Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 5. November 1902.

Vorsitzender: Neumann.

Schriftführer: Kreibich.

Leiner stellt aus dem Karolinen-Kinderspitale vor:

1. ein 9 Wochen altes Mädchen mit hereditärer Lues; es ist das erste Kind einer Frau, die vor 2 Jahren ein papulöses Exanthem am ganzen Körper hatte und eine Allgemeinkur mitmachte. Dasselbe zeigt an der behaarten Kopfhaut und Stirne seborrhoische Auflagerungen, während die Haut am Nasenrücken und den Augenbrauen braunrot, glänzend ist und diffus schuppt. Am Stamme überhaupt und an der Streckseite des linken Armes sind neben großen, glänzenden Papeln auch Gruppen kreisförmig angeordneter kleiner, lichenoider Papeln zu sehen. Palmae und plantae sind diffus infiltriert. Außerdem besteht eine typische Koryza und Rhagaden an beiden Mundwinkeln; Leber- und Milztumor. Gut ausgebildet und interessant ist in diesem Falle eben dieses Nebeneinandervorkommen des groß- und kleinpapulösen Syphilides.

Neumann. Das Vorkommen der kleinförmigen gruppierten Knötchen bei Kindern auch an den Extremitäten, zumal den unteren, hat einen anatomischen Grund, weil im Kindesalter allenthalben die Talgdrüsen vor den Haarbälgen prävalieren. Bei Erwachsenen überwiegt die Beteiligung vorwiegend im Gesichte, der Nasolabialfurche, dem Kinn und Halse.

2. ein 7wöchentliches Kind mit hereditärer Lues. Die Anamnese ergibt, daß von vier früheren Kindern das erste mit 3 Monaten an einer unbekannten Krankheit starb; das zweite war eine Totgeburt; dann kamen Zwillinge, von denen das erste tot war, das zweite an Darmkatarrh zu Grunde ging. Das vorgestellte fünfte Kind zeigte mit 14 Tagen, als es ins Kinderspital kam, nur an den Fußsohlen und Handtellern zahlreiche Pusteln und Blasen. In einigen Tagen verbreitete sich das pustulöse Syphilid über den ganzen Körper, zum Teil follikulär, so daß es ein ekthymaartiges Aussehen bekam. Jetzt sind meist nur mit schmutzigen, eitrigen Krusten bedeckte, braunrote Infiltrate zu sehen.

3. ein universelles seborrhoisches Ekzem, strenger bezeichnet ein universelles Ekzem bei einem seborrhoischen, 6 Wochen alten Kinde, das bis vor 8 Tagen vollkommen gesund war. Da begann ein papulöses Ekzem an der Bauchhaut, das sich rasch ausbreitete, so daß jetzt die ganze Haut vom Kopfe bis zu den Füßen gerötet und mit fettig-serösen, gelben Schuppen bedeckt erscheint. Diese Ekzemformen bilden eine oft sehr schwere Erkrankung des kindlichen Alters, da die Kinder unter seinem Einflusse, oft in Verbindung mit heftigem Fieber und Darmkatarrhen auch zu Grunde gehen können.

Neumann. Was man bei solchen Kindern Ekzema seborrhoicum nennt, ist meist nur eine Haut, bei der die Vernix caseosa nicht ganz entfernt wurde. Wenn diese liegen bleibt, bilden sich auf der Hautoberfläche weißlich glänzende, wie Smegma zusammenhängende Schuppen, meist ohne schwere Bedeutung für das Gesamtbefinden. Durch mangelhafte Pflege und häufiges Feuchtwerden kommt es dann in weiterer Folge zur Ausbreitung eines universellen Ekzems, das allerdings auch die Gesundheit des Kindes bedrohen kann.

Riehl wendet sich gegen den allzu häufigen Gebrauch des Ausdruckes *Eczema seborrhoicum*. Diese Diagnose wird selbst in Fällen gestellt, wo die ohnehin weite Definition Unnas nicht mehr zutrifft.

Es muß zum mindesten die Möglichkeit einer primären Seborrhoe vorliegen — bei Kindern im Alter des demonstrierten Falles besteht aber nach den Untersuchungen Arnozans u. a. fast keine Fettsekretion am Rumpf und existiert keine Seborrhoe; man hat also auch kein Recht, dort vorkommende Ekzeme als seborrhoisch zu bezeichnen. Der demonstrierte Fall ist ein einfaches subakutes Ekzem mit etwas Seborrhoea capillitii kompliziert.

Ehrmann. Unna hat unter *Eczema seborrhoicum* nur jene Ekzeme verstanden, welche zwischen den Schulterblättern und auf der Brust typisch lokalisiert sind, in Form und Anordnung bestimmt und von fettigen Schuppen bedeckt sind. Dabei handelt es sich aber nicht allein um eine bloße Hypersekretion der Fettdrüsen.

Hock. Der vorgestellte ist ein typischer Fall von Ekzem oder wenn man ihn schärfer abgrenzen will, einer Art von Dermatitis, der mit dem von Unna präzierten seborrhoischen Ekzem nichts gemein hat. Auch was die Prognose und Therapie betrifft, halte ich den Verlauf nicht für so schwer. Wenn es sich auch oft um Kinder mit Darmstörungen und schweren Diarrhoen handelt, so ist von deren Sonderbehandlung soweit abgesehen, bei strenger Belehrung der Mütter mit möglichster Reinlichkeit und Schonung der Haut durch einfache Applikationen, wie *Aqu. caleis* und *ol. olivarum* aa. meist rasche Besserung zu erzielen.

Leiner. Der Fall war nur als *Eczema universale* mit starker Seborrhoe aufgefaßt. Auf die schlechte Prognose wurde gerade mit Rücksicht auf die ätiologisch meist in Betracht kommenden schlechten Ernährungsverhältnisse und schweren Darmstörungen hingewiesen.

v. Frendl stellt aus dem k. u. k. Garnisonsspitale I in Wien einen 21jährigen, aus Bosnien gebürtigen Soldaten mit einem *Keratoma palmarum et plantarum heredit.* vor. An den Handtellern finden sich an Thenar und Antithenar, über den distalen Teilen der Metakarpi und an der Beugeseite der Finger schwielige, 3—5 mm hohe, gelblich durchscheinende oder schmutziggrau verfärbte Verdickungen, die sich gegen die gesunde Haut scharf absetzen und an ihrer Oberfläche kleine, runde, leichdornartige Vertiefungen, vielfach, besonders über den Gelenklinien tiefere Furchen zeigen. Ähnliche hornig-schwielige Verdickungen nehmen die Ferse, beide Fußränder, die Fußballen und Zehenfläche in der Fußsohle ein. An den Fingerballen und an der Ferse haben sie mehr das Aussehen fleckenförmiger, unregelmäßig horniger, derber, sich weiß bröckelnder Schwarten. An den Fingern und Zehen halten sie meist ausgeprägte Streifenform ein und ähneln sehr den allerdings meist einseitigen und selten bloß auf Hand oder Sohle beschränkten streifenförmigen, verrucösen Naevi. Die von anderen Autoren beschriebenen Symptome, gesteigerte Schweißsekretion und die gegen die normale Haut sichtbare rote Randzone sind hier nicht vorhanden. Die Körperhaut ist sonst normal, für Ichthyosis kein Anhaltspunkt. Die Affektion besteht seit frühester Kindheit. Von 4 Geschwistern sind beide Brüder mit derselben Veränderung befallen. Auch die Mutter, 5 Brüder und eine Schwester derselben, sowie die Großmutter haben diese Erkrankung an Händen und Füßen.

Schiff kennt eine Familie, in der die Mutter und von 8 Kindern 6 mit solchen Keratomen in Handtellern und Fußsohlen behaftet waren.

Mracek hat im Verlaufe der letzten Jahre zwei solche Familien kennen gelernt; in der ersten, die aus 4 Mitgliedern bestand, hatte eine Frau die Keratome an den Händen, ein Bruder an den Füßen. Von zwei Brüdern einer zweiten Familie hatte der eine sowohl palmar als plantar befallen, der zweite zeigte eine ähnliche Veränderung auch an einer dritten Körperstelle. Gegenwärtig befindet sich auf meiner Abteilung ein Kapitän mit einem Keratoma plantare von seltener Ausbildung, besonders an den Stellen, welche stärkerem Drucke ausgesetzt sind.

Neumann macht auf die von ihm publizierten Fälle von Keratoma hereditarium aufmerksam, deren Heredität ganz erwiesen ist, wobei jedoch die Epidermishypertrophie stets an der Peripherie durch einen dunkel geröteten Rand begrenzt ist. Neumann hat drei Fälle in Meleda gesehen und einen in Zara.

Riehl. Die Fälle, welche unter der Bezeichnung hereditäre Keratome der Fußsohlen und Handflächen beschrieben sind, sind nicht alle gleichwertig.

So kann die auf Meleda von Neumann beobachtete Affektion nicht ohne weiteres zum Keratoma hereditarium gerechnet werden, ebenso sind die naevusartigen Keratome und die Ichthyosisformen dieser Regionen vom hereditären Keratom abzutrennen.

Letzteres ist, wie Unna richtig hervorhebt, immer mit Hyperidrosis kombiniert, besitzt meist rote Umrandung, die Hornmassen sind weich.

Der demonstrierte Fall ist aus dem Grunde von Interesse, weil die Erkrankung an den Fußsohlen diffus, an den Händen streifenförmig angeordnet ist — es fehlt ihm die Schweißsekretion.

Nach meiner Erfahrung sind auch die histologischen Bilder der verschiedenen Keratomformen von einander abweichend. Sowohl die klinischen Beobachtungen als auch die histologischen Untersuchungen bedürfen noch genaueren Studiums.

Eine Keratomform, die Ichthyosis der Flachhände und Fußsohlen, präsentiert sich als leicht zu unterscheidende Affektion und man findet sie neben Ichthyosis in der gewöhnlichen Lokalisation oder auch ohne letztere in ichthyotischen Familien. Sie belästigt durch große Trockenheit und Rhagadenbildung.

Kreibich. Im Anschlusse an Riehl möchte ich zwei Fälle erwähnen, die im letzten Jahre an der Klinik beobachtet wurden.

Der eine war ein typisches Keratoma palmare et plantare mit Hyperidrosis, weicher Hornhaut und dem typischen roten Rande, der zweite war ein angeborener, strichförmiger, hornartiger Naevus an beiden Handtellern und Fußsohlen, der besonders schön an beiden Mittelfingern gegen die Handgelenke hinzog.

Mracek stellt einen Mann vor mit Syphilis maligna kombiniert mit Malaria und sekundärer Sepsis im Verlaufe der Lues.

Aus der langen Anamnese des Pat. sei kurz hervorgehoben, daß Pat. vor $6\frac{1}{2}$ Jahren mit einer Sklerose am Präputium erkrankte. Fünf Monate später makulöses Exanthem am ganzen Stamme, Defluvium capillorum, 40 Einreibungen, während derselben Geschwüre an beiden Unterschenkeln, Rücken, am linken Vorderarm. Diesen folgte eine eitrige Lymphdrüse in der rechten Leistenbeuge, an dem Ellbogen und in der rechten Kniekehle. Bald darauf Geschwür an der hinteren Rachenwand und im Halse. Dezember 1899 Geschwür an der Nasenscheidewand, welches wiederholt rezidierte. Mai 1901 Perforation des harten Gaumens. Dezember 1901 Gangraena praeputii, welches fast gänzlich abgestoßen wurde. Im Jahre 1900 erkrankte Pat. in Bombay an Malaria quotidiana. Im Mai 1902 kam er in elendem Zustande ins Sanatorium Löw. Damals war der Kranke hochgradig herabgekommen, konnte sich nur mühsam mit Unterstützung vorwärts bewegen und brachte die meiste Zeit im Bette zu.

In der Mundhöhle war die Perforation des harten Gaumens, an der Basis desselben waren die nekrotischen Knochen sichtbar. Die Nase war eingesunken, die knorpelige Scheidewand ganz defekt, die knöcherne z. T. defekt, z. T. nekrotisch. Im Isthmus- und Rachen ausgebreitete gummöse Geschwüre. Der Rest der erhaltenen Weichteile über dem harten Gaumen bis auf die Gingiva entzündet, die Zähne selbst wacklig. Am behaarten Kopfteil, im Gesichte, am ganzen Körper zerstreut fanden sich gummöse Geschwüre, mit Krusten bedeckt, am Penis ein fistulöses Geschwür längs des Sulcus coronarius dorsalis, fast bis an die Wurzel des Penis reichend, das rechte Kniegelenk geschwollen und schmerzhaft.

Der Kranke fieberte unregelmäßig, die Temperaturen betrugen tagsüber 38° , Abends bis 40.2° , Nachts stellte sich profuser Schweiß ein. Dieses anhaltende Fieber mußte als Resorptionsfieber infolge der zerfallenen, verschluckten und eingeatmeten Massen aufgefaßt werden. Denn als durch lokale Behandlung und Jod der Zerfall in der Mundhöhle eingeschränkt wurde, blieb die Temperatursteigerung entsprechend der Malaria bloß auf Abends beschränkt. Gegen die Malaria wurde Chinin, außerdem auch Jod verordnet, worauf sich der Zustand wesentlich besserte. Allein die Besserung hielt nicht an. Zur Affektion des linken Knies kamen Schwellung und Schmerzen im rechten Knie, rechten Ringfinger und linken Mittelfinger und linken Ellbogen. Diese Gelenks- und Knieaffektionen wurden als Osteoperiostitis der Gelenksenden und Phalangen aufgefaßt, was nachträglich durch Röntgenbilder bestätigt wurde.

Auch diese Affektionen gingen soweit zurück, daß Pat. nach Hall gebracht werden konnte, wo er sich noch bedeutend erholte. In leidlichem Zustande kehrte Pat. im Oktober auf die Abteilung und befindet sich heute soweit, daß die Geschwüre alle abgeheilt sind; die nekrotischen Reste des harten Gaumens stecken noch zwischen Mund- und Rachenhöhle. Die Gelenke sind alle abgeschwollen. Der Kranke kann sich schon längere Zeit frei bewegen. Wir sehen hier einen Fall mit malignem Verlauf der Syphilis, welcher sich seit der Erkrankung an Malaria besonders bemerkbar machte, so zwar, daß diesem Umstand, wie mich die Erfahrung auch in anderen Fällen gelehrt hat, der schwere Verlauf zuzuschreiben ist. Als ich den Kranken das erste Mal im Juni sah, hat er sich in einem gefährlichen Zustand befunden, weil gleichzeitig das Resorptionsfieber, die Malaria und seine ulceröse und Knochensyphilis sein Leben bedrohten.

Riehl demonstriert

1. ein ca. 3 Wochen altes Kind mit einem höckrigen Tumor, der die rechte Wange und einen Teil der Oberlippe einnimmt und sich sehr hart anfühlt. Die histologische Untersuchung ergab die Diagnose: Lymphangioma tuberosum. (Der Fall wird ausführlich beschrieben werden);

2. ein einjähriges Kind, das an der linken Hüftgegend ein ca. guldenstückgroßes, teils eitrig belegtes, teils leicht granulierendes, 3 mm tiefes Geschwür von fast kreisrunder Form aufweist.

Die Ränder der Ulzeration sind etwas eleviert, weißlich durchscheinend und mäßig derb.

Die Basis des Ulcus bildet ein Tumor, der sich ziemlich derb anfühlt und in die Subcutis reicht, der Tumor ist über der Fascie verschieblich — keine Drüzenschwellung. Der Tumor würde im Gesichte einer erwachsenen Person situiert, zunächst als Carcinom imponieren.

Die Untersuchung einer exzidierten Randpartie ergab, daß der Tumor ein Angiom ist, das nach Angabe der Mutter des Kindes operativ ulzeriert ist.

Riehl knüpft an die Demonstration Bemerkungen über den Bau der echten Angiome und über ihren Übergang in Peritheliome.

Matzenauer. Ich fand bei einem Kinde eine pilzartig elevierte, wallnußgroße Geschwulst, weich, blaurot durch die Haut durchscheinend und oberflächlich exulzeriert wie ein maligner Tumor. Die Mutter gab an, daß die Geschwulst schon 9 Jahre unverändert bestehe. Bei Druck ließ sich Lymphe in großem Bogen auspressen. Die histologische Untersuchung schien bei oberflächlichem Zusehen das Bild eines Carcinoms mit Erweichungsherden zu sein, bei näherer Untersuchung aber war es ein deutliches Lymphangioendotheliom mit cystischen Hohlräumen, die nur durch lockeres Bindegewebe von einander geschieden waren.

Ehrmann. Ich möchte aufmerksam machen, daß bei Kindern Angiome auch oberflächlich zerfallen und exulzerieren können, wenn sie diffus sind und nicht eine umschriebene Geschwulstform haben. So sah ich vor 5 Jahren ein Angiom, das sich von den großen Labien bis zum Kreuzbein erstreckte und mit mehreren, speckig belegten Geschwüren bedeckt war, die auf Lapistouchierung bald abheilten.

Nobl demonstriert: 1. Eine luetische Spätrezidive in Form einer circinären und anulären Roseola bei einem 40jährigen Lehrer. Der Stamm, namentlich die obere Brustapertur, die Schulter- und Lendenregion, sowie das Gesäß, ferner die Beugeflächen der Arme und Oberschenkel sind von kreuzer- bis guldenstückgroßen, blassen, erythematösen ring- und bogenförmigen, leicht erhabenen Flecken eingenommen, mit welchen urticariaähnlich elevierte bis talergroße Ringe und Scheiben alternieren. Das Exanthem ist durch besondere Hartnäckigkeit ausgezeichnet, indem dasselbe während einer sechs-wöchentlichen Beobachtungsdauer trotz der entsprechenden Allgemeinbehandlung (5% Sublimatinjektionen) keinerlei Veränderungen im Sinne einer Rückbildung aufzuweisen hat.

Die Infektion ist anfangs 1898 erfolgt und sollen in dem fast fünf-jährigen Intervall keine Rezidiven aufgetreten sein. Die in diesem Falle evident zu Tage getretene protrahierte Dauer des irritativen Syphilis-stadiums glaubt Nobl auf die mangelhafte Frühbehandlung (im ganzen 10 Einreibungen!) zurückführen zu können. Die Virulenz des Prozesses geht außerdem aus der vor 1½ Jahren erfolgten Infektion der Frau hervor.

2. Aus der Abteilung Grünfeld. Einen Fall von miliär-papulopustulösem Syphilid als erstes Exanthem bei einem 30jährigen Bäcker. Stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, an ihrer Kuppe mit kleinsten Pusteln besetzte, lebhaft rote Knötchen sind in Form von taler- bis eigroßen aggregierten Plaques zerstreut am Stamme, den

Extremitäten, Augenbrauenbogen und Nasolabialfurchen zu gewahren. Außerdem besetzen die allgemeine Decke in disperser Verteilung den Follikeln entsprechende, bis kleinerbsengroße, an ihrer Kuppe pusteltragende Papeln. Die zusammenfließenden größeren Herde am Thorax bieten bei der gleichmäßigen Größe der sie zusammensetzenden miliären Pusteln ein herpesähnliches Aussehen, wozu noch die erythematös gereizten Höfe der Knötchenherde beitragen. Im Gegensatz zu dem früher demonstrierten Falle bietet dieser Kranke als Ersteruption eine Exanthemform, welche erfahrungsgemäß sich meist erst in den späteren Stadien zu manifestieren pflegt. Die gesamte Krankheitsdauer beläuft sich auf 3 Monate, wobei der Initialaffekt im Sulcus dorsalis noch deutlich nachzuweisen ist.

Buchta demonstriert aus Prof. Mraceks Abteilung:

1. Gangränä cutis penis. Der kräftig gebaute, gut genährte Patient kam vor drei Tagen zur Aufnahme. Der Penis war zu einem zirka 10 cm langen, 2 Querfinger im Durchmesser zählenden, walzenförmigen Strang aufgequollen. Die Haut desselben mit Einschluß des Präputiums in ihrer Gänze in eine schwarzgrüne, trockene, lederartige Masse verwandelt. Etwa 1 cm unterhalb der Penisswurzel zeigt sich, ringförmig den Penis umschließend, eine 3—4 mm breite Demarkationszone, deren steil abfallende, scharfe Ränder eine Strangulationsfurcha vortäuschen. Ein Teil der Haut des Skrotums gleichfalls von dem gangränösen Prozeß ergriffen. Penetranter, aashafter Geruch. Die regionalen Lymphdrüsen frei. Das Allgemeinbefinden nicht erheblich gestört. Temperatur 36.6. Herzbefund normal. Emphysem und Bronchialkatarrh beiderseits. Im Urin Spuren von Albumen und Pepton, reichlich Urobilin, kein Zucker.

Unter Gipsteerbehandlung wurde die gangränöse Partie in zwei Tagen zur Abstoßung gebracht. Nach Entfernung des sphacelus liegen die beiden Corpora cavern. penis und die corp. cav. urethr. frei zu Tage. Im sulc. dors. zwischen denselben sind die Arterien und die Vena dors. pen. durch nekrot. Stränge in Resten angedeutet, die glans penis ist zum größten Teile zerstört und hängt als haselnußgroßer, schwammiger, mit nekrot. Gewebefetzen bedeckter Ballen an einem zirka 2 cm langen Stiele, welcher durch die vom corp. cav. urethr. umgebene Harnröhre gebildet wird.

Ob der Defekt durch Plastik zu ersetzen oder durch Vernarbung zur Heilung zu bringen ist, wird sich erst nach vollkommener Reinigung der Wundflächen entscheiden lassen.

Bezüglich der Ätiologie dieses Falles von Gangränä cutis penis läßt sich ein abschließendes Urteil nicht stellen. Die Anamnese ist höchst ungenau und unverläßlich, da Patient ein Potator strenuus ist. Angeblich ist Patient vor 14 Tagen erkrankt, acht Tage nach dem letzten Coitus. Die schwarze Verfärbung der Haut bestand 3—4 Tage vor der Spitalsaufnahme, auch scheint hohes Fieber, Frösteln, Mattigkeit, Appetitlosigkeit sowie Erbrechen vorhanden gewesen zu sein.

Der bakteriologische Befund steht noch aus.

2. Lichen ruber planus. Der 26jährige Patient ist groß, kräftig gebaut, gut genährt. Man sieht am ganzen Körper in mehr oder weniger symmetrischer Anordnung kleine, bis linsengroße rote Knötchen, die zum Teil den typisch wachsartigen Glanz zeigen, zum Teil jedoch schon regressive Vorgänge erkennen lassen. Besonders an der Beugeseite beider Vorderarme, im Innern der Oberschenkel, in den Kniekehlen und an der Streckseite der Unterschenkel sind durch Verschmelzung der einzelnen Knötchen bis handtellergröße Partien von chagrinlederartigem Aussehen entstanden, die nach außen von einem Schwarm kleinerer, noch glänzender Knötchen umgeben sind. An der Innenseite des rechten Ober-

schenkels sieht man, entsprechend vorhergegangenen Kratzeffekten, die Lichenknötchen reihenförmig aneinandergereiht. Die Flachhände zeigen diffuse rote Infiltrate und schwielenartige Verdickungen der Epidermis, während sich die Erkrankung an der Schleimhaut und der Unterlippe in Form silbergrauer, perlmutterglänzender Streifen zeigt. Therapie: Injektion einer 40% Lösung von Natr. kakodyl.

v. Zumbusch stellt aus der Klinik Prof. Riehls vor:

1. einen Fall von *Urticaria chronica bullosa*. Der schlecht genährte, anämische 24jährige Mann war bis vor 4 Jahren stets gesund. Damals bemerkte er das Auftreten von roten, stark juckenden Knötchen am ganzen Körper, besonders aber an den Armen und Beinen. Seit 1 Jahre traten dazu immer unter heftigem Jucken zahlreiche erbsengroße, prall gespannte Bläschen. Vor mehreren Tagen bildeten sich über Nacht spontan 2 wallnußgroße, anfangs pralle Blasen über der linken Knie Scheibe. Die Abheilung dieser Blasen und Knötchen erfolgt dabei ziemlich rasch.

2. einen 45jährigen Mann mit *Urticaria chronica perstans*, der hier in früheren Jahren bereits wiederholt gezeigt wurde, jetzt aber starke Nachschübe zeigt und zwar vorwiegend am Thorax und Rücken. In Gürtelform angeordnet sind daselbst zahlreiche, von einander scharf abgegrenzte, flache oder wenig elevierte, derbe, braune Knötchen zu sehen, die sich nur langsam, in 2—3 Wochen rückbilden und mit braunen Pigmentierungen abheilen. Das daneben sichtbare diffuse Pigment ist vom langen Arsengebrauch herrührend.

Ehrmann. Im Anschlusse an die letztthin vorgestellte Psorospermiosis Darier habe ich über die wesentliche Besserung des von mir früher demonstrierten Falles durch Lebertran gesprochen und zeige denselben heute nochmals. Die früher nässenden und mit Krusten bedeckten Stellen über den Schultern und am Rücken sind glatt, nur am Rande sind noch einzelne Knötchen vorhanden.

Neumann bespricht an der Hand von Abbildungen und Moulagen einige von ihm beobachtete Fälle von *Mykosis fungoides*. Bei dem 1. sah man neben in Schlangenlinien hinziehenden erythematösen, urticariaähnlichen Flecken verschieden große Gyri mit stärkerer Schuppenbildung wie bei Psoriasis, auf anderen solchen Infiltraten auch an ihrer Basis eingeschnürte Tumoren; in einem zweiten Falle waren Tumoren, die das Aussehen von Gummata hatten und auch einen Arzt veranlaßten, dem Mädchen ein Kur in Hall zu empfehlen; weiter sah Neumann einen Fall, bei dem Tumoren wie Pilze aufschossen, mit hämorrhagischem Inhalt, welcher die Epidermis blasenförmig abgehoben hatte; in einem dritten Falle erschien die Krankheit wie eine *Urticaria figurata* und später erst traten Geschwülste auf, endlich bespricht Neumann einen Fall, bei dem auf ekzematösem Boden Geschwüre erschienen.

Einen interessanten Befund bot auch ein Grieche; derselbe hatte über die ganze Haut zerstreut große, dunkelrote Flecken, andere bereits abgeblaßt und von einem peripheren, mehr braunen, schuppigen Ring umgeben. Daneben bestanden an den Fußsohlen und Handrücken knotige, dunkelbraune bis violette Tumoren, über deren Diagnose als multiples Pigmentsarkom kein Zweifel obwalten kann. Ein anderer Fall ist noch erwähnenswert, der am Stamm und den Extremitäten zahlreiche, weiche, schwammartige Tumoren hatte; dieselben waren im Zentrum eingesunken und mit flüssigem hämorrhagischen Inhalt erfüllt. Diese Form führte bald, im Zeitraume von 4 Wochen zum Exitus.

Kreibich beobachtete auch einen Fall von Mykosis fungoides im Stadium der flachen Infiltrate. Der Unterschied zwischen dem peripheren Infiltrat und der zentralen Rückbildung war dabei so scharf, daß die Herde stellenweise sehr an Lichen ruber planus erinnerten. Ähnliche ringförmige Randinfiltrate zeigte auch die von mir in Karlsbad vorgestellte Patientin. Ein anderer Patient unserer Klinik hatte 3 Jahre vor der Spitalsbeobachtung auch figurierte, schuppende Erytheme.

Weidenfeld. Ein vor einigen Monaten hier aufgenommenener Mann hatte fast universell solche scheibenförmige und girierte Infiltrate. Vor 3 Jahren zeigte er Symptome, die ganz anders gedeutet wurden; deutliche Blasen mit einem Blasensaum, so daß damals die Diagnose Pemphigus gestellt wurde, weiter ein Beweis, wie vorsichtig diese Diagnose manchmal zu stellen ist.

Neumann demonstriert ferner: 1. einen 35jährigen Tagelöhner mit Lupus serpiginosus faciei. Die rechte Gesichtshälfte vom Jochbogen bis zum Unterkieferwinkel eingenommen von einem bläulich lividen Herde, dessen Peripherie von bogenförmig angeordneten linsens- bis erbsengroßen Knötchen gebildet ist. Im Zentrum des Herdes bläulich-weiße, glatte, glänzende Narben, in die einzelne braunrote Knötchen eingeprengt sind.

2. Einen 31jährigen Hilfsarbeiter mit Gummata cutanea des Unterschenkels. Am lichten Unterschenkel eine flachhandgroße Stelle, welche im Zentrum narbig vertieft ist. Oberhalb derselben mehrere hellerkreuzergroße Substanzverluste, kreisrund, mit steilen, trichterförmigen Rändern und speckig belegter Basis. An der Glans penis mehrere bogenförmig angeordnete braunrote Infiltrate von eigenthümlichem Glanz und mäßiger Schuppung.

3. Einen 30jährigen Kommis, dessen rechter Unterarm entsprechend einem Lymphgefäße der Haut drei bläulich livide Knoten trägt, die zentral zerfallen sind. Die daraus entstandenen Geschwüre sind unregelmäßig begrenzt, mit unebener Basis und weithin unterminierten zugespitzten Rändern. Am rechten Oberarm eine guldengroße, zentral depigmentierte, an der Peripherie sepiabraun pigmentierte strahlige Narbe.

Am Halse unter dem Unterkiefer 3 Plaques von Herpes tonsurans.

Vor 4 Jahren wurde Patient in Paris mit Jodtinktur und grauer Salbe behandelt. Aus der strahligen Beschaffenheit der Narbe und dem klinischen Charakter der Geschwüre wurde die Diagnose Skrophuloderma gestellt.

4. Einen 40jährigen Mann mit Psoriasis vulgaris und Lues. Derselbe war im September d. J. bereits mit Psoriasis vulgaris, Sklerosennarbe, Papeln am Genitale, Alopecia specifica und Psoriasis palm. et plant. an der Klinik in Behandlung. Die Krankheitsdauer der Syphilis wurde damals mit zirka 4 Monaten bemessen. Patient verließ damals auf eigenes Verlangen unbehandelt das Spital. Bei der Aufnahme am 3. November zeigte Patient noch eine Sklerosennarbe an der Peniswurzel, universelle Lymphdrüsenanschwellung, speckig belegte Plaques an den linken Tonsillen, Rhagaden an den Mundwinkeln. Am Stamm und an den Streckflächen der Extremitäten und an der Stirn rotbraune, teilweise konfluierende, trockene, glänzende Effloreszenzen, die nur teilweise von silberweißen Schuppenauflagerungen bedeckt sind, nach deren Abkratzung das punktförmig blutende Korium frei zu Tage liegt. An den Hohlhänden und Fußsohlen rostbraune, linsens- bis hellergröße, teilweise von Schuppen bedeckte Effloreszenzen, die stellenweise gruppiert erscheinen.