O'LEARY, P. A., H. MONTGOMERY, and L. A. BRUNSTING, R. R. KIERLAND, and H. PERRY: Arch. Derm. Syph. (Chic.) 71, 279 (1955).

SCHNEIDER, W.: Arch. Derm. Syph. (Berl.) 186, 3—31 (1946).

—, u. H. ERASMY: Arch. Derm. Syph. (Berl.) 186, 137—143 (1947).

—, u. R. HATTON: Dtsch. med. Wschr. 1954, 223—227.

W. KNOTH, Gießen: Diskussionsbemerkungen zu Vorträgen des Symposiums V „Gefäßabhängige Hautkrankheiten der Unterschenkel“

Zu Herrn Spier. In Übereinstimmung mit dem Herrn Vortragenden wird auf die hin und wieder schwierige Unterscheidung zwischen pathologisch veränderten Venen und Arterien bei gefäßbedingten Erkrankungen der Unterschenkel hingewiesen. Oft ist eine sichere Gefäßbestimmung erst nach Stufen- und Serienschnitten möglich, wie sie soeben demonstriert wurden.

Es wird die Frage gestellt, ob der Herr Vortragende in seinem Material den Befund der Mediaelastose erheben konnte, eine Veränderung, die besonders an Lungengefäßen beim Hochdruck im kleinen Kreislauf (LAPP) studiert wurde.

Zum Problem der sogenannten „benignen“ Periarteriitis nodosa cutanea wird gefragt, ob der Herr Referent zustimmt, daß morphogenetische Unterschiede zwischen dieser und der klassischen Form von KUSSMAUL u. MAIER nicht bestehen. Da es isoliert organbezogene Periarteriitis nodosa-Erkrankungen z. B. auch im Gehirn oder an den Herzkranzgefäßen ohne Generalisation gibt, sollte man die auf die Haut beschränkten Fälle nicht prinzipiell von dem Morbus Kussmaul-Maier trennen.

Konnten Sie auch beobachten, daß die Thrombophlebitis saltans besonders kennzeichnende Rekanalisierungseffekte besitzt, auf die wir gemeinsam mit MEYHÖFER[1] hingewiesen haben?

Zu Herrn Undeutsch. Die hier gezeigten instruktiven Abbildungen über die subintimalen Insudationseffekte geben mit den von SCHNEIDER u. UNDEUTSCH veröffentlichten pathogenetischen Vorstellungen einen wichtigen Einblick in die Frühstadien der Gefäßwandveränderungen.

Wenn wir die Ausführungen von Herrn UNDEUTSCH richtig verstanden haben, so ist eine allergisch-hyperergische Bedingtheit dieser Befunde nicht bei allen Fällen zu unterstellen. Das hier nochmals zu unterstreichen, erscheint uns unter Hinweis auf die Untersuchungen der Pathologen SCHÜRMANN u. McMAHON, die wir ausführlich referierten[2] notwendig.

Bezüglich der differentialdiagnostischen Frage zwischen Periarteriitis nodosa und Endangiitis obliterans, wenn beide Erkrankungen zu einer definitiven Verödung der Gefäßlumina geführt haben, möchten wir auf den Nutzen der Eisen-darstellung verweisen, die uns in der Regel auch bei sozusagen ausgebrannten und vorgelegten Gefäßabschnitten doch meist noch eine Unterscheidung besonders im Hinblick auf die von v. Winiwarter-Bürgerschen Krankheit („Thromb“-angiitis!) zuließ.

Zu Frau Pfleger. Haben Sie in Ihre sehr schönen Untersuchungen auch Kranke mit kongenitalem Lymphödem einbezogen? Können Sie etwas über die „post-urterielle, metödematöse Elephantiasis“ von F. A. KEHRER sagen? Das Symptom „Elephantiasis“ kann sich ja auch im Sinne einer Elephantiasis nostras, einem Lymphödem nach rezidiertem, chronischem Erysipel dazugesellen, da lymphödematöse Partien nach Alltagstraumen oder Macerationsfissuren zu solchen Komplikationen neigen.

[1] Dermatologica (Basel) 119, 1—19 (1959).

[2] Arch. Derm. 199, 109—133 (1955).