nimmt. Empfiehlt er einem Patienten, sich derselben zu unterziehen, dann muss er diesen auch darauf hinweisen, dass er sich auf eine sehr langwierige Behandlung gefasst machen muss. —

Die Röntgenbehandlung ist ein Zweig der physikalischen Therapie, die sich der Finsenbehandlung ohne weiteres anreihet. Über ihre Verwertbarkeit gehen die Ansichten sehr auseinander, was wohl hauptsächlich von dem technischen Verfahren der betreffenden Therapeuten abhängt. Soviel kann man wohl als Ergebnis der bisherigen Erfahrungen sagen, dass sie sicherlich gute Erfolge zeitigen kann. Aber die Sache ist nicht ohne Bedenken, insofern man mit leichten, gefahrlosen Bestrahlungen beim Lupus nichts machen kann. Man muss schon ziemlich energisch vorgehen und direkt eine entzündliche Reaktion, ja sogar eine zerstörende Wirkung zu erzielen suchen, was man ja sonst in der Röntgentherapie vermeiden muss. Schwache Bestrahlungen nützen nichts. Man muss halbe Röhren wählen, deren Strahlen in

die tiefen Hautschichten eindringen, die einzelne Sitzung nicht zu kurz nehmen. Allerdings würde ich nie raten, so energisch vorzugehen, dass man eine Nekrose der Haut erzielt; damit wäre der Lupus beseitigt, aber wer kann sagen, wann das entstehende Röntgengeschwür geheilt sein wird. Es gibt doch kaum etwas Torpideres, der Heilung schwerer Zugängliches als ein Röntgenulcus. Der Kranke ist dann vom Regen in die Traufe gekommen. — Aber bis zu einer beginnenden Röntgendermatitis muss man bei der Lupusbehandlung schon gehen, wenn man einen Nutzen haben will. Grosser Vorsicht bedarf es hier wie bei jeder Röntgentherapie. Eine alleinige Behandlungsmethode ist die Röntgenbehandlung wohl kaum, sie ist nur in Kombination mit anderen Verfahren zu verwenden, wirkt unterstützend, fördernd auf die Abstossung des verkästen Gewebes, der krankhaften Granulationen. Stets wird die Röntgentherapie nur das Privilegium weniger Therapeuten bleiben, die einerseits auf dem Gebiete der kutanen Röntgentherapie besonders geschult sind, andererseits den Gang der Lupusbehandlung beherrschen. —

Damit wären die Methoden der Lupustherapie erschöpft. Ich möchte das Gebiet nicht verlassen, ohne rekapitulierend noch einige nähere Winke für die so verschieden gestalteten Fälle zu geben: Kommt ein initialer Fall von Lupus vulgaris in die Behandlung des Arztes, dann ist es seine heilige Pflicht, der radikalen Behandlung das Wort zu reden. In erster Reihe steht die chirurgische Exzision im Gesunden mit folgender Naht. Schliesslich ist die einfache geradlinige Narbe am wenigsten auffallend. — In vorderster Reihe steht für mich bei kleinen Herden, zumal im Gesicht, auch die Elektrolyse; wer dieselbe handzuhaben versteht, zirkulär und in der Tiefe alles zerstört, wird seine Freude an der Narbe haben. — Be-

sonders einzelne, in dem umgebenden gesunden oder in dem bereits vorhandenen narbigen Gewebe auftauchende Knötchen sind für Elektrolyse sehr geeignet. Man kann sie aber auch leicht mit Mikrobrenner oder Salzsäure (Kapillarröhrchen) zerstören. Der früher dazu benützte Arg. nitr.-Stift wirkt, wie gesagt, durchaus unsicher. —

Nur bei ganz ängstlichen, jeden Eingriff ablehnenden Patienten wird man die Behandlung mit Pyrogallussäure wählen. — Handelt es sich um einen ausgedehnteren Lupus exfoliatus, dann ist auch die Pyrogallussäuretherapie am Platze, wofern nicht die Möglichkeit einer konsequenten Finsenbehandlung gegeben ist. — Dahingegen wird man beim Lupus exulcerans und vor allem beim Lupus tumidus die Behandlung am besten mit der Exkochleation einleiten, die Hauptmasse so entfernen, um dann eine Nachbehandlung mit Pyrogallussäure oder einem anderen der genannten Heilmittel folgen zu lassen. — Von dem Paquelin, von der Kali causticum-Paste wird man nur da Gebrauch machen, wo die Lupusfläche nicht durch noch intakte Haut unterbrochen wird oder noch nicht kranke Stellen mit vernarbten abwechseln, um unnütze Zerstörung brauchbaren Gewebes zu vermeiden. Dagegen kann man heiße Luft in solchen Fällen anwenden, da diese mehr elektiv wirkt. —

Die Quintessenz ist, dass man nicht nur die einzelnen Methoden verstehen, sondern es wissen muss, wie man sie im gegebenen Falle kombiniert. Dieselben sind keine Gegner, sondern müssen einander ergänzen. —

In allen Fällen wirkt unterstützend und fördernd eine konsequente Tuberkulinbehandlung; wenn man den Patienten klinisch unter Aufsicht hat, wird man sie nicht unterlassen. —

Vergessen darf man nie, mit der Haut gleichzeitig die etwa vorhandene, lupös erkrankte Schleimhaut zu

behandeln, um möglichst jedes infektiöse Agens zu entfernen. Exkochleation und Paquelin spielen beim Schleimhautlupus die Hauptrolle, alle milderen Verfahren versagen meistens. Der Lichtbehandlung ist er nicht zugänglich. —

Hat man einen Lupus geheilt, dann muss man doch stets noch einigen Zweifel in die Dauer der Heilung setzen und den Patienten unter Kontrolle behalten. Man schärfe ihm sehr ernst ein, dass er von Zeit zu Zeit, alle Paar Monate, zur Nachrevision sich vorstelle, und dann suche man mit Glasdruck und Sonde sorgsam Narbe und Umgebung ab, ob nicht neue Lupusknötchen auftauchen. Sehr oft wird man diesen Nachschüben leider begegnen. Sofort muss man sie durch Mikrobrenner, Elektrolyse, Ätzung, Finsenlicht u. ähnl. radikal zerstören. Da heisst es *principiis obsta!* Tut man dieses, stellt sich der Patient zu Nachrevisionen vor, dann wird er vor schweren Rezidiven bewahrt bleiben. —

Ein wenig bedeutungsvolles Leiden ist die

Tuberculosis cutanea verrucosa

(*Verruca necrogenica*, Leichentuberkel), deren Ätiologie man erst spät erkannt hat. Man beobachtete oft bei Menschen, die viel mit Leichen, speziell mit Sektionen zu tun haben, also vornehmlich bei Ärzten und Leichendienern, dass sie besonders an den Händen, seltener im Gesicht, eigenartige, warzig zerklüftete, erhabene, von dicker Hornmasse bedeckte Tumoren bekommen, die gewöhnlich von einem erythematösen Hof umgeben, zuweilen auch von Pusteln umrahmt sind. Die Lebensdauer dieser langsam heranwachsenden Gebilde ist eine verschiedene; sie können Jahre hindurch, selbst während des ganzen Lebens fortbestehen, sie können sich aber auch langsam zurückbilden. Die Forschungen haben nun ergeben, dass in diesen Fällen

eine tuberkulöse Infektion stattgehabt hat; es ist das Virus von aussen durch eine unscheinbare Läsion in die Haut eingedrungen. Das Hantieren mit tuberkulösen Leichen hat wohl dazu Gelegenheit gegeben. Es brauchen aber nicht immer Infektionen von Leichen zu sein; auch Sputa können dieselbe bewirken. Jedenfalls liegt hier eine wahre Impftuberkulose vor. Auch der mikroskopische Befund bestätigt es. Die Infektion ist eine sehr benigne resp. hat ein sehr wenig zur Tuberkulose disponiertes Individuum heimgesucht. Eine innere Tuberkulose ist im Gefolge des Leichentuberkels kaum zu befürchten. Dennoch wird man diesen zu entfernen bestrebt sein. Das tut man mittelst scharfen Löffels mit nachfolgendem Paquelinisieren oder Elektrolyse. Der Heilerfolg ist ein dauernder. —

Sehr viel wichtiger ist das

Skrofuloderma.

Die Skrofulose ist eine Diathese des Kindesalters, beginnt etwa im zweiten Lebensjahre, dauert bis zur Pubertät, — oft auch über dieselbe hinaus in dem höheren Lebensalter herumspukend. Es ist nach dem klinischen Bilde nicht leicht geworden, sich zu der nun nicht mehr abzuleugnenden Erkenntnis durchzuringen, dass wir in der Skrofulose eine abgeschwächte Form der Tuberkulose zu sehen haben. Aber die Macht der Tatsachen, der Nachweis der Tuberkelbazillen, der positive Ausfall der Tierimpfungen mit skrofulösem Gewebe, die Tuberkulinreaktion — und auch die pathologische Histologie haben die hartnäckigsten Gegner überführt. Deshalb haben wir an dieser Stelle die skrofulösen Hautleiden einzureihen. Aber so ganz einfach liegt die Sache doch nicht. Die Skrofulösen stellen ein ganz grosses Kontingent von Hautleiden, denen aber nicht allen der spezifisch-skrofulöse i. e. tuberkulöse Charakter eigen ist. Wir müssen unterscheiden die Hautleiden bei der Skrofulose

und die skrofulösen Hautleiden. Das ist kein Spiel mit Worten, sondern eine scharfe Abgrenzung.

Die Hautleiden bei Skrofulose sind Dermatosen, welche auf dem skrofulösen Boden gedeihen, denen die skrofulöse Diathese die Wege ebnet, ohne dass sie dieser ihre Entstehung verdanken. Es handelt sich meistens um Ekzeme, die durch die Skrofulose oder, wie man sich auch ausdrückt, durch den lymphatischen Habitus begünstigt werden. Die Neigung zur Exsudation tut sich auf der Haut dadurch kund, dass leicht Ekzeme entstehen, ebenso wie sie es auf der Schleimhaut durch Katarrhe tut. Aber die Ekzeme der Haut, wie die Schleimhautkatarrhe sind nicht Folgen tuberkulöser Infektion, etablieren sich nur infolge irgend welcher nebensächlicher Schädlichkeiten, wo die tuberkulöse Disposition resp. Infektion sich in Gestalt der Skrofulose kundgibt, vornehmlich also im kindlichen Alter. Wenn man auch von skrofulösen Ekzemen im Sinne von tuberkulösen spricht, dann ist das unrichtig. Tuberkulöse Ekzeme, d. h. durch Infektion mit Tuberkelbazillen erzeugte Ekzeme gibt es nicht. Alle Wirkungen der Tuberkelbazillen spielen sich tiefer ab. Als Eingangspforte für Tuberkelbazillen kann ein Ekzem allerdings dienen, indem diese aus Sputum etc. der ekzematösen Haut auf irgend eine Weise eingepfzt werden. Es kann dann die ekzematöse Haut sich in eine tuberkulöse, ulzeröse verwandeln, solche Fälle hat Demme mitgeteilt; sie sind sehr, sehr selten. Eine primäre tuberkulöse Affektion ist das Ekzem aber nicht. Wir können deshalb hier die Besprechung des Ekzems bei Skrofulösen ganz ausser acht lassen und uns nur den eigentlichen skrofulösen Dermatosen zuwenden. Wir unterscheiden zwei Grundtypen: das *Scrophuloderma papulosum* und das *Scrophuloderma tubero-ulcerosum*. —

Das *Scrophuloderma papulosum*, häufiger *Lichen scrophulosorum*, auch *Lichen livi-*

das genannt, tritt ziemlich akut auf in Gestalt disseminierter linsengrosser, etwas erhabener, wenig resistenter Knötchen, die oft ein kleines Schüppchen auf der kegelförmig zugespitzten Spitze tragen. Die Knötchen sind blassrot oder lividrot, letzteres besonders am Unterkörper und bei kachektischen Kranken (kachektisch rot). Die Knötchen sitzen oft in Gruppen, bevorzugen den Rumpf und besonders das Abdomen. Sie können wochen- und monatelang fortbestehen, um dann schliesslich durch Resorption zu verschwinden. Durch Nachschübe, neue Knötchenaussaat verlängert sich das Leiden. —

Nur eine Abart des *Scrophuloderma papulosum* ist das *Scrophuloderma pustulosum*, das identisch ist mit der Hebraschen *Akne cachectica*. Die Pusteln gehen aus den kleinen Papeln hervor; oft geschieht das so schnell, dass das papulöse Vorstadium nicht zur Beobachtung gelangt. Diese pustulöse Form trifft mehr die heruntergekommenen Kinder. — Auch die Pusteln heilen gewöhnlich ohne weiteren Zerfall; sie trocknen ein, es bildet sich eine Borke, nach deren Abfall eine etwas pigmentierte unscheinbare Narbe zurückbleibt. Zuweilen kommt aber auch ein geschwüriger Zerfall vor. Es entstehen dann ganz flache, wenig sezernierende Ulzerationen, die meistens durch festhaftende Borken bedeckt sind. Diese Geschwüre, die man als *Ekthyma* bezeichnet, sind wohl zu unterscheiden von den eigentlichen, gleich zu besprechenden skrofulösen Geschwüren. — Diese Ekthyma-Ulzerationen heilen, wenn auch sehr langsam, zumal bei Kräftigung des Organismus. —

Dieser leichteren Form des Skrofuloderma, welche aber auffälligerweise gerade kachektische Kinder, zumal bei armen Leuten, heimsucht, gesellt sich als ernstere das *Scrophuloderma tubero-ulcerosum* hinzu. Die Basis dieser Affektionen bildet eine knotige, derbe, begrenzte Infiltration, welche sich in

den tieferen Hautschichten bildet, ohne die Haut zunächst hervorzuwölben; man bezeichnet sie auch als *gomme scrophuleux* (*Gumma scrophulorum*). Allmählich rückt der Knoten immer mehr gegen die Haut vor; die Hautdecke wird immer dünner, während er gleichzeitig erweicht. Schliesslich bricht die Haut an einer oder mehreren Stellen durch, es entleert sich ein dünnflüssiger, oft von krümligen Massen durchsetzter Eiter. Die Hautdecke schmilzt ein, es entsteht ein Geschwür, flach, uneben, mit schlaffen, gelblichen Granulationen bedeckt und, was besonders charakteristisch, von dünnen, unterminierten Rändern umrahmt. Die Sekretion ist nicht allzu lebhaft, jedoch meistens so stark, dass es zu einem langen und festen Haften der sich bildenden Borken nicht kommt. Diese werden doch zeitweilig immer wieder weggeschwemmt.

Dieser Werdegang ist aber nicht jedem skrofulösen Ulcus eigen. Oft entstehen sie ohne vorausgehende Knotenbildung im Anschluss an perforierte verkäste Lymphdrüsen oder an durchgebrochene vereiterte, kariöse Knochenherde, wie man sie bei skrofulösen Kindern so häufig findet. Die Beziehungen dieser Hautskrofulose zu Drüsen und Knochen bedingen auch ihre Prädilektion für Sitz am Halse, Processus mastoideus, Thorax, Unterschenkel. —

Das *Scrophuloderma papulosum* tritt am häufigsten in den Kinderjahren auf, das *Scrophuloderma tuberculerosum* bevorzugt die Pubertätsjahre, ist auch sonst diejenige skrofulöse Affektion, die noch am ehesten in späteren Jahren beobachtet wird, ebenso wie die Drüsen- und Knochenskrofulose. —

Diagnostisch muss man, wo ein Verdacht auf Skrofuloderma vorliegt, sich den ganzen Organismus ordentlich ansehen, auf Schleimhautkatarrhe (Nase, Auge), auf Drüsenschwellungen, auf den ganzen Habitus achten. Letzterer ist besonders zu berücksichtigen. Er kann sich in zwei Formen präsentieren: *erethische*

3*

und torpide Skrofulose. — Die Kinder mit erethischer Skrofulose sind schmal, schlank, mager, haben ein zartes Gesicht, eine dünne, durchscheinende Haut, ein blasses, aber sehr leicht errötendes, wie mit Blut übergossenes Gesicht. Das sind die Fälle, in denen sich der skrofulöse Habitus mit dem tuberkulösen Habitus deckt; denn klinisch muss man immer noch beide Formen auseinanderhalten. — Ganz entgegengesetzten Eindruck macht die torpide Skrofulose. Es sind mit einem guten Fettpolster versehene, pastöse Kinder, deren Gesicht einen etwas klobigen Eindruck macht, fast gedunsen erscheint. Die Lippen gewulstet, die Nase breit und dick. —

Beide Typen, prognostisch, wie wir noch sehen werden, nicht gleichwertig, geben das Material für die Skrofulodermaformen ab. Betreffs des örtlichen Hautbefundes wird man zunächst das kleinpapulöse Syphilid (Lichen syphiliticus) vom kleinpapulösen Skrofuloderma (Lichen scrophulosum) abzugrenzen haben. Leicht ist das nicht immer. Wenn man das Syphilid als mehr kupferfarbig schildert, seine Anordnung in Kreissegmenten hervorhebt, seine Bevorzugung von Stirn und Kopf, so sind das alles wenig entscheidende Merkmale, die im Einzelfalle sehr im Stiche lassen können. Man muss deshalb sich nach sonstigen Symptomen umsehen. — Dasselbe gilt von der Differenzierung des pustulösen Syphilids gegenüber dem pustulösen Skrofuloderma. —

Schwierig kann auch die Differentialdiagnose zwischen Gumma syphiliticum und Gumma scrophulosum, zwischen Ulcus syphiliticum und Ulcus scrophulosum werden. Man halte folgendes fest: Dasluetische Gumma ist auffallend hart, derb, auf Druck empfindlich; sein Verlauf ist nicht ein so torpider; es bevorzugt die Haut über flache Knochen wie Stirn und Tibia. Dass es auf Hydrargyrum und Jod reagiert, ist als diagnostisches Moment *ex juvantibus* auch zu beachten. — Letzteres

gilt natürlich auch vomluetischen Geschwür, das im übrigen auch ganz andere Formationen als das skrofulöse aufweist. Die Ränder sind hart, infiltrierte, nicht unterminiert, sondern steil abfallend. Dasluetische Geschwür ist oft schmerzhaft, weist Kreis- oder Nierenform auf, schreitet serpiginös fort, und zwar in relativ schnellem Tempo. —

Von Interesse ist es an dieser Stelle, die drei Gestaltungen der auf tuberkulöser Infektion zurückzuführenden Geschwürsarten vergleichend nebeneinander zu stellen. Ätiologisch identische, bakteriologisch gleichwertige, histologisch kaum voneinander abzugrenzende, und doch so verschiedene, diagnostisch ebenso leicht wie scharf auseinanderzuhaltende Krankheitsbilder. Woher diese Differenz? Ist die Quantität der Bazillen das entscheidende? Hat ihre Qualität diesen Einfluss auf das klinische Bild? Ist die körperliche Beschaffenheit des ergriffenen Individuums das entscheidende? Ist der Sitz der Infektion von ausschlaggebender Bedeutung? Soviel Fragen, aber bisher noch keine Antwort.

Tuberculosis propria ulcerosa	Lupus exulcerans	Ulcus scrophulosorum
<p>Rand zackig, flach, nicht unterminiert.</p> <p>Grund uneben mit gelbroten, schlaffen Granulationen, mit miliären gelbweissen Knötchen, etwas schmerzhaft.</p> <p>Sekret dünn, eitrig, reichlich.</p> <p>Ausbreitung meistens schnell, oft serpiginös.</p>	<p>Rand weich, nicht erhaben, zuweilen etwas überhängend.</p> <p>Grund meistens mit sehr üppigen, roten, leicht blutenden Granulationen.</p> <p>Sekret spärlich, eitrig; Neigung zu Borkenbildung.</p> <p>Ausbreitung sehr langsam</p>	<p>Rand sehr dünn, schlaff, stark unterminiert.</p> <p>Grund mit gelblichen, schlaffen, aber ohne miliäre Knötchen, schmerzlos. Im Beginne oft infiltrierte.</p> <p>Sekret dünn spärlich, krümelig.</p> <p>Ausbreitung ziemlich langsam.</p>

Tuberculosis propria ulcerosa	Lupusexulcerans	Ulcus scrophulosorum
<p>Heilungstendenz nicht vorhanden.</p> <p>Prädilektions-sitz am Munde und After.</p>	<p>Heilungstendenz vorhanden, aber sehr langsam sich bemerkbar machend; Neigung zu Rezidiven.</p> <p>Prädilektions-sitz im Gesicht, besonders der Nase.</p>	<p>Heilungstendenz vorhanden, ziemlich langsam sich bemerkbar machend.</p> <p>Prädilektions-sitz über Drüsen (Hals) und kariösen Knochen.</p>

Die Pathologie der beiden Skrofulodermaformen ist keine einheitliche. Die tubero-ulzeröse Form ergibt zweifellos tuberkulösen Bau, so dass der anatomische Befund die klinische Diagnose und die ätiologische Auffassung ohne weiteres deckt. Hingegen herrschen bezüglich des Lichen scrophulosorum doch bei vielen Autoren noch Zweifel, ob anatomisch eine wirkliche verkäsende Tuberkulose oder ein entzündliches Infiltrat vorliegt. Dementsprechend gehen auch die Meinungen auseinander, ob es sich hier re vera um eine bazillogene tuberkulöse Dermatose handelt oder ob wir es hier mit einer Affektion zu tun haben, die schon der toxinogenen Hauttuberkulose, den noch zu erörternden Tuberkuliden zuzurechnen ist. Jacoby vertritt mit Eifer den bazillogenen Charakter des Scrophuloderma papulosum, da er Tuberkelbazillen in den Knötchen gefunden hat. Allerdings ist ihm eine positive Tierimpfung mit dem Gewebe bisher nicht gelungen. Und da letzteres das Entscheidende ist, da die Bazillenbefunde auch von anderen Seiten wenig Bestätigung gefunden haben, ist die Frage noch in suspenso.

Bei der Prognose des Skrofuloderma wird man das Hauptgewicht auf die Gesamtkonstitution des Kranken legen. Zweifellos gehen viele Kinder, die an Skrofulose leiden, später an Tuberkulose innerer Organe,

Lungen, Meningen etc. zugrunde. Aber der Prozentsatz ist doch nicht ein so hoher, wie man ihn erwarten sollte. Kräftigere, torpidere, pastöse Individuen überwinden die Tuberkelbazillen, bieten ihnen keine günstigen Ansiedelungsbedingungen in ihren inneren Organen, während die erethischen, zarten, mageren, reizbaren Individuen ihnen leider in hohem Masse die Möglichkeit der Ausbreitung auf edlere Organe bieten. — Ausserdem wird man bei Stellung der Prognose noch etwaige, ausgebreitete Drüsentuberkulose und vor allem Knochentuberkulose in Rechnung ziehen. — Als dritter Faktor gesellt sich dann das soziale Milieu des kranken Kindes hinzu, die Möglichkeit, die notwendigen Heilfaktoren therapeutisch heranzuziehen. Damit kommen wir zur Therapie, die eine sehr aktive sein muss. —

Zunächst die innere! Man muss mit Rücksicht auf die verschiedene Prognose der torpiden und erethischen Formen die letztere ganz besonders energisch in Angriff nehmen, die gefährliche Konstitution zu heben oder wenigstens sehr zu bessern, dem erethischen Individuum möglichst wenigstens eine Portion Torpidität zu verschaffen. Dazu dient neben der allen Fällen nötigen kräftigen, eiweiss- und fettreichen Ernährung, neben frischer Luft, neben Seeaufenthalt und Solbädern vor allem der altbewährte Lebertran. Man gibt möglichst das ungereinigte, dunkle, wenn auch schlechter schmeckende Oleum jecoris, und zwar fast das ganze Jahr hindurch; nur in den heissen Sommermonaten wird pausiert. Die Ersatzmittel des Lebertrans sind ihm alle nicht ebenbürtig. — Von inneren Heilmitteln hebe ich dann noch den Arsenik hervor, der besonders bei starker Beteiligung der Drüsen sehr gute Dienste leistet. Roncegno, Levico, Guberquelle, Val Sinestra, — kurz die arsenhaltigen Brunnen eignen sich für Kinder am besten. Sie werden fast stets gut vertragen, wenn man sie nur stark verdünnt (einen Teelöffel in einem Weinglas Wasser) und unmittelbar nach der Mahlzeit

nehmen lässt. Die vielgebrauchte Solutio Fowleri ist weniger geeignet. Bei grösseren Kindern gibt man Arsenpillen (0,003—0,01 pro die). —

Bei torpider Skrofulose halte ich Lebertran nicht für indiziert; auch Arsen ist da seltener am Platze. Dagegen bekommt diesen pastösen Kindern oft Jod ausgezeichnet, besonders als Jodeisen, also Syr. ferr. jodati, Jodferratose u. ähnl. Man kann im Zweifelsfalle auch einen Mittelweg einschlagen und Jod-Lebertran resp. Jod-Eisen-Lebertran (Jodella) geben, was die Kinder auch ausgezeichnet vertragen. —

Von sonstigen Heilverfahren hebe hier nur die Kapesserschen Einreibungen mit Sapo kalin. hervor. Es wird ein Esslöffel Seife zweimal wöchentlich in die ganze Rückenhaul massierend verrieben. Die Knochenkaries soll darnach schnellere Heilungstendenz zeigen. —

Ich hebe aber noch, bevor wir uns der örtlichen Therapie zuwenden, hervor, dass die Sorge für gute Luft und gute Nahrung gegenüber der medikamentösen Verordnungen weit in dem Vordergrund steht. Da tritt nun leider das soziale Milieu der kleinen Patienten, die ja meistens den ärmeren Teilen des Volkes entstammen, hindernd in den Weg. Man wird deshalb die öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen oft heranziehen müssen, wenn man etwas erreichen will. Hier können besonders die Schulärzte viel leisten. —

Örtlich erfordert die papulöse und pustulöse Form höchstens Einreibungen mit Lebertran. Alle sonstigen Salben etc. sind entbehrlich. — Ist aus einer Pustel ein Ekthymageschwür geworden, dann genügt ein Verband mit Borsalbe oder Xeroformsalbe (Acid. boric. [resp. Xeroform] 3,0, Mitin 30,0). —

Die skrofulöse Knotenbildung, Gumma scrophulosum, behandelt man von jeher äusserlich mit Resorbentien, Jod und Quecksilber, als Salben oder Pflaster. Besonders beliebt sind die Pflaster mit Plumbum jo-

datum. — Jodvasogen, Jothionsalbe (10 %) etc. sind zu empfehlen. Auch Pinselungen mit Jodtinktur wirken gut, zumal da, wo die Knoten, allmählich gegen die Haut vordringend, diese immer mehr verdünnen, um schliesslich zu perforieren und den käsigen Inhalt nach aussen zu entleeren. Die Jodtinktur beschleunigt den Verdünnungsprozess der Haut und damit den unvermeidlichen Durchbruch. Besser tut man, sobald man merkt, dass der Knoten erweicht, zerfallen ist, der Perforation zuvorzukommen und einen Einschnitt zu machen. Man beugt dadurch dem ausgedehnteren, ulzerösen Zerfall der Haut vor und schafft günstigere Narben. An die Inzision reiht man am besten sofort eine Ausschabung, entfernt die käsigen Massen, soweit es irgend geht und tamponiert dann die Höhlung mit Jodoformgaze. So gelingt es oft, die Heilung sehr zu beschleunigen und einer Unterminierung der Ränder vorzubeugen, die stets kosmetisch üble Folgen hat. — Ist es zur Perforation, zur Geschwürsbildung oder auch nur zur Fistelbildung gekommen, dann muss die Behandlung zunächst auch chirurgisch eingreifen, die Fisteln spalten, überhängende, unterminierte Ränder abtragen. Die Geschwüre behandelt man am besten, indem man zunächst den Grund mit dem scharfen Löffel ausschabt und dann mit Jodoformsalbe nachbehandelt. Wo der Geruch als grosser Übelstand empfunden wird oder die Haut auf Jodoform stark reagiert, also eine Idiosynkrasie vorliegt, nimmt man ein Wismutpräparat, Dermatol (Bismutum subgallicum) oder Xeroform. Eventuell hilft man durch Ätzungen mit einer Arg. nitr.-Lösung (5—10 %) hin und wieder nach. So bekommt man bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Gesamtorganismus gewöhnlich in einigen Wochen eine völlige Heilung. —

Die zweite Gruppe von Dermatosen, die zur Tuberkulose in Beziehung steht, sind die

Tuberkulide,

toxinogene Tuberkuloseformen, die eine schärfere Beobachtung und Anerkennung erst in den letzten Jahren gefunden haben, deren Umgrenzung aber bisher in keiner Weise feststeht und sehr verschieden gezogen wird. Die Ursache hierfür ist darin zu suchen, dass die hier subsumierten Krankheitsbilder fast gar keine gemeinsamen Merkmale haben. Man hat ja derartige festzustellen gesucht. Die einen betrachten als solches Merkmal das akute Auftreten in dessiminierter Form, die ändern die Prädilektion für die Extremitäten, andere wiederum die spontane, benigne Involution —, alles Merkmale, die eigentlich nur immer für dieses oder jenes Krankheitsbild wie auch für manches sicherlich nicht in diese Gruppe zählendes zutreffen, bei anderen hierher gehörigen hingegen im Stich lassen. Auch die Pathologie, das Mikroskop gibt uns keinen Leitfaden in diesem Labyrinth; die histologischen Merkmale sind nicht typisch, nicht charakteristisch. Das kann man sehr wohl verstehen, wenn man die Entstehung dieser Affektionen auf die löslichen Toxine der Tuberkelbazillen zurückführt, wodurch sie in einer Reihe mit den Arzneiexanthenen rangieren. Von diesen wissen wir aber doch, dass bei ihnen ebensowohl die Beschaffenheit des toxischen Agens mitwirkt, wie die individuellen Eigenschaften des betroffenen Individuums. Das ist ja das Gebiet, auf dem die Idiosynkrasien die erste Geige spielen. Der eine reagiert mit dieser Dermatose auf eine toxische Substanz, der andere mit jener auf dieselbe toxische Substanz. Nur wenige Giftstoffe rufen bei jedem Menschen stets dieselben Erscheinungen auf der Haut hervor. — Deshalb darf es uns nicht wundernehmen, wenn die Toxinfolgen bei der Tuberkulose auf der Haut eine solche Polymorphie zeigen. —

Wenn wir aber nun doch nach einem gemeinsamen Merkmal für die Tuberkulide suchen, dann müssen wir

immer auf die klinische Beobachtung zurückgreifen. Diese lehrt, dass Menschen, welche latent oder manifest tuberkulös sind, an einer Reihe von Dermatosen zeitweilig leiden, welche man in eine Gruppe als Tuberkulide zusammenfasst und nur durch Tuberkeltoxine erklärt. Das Band, welches sie zusammenhält, ist eben ein rein klinisches. —

Um vollständig zu sein, will ich, bevor ich die einzelnen Tuberkulide zu besprechen beginne, doch nicht unerwähnt lassen, dass die Entstehung derselben durch lösliche Tuberkeltoxine nicht ganz ohne Anfechtung ist. Und zwar insofern, als manche Autoren behaupten, dass nicht die Toxine an sich auf hämatogenem Wege die Tuberkulide erzeugen, sondern die Anwesenheit von toten oder in ihrer Lebensenergie ausserordentlich geschwächten Tuberkelbazillen in der Haut für die Entstehung notwendig ist. Es handle sich also um eine Embolie dieser Bazillenleiber in die Haut an der Stelle der Dermatose. Dem widerspricht allerdings nicht nur der mikroskopische Befund, der keine Bazillen ergibt, sondern auch das Experiment. Klingmüller gelang es, durch Tuberkulininjektionen Hautanomalien zu erzielen, welche manchen Tuberkuliden ausserordentlich ähneln. Dagegen wurde allerdings eingewandt, dass das Tuberkulin meistens noch Bazillenleiber enthält. Aber dieser Einwand scheint widerlegt, seitdem Zieler experimentell gezeigt hat, dass auch durch allersorgsamste Filtration von Bazillenleibern befreites Tuberkulin dieselben Ergebnisse liefert. Diese Experimente haben zweifellos der rein toxinogenen Hypothese eine feste Basis gegeben. —

Nun genug der Theorie! Kehren wir zur Praxis zurück, zur Besprechung der einzelnen Tuberkulide!

Als am wenigsten bestritten ist hier zunächst die Folliklis (Barthelémy) zu nennen. Es handelt sich bei dieser Affektion um einen schubweis erfolgenden Ausbruch kleiner, etwa schrotkorngrosser Knöt-

chen, die anfangs tief in der Haut intrakutan resp. subkutan liegen, das Niveau der Haut nicht überragen, mehr palpabel als sichtbar sind. Man könnte sie nach dem initialen klinischen Bilde als miliäre Analoga der gommés scrophuleux bezeichnen. Wie diese treten diese Knötchen, die follikulär angeordnet sind, aber bald als kleine, lichenoiden Erhabenheiten immer mehr hervor. Die Haut über ihnen rötet sich ein wenig, wird dabei zentral immer dünner, trägt oft ein kleines Schuppchen. Eine minimale Nekrose führt dann zu einer kleinen Depression in der Mitte. Ohne lebhafte Reizerscheinung erfolgt allmählich die Heilung unter Narbenbildung. Eine sehr kleine, aber doch sehr erkennbare Narbe zeigt den Sitz der Effloreszenz an. — Die Papeln sind, wie gesagt, zerstreut; es soll aber auch eine Konfluenz benachbarter Effloreszenzen zu scheibenförmigen Infiltraten vorkommen. —

Im ganzen ähnelt die Folliklis etwas der Akne, besonders der Akne varioliformis, jedoch sind die Narben der Folliklis lange nicht so pockennarbenähnlich. Ausserdem ist auch der Sitz ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment. Für die Folliklis ist nämlich die Vorliebe für die Extremitäten, besonders Knie, Ellbogen, Ulnarrand der Unterarme, ferner für Ohrmuscheln und Kreuzbein sehr charakteristisch. An diesen Stellen treten sie, und zwar fast stets ausgesprochen symmetrisch, in grösseren oder kleineren Intervallen disseminiert schubweise auf. Durch stete Nachschübe kann sich die Affektion, die meistens jugendliche Individuen heimsucht, über Jahre erstrecken. —

Anatomisch findet man bei der Folliklis entzündliche, papulöse, follikuläre Infiltration mit zentraler Nekrose. Letztere scheint einer Endarteriitis der kleinsten Gefässe und einer Infarktbildung ihre Entstehung zu verdanken. — Von Tuberkelbildung, wie schon oben allgemein erwähnt, keine Spur. —

Negativ ist auch das Ergebnis einer Tuberkulininjektion, es tritt keine lokale oder allgemeine Reaktion ein. Negativ fällt auch die Pirquet'sche kutane Tuberkulinimpfung aus, wenn nicht anderweitige tuberkulöse Veränderungen sich vorher abgespielt haben oder zur Zeit abspielen, z. B. skrofulöse Lymphdrüenschwellungen vorhanden sind, was allerdings fast stets der Fall ist. — Also es bleibt immer nur die klinisch-chronologische Beobachtung, welche der Folliklis den Stempel des Tuberkulids aufdrückt. —

Dieses gilt auch von dem *Erythema induratum*, welches Bazin schon 1861 als *Erythème induré des scrophuleux* beschrieben hat. Auch diese Affektion wird als Tuberkulid anerkannt. Die Effloreszenzen des *Erythema induratum* ähneln ungeheuer denen des bekannten *Erythema nodosum*. Es sind meistens multipel auftretende knotige, seltener ringförmige, erhabene, lividrötliche, auf Druck etwas schmerzhaft infiltrierten, die besonders an den Extremitäten, zumal den Unterextremitäten lokalisiert sind. Jugendliche, schwächliche, oft skrofulöse Stigmata zeigende Individuen sind meistens heimgesucht. — Was das *Erythema induratum* vom *Erythema nodosum* unterscheidet, ist, dass die Infiltrate des ersteren fast stets geschwürig zu zerfallen pflegen, was beim *Erythema nodosum* sehr selten der Fall ist. Es entstehen flache, schmerzhaft Geschwüre, die wenig sezernieren und sich infolge dessen meistens mit festhaftenden Borken bedecken, das Bild des *Ecthyma* bietend, wie wir es ähnlich beim *Scrophuloderma pustulosum* geschildert haben. Diese *Ecthymageschwüre* haben eine, wenn sich auch nur sehr langsam betätigende Heilungstendenz, die sich besonders bemerkbar macht, sobald es gelingt, die Konstitution des Kranken zu heben. —

Ob wirklich das *Erythema induratum* prinzipiell vom *Erythema nodosum* zu trennen ist, kann wohl füglich noch bezweifelt werden. Prinzipielle Differenzen

bietet das klinische Bild nicht. Allerdings soll anatomisch eine Verschiedenheit bestehen. Das Erythema nodosum kann man anatomisch als umschriebene, hämorrhagische Dermatitis definieren. Beim Erythema induratum ist dieser hämorrhagische Charakter des Infiltrates nicht vorhanden. Der histologische Aufbau entspricht dem der Folliklis. Ein Infiltrat mit Endarteritis und Nekrose. — Spezifisch tuberkulöse Veränderungen findet man auch hier nicht. Die Tuberkulininjektion gibt auch keine Reaktion. Wenn die Pirquetsche kutane Impfung positiv ausfällt, dann liegt darin keine Beweiskraft, da diese ja jeden ausgeheilten tuberkulösen Herd anzeigt. Und wie wenige Menschen sind von derartigen Herden frei!

Ein weiteres den Tuberkuliden angereichtes Krankheitsbild ist die *Pityriasis rubra* (Hebra). Dieses ernstere Leiden besteht in einer von einzelnen Flecken ausgehenden, bald diffus werdenden Dermatitis mit starker Rötung der Haut, die zu lebhafter, lamellöser Abschuppung, Exfoliierung der Haut führt. Es ist also eine exfolierende Dermatitis. Sekundär kann die Haut atrophieren und schrumpfen. Charakteristisch ist die fast stets eintretende Konsumtion der Kräfte, der Verfall des Körpers, der aber nicht zu einem letalen Ausgang zu führen braucht, wie es F. Hebra zuerst als Regel hinstellte. Es kann auch Genesung eintreten. Der Gedanke, dass hier eine Affektion vorliegt, die zur Tuberkulose in Beziehung steht, stammt von Jadasohn. Er lehrte, dass in 44 % der Fälle sicher innere Tuberkulose vorliegt, vor allem Drüsentuberkulose, liess es allerdings dahingestellt, ob die Tuberkulose als zur Kachexie führendes Leiden nur zur Pityriasis rubra die Disposition schafft, oder ob diese der Ausdruck einer tuberkulösen Intoxikation ist. Letzteres ist jetzt wohl die allgemein herrschende Anschauung geworden. —

Nur kurz erwähnen will ich das multiple, benigne Sarkoid (Boeck), ein sehr, sehr seltenes

Leiden. Es bilden sich, besonders in der Stirngegend, seltener an Stamm und Streckseiten der Extremitäten kutane oder subkutane Tumoren. Sie sind bis bohnen-gross, schuppen etwas, die grösseren zeigen eine zentrale, bläulich-rote, atrophische Depression. Mit der Vergrösserung der Knoten geht eine Abflachung einher; dabei werden sie unregelmässiger gestaltet. — Diese histologisch sich als entzündliche Wucherungen erweisenden Tumoren sind benigner Natur, bilden sich unter Arsen gut zurück, eine unscheinbare, leicht vertiefte Narbe hinterlassend. — Dieses Krankheitsbild soll nun auch zur Tuberkulose in Beziehung stehen (Kreibich; Kraus); ich lasse es dahingestellt, ob das wirklich der Fall ist. Dasselbe tue ich bezüglich des Angiokeratoms, kleiner Knoten an den Händen, aus Gefässerweiterungen und verdicktem Epithel bestehend, und der Pigmenttuberkulide, die es auch geben soll. — Von allergrösster Wichtigkeit ist das letzte Leiden, welches wir an dieser Stelle zu nennen haben, der

Lupus erythematodes (Cazenave).

Synonyma: Ulerythema centrifugum (Unna). — Seborrhoea congestiva (H. Hebra). — Lupus acnéique (Hardy). — Lupus seborrhoicus (Volkmann).

Heiss ist der Streit um die Frage, ob der Lupus erythematodes unter die Tuberkulide einzureihen ist. Ich will, das schicke ich sofort voraus, meiner Stellungnahme in diesem Streite nicht präjudizieren, wenn ich den Lupus erythematodes an dieser Stelle eingehend abhandle. Ich tue das mehr aus praktischen Gründen, als in Anerkennung der ätiologischen Beziehungen dieses Leidens zur Tuberkulose. Um diese Anerkennung steht es doch noch sehr schlecht, — wenigstens in deutschen Landen. Während französische Autoren fast

durchweg auf dem Boden stehen, dass wir in dem Lupus erythematodes ein toxinogenes Tuberkulid zu sehen haben, ist bei uns die Anschauung bisher nur wenig vertreten. Auch ich stehe ihr noch fern, habe sogar die leise Vermutung, dass ihr vielleicht zuweilen ein diagnostischer Missgriff, eine Verwechslung mit dem Lupus vulgaris zugrunde liegt. — Die Behauptung, dass ein ausnehmend hoher Prozentsatz der an Lupus erythematodes Leidenden an Lungentuberkulose zugrunde geht, müsste noch erst bewiesen werden. Eine geringe Zahl derartiger Todesfälle beweist bei der grossen Verbreitung der Lungentuberkulose natürlich nichts. Ein häufigerer Befund tuberkulöser Drüsen ist auch nicht bekannt. Ebenso wenig sprechen histologischer Befund und Tuberkulinprobe für einen Zusammenhang. Kurz dieser erscheint mir noch sehr problematisch. Dennoch wollen wir diese Gelegenheit nicht unbenutzt vorübergehen lassen, ohne die Pathologie und Therapie des Lupus erythematodes eingehender zu erörtern. —

Der initiale Krankheitsherd beim Lupus erythematodes stellt eine rote, meist runde, mit einem fettigen, seborrhöischem Belag bedeckten Hautstelle dar, wobei als besonders charakteristisch festzustellen ist, dass dieser Belag fest an der Haut haftet. Hebt man ihn, wozu einige Gewalt nötig ist, von der Unterlage ab, dann sieht man, dass von der unteren Seite des Belags kleine Zäpfchen in die Follikelöffnungen hineingehen, die das feste Haften bedingen. Diese Merkmale sind sehr typisch, aber nicht immer so voll ausgesprochen, dass sie die Diagnose ohne weiteres sichern; besonders ist der seborrhöische Belag oft sehr gering und auch oft durch energische Waschungen beseitigt. Man muss deshalb die weitere Gestaltung des Krankheitsbildes beachten, wie überhaupt in der Dermatologie aus der vereinzelt, initialen Effluoreszenz selten etwas Bestimmtes zu erschliessen ist. Man muss die ganze

Lebensgeschichte der Hautanomalie verfolgen, um Klarheit zu bekommen. Das weitere Schicksal des roten Fleckes bei Lupus erythematodes gestaltet sich so, dass derselbe ganz, ganz langsam sich peripher ausbreitet, während zentral eine Vernarbung oder, richtiger gesagt, eine narbenähnliche Atrophie eintritt. Ein einige Zeit bestehender Herd zeigt also eine rote, etwas erhabene, mit seborrhoischem Belag versehene Randpartie und ein spurweise vertieftes, blasserer resp. ganz abgeblastes, atrophisches Zentrum. Der zentrale Teil ist etwas eigenartig, er sieht, so bezeichnet man es, wie „abgegriffen“ aus; diese Kennzeichnung finde ich recht passend. — Die Vergrößerung des ursprünglichen Herdes geht, wie erwähnt, durch zentrifugales, gleichmässiges Wachstum vor sich; es können aber auch ausgedehntere Flächen dadurch erkranken, dass benachbarte Herde bei ihrem peripheren Wachstum konfluieren. Denn nicht selten ergreift der Lupus erythematodes mehrere Hautstellen auf benachbartem Terrain gleichzeitig oder nacheinander. —

Sehr charakteristisch ist meistens das Aussehen des Lupus erythematodes an seinem Prädilektionssitz, im Gesichte. Er lokalisiert sich hier vornehmlich an Nase und Umgebung; besonders sind Nasenrücken und benachbarte Wangenteile oft ergriffen. Durch Wachstum und Konfluenz entwickelt sich da sehr oft mit der Zeit die sogenannte „Schmetterlingsfigur“, die sehr charakteristisch aussieht, allerdings auch bei anderen Hautleiden, Seborrhoe, Rosacea, Lupus vulgaris vorkommen kann. — Ist diese Partie des Gesichtes auch der Lieblingssitz, so kann aber doch auch jede andere vom Lupus erythematodes ergriffen werden; vielleicht werden auch unteres Augenlid und Ohr etwas von dem Leiden bevorzugt. —

Relativ oft ist die behaarte Kopfhaut Sitz des Lupus erythematodes. Das Krankheitsbild wird hier erst recht charakteristisch, wenn es etwas vorgeschritten

ist, sich zur Rötung und Seborrhoe die Atrophie gesellt hat, die immer mit einem Zugrundegehen der Haarwurzeln einhergeht, also Haarausfall bedingt, und zwar dauernden Haarausfall wie bei jeder Narbenbildung. —

Nicht gar zu selten ist das Vorkommen des Lupus erythematodes an den Extremitäten, besonders an Fingern und Zehen. Hier begleitet die Affektion gewöhnlich eine auffallend starke ödematöse Schwellung. Einzelne kleine Stellen sehen dann ähnlich aus wie Frostbeulen; grössere Ausbreitung bedingt eine trommelschlägerartige Beschaffenheit der kranken Finger resp. Zehen. — Auch an der Vola manus und pedis soll Lupus erythematodes vorkommen; es ist das sehr eigentümlich, da dieses Leiden meiner Anschauung nach sehr innige Beziehungen zu den Talgdrüsen hat, es aber solche hier nicht gibt. Eine starke Hyperkeratose, eine schwartenähnliche Verdickung der Hornschicht soll sich in diesen Fällen bilden. —

Von grossem Interesse ist der sehr seltene Lupus erythematodes der Lippen und Mundschleimhaut. Die Lippen sind geschwollen, evertiert, violett verfärbt, leicht blutend, mit schuppenartigen dünnen Epithelamellen bedeckt. Die Mundschleimhaut zeigt Flecke mit erhabenem, dunkelrotem Rande, der allmählich in die Peripherie übergeht, und glatttem, atrophischem, oft violetterm Zentrum, in dem viele kleine weissliche Pünktchen und Streifen zu sehen sind, die aber nicht wie beim Lichen ruber planus polygonale Felder bilden. Ist die Affektion alt, dann ist das Epithel des Randes verdickt, zeigt reibeisenartig sich anfassende periphere Ausläufer. —

Die bisher geschilderte, bei weitem häufigste Form bezeichnet man als Lupus erythematodes disseoides zum Unterschied von dem sehr seltenen Lupus erythematodes disseminatus s. aggregatus. Bei Patienten, die vereinzelt oder auch

einige Scheiben von Lupus erythematodes wer weiss wie lange haben, stellt sich plötzlich eine Disseminierung des Prozesses ein. Und dieses geschieht unter sehr erheblichen und sehr ernsten Allgemeinerscheinungen. Unter lebhaftem Fieber, heftigen Kopfschmerzen, starker Alteration des Gesamtbefindens erfolgt eine Eruption zahlreicher roter, seborrhoischer Flecke, die einen lebhaft entzündlichen Charakter haben. Es kann auch zur Bildung klarer oder hämorrhagischer Bläschen kommen. Das Gesicht wird oft besonders lebhaft gerötet, schwillt an, bekommt ein erysipelähnliches Aussehen, das sehr lange fortbestehen kann. Man spricht deshalb — nicht recht passend — von einem *Erysipelas perstans faciei*. — Gefahren drohen den Kranken von dem oft schweren Fieber, dem Verfall der Kräfte und auch von komplizierenden Gelenkentzündungen. — Diese akute disseminierte Form, die zum Glück eine grosse Rarität bildet, kann letal enden, sie kann aber auch in wenigen Wochen ganz zurückgehen und völlig ausheilen. — Der Verlauf des chronischen, gewöhnlichen Lupus erythematodes discoides ist dagegen ein unendlich langsamer, fast unbegrenzter. Ganz, ganz langsam kriecht die Affektion fort, wobei Verschlimmerungen und Besserungen einige Abwechslung in den Verlauf bringen. Die Besserungen kündigen sich durch Abblassen der Ränder an, treten zuweilen ganz unerwartet auf, wie überhaupt das Leiden ganz ungeheuer launisch ist, sowohl in bezug auf den Verlauf wie in bezug auf die Reaktion gegen therapeutische Prozeduren. — Im Laufe von Monaten und Jahren resultiert schliesslich eine mehr oder minder grosse atrophisch-narbige, abgegriffene Fläche mit oder ohne roten, seborrhoisch belegten Rand, — je nachdem der Prozess noch floriert oder erloschen ist. Zu Kontrakturen, zu Difformitäten führen die ganz oberflächlichen Narben nicht. — Dieses Endergebnis wie das Leiden überhaupt wird, trotzdem es ganz beschwerde-

los verläuft, mit Rücksicht auf die Prädilektion für das Gesicht stets von den Kranken als grosses Übel empfunden, weil es kosmetisch sehr entstellend wirkt. Das ist umsomehr der Fall, als die Krankheit meistens weibliche Personen im 20.—40. Lebensjahr ergreift. Es handelt sich dabei gewöhnlich um recht anämische, blasse Mädchen, wenn auch kräftig erscheinende Konstitutionen keinesfalls immun gegen den Lupus erythematodes sind. —

Fassen wir nochmals die Hauptmomente für die Diagnose des Lupus erythematodes zusammen: umschriebene Rötung mit festhaftenden, fettigen Belägen, mässiger Infiltration und Neigung zu zentraler narbiger Atrophie bei langsamster peripherer Ausbreitung, sehr chronischem Verlauf. — Trotz dieser sehr charakteristischen Merkmale, die in typischen Fällen die Erkennung zu einer sehr leichten machen, wird die Diagnose doch leider oft verfehlt. Wir müssen deshalb auf die Differenzierung gegenüber einigen anderen Leiden näher eingehen: Vor allem gibt der Lupus vulgaris oft Veranlassung zu Verwechslungen, besonders die exfoliative Form. Und doch fehlen dem Lupus erythematodes die charakteristischen Lupusknötchen. Drückt man bei ihm durch Glasdruck die Rötung weg, dann sieht man keine schmutzig-braunrote Stellen. Drückt man mit der stumpfen Sonde gegen die kranke Haut, dann dringt diese nirgends in dieselbe ein; es gibt eben beim Lupus erythematodes kein solch morsches, nachgiebiges Gewebe, wie es das tuberkulöse ist. Dem Lupus vulgaris fehlt jeder trockne seborrhoische Belag, er bringt oft Geschwürsbildung, tiefe Zerstörung, tiefe Narbenbildung mit sich. Schliesslich kann auch die subkutane Tuberkulinreaktion als Prüfstein herangezogen werden, obgleich manche auch beim Lupus erythematodes Reaktionen nach Tuberkulininjektionen gesehen haben.

Diese treten aber sicherlich erst nach hohen Dosen ein, sind auch nicht so typisch. —

Ein flachpapulöses Syphilid ist nicht immer so leicht auszuschliessen. Das kupferfarbige Aussehen der Syphilide, ihre stärkere Infiltration, der Mangel an seborrhoischen Belägen, die schnellere Entwicklung und Abwicklung des Leidens, wie vor allem anderweitige Syphiliserscheinungen werden erwogen werden müssen, um Klarheit zu gewinnen. —

Das einfache seborrhoische Ekzem kann zu Verwechslungen Anlass geben, zumal es ja auch die Gesichtsmitte mit Vorliebe heimsucht. Dasselbe hat aber seltener eine so scharfe Begrenzung, ist mehr verschwommen; die seborrhoischen Schuppen, soweit sie vorhanden sind, bilden keine zusammenhängenden Beläge und haften nicht mittelst Zäpfchen fest an der Unterlage. Andere Ekzemstadien, vor allem das nässende Ekzem erleichtern die Beurteilung. Niemals führt ein Ekzem zur Atrophie oder Narbenbildung und hat selbst in chronischen Fällen niemals einen so hartnäckigen Verlauf. —

Ähnlich gestaltet ist oft die Rosacea, die doch ihre Schmetterlingsflügel auch über Wangen und Nase ausbreitet. Aber diese ist ein diffuses Leiden, die Haut zeigt Gefässerweiterungen, oft Aknepusteln, niemals aber festhaftende Beläge; sie bewirkt niemals Narbenbildung. —

Die Psoriasis vulgaris könnte nur wegen des festen Haftens der Schuppen Veranlassung zur Verwechslung geben. Der Glanz der Schuppen, das Fehlen der in die Follikel eingesenkten Zapfen, wie die stets ausbleibende Narbenbildung schützen aber vor Irrtümern. Hervorheben möchte ich nur noch, dass an der Kopfhaut, wo gerade die Abgrenzung etwas schwieriger werden kann, die Psoriasis niemals auch nur vermehrten Haarausfall bedingt, während der Lupus ery-

thematodes unrettbar dauernde Kahlheit an den erkrankten Stellen zur Folge hat. —

Dieses dürfte genügen, um die Erkennung des Lupus erythematodes in allen typischen Fällen zu ermöglichen. Sitzt derselbe an den Extremitäten, dann kann die Diagnose noch schwieriger werden. Man wird dann gut tun, sobald man Verdacht auf Lupus erythematodes hat, zuzusehen, ob nicht ein charakteristischer Herd im Gesichte zu finden ist, der dann die Sachlage klärt. Dieses Suchen nach vereinzelt, älteren Herden ist auch der beste Weg, um bei dem Lupus erythematodes disseminatus Klärung zu schaffen, dessen Diagnose sonst nicht leicht ist. Man wird sie aber schon stellen, wenn man nur den Gedanken an die Möglichkeit, dass etwas Derartiges vorliegen könnte, fasst, was aber bei der eminenten Seltenheit der Fälle nicht von jedem Arzte zu verlangen ist. —

Dass der histologische Befund nichts für Tuberkulose irgendwie Verdächtiges ergibt, ist wohl schon an anderer Stelle erwähnt. Man findet ein Granulom in Gestalt einer diffusen Zellinfiltration um Gefässe, Follikel und Schweißdrüsen. Die Talgdrüsen sind vergrößert, ihre Wandungen sind verdickt. Die Heilung tritt durch diffuse Bindegewebswucherung ein, welche zur Atrophie von Talgdrüsen und Haarpapillen führt. — Das histologische Bild wie das klinische leiten darauf hin, dass der Lupus erythematodes zu den Talgdrüsen, zu seborrhoeischen Zuständen in inniger Beziehung steht. Mehr kann man über das Leiden nicht sagen. Seine Ätiologie ist noch in Dunkel gehüllt, wenn man nicht in den oben erörterten, von vielen angenommenen Beziehungen zur Tuberkulose einen ätiologischen Anhalt finden will. —

Den Verlauf des Lupus erythematodes discoides zu prognostizieren, ist insofern nicht so recht möglich, als das Leiden oft ganz unerwartete Wandlungen eingeht — in melius wie in pejus. Ohne nachweisbare

Veranlassungen sieht man oft plötzlich eine erhebliche Besserung, einen Stillstand, selbst Rückgang des Prozesses eintreten; ein Erblassen der Randteile kündigt es an. Aber ebenso erlebt man auch, dass ein friedliches Krankheitsbild plötzlich seine Physiognomie ändert, sich erheblich verschlimmert, fortschreitet. Deshalb halte man sich betreffs der Prognose etwas in der Reserve. — Nur soviel betone man, dass die Heilung stets mit einer, wenn auch sehr flachen, unscheinbaren Narbenbildung stattfindet, also eine kosmetische Beeinträchtigung mit sich bringt. — Der Lupus erythematodes disseminatus ist stets als ernstes, lebensbedrohendes Leiden aufzufassen. —

Die Therapie des Lupus erythematodes zu besprechen, ist keine leichte Aufgabe. Nicht als ob wir nicht über Methoden verfügen würden, welche denselben in günstiger Weise zu beeinflussen vermögen. Im Gegenteil, es gibt sogar eine relativ grosse Reihe von brauchbaren Heilverfahren. Aber die Schwierigkeit liegt darin, für jedes derselben die richtige Indikation anzugeben, vorauszusagen, was im Einzelfalle helfen wird und zuerst versucht werden soll. Auf therapeutischem Gebiete tritt der oben bei Schilderung des Verlaufes des Leidens hervorgehobene launische Charakter des Lupus erythematodes oft in allerunerquicklichster Weise hervor. Nicht nur dass bald dieses bald jenes übliche Heilverfahren versagt; das kommt bei allen Leiden vor. Aber auch demselben Heilverfahren gegenüber verhält sich die Krankheit oft bald so, bald so, ohne dass man einen Anhaltspunkt dafür hätte, warum das geschieht. Bei einem milden Heilverfahren, das anscheinend anstandslos bisher vertragen wurde, tritt plötzlich starke Reizung ein, während umgekehrt sehr energische Prozeduren unerwartet reaktionslos verlaufen. Mit Rücksicht auf diese unberechenbaren Launen des Lupus erythematodes kann daher nicht genug davor gewarnt werden, über die therapeutische Reaktion be-

stimmte Voraussagen zu machen und mit neuen therapeutischen Eingriffen stürmisch vorzugehen. Immer prüfend, vorsichtig tastend muss man gegen den Lupus erythematodes zu Felde ziehen. Darin liegt auch gleich, dass man die Kranken während der Therapie häufig kontrollieren muss, um sich vor unerwünschten Verschlimmerungen zu schützen.

Diese Warnung vorausgeschickt, wenden wir uns zunächst der internen Therapie des Lupus erythematodes zu. Von inneren Heilmitteln kommt zurzeit eigentlich nur das Chinin in Frage. In Amerika ist noch Phosphor viel im Gebrauch, von dem man $\frac{1}{2}$ —1 mg pro dosi in Öl gelöst, dreimal täglich gibt. Ich habe darüber keine Erfahrungen. — Chinin verabfolgt man in grossen Dosen von 1,0—2,0 pro die am besten in Oblaten. Man gibt zuerst die kleinere Dosis, um die Toleranz des Organismus gegen das Medikament zu prüfen. Wird es gut vertragen, stellt sich vor allem kein starkes Ohrensausen, keine nennenswerte Schwerhörigkeit ein, dann steigt man mit der Dosis auf zwei Gramm pro die und mehr. Es muss das Chinin aber längere Zeit, drei bis sechs Wochen, fortgebraucht werden, bevor man ein Urteil über dessen Wirksamkeit fällt. Meiner Ansicht nach ist eine solche meistens zu konstatieren, auch wenn man die Chininmedikation nicht mit der äusseren Jodapplikation kombiniert. Holländer nimmt nämlich an, dass der Erfolg nur bei gleichzeitiger innerer Chininmedikation und äusserer Jodbehandlung eintritt, dass erst durch den Jodreiz das auf dem Blutwege der kranken Hautstelle zufließende Chinin in der Haut gewissermassen fixiert und zur Entfaltung seiner Heilwirkung gebracht wird. Lassen wir es dahingestellt, inwieweit diese Auffassung stimmt. Ich rate auf alle Fälle, intern Chinin zu geben, mag man diese Hypothese akzeptieren oder nicht, mag man äusserlich Jod anwenden oder nicht. Im allgemeinen pflege auch ich

— und damit treten wir schon in die Besprechung der externen Behandlung ein —, es in erster Reihe damit zu versuchen. Es wird einfach die kranke Stelle täglich einmal mit Jodtinktur bepinselt und das so lange fortgesetzt, bis sich Reizerscheinungen, Rötung, Empfindlichkeit der Haut einstellen, was bei dem einen Patienten früher, bei dem andern später der Fall ist. Ich verordne gewöhnlich auch äusserlich eine Kombination von Jod mit Chinin:

Tinct. Jod. 10,0
Chinin. muriat. 1,0
DS. Äusserlich.

Ist die Haut gereizt, dann wird pausiert; unter milder Behandlung mit Mitinpaste gehen die Reizerscheinungen zurück. Dann beginnen die Jodtinkturpinselungen von neuem. Tritt aber gleichzeitig mit der Hautreizung ein Weiterwandern des Prozesses über die früheren Grenzen hinaus ein, dann versteife man sich nicht auf die Jodbehandlung, sondern setze sie ruhig bei Seite. Diese Regel gilt im allgemeinen für alle Behandlungsweisen. Die geringste Neigung zur Ausbreitung des Prozesses ist eine Kontraindikation für die betreffende Therapie. Man kann nicht ängstlich und vorsichtig genug bei diesem insidiösen Leiden sein. —

Diese sehr einfache äussere und innere Jod-Chinin-Therapie steht zurzeit wohl im Vordergrund, hat eine Reihe älterer Methoden verdrängt. Wir müssen diese aber auch eingehend würdigen, da sie zweifellos oft auffallend gute Erfolge aufweisen, wenn die genannte Behandlung versagt oder wegen Intoleranz des Organismus gegen das Verfahren beiseite gesetzt werden muss. —

Da ist zunächst die Anwendung des Hydrargyrum-pflasters (am besten Paraplast oder Guttaplast) zu nennen. Es wirkt zuweilen ganz vorzüglich, führt schnelle Rückbildung des Prozesses herbei. — Von

grossem Nutzen sind ferner in manchen torpiden Fällen energische Seifenwaschungen. Die kranken Stellen werden zweimal täglich mit *Sapo kalinus* oder, was noch besser ist, mit *Spiritus saponato-kalinus* und Wasser tüchtig gewaschen. Man kann diese Seifenwaschungen auch mit der nachfolgenden Applikation verschiedener Salben resp. Pasten auf die ganz trocken gewordene Haut kombinieren. Es kommen da hauptsächlich solche mit Sulfur oder Hydrarg. praecipitat. alb. in Frage, die auch zuweilen auffallende Erfolge zeitigen:

Sulf. praecipitat. 2,0	Hydrarg. praecipitat. alb. 2,0
Past. Mitin. 20,0	Mitin. 20,0
DS. Äusserlich.	DS. Äusserlich.

Sehr vorsichtig sei man mit den leicht reizenden Teerpräparaten, obwohl ich einmal einen auffallenden Erfolg davon sah. Aber einmal ist keinmal. — Ein sehr mildes, wenn auch nicht sehr zuverlässiges, so doch des Versuches wertiges Verfahren (*H. Hebra*) ist das häufige, stündliche, Betupfen der kranken Haut mit Alkohol-Äther $\bar{a}\bar{a}$. Der Patient muss ein damit gefülltes Fläschchen stets in der Tasche haben und fleissig tupfen. Man nimmt an, dass die Verdunstungskälte das wirksame Agens ist. — Sicher erklärt sich so der Erfolg bei dem Besprühen der Haut mit Äthylchlorid bis zum Gefrieren, was man 1—2 mal wöchentlich wiederholt; in der Zwischenzeit legt man die indifferente Mitinpaste auf. Auch dieses Verfahren führt zuweilen zum Ziel. —

Die Bepinselung der Haut mit dreifach verdünnter *Sol. arsen. Fowleri* (*Sch net z*) ist nicht als sehr milde Methode anzusehen, da das Arsen sehr bemerkenswerte Reizung machen kann. Bei passender Kontrolle, — und diese ist bei keiner Therapie des *Lupus erythematosus* zu entbehren —, kann man aber auch auf diesem Wege sein Heil versuchen. —

Eine energische Methode bedeutet das Aufpinseln von

Acid. pyrogall. 2,0
Acid. salicyl. 8,0
Collod. elastic. 20,0
DS. Ausserlich.

Hat man diese Mischung auf die von Belägen befreite Haut aufgetragen, dann bildet sich bald eine Blase; zuweilen wird die Haut auch gleich wund. Dann wartet man unter Applikation von Mitinpaste den Heileffekt ab. — Ich rate, sich nur im Notfalle zu diesem sehr differenten Vorgehen zu entschliessen, von dem ich aber in einem sehr hartnäckigen Fall sehr guten Erfolg sah. —

Über die chirurgischen Heilverfahren kann ich schnell hinweggehen, da jedes eingreifende Vorgehen streng zu meiden ist. Man muss immer bedenken, dass der Lupus erythematodes mit der Zeit, wenn diese oft auch sehr lange dauert, bei spontaner Abheilung nur eine flache, weiche, nicht allzu auffallende Narbe, eine nur wie „abgegriffen“ aussehende Haut zurücklässt. Wir dürfen also keine Heilverfahren wählen, welche schlechtere Ergebnisse liefern, als die selbstheilende Natur. Damit ist jegliches eingreifende Verfahren mit Messer, Löffel, Kaustik ausgeschlossen. Vor allem möchte ich dieses in bezug auf die eine Zeitlang sehr beliebte Paquelinisierung der Haut beim Lupus erythematodes beachtet wissen. Die wirkliche, tiefere Zerstörung der kranken Haut durch Hitze ist absolut verboten. Sie mag ja eine Radikalheilung schnell bringen, wie etwa eine Amputation eines Beines eine Kniegelenkentzündung heilt. Wir haben aber in der Dermatologie, soweit es sich nicht um maligne Leiden handelt, konservativ zu verfahren und dabei niemals den kosmetischen Endeffekt aus den Augen zu lassen. —

Allenfalls zu versuchen wäre vielleicht das Verfahren von Lassar, der mit dem glühenden Paquelin schnell über die kranke Haut hinweghuscht, ohne sie zu berühren, also nur die heisse Luft flüchtig

einwirken lässt. Aber ich glaube, dass auch dieses Verfahren entbehrlich ist. —

Sehr wenig fruchtbar hat sich leider für die Therapie des Lupus erythematodes die Lichtbehandlung erwiesen. Weder von der Behandlung mit konzentriertem Bogenlicht nach Finsen, noch von der Bestrahlung nach Röntgen, noch von der Belichtung mit dem an chemischen Strahlen so reichen Quecksilberlicht (Uviolampe; Quarzlampe) hat man irgend welche sichere Wirkungen gesehen. Allerdings sind Fälle hier und da mit diesen oder jenen Lichtstrahlen geheilt worden, aber bei einem so launischen, oft unerwartet auch bei indifferenter Behandlung heilenden Leiden wollen ja vereinzelte Fälle gar nichts bedeuten. — Nichtsdestoweniger muss man sich auch dieser physikalischen Bestandteile unseres therapeutischen Waffenschatzes erinnern, wenn andere versagen. —

Über die Therapie des Lupus erythematodes disseminatus ist wenig zu sagen. Äusserlich wird mild antiphlogistisch verfahren: Kühle Umschläge, kühle Verbände, Puder, Mitinpaste u. ähnl. Die Hauptsache ist die innere, dem Fiebergrade und der Alteration des Gesamtorganismus angepasste Behandlung, auf die ich in den Details hier nicht näher einzugehen brauche.

Ich habe im obigen kurzen Abriss der Therapie des Lupus erythematodes eine grosse Reihe von Behandlungsweisen genannt, um dadurch der Unberechenbarkeit der Reaktion dieses Leidens auf Heilversuche Rechnung zu tragen. Ich rate im allgemeinen, die Hilfsmittel etwa in der geschilderten Reihenfolge therapeutisch heranzuziehen, stets fleissig kontrollierend, um etwa sich einstellende Reizungen im Keime zu ersticken, und vor allem stets sorgsam individualisierend. Beim Lupus erythematodes kommt die in der gesamten Therapie so unendlich bedeutungsvolle Kunst des Individualisierens in ausgesprochenster Weise zur Geltung.



Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Über einfache Hilfsmittel zur Ausführung bakteriol. Untersuchungen.

Von Geh. Med.-Rat **Dr. Rudolf Abel** und Prof. **Dr. M. Fieker**. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Taschenformat karton. und durchschossen Mk. 1,20.

Diese wertvolle Ergänzung des Abelschen bakteriol. Taschenbuchs gibt praktische Winke, wie auch mit den einfachsten Mitteln im Laboratorium gearbeitet werden kann und zwar auch in so kleinen Verhältnissen, wie sie dem prakt. Arzte zugänglich sind. „Centralblatt f. inn. Medizin“.

Die tierischen Parasiten des Menschen.

Ein Handbuch für Studierende und Ärzte von Prof. **Dr. Max Braun**, Königsberg. Vierte, verbesserte, durch einen Anhang erweiterte Auflage enthaltend: Die Pathologie und Therapie der tierisch-parasitären Krankheiten von Prof. **Dr. Otto Seifert**, Würzburg. 40 Bogen mit 325 Abbildungen. Preis brosch. Mk. 15.—, in Halbfranz geb. Mk. 17.—.

„Berl. klin. Wochenschrift: Wir rühmen an dem Braunschenschen Buche Klarheit der Darstellung, Vollständigkeit und nie versagende Zuverlässigkeit. Seifert hat die klin. Seite der Parasitologie in recht geschickter Weise geschildert.“

Leitfaden zur Untersuchung der tierischen Parasiten des Menschen u. der Haustiere

für Studierende und Ärzte. Von Geh. Reg.-Rat **Dr. Max Braun**, o. ö. Professor für Zoologie und vergl. Anatomie und Direktor des Zool. Museums in Königsberg i. Pr. und Privatdozent **Dr. M. Lühe**, I. Assistenten des Instituts. 12 Bg. mit 160 Abbildungen. Preis brosch. Mk. 5,20, geb. M. 6.—.

Eine ausgezeichnete Anleitung zur Untersuchung der Haupttypen der tierischen Scharmatzer, die auch den Tierärzten und Studierenden zu empfehlen ist. „Zeitschrift f. Fleisch- und Milchhygiene“.

Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung.

Von **Dr. med. L. Katz**, Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Mit 8 Tafeln und 36 Abbildungen im Text. Preis brosch. Mk. 7.—, geb. Mk. 8.—.

Diagnose und Therapie der Anämien.

Nach funktionellen Gesichtspunkten auf Grundlage qualitativer Blutuntersuchungen. Besonders für Ärzte und Studierende. Bearbeitet von **Dr. Josef Arneht**, Privatdozent an der Kgl. Universität Würzburg. Mit 15 lithograph. Tafeln. Preis brosch. Mk. 9.—. (Für Abonnenten der Würzburger Abhandlungen Vorzugspreis Mk. 7.—.)

Taschenbuch der Therapie

mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an der Berliner, Wiener u. a. deutschen Kliniken. Herausgegeben von **Dr. M. T. Schnirer**, Herausgeber der „Klinisch-therapeutischen Wochenschrift“. Preis geb. Mk. 2.—. Alljährlich im Oktober erscheint eine neue Ausgabe.

Die Arzneimittel der heutigen Medizin

mit therapeutischen Notizen zusammengestellt für praktische Ärzte und Studierende der Medizin von **Dr. Otto Dornblüth**. 10. Auflage. Solid gebunden. Preis Mk. 7,50

Kompendium der ärztl. Technik

mit besonderer Berücksichtigung der Therapie von **Dr. F. Schilling** in Leipzig. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 454 Abbildungen. Preis geb. Mk. 10.—.

„Deutsche Ärztezeitung“, 1906, H. 4: Ein technisches Vademecum idealster Art für den praktischen Arzt.

Heilende Strahlen.

Arbeiten über die Grundlagen und die praktische Ausübung der Strahlentherapie. (X-Strahlung, Lichtstrahlung und Radioaktivität.) Gesammelte Aufsätze von Ingenieur **Friedrich Dessauer**. Mit 7 Abbildungen. Preis brosch. Mk. 2,50, geb. Mk. 3,20.

Röntgenologisches Hilfsbuch.

Eine Sammlung von Aufsätzen über die Grundlagen und die wichtigsten Hilfsmethoden des Röntgenverfahrens. Mit einem Anhang über Radioaktivität von Ingenieur **Friedrich Dessauer**. Mit 33 Abbildungen. Preis brosch. Mk. 3,50, geb. Mk. 4,50.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Sexualpsychologische Studien von Havelock Ellis:

Havelock Ellis ist ein unerschöpflicher und bedeutender Kenner des gesamten Sexual-Gebietes. Seine Sachkenntnis ist ebenso hervorragend wie seine Belesenheit und seine Werke sind ausgezeichnete Führer zu einem objektiven und unvoreingenommenen Urteil. Sie ertreuen sich deshalb auch des regsten Interesses aller derjenigen, welche an der psychologischen Durchforschung des Sexuallebens Anteil nehmen. Ärzte, Psychologen, Soziologen, Juristen, Pädagogen, Geistliche aber auch Ethnologen und Naturforscher finden darin so reichhaltiges, vergleichendes ethnographisches und bibliographisches Material, wie kaum sonst wo an andrer Stelle.

Mann und Weib. Eine Darstellung der sekundären Geschlechtsmerkmale beim Menschen. Von **Havelock Ellis**. 2. Auflage. Nach der vierten Auflage des englischen Originals unter Mitwirkung des Verfassers herausgegeben von **Dr. Hans Kurella**. Brosch. M. 6.—, geb. M. 7.—.

Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie von **Havelock Ellis**. Autor. deutsche Ausgabe besorgt von **Dr. Hans Kurella**. 2. erweiterte Auflage. Brosch. M. 4.—, geb. M. 5.—.

Geschlechtstrieb und Schamgefühl. Von **Dr. Havelock Ellis**. Autoris. Übersetzung mit Unterstützung von Dr. med. **M. Kötscher** besorgt von **J. E. Kötscher**. 3. umgearbeitete Auflage. Brosch. M. 5.—, geb. M. 6.—.

Die Gattenwahl beim Menschen mit Rücksicht auf Sinnesphysiologie u. allgemeine Biologie. Von **Havelock Ellis**. Autorisierte deutsche Ausgabe besorgt von **Dr. Hans Kurella**. Broschiert M. 4.—, geb. M. 5.—.

Die krankhaft. Geschlechtsempfindungen auf dissociativer Grundlage. Von **Havelock Ellis**, deutsch von **Dr. Ernst Jentsch**. Brosch. M. 4.—, geb. M. 5.—.

Der menschliche Körper in Sage, Brauch und Sprichwort von Prof. **Karl Knortz**. Broschiert M. 3.20.

Mann und Weib, zwei grundlegende Naturprinzipien. Eine sexualphilosoph. Untersuchung von **Dr. L. von Szöllösy**. Broschiert M. 2.—.

Allen Ärzten, deren Interesse über das Handwerksmässige ihres Berufes hinausgeht, sei das Werk bestens empfohlen.

„Ärztl. Mitteilungen aus Steiermark“.

Das Weib in anthropolog. Betrachtung. Von **Dr. Oskar Schultze**, Professor der Anatomie in Würzburg. Mit 11 Abbildungen. Broschiert M. 2.20.

Ärztliche Buchführung

nach Dr. med. G. Hirschfeld

besteht aus:

12 od. 6 Monatsheften (je nach Umfang der Praxis),
Taschenformat mit Register à **60 Pfg.**

und

1 Haupt- oder Jahrbuch zu denselben, 4^o Format,
mit Register, dauerhaft gebunden **Mk. 3.—.**

Probehefte liefert der Verlag kostenlos

Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag) in Würzburg.

Die Schönheitspflege. Für Ärzte und gebildete Laien von **Dr. Orłowski**, Spezialarzt in Berlin.

2. erweiterte Auflage. — Mit 25 Illustrationen. Preis brosch. Mk. **2.50**.

Das Büchlein, welches Damen ganz besonders interessiren wird, enthält eine Fülle wertvoller Ratschläge und Anweisungen zur Behandlung vieler kleiner Beschwerden.

„Zentralblatt für innere Medizin“.

Kann für Laien wie Ärzte gleich sehr empfohlen werden, besonders auch für den letzteren, da es den Gesamtniederschlag der ganzen modernen Gesundheitspflege und aller dermotherapeutischen Behandlungsmethoden bringt.

„Therap. Monatshefte.“

Vademecum der weiblichen Gesundheitspflege. Ausgewählte Kapitel in Einzel-Darstellungen von Sanitätsrat **Dr. L. Fürst** in Berlin. **2. vermehrte und verbesserte Auflage.** Geschmackvoll kartoniert **M. 1.90**.

Neben Winken und Ratschlägen, was die Frau zu tun hat, um gesund zu bleiben, weist Fürst darauf hin, was sie vermeiden muss und wann sie ärztlichen Beistand einholen soll. Wir können das Buch bestens empfehlen.

„Allg. Wiener med. Zeitung“.

Vergleich. Psychologie der Geschlechter.

Experimentelle Untersuchungen der normalen Geistesfähigkeiten bei Mann und Weib von **Helen Bratford Thompson**, Ph. D. Autorisierte Übersetzung von **J. E. Kötcher**. Brosch. **M. 3.50**, gebunden **M. 4.20**.

Gesunde Nerven. Ärztliche Belehrungen für Nervenranke und Nerven-schwache von **Dr. med. Otto Dornblüth**, Nervenarzt in Wiesbaden. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Preis brosch. **M. 2.**, gebd. **M. 2.50**.

„Zeitschrift für Psychiatrie“: Dornblüth erteilt in gemeinverständlicher Sprache Belehrung darüber, wie durch vernünftige Lebensweise gesunde Nerven zu gewinnen sind.

Diätvorschriften für Gesunde und Kranke

jeder Art von **Dr. J. Borntraeger**, Regierungs- und Medizinalrat. **Fünfte** verbesserte und erweiterte Auflage. Perforierter Block in Briefaschenformat. Preis **M. 2.50**.

Für den vielbeschäftigten Arzt, dem die Abgabe einer gedruckten Anweisung ausföhrliche Auseinandersetzungen erspart. Wir können dieses sehr bequeme Hilfsmittel angelegentlichst empfehlen.

„Ärztl. Korresp.-Bl. Niedersachsens“.

Diätetisches Kochbuch von **Dr. Otto Dornblüth**. Zweite, wesentlich verbesserte und vermehrte Auflage. Preis gebunden **M. 5.40**.

Die Sprache des Kindes u. ihre Störungen.

Von **Dr. Paul Maas**, Spezialarzt für Nasen-, Halsleiden und Sprachstörungen. Mit 16 Abbildungen. Preis brosch. Mk. **2.80**, geb. Mk. **3.50**.

Eine Schrift, die sich an Laien wendet und deren Interesse für die Sprache der Kinder und ihre Störungen zu erwecken sucht. Im übrigen werden auch Ärzte daraus manches Neue und Wissenswerte erfahren. Sie sei daher allerseits bestens empfohlen.

„Mediz. Blätter“.

Die Ursachen und die Verhütung der hohen Säuglingssterblichkeit und die Ernährung und Pflege der Säuglinge.

Von **Dr. med. Kurt Jester**, Kinderarzt in Königsberg i. Pr. 5 Bogen. Broschiert **Mk. 1.50**.

In erster Linie für Medizinalbehörden, Amtsärzte, Sozialpolitiker, Frauenvereine und gebildete Laien bestimmt, vermittelt die Schrift aber auch dem vielbeschäftigten praktischen Arzt die neuesten Forschungsergebnisse.

„So manches kann auch der Erfahrene lernen, woran er bisher nicht gedacht hat“.

„Ärztl. Centralzeitung“, Wien.

Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag) in Würzburg.

Einführung in das Wesen der Magen-, Darm- und Konstitutions-Krankheiten

und in die Grundsätze ihrer Behandlung. Von **Dr. G. Graul**. Zweite vermehrte Auflage 1908. Brosch. Mk. 3.50, geb. Mk. 4.30.

Die Therapie der Magen-, Darm- u. Konstitutions-Krankheiten.

Ein Leitfadens für Studierende und Ärzte. Von **Dr. G. Graul**. Brosch. M. 3.60, geb. M. 4.50.

Anleitung zur Diagnostik der Magen-, Darm- und Konstitutions-Krankheiten.

Ein Leitfadens für Studierende und Ärzte. Mit 1 Tafel und 4 Abbildungen im Text. Von **Dr. Gaston Graul**. Brosch. M. 4.50, geb. M. 5.—.

Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung.

Von **Dr. R. Traugott**, Nervenarzt in Breslau. 2. Auflage. Preis brosch. M. 1.50.

Sehproben.

Zusammengestellt von **Dr. Albrand**. Fünf auf Pappen gezogene Tafeln zum Aufhängen. Preis Mk. 3.20.

Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes.

Für Ärzte und Studierende dargestellt von Spezialarzt **Dr. Orłowski**. Mit 22 Abbildungen. Preis Mk. 2.50.

„Allg. Wiener med. Zeitung“: Dr. Orłowski hat in dem vorliegenden Werkchen ein ausgezeichnetes Buch geschaffen. Ärzte und Studierende können viel daraus lernen.
„Württ. ärztl. Korrespondenzblatt“: Tatsächlich gab es bisher eine unübersehbare Menge von zerstreuten Abhandlungen, aber kein Werk, das dem Praktiker die Therapie allein in gedrängter Kürze, aber mit den Grundlagen ihrer Ausübung darstellt.

Der Tripper.

Laienverständlich dargestellt von **Dr. Orłowski**, Spezialarzt in Berlin.

Preis brosch. 90 Pfg.
... wert, eine seiner Güte entsprechende Verbreitung zu erfahren, vor allen Dingen aus Büchern zu erlangen, die innerhalb ihrer Klientel.

„Therap. Monatshefte“.



Die Syphilis.

Laienverständlich dargestellt von **Dr. Orłowski**, Spezialarzt in Berlin.

Preis brosch. 90 Pfg.
Das Büchlein wird zu einer Quelle der Belehrung und Beruhigung für den von mannigfachen Sorgen gequälten Patienten und kann zur Entlastung seines Arztes beitragen. „Therap. Monatshefte“.

Die Geschlechtsschwäche.

Laienverständlich dargestellt von **Dr. Orłowski**, Spezialarzt in Berlin. Preis brosch. 90 Pfg.

Der Zweck, Aufklärung über das Erreichbare in Laienkreisen zu schaffen und vor pfuscherischer Behandlung zu warnen, wird wohl erreicht. „Medizinische Klinik“.

Die Impotenz des Mannes.

Für Ärzte dargestellt von **Dr. Orłowski**,

Spezialarzt in Berlin. Preis Mk. 1.80.

„Dem klinischen Studium dieser ernst zu nehmenden Angelegenheit stehen unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen, der Arzt ist daher darauf angewiesen, seine einschlägigen Kenntnisse aus Büchern zu erlangen. Das vorstehende Werkchen enthält in dieser Beziehung eine Fülle von Winken usw.“

„Prager med. Wochenschrift“.
Ist der Inhalt der anregend geschriebenen Betrachtungen mehr für den Urologen vom Fach berechnet, so wird dessen ungeachtet auch der Praktiker, ebenso der Nervenarzt die Darstellung nicht ohne Gewinn aus der Hand legen.

„Korresp.-Blatt der ärztl. Vereine Sachsens“.



Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verla

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung.

Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten herausgegeben von

Dr. Ludolph Brauer

o. ö. Professor an der Universität Marburg, Direktor der medizinischen Klinik.

Subskriptionspreis pro Band M. 16.—.

Bisher liegen 12 komplette Bände vor, Bd. 13 im Erscheinen.

Das

„**Internat. Centralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung**“
erhalten die Abonnenten unberechnet geliefert. Letzteres kann auch a part bezogen werden.**Preis für den Jahrgang (12 Nummern) M. 12.—.** (1. Jahrgang **M. 8.—.**)

Immunität, Tatsachen und Aussichten.

Von **Dr. Hans Much**,

Oberarzt am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg.

Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Medizin. IX. Bd., Heft 6/7. (Doppelheft.)

Preis Mk. 1.70.Eine vorzügliche Darstellung des heutigen Standes der Immunitätsforschung, die
speziell zur Orientierung für den praktischen Arzt bestimmt ist.

Bakteriolog. Taschenbuch

enthaltend

die wichtigsten technischen Vorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit

von **Dr. Rudolf Abel**, Geh. Medizinalrat in Berlin.*Dreizehnte Auflage. — Gebunden und durchschossen Mk. 2.—.*

Bakteriologisch-chemisches Praktikum

für Apotheker und Studierende.

Kurze Anleitung zur Untersuchung von **Harn, Blut, Auswurf, Magen- und Darminhalt**, sowie von **Wasser, Milch, Butter und Margarine**von **Dr. Johannes Prescher** und **Viktor Rabs**.

Mit 14 Abbildungen, 2 Tafeln und 2 Tabellen.

Preis brosch. Mk. 2.80, gebunden und durchschossen Mk. 3.60.

Zentralbl. f. inn. Medizin: Diese Anlage des Buches lässt es auch zum täglichen Gebrauch des praktischen Arztes geeignet erscheinen, um so mehr, da jedes beim Wunsche nach schneller Orientierung hinderliche Beiwerk vermieden und ein leicht übersichtliches Register beigefügt ist.

Die neue preussische Gebührenordnung

für Ärzte und Zahnärzte.

Mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der
Medizinalpersonen gültigen Bestimmungen.Von **Dr. J. Borntraeger**,

Regierungs- und Medizinalrat.

Zweite wesentlich veränderte und verbesserte Auflage.**Preis kart. Mk. 1.20.**

Mitinum purum

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit

Basis
für

Salben u. Pasten.



Mitinum cosmeticum (Mitincream)

Geschmeidig, spielend
leicht in die Haut ein-
dringend, fein parfü-
miert. Zur Einfettung
und Reinigung der Haut.
Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Dr. Jessner's Mitin- präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Pasta Mitini (Mitinpaste)

Beim Verstreichen haut-
farbig. Rein statt Zink-
paste etc. bei allen
leichten Entzündungs-
prozessen der Haut.
Zum Schutze empfind-
licher Hände. Basis für
alle in Pastenform ver-
ordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.



Mitinum mercuriale (Mitin Hydrargyrum)

33 1/3% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in 5 Minuten zu
verreiben. Sehr wirksam.

Glasröhre à 30 Gramm mit graduiertem Stempel
70 Pfg.



Mitin-Kinderpuder

Fettpuder, unparfümiert, mit 10% Mitingehalt, schützt
die Säuglinge gegen Wundwerden. Beseitigt
Rötung und Feuchtigkeit.
Preis per Schachtel 1 Mk.

