wege, teils auf dem Landwege durch die französischen Truppen Karls V. nach Süditalien verschleppt wurde. In Indien und auf den Südseeinseln findet sich die Syphilis erst nach der Ankunft Vasco de Gamas. Bezüglich der Syphilis in China tritt Dohi der Ansicht anderer Forscher bei, daß dieselbe in Kanton im Anfang des 16. Jahrhunderts (1504—1505[?]) zuerst auftrat, glaubt aber, daß sie dorthin nicht direkt durch die Portugiesen, sondern durch die mit diesen Handel treibenden Chinesen selbst eingeschleppt wurde, besonders durch die innigen Handelsbeziehungen in Malakka. Von dort aus scheinen auch die Japaner im Jahre 1512 ihre Syphilis bezogen zu haben, und zwar durch die Lequearer und durch die Seeraub betreibenden Bewohner der südlichen Küstenstriche Japans. Jedenfalls erfolgte die erste Ankunft der Portugiesen in Japan erst 1543, also mehr als 30 Jahre später als die erste Syphilisepidemie in Kyoto.

Walther Pick (Teplitz).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis.

I. Allgemeines, Experimentelles, Diagnostik, Serologie.

Schwab, M. Schutz den hereditär Syphilitischen! Zentralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 13. p. 323.

Anregung für die öffentlichen Anstalten und das Fürsorgewesen, das Schicksal der hereditär syphilitischen Kinder in ihre Hand zu bekommen. Sonst nichts Neues. Martin Friedmann (Breslau).

Blaschko. Anleitung zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 5.

Alle wichtigen Punkte des Themas berührende, merklblattartige Darstellung. Kurt Wiener (Breslau).

Hubert. Ein weiterer Beitrag zur Häufigkeit der Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 22. p. 619.

Die Lues ist eine sehr häufige Erkrankung der Großstadt. Unter dem Krankenhausmaterial der Rombergischen Klinik in München betrug sie 10,3%, wobei sicher diese Zahl zu niedrig ist. Lues latens ist sehr häufig, schwer erkennbar, häufig nur durch die Wassermannsche Reaktion diagnostizierbar. In den ersten vier Jahrzehnten ist die Lues unter den Frauen häufiger als unter den Männern (Kriegsfolge?). Auch im höheren Alter kommt die Lues noch ziemlich häufig zur Beobachtung. Die Tuberkulose ist nur um 3,6% häufiger als die Lues.

Alfred Perutz (Wien).

Morin, Ch. Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Revue médicale de la Suisse romande. 1920. p. 92.

Verf. empfiehlt im wesentlichen eine energische Behandlung der Kranken und Belehrung der Infizierten über die Gefahren des Verkehrs und der Krankheiten. Daneben soll die individuelle Prophylaxe möglichst gefördert werden. Von Zwangsmaßnahmen will er abstrahieren, da sie die Venerischen nur dem Kurpfuschertum in die Hände treiben.

Morin gibt des weiteren Auskunft über die Behandlungsmöglichkeiten der Geschlechtskranken in Genf und perhorresziert die Abendsprechstunden in den Polikliniken, die er für Genf nicht wünscht.

Max Winkler (Luzern).

Pick, W. Die Simulation von Geschlechtskrankheiten. Med. Klin. 1917. Nr. 6. p. 148.

Pick berichtet über folgende Simulationen von Geschlechtskrankheiten, die nach den Angaben des Verf. recht häufige Vorkommnisse darstellen: I. Künstlicher Tripper meist durch Einbringen von Seifenstückchen in die Harnröhre hervorgerufen, aber noch andere Ätzmittel werden verwendet. II. Künstliche Balanitis durch Cantharidenpflaster. III. Künstliches Ulcus molle durch Salben mit wasserlöslichem Quecksilberzusatz. IV. Künstliche Initialsklerose durch Salben mit starkem Laugengehalt. V. Künstliche sekundäre Syphilis durch Cantharidenpflaster, geriebenen Knoblauch usw. VI. Künstliche tertiäre Syphilis durch Laugenverätzungen.

Pick geht sorgfältig bei den einzelnen simulierten Krankheitsbildern auf die Differentialdiagnose ein.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Zieler. Die frühzeitige Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 6. p. 148.

Merkblatt für Truppenärzte. Im Original nachgelesen.

Alfred Perutz (Wien).

Zieler. Wann dürfen „geschlechtskranke“ Mannschaften usw. beurlaubt werden? Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 7. p. 189.

Merkblatt für Truppenärzte. Jeder, der an einer Geschlechtskrankheit leidet oder gelitten hat, kann beurlaubt werden, wenn er geheilt oder zur Zeit nicht mehr ansteckungsfähig ist.

Alfred Perutz (Wien).

Lesser, E. Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 23.

Würdigung der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Kampfkraft der Truppe. Verneint die Behandlungsmöglichkeit bei der Truppe. Empfiehlt das Condom unter Kriegsverhältnissen zur allgemeinen prophylaktischen Anwendung im Heere, ferner Beläh-

rung der Mannschaften sowie bes. strenge Maßnahmen zur Entfernung der Infektionsquellen von Kneipen und Straße (Kellnerinnen, Prostituierte) und deren ärztliche Überwachung.

Kurt Wiener (Breslau).

Schnyder, W. R. Die Geschlechtskrankheiten in der schweizerischen Armee während der Mobilmachung, zusammengestellt an Hand des Materials der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 51 und 52.

Verf. hat das Material der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn vom 12. VIII. 1914 bis 1. I. 1918 statistisch gesiebt und kommt zu folgenden Resultaten:

In der E. S. A. Solothurn wurden in toto 3709 geschlechtskranke Soldaten verpflegt, davon litten 700 an Syphilis und 3009 an Gonorrhöe. Das Verhältnis Lues zu Gonorrhöe beträgt ungefähr 1:4. Der Zugang an Geschlechtskranken beträgt etwa 9% der Gesamtheit der in Solothurn verpflegten Soldaten. Die durchschnittliche Behandlungszeit beträgt für Gonorrhöekranke 44 Tage, für Lueskranke 37 Tage. Die Gesamtzahl der Verpflegungstage 183 021. Der Ausfall für die Armee beläuft sich auf 227 614 Tage.

An Lues I litten 262, an Lues II 279, Lues III 26, latent waren 133. An akuter Gonorrhöe litten 64%, an chronischer Gonorrhöe 36%. Groß war die Zahl der gonorrhöischen Komplikationen, nämlich 33%, wovon 21% eine Epididymitis durchgemacht haben. Außerdienstlich haben sich 66% Gonorrhöiker und 76% Luetiker infiziert. Am meisten kamen größere Städte und kleinere, längere Zeit mit Truppen belegte Bezirke als Infektionsquelle in Betracht. Nach Verf. stellen die angeführten Zahlen Minimalzahlen in bezug auf das wirkliche Vorkommen der Geschlechtskrankheiten in der schweizerischen Armee dar. Approximativ schätzt Schnyder die Zahl der Geschlechtskranken im Auszug in den Jahren 1916—1917 auf 20‰.

Zum Schlusse werden Vorschläge gemacht zur Bekämpfung der venerischen Leiden während der Friedens- und Kriegszeit, wobei in erster Linie die Prophylaxe berücksichtigt wird. Max Winkler.

Schultren. Abwendung der gesundheitlichen Gefahren der Demobilmachung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 5.

Von dermatologischem Interesse ist die mitgeteilte Absicht, geschlechtskrank seit dem 1. XI. 1918 ohne Untersuchung entlassene Soldaten militärischerseits ambulant zu behandeln. Ferner ist der Entschluß von Bedeutung, daß die Militärbehörden der Namhaftmachung der geschlechtskrank gewesenen Leute an die Landesversicherungsanstalten zustimmen. Kurt Wiener (Breslau).

Kafemann, R. Das Problem des persönlichen Syphilisschutzes und seine Lösung. Med. Klin. 1918. Nr. 3. p. 58.

Kafemann empfiehlt ein neues Präparat zur persönlichen

Syphilisprophylaxe, das Trisalven; die eigentlichen Desinfizienzien des Präparates sind Sublimat und Phenolcampher.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schereschewsky, J. Praktische Ergebnisse der Chinin-Luesprophylaxe in der Armee. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 32. p. 752.

Schereschewsky empfiehlt seine schon früher angegebene hochwertige Chininsalbe. Während des Krieges hatte er Gelegenheit, sich von ihrer guten Wirkung zu überzeugen. Von den zahlreichen Chauffeuren einer in einer stark luesdurchseuchten Stadt sich aufhaltenden Sanitätsautomobilkolonne erhielt eine Hälfte die S.sche Salbe, die andere nicht. Unter letzteren weiter vielfache Ansteckungen, unter ersteren keine einzige. Die gleiche Beobachtung bei etwa 100 Offizieren. Ein Schutzbesteck, das diese Chininsalbe (ihre Zusammensetzung ist in der Arbeit nicht angegeben) außer einem Gonorrhöeprophylacticum enthält, ist in Vorbereitung.

Krakauer (Breslau).

Werther. Die Aufstöberung der unerkannten Syphilis und die Vorteile, welche die Angliederung der Beratungsstellen an Fachabteilungen der Krankenhäuser hat. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 11. p. 288.

Anregung zur Gründung von Beratungsstellen an Krankenhäusern.

Alfred Perutz (Wien).

Müller, Max (Metz). Der Behandlungsschlendrian auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 16. p. 428.

Ursache der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ist unter anderem auch die mangelhafte Behandlung derselben, bedingt durch mangelhafte Ausbildung. Propagierung „ärztlicher Wanderkurse“.

Alfred Perutz (Wien).

Zumbusch. Geschlechtskrankheitenbekämpfung und Strafrecht. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 2. p. 47.

Im Original nachzulesen.

Alfred Perutz (Wien).

Schmalz, Wilhelm. Über die Einschleppung von Geschlechtskrankheiten und Malaria durch unsere aus Rußland heimkehrenden Gefangenen. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 11.

In Rußland hatte die Syphilis während des Krieges teils durch die Indifferenz und abergläubischen Anschauungen des Volkes, teils durch den Mangel und die Teuerung der Medikamente erschreckend zugenommen. Die Revolution, die unseren Gefangenen daselbst Freiheit im Verkehr mit Einheimischen gewährte, brachte ihnen zugleich die Möglichkeit der Infektion. So kam es, daß zahlreiche deutsche Gefangene geschlechtskrank aus Rußland heimkehren, und Verf. fordert mit Recht deren sorgfältige militärärztliche Untersuchung und Behandlung zum Schutze ihrer Familien. Ähnlich ver-

hält es sich mit den Erkrankungen an Malaria, die in vielen Gegenden Rußlands endemisch ist. Auch hier ist eingehende Untersuchung und vorschriftsmäßiger Chiningebrauch nötig. Max Joseph (Berlin).

Kaulla. Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 791.

Einführung des militärischen Kontrollsystems bei der bürgerlichen Polizei bei den weiblichen Prostituierten und bei den Ausländern. Alfred Perutz (Wien).

Güth, Georg. Neuordnung der Sittenpolizei. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. 1919.

Angesichts der neuzeitlichen Wesenszwecke der Sittenpolizei, gesundheitliche Überwachung und soziale Rettung der Prostituierten, wünscht Güth eine völlige Umgestaltung dieser Behörde bis auf den Namen, der irreführend geworden ist. Das Gesundheits- bzw. Pflegeamt sei auch räumlich von der Kriminalpolizei abzusondern, der Medizinalpolizei anzugliedern und einem verwaltungstechnisch ausgebildeten Arzt zu unterstellen. Für die Unterbringung gefährdeter Mädchen behufs Erziehung, Bewahrung und Berufsausbildung sei amtliche Vorsorge zu treffen. Die ordnungs- und anstandspolizeilichen Vorschriften sind aus dem Kontrollreglement auszumerzen, die Registrierung diene nur hygienischen Zwecken.

Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Die Disziplinierung der Prostitution, ein neues System zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. 1920. Nr. 3 u. 4. p. 53.

Verf. sammelte seine Erfahrungen im Kriege als militärärztlicher Leiter einer Zentraluntersuchungsstelle für die geschlechtskranken Soldaten und zugleich Chefarzt der Sittenpolizei und des Dirnenkrankenhauses in Warschau.

Er fand, daß viele Dirnen, die weichen Schanker übertragen hatten, klinisch gesund waren, aber im Harnröhren- und Portiosekret Ducrey-Bacillen fast in Reinkultur aufweisen. Waschungen mit Kal. hyp., Einfetten der Geschlechtsteile mit Vaseline erwiesen sich als sicherer Schutz; gleichzeitig nahm die Krankheit unter Soldaten und Bevölkerung ab. Auch bei der Gonorrhöe erwies sich die Durchführung der bisher so vernachlässigten prophylaktischen Behandlung des Weibes als sehr nützlich. Die Frauen spritzten mit einer Gummiballonspritze (Ohrenspritze) 5proz. Protargolzuckerlösung in die Urethra ein; die Technik erlernten sie sehr rasch und sicher, was auch bei der Behandlung ein großer Gewinn war. Gegen die Cervixinfektion erwies sich Spülung mit Kal. hyp. als sehr zuverlässig und ausreichend; Dirnen mit 20—30 Besuchern täglich blieben go.-frei. Okklusivpessare waren zwar wirksam, bewährten sich aber praktisch nicht.

Bezüglich der Syphilis rechnete man in Warschau, daß innerhalb dreier Monate nach Prostituierung Erkrankung eintrete. 150

noch nicht infizierte Frauen erhielten nun monatlich je einmal Neo-Salvars. Dos. IV; 110 Dirnen konnten klinisch und serologisch 9 bis 12 Monate untersucht werden, 2 davon bekamen Wa.R. +, allmählich ebenso eine dritte, die einwandfrei als Infektionsquelle angegeben war; 107 blieben gesund und wurden nicht als Infektionsquelle angegeben. Von den Frauen ohne Prophylaxe waren die meisten in 6 Monaten infiziert. Die Unterdrückungsmöglichkeit der Absteckung wurde folgendermaßen geprüft: eine Gruppe infizierter Frauen erhielt monatlich Neo-Salv. Dos. IV, eine andere vierteljährlich eine Hg-Kur von 5 Hg salic. Spritzen. Die erste Gruppe blieb größtenteils rezidivfrei und wurde selten als Infektionsquelle angegeben, obwohl die meisten Wa.R. + hatten. Bei der zweiten Gruppe sehr oft bald nach Kurende klinische Rezidive und häufige Meldung als Infektionsquelle. Sorgfältig durchgeführt wurde die persönliche Prophylaxe mit Hilfe eines Merkblatts und eines obligatorischen Taschenbestecks, das Kal. hyp., Protargol, Spritze, Condome, Sublimatvaseline enthält; dazu Unterweisungen und Überwachungen bezüglich des Gebrauchs und der Vollständigkeit. Diese Maßnahmen fanden auch bei der Geheimplöstitution in Warschau Anklang und Nachahmung. L. möchte, von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß der junge Mann gewöhnlich mit Prostituierten zuerst geschlechtlich verkehrt, die prophylaktischen Maßnahmen bei den Dirnen, sowie die Aufklärung soweit ausdehnen und befestigen, daß diese auch imstande sind, auf den Mann belehrend einzuwirken! Dann würden auch die Gegner der Reglementierung — ein Wort, das er durch Disziplinierung ersetzt wissen will — dieser nicht so ablehnend gegenüberstehen. Gelten dann einmal die prophylaktischen Maßnahmen als etwas Selbstverständliches, so wird man auf diesem Wege zum Abolitionismus gelangen können. Anzeigepflicht der Infektionsquelle seitens der Ärzte muß erstrebt werden, natürlich nur zum Zwecke der Behandlung. Aber die Reglementierung kann nicht entbehrt werden; nur muß die bisherige Dirnenüberwachung verwaltungstechnisch und ärztlich von Grund auf geändert werden. Krakauer (Breslau).

Oelze, F. W., Über die Spirochätenbefunde von Karl Spengler und S. Fuchs- v. Wolfring, nebst Bemerkungen über die Methodik der Spirochaetenuntersuchungen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 50. p. 1186.

Den im Anfang der Arbeit ausführlich zitierten Ansichten von Karl Spengler und Fuchs- v. Wolfring, (daß nämlich die Spiroch. pallid. nur eine Wuchsform eines sehr formvariablen Stäbchens sei, dessen andere Formen Ovoidsporen, Syphilisgranula, Scheinfäden, Refringensformen sind; daß ferner aus einem Blutkoagulum oder dem Venenblut eines Kranken, evtl. nach Anreicherung, im Dunkelfeld und Giemsapräparat sich eine lebhaft Anreicherung von Spirochäten und anderen Wuchsformen im syphilitischen Blut

feststellen läßt und daß 164 Paralleluntersuchungen in Letulles Pariser Institut die große Überlegenheit dieser Methode auch über die Wa.R. festgestellt haben), diesen Ansichten stellt Ö. die Hoffmannschen Forderungen für die Spiroch. pallid. und damit den Luesnachweis als für die Praxis vorläufig allein zu Recht bestehend gegenüber. Jedoch ganz anders ist die theoretische Wertung für die Spirochätenforschung zu beurteilen. Sie würden umwälzend wirken, wenn sie der Nachprüfung standhalten. Für diese kommen in erster Linie Dunkelfelduntersuchungen in Betracht. Aber hierbei ist auf die allersorgfältigste Technik und modernste Apparatur — gewöhnliche Dunkelfeldvorrichtungen reichen nicht aus — Bedacht zu nehmen. Bei Schilderung der gewonnenen Ergebnisse ist genaue Angabe der Mikroskopeinrichtungen unerlässlich, zumal Dunkelfeldmikroskope am wenigsten objektähnliche Bilder liefern. Auch die Mikrophotographie mit Messungen ist heranzuziehen. Verf. weist dabei auf seine Erfahrungen in der theoretischen Spirochätenforschung hin, die er als Zoologe sammeln konnte. Zum Schluß ist eine Arbeit von L. C. Quéry, Paris 1919, erwähnt, die ebenfalls den Syphiliserreger als gramnegatives Stäbchen auffaßt, das sich leicht in Reinkultur züchten läßt und äußerst polymorph ist; es bildet Fäden, aus denen Spirochäten werden. Aus den Kulturtoxinen gewann Q. durch Einspritzung an Affen ein ausgezeichnetes Serum.

Krakauer (Breslau).

Loewenberg, Paul. Über Konservierung und Versendung von spirochätenhaltigem Reizserum in Capillarröhrchen zwecks Frühdiagnose des Lues. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 30. p. 705.

Die Spiroch. pallid. hält sich, wenn man das Reizserum in Capillarröhrchen, am besten in NaCl-Lösung, auffängt, in der Mehrzahl der Fälle zumindestens 3—4 Tage lang sicher erkennbar.

Krakauer (Breslau).

Oelze, F. W. Über Entnahme und Transport von Spirochätenserum mittels Kanülen aus Glas. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Oelze konstruierte sich zum Entnehmen von Spirochätenserum folgenden einfachen und praktischen Apparat: Auf den Metallteil einer alten Kanüle wurde ein passendes Stück Glasrohr aufgesetzt, dasselbe über der Bunsenflamme zu einer Capillare von 8 cm Länge, 1 mm Dicke, $\frac{1}{2}$ mm lichter Weite ausgezogen, der Kanülenhalter auf eine 2 oder 5 ccm Injektionsspritze aufgesteckt und der Metallteil über der Flamme erwärmt. Etwas Siegellack auf den Metallteil gebracht, vollendet die Capillare, mit welcher nun ein vorher gereinigtes Ulcus untersucht, physiologische Kochsalzlösung eingespritzt und Serum aus dem Ulcus auf den Objektträger gebracht werden kann. Will man das Serum versenden, so läßt sich die gefüllte Capillare leicht in der Nähe der Basis zuschmelzen. Max Joseph (Berlin).

Habermann, R. und Manelshagen, F. Die Bedeutung der Hoffmannschen Drüsenpunktion für die Früherkennung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 21.

In der Hoffmannschen Drüsenpunktion, welche in den geschwollenen, dem Primäraffekt nahen Drüsen die Spirochäten nachweisen läßt, fanden Habermann und Manelshagen eine vorzügliche Methode zur Frühdiagnose der Syphilis. Die Probe bewährte sich, auch wo bei Mischinfektionen oder unzweckmäßig verätzten Ulcera der Spirochätennachweis im Reizserum mißlang. Die Geschwürspunktion wurde bei 20, die Drüsenpunktion in 33 Fällen von primärer Syphilis vorgenommen und erwies sich als ein einfacher wenig schmerzhafter aber diagnostisch überaus wertvoller Eingriff.

Max Joseph (Berlin).

Schereschewsky, J. Mikroskopische Frühdiagnose der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 23.

Schereschewsky weist an einer eignen Beobachtung nach, wie schwer oft die Spirochäten an der Stelle des Primäraffekts festzustellen seien. Zur Entnahme des Materials erprobte er die Pasteurische Capillarpipette mit Gummiball als einen praktischen Apparat. In die Capillare werden 3—4 Tropfen Kochsalzlösung aufgenommen, die sklerotische Partie bis zu leichter Blutung abgekratzt, durch Druck auf den Gummiball die Kochsalzlösung auf die erodierte Stelle gespritzt, der Materialkochsalztropfen mit einer U-förmigen Syphoncapillare aufgesaugt, das offene dünne Ende über einem Bunsenbrenner und in gleicher Weise das Knie des U-Rohres in der Mitte zugeschmolzen, so daß das Spirochätenmaterial vor Luft und Austrocknung geschützt ist. Die Kochsalzlösung verhindert ein Gerinnen. Verf. sah bei dieser Methode die Spirochäten mehrere Wochen lang in Bewegung und unverändert in den Präparaten.

Max Joseph (Berlin).

Hauptmann. Neuere Spirochätenforschungen bei Paralyse. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 22.

Bericht über die Forschungen der letzten 2 Jahre. Mit größter Wahrscheinlichkeit beherbergt jedes Paralytikergehirn Sp., und zwar fast ausschließlich in der Rinde, besonders der vorderen Großhirnpartien. Sie sind selten in der 1. Rindenschicht und in der Pia. Sie kommen diffus oder in kugeligen Herden vor, in deren Zentrum sie schwächer färbbar, dünner, unregelmäßiger gewunden sind (Schatten). Eine Parallele zwischen Zahl der Sp. und histologischer Veränderung ist bisher nur sehr unvollkommen auffindbar. Die Sp. dringen selten in Ganglienzellen ein. Gelegentlich sind sie in der Gefäßwand, manchmal um diese herum, selten im Gefäßlumen zu finden. Vielleicht wandern sie in der Gefäßwand oder auch in den Gefäßen. Die Gefäße zeigen meist keine endarteriitischen Veränderungen. Verf. erwähnt dann Beobachtungen von Lahnelt und Sioli über Deformierungen der Sp. Vielversprechend erscheinen

Tierexperimente zur Entscheidung der Frage, ob Paralysepirochäten besonderen Gesetzen gehorchen. Die nächste Aufgabe soll der Spirochätennachweis im Zentralnervensystem sekundär Syphilitischer sein und die Beziehungen der Spirochäten zu den frühen Veränderungen sollen erforscht werden. So sollen die Wege der Sp.-Wanderung von Anfang an aufgeklärt und die für die Therapie wichtige Frage gelöst werden, ob wir es bei der Hirnlues mit mesodermal verteilten und bei der Paralyse mit ektodermal verteilten Sp. zu tun haben. Kurt Wiener (Breslau).

Saalfeld, Edmund. Aus der Syphilispraxis. Med. Klin. 1919. Nr. 13. p. 284.

Saalfeld betont die Wichtigkeit der Spirochätenuntersuchung bei auf Primäraffekt verdächtigen Krankheitsherden. Er bemerkt, daß die Syphilisbehandlung in den letzten Jahren schwieriger geworden sei und ihre sachgemäße Kenntnis offenbar nicht so verbreitet, wie es im Interesse der Patienten und im sozialen Interesse läge. Auch die Bewertung der Wa.R. lasse oft viel zu wünschen übrig. Er fordert, um die Sicherheit der Wa. zu erhöhen, die staatliche Kontrolle der dabei verwandten Reagentien.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Ebeler, F. Zur Technik der Blutentnahme. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1915. Nr. 1.

Venenpunktionsnadel, die in einen federnden Halter hineingesteckt wird, der das Glas fixiert. Zu beziehen durch Vogel-Grevenberg, Köln, Herzogstraße 9. Kurt Wiener (Breslau).

Citron, H. Über Saugbälle und deren Ersatz. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1920, 3.

Thermosauger, beruhen auf einer Anwendung von erwärmten Glaskugeln zur Erzeugung eines Vakuums bei Sauglocken und Pipetten. Kurt Wiener (Breslau).

Schippers, G. C. Über den Wert der Luetinreaktion für die Kinderpraxis. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 239.

Die Luetinreaktionen mit dem Noguchischen Luetin wurden an 20luetischen Kindern im Alter von 3 Monaten bis 15 Jahren und an 54 nichtluetischen Kindern im Alter von 2 Monaten bis 11 Jahren angestellt. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die Luetinreaktion für die Kinderpraxis nicht zu empfehlen sei, weil

1. diese Reaktion nicht genügend zuverlässig ist: in ca. 66% negativ bei Lues, in ca. 6% positiv bei Nichtlues;
2. die Beurteilung zuviel Zeit beansprucht; wenigstens 8 Tage;
3. die Beurteilung zuviel Erfahrung erfordert, die außerhalb der vielbesuchten Polikliniken und Kliniken wohl schwer zu erwerben ist;
4. die Reaktion negativ ist bei stark heruntergekommenenluetischen Kindern und oft positiv resp. zweifelhaft bei exsudativen Kindern. Martin Friedmann (Breslau).

Friedjung, J. K. Ärztliche Winke für die Überwachung der kindlichen Sexualität. Med. Klin. 1918. Nr. 19. p. 464. Lesenswerte Arbeit, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Emmerich, E. und Hallenberger, O. Sind Trypanosomiasis und Syphilis verwandte Krankheiten? Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1919. p. 1.

Nach den klinischen und anatomischen Bildern bei experimenteller Trypanosomiasis und Syphilis, die nach den Verf. in jeder Beziehung eine auffallende Übereinstimmung zeigen, dürfte eine nahe Verwandtschaft der beiden Krankheiten wohl angenommen werden, wenn nicht, besonders am Zentralnervensystem, neben gemeinsamen Zügen die natürlich erworbenen Krankheiten so einschneidende Unterschiede zeigten, die ebenso stark gegen eine Verwandtschaft sprechen. Der Beweis, daß Trypanosomen und Spirochäten verwandt sind, ist noch nicht erbracht. Erst der einwandfreie Nachweis, daß dies tatsächlich der Fall ist, wird die Frage endgültig entscheiden können.

Martenstein (Breslau).

Georgi, Dr. W. Studien über das serologische Verhalten der „Hammelblutrezeptoren“ in den Organen. Arb. a. d. Inst. f. exp. Therap. usw. 1920. Heft 9. p. 31.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. H. Biberstein (Breslau).

Golay, J. Vereinfachte Fixationsreaktion mit antimenschlichem hämolytischen System. Revue médicale de la Suisse romande 1919. Nr. 10.

Golay empfiehlt ein vereinfachtes Verfahren als Ersatz für die Wa.R., das sich an die Methode von Noguchi anlehnt. Als Antigen dient alkoholischer Leberextrakt von hereditärluetischen Kindern. Als Ambozeptor wird Kaninchenserum verwendet, das durch wiederholte intraperitoneale Injektionen von menschlichen roten Blutkörperchen hämolytische Eigenschaften gegen letztere erworben hat. Details sind im Original nachzulesen.

Verf. hat 100% positive Resultate bei nicht behandelter Lues II und 100% negative Resultate bei nicht spezifischen Krankheiten bekommen. Bei den übrigen Fällen stimmte das Resultat nur in 8% nicht mit demjenigen der Wa.R. überein. In diesen Fällen war der Unterschied nicht qualitativ, sondern nur graduell. Im ganzen soll die Reaktion etwas empfindlicher sein als die Wa.R. und wird hauptsächlich dem Praktiker empfohlen, da sie weniger zeitraubend sei und nicht so viele technische Hilfsmittel verlange.

M. Winkler (Luzern).

Goutzait, P. Über die albumino-zytologische Dissoziation der Lumbalflüssigkeit bei Tabes und Paralyse. Schweizerische Rundschau für Medizin 1919. Nr. 23. p. 453.

Verf. hat in der medizinischen Klinik in Genf 19 Fälle von Tabes und 15 Fälle von Paralyse auf das Verhalten des Eiweißes

und der Zellreaktion in der Lumbalflüssigkeit untersucht und gefunden, daß häufig eine Dissoziation bestehe, d. h. daß der Gehalt an Eiweiß und Zellelementen nicht parallel verläuft. Zunächst wurde der normale Gehalt festzustellen gesucht. Verf. schätzt den Eiweißgehalt auf 0,05% und den Zellgehalt auf 1—1½ Zelle auf 1 cmm.

Bei Tabes wurde ein Vorwiegen des Albumens über die Zellelemente und bei Paralyse ein Überwiegen der Zellelemente über den Eiweißgehalt in der Mehrzahl der Fälle festgestellt. Diese Differenzen werden so erklärt, daß bei der Tabes infolge der Sklerose der hintern Wurzeln eine Stauung zustande komme und damit eine Hyperalbuminurie, während bei Paralyse, wo eine Meningo-Encephalitis bestehe, ein stärkerer Austritt von Zellelementen stattfinde.

Max Winkler (Luzern).

Loewy, E. Wann soll man eine Lumbalpunktion machen? Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 23.

Die Lumbalpunktion soll nie ambulant gemacht werden, der Patient soll danach 24—48 Stunden ruhig liegen. Verf. empfiehlt Seitenlage und Anwendung einer Kanüle mit Möglichkeit der Druckmessung vor Ablauf der ersten Liquortropfen. Von dermatologischem Interesse sind die Ausführungen über die diagnostische Punktion zur Kontrolle der Luesbehandlung, die sich an die Ausführungen von F. Plant. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. 17. H. 5. p. 385.) anlehnen

Kurt Wiener (Breslau).

Löwy, Julius. Über die reduzierenden Substanzen des Liquor cerebrospinalis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. LXXXIII. p. 289. 1916.

Der Zuckergehalt des Blutes ist bei demselben Patienten immer höher als der der Lumbalflüssigkeit. Bei chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems schwankt der Zuckerwert zwischen 0,08 bis 0,1%. Ein Teil des vorhandenen Zuckers ist wahrscheinlich direkt auf entzündliche Prozesse im Zentralnervensystem zurückzuführen. Bei starker Hyperglykämie ist auch der Zuckergehalt des Liquor erhöht. Aceton und Atcetessigsäure gehen in den Liquor über. Ein glykolytischer Prozeß ist nicht nachweisbar.

Kurt Wiener (Breslau).

Pappenheim, Martin. Über Druckmessung bei der Lumbalpunktion. Med. Klin. 1918. Nr. 45. p. 1111.

Pappenheim rät bei Lumbalpunktionen auch die Druckmessung vorzunehmen. Er gibt genau die dazu erforderliche Technik an.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Amstad, R. Über die Bedeutung und Notwendigkeit der Lumbalpunktion bei Syphilitikern. Schweizerische Rundschau für Medizin 1919. Nr. 24. p. 473.

Verf. hat das Material der dermatologischen Klinik in Bern auf das Verhalten des Liquors bei Syphilitikern untersucht und gefunden, daß schon im ersten Stadium der Lues bei 9 von 57 Patienten eine

leichte Pleocytose und Opalescenz nachweisbar waren. Die Wa.R. war negativ, während sie im Blutserum zum Teil partiell, zum Teil ganz positiv war. Im II. Stadium fanden sich bei 59% der Fälle Veränderungen im Liquor. In 47% der Fälle gingen gleichzeitig klinische Erscheinungen von seiten des Nervensystems einher. Im III. Stadium zeigten nur noch 22% und im Latenzstadium 9% positive Resultate. Bei Tabes war die Wa.R. im Liquor stets positiv.

Verf. betont die absolute Notwendigkeit der Liquoruntersuchungen bei Lues. Es dürfe kein Luetiker aus der Behandlung entlassen werden, bevor diese Untersuchung gemacht worden sei. Erst wenn alle 4 Reaktionen negativ sind und es bei wiederholter Untersuchung bleiben, dürfe eine Lues als geheilt angesehen werden.

Max Winkler (Luzern).

Halbey. Die Torday - Wienerische Reaktion (Gold-Cyan - Aldehyd - Essigsäurereaktion) und ihre Bedeutung für die Diagnose der Syphilis. Med. Klin. 1917. Nr. 5. p. 128.

Nach Mitteilung der Technik der obengenannten Reaktion und der Mitteilung der eigenen Ergebnisse kommt der Verf. zu dem vorläufigen Schlusse, daß die Ergebnisse in der Höhe von 80% Übereinstimmung mit der Wassermannreaktion wohl berechtigen, die Methoden an sich nicht ganz zu verwerfen, daß aber zu einem abschließenden Urteil das Ergebnis weiterer Untersuchungen abzuwarten ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fehsenfeld. Erfahrungen mit der Langeschen Goldreaktion. Med. Klin. 1918. Nr. 23. p. 570.

Nach genauer Darstellung der Technik der Langeschen Goldreaktion berichtet Fehsenfeld über ihre Bedeutung. Sie erwies sich von ganz besonderem Werte bei diagnostisch unklaren Erkrankungen, wo ein Verdacht auf Paralyse oder Hirnlues nicht unbegründet war. In einer ganzen Reihe von Fällen brachte „der negative Ausfall“ der Goldreaktion die Gewißheit, daß eine Paralyse oder einluetischer Prozeß nicht bestehen konnte, was durch den Ausfall der anderen Reaktionen dann gestützt wurde. Andererseits wurde durch einen positiven Ausfall der Goldreaktion mit totaler Ausflockung die klinisch unsichere Diagnose auf Paralyse oder Hirnlues gesichert, was dann ebenfalls durch die anderen Methoden, insbesondere die Wa.R., bestätigt wurde.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Worms, Werner. Experimentelle Beiträge zur spezifischen Immunodiagnostik der Syphilis (Kutireaktion und Komplementbindung). Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXIX. H. 3/4.

Paralleluntersuchungen von Patientenseren mit der Wassermannschen Reaktion 1. mit Antigenen aus Luesorganen und 2. mit in gleicher Weise extrahierten polyvalenten Spirochäten-Kultur-

antigenen. Bei 100 Seren 87 mal Übereinstimmung, bei 13 Fällen Abweichung, wobei sich u. a. gezeigt hat, daß bei Ermittlung der klinischen Daten das Ergebnis eher zugunsten der Resultate der Kulturextrakte ausfiel.

Marg. Stern (Breslau).

Mandelbaum. Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 11. p. 294.

Die Inaktivierung der für die Wassermannsche Reaktion zu verwendenden Sera soll nicht in konzentrierter Form erfolgen, sondern in einer Mischung von 0,5 ccm Serum + 2 ccm physiol. Kochsalzlösung, so daß 0,5 ccm dieser Mischung 0,1 ccm Serum enthalten. Dadurch wird die Eigenhemmung ausgeschalten.

Alfred Perutz (Wien).

Hatzwassiliu. Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 795.

Die Mandelbaumsche Verfeinerung gibt manchmal dort Lösung, wo der Original-Wassermann Hemmung ergibt. Sie gibt aber auch Hemmungen, was in Widerspruch zu Mandelbaums Angaben steht. Sie gibt keine positiven Resultate, wo die Original-Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel. Alfred Perutz (Wien).

Selter. Zur Methodik der Wassermannschen Reaktion und die Frage ihrer Zuverlässigkeit. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 788.

Im Original nachzulesen.

Alfred Perutz (Wien).

Zieler. Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 34/35.

Zieler's Untersuchungen ergeben, daß die von verschiedenen Seiten gegen die Zuverlässigkeit der Wa.R. erhobenen Vorwürfe nur zum Teil begründet sind. Komplement-, ebenso Extrakt- und Serumverschiedenheiten bedingen gelegentlich irreführende, mitunter „falsche“ Resultate. Deshalb ist eine Auswertung der in Versuche verwendeten Reagenzien gegeneinander notwendig. Von den Methoden der Komplementauswertung scheint die von Kaup angegebene am meisten den Ansprüchen zu genügen.

Alfred Perutz (Wien).

Kraemer. Über positiven Wassermann im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41. p. 1131.

Bei je einem Fall von Meningokokken- und tuberkulöser Meningitis wurde im Liquor positiver Wassermann beobachtet. Für Lues ergab sich in beiden Fällen keinerlei Anhalt, in dem einen auch autoptisch nicht.

Alfred Perutz (Wien).

Plaut. Über positiven Wassermann im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. Bemerkungen zu dem Artikel

von C. Kraemer. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 45. p. 1247.

Es geht nicht an, die Meningitis eines Syphilitikers aus dem Grunde als syphilitisch zu bezeichnen, weil die Wassermannsche Reaktion im Liquor positiv ausfällt. Alfred Perutz (Wien).

Cornaz, G. Über Irrtümer in der Interpretation der Wassermannreaktion. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1919. Nr. 30. p. 1124.

Nachdem Verf. einige nichtluetische Affektionen erwähnt, bei denen die Wa.R. positiv ausfallen kann wie Lepra, Scharlach, Malaria, Framboesia, Recurrenzfieber, ja in vereinzelt Fällen selbst Grippe, berichtet er über 49 nichtluetische Affektionen, bei denen die Wa.R. negativ ausfiel, also 100% negative Reaktionen, die in einem eklatanten Gegensatz zu den Ergebnissen von Nicola und Gaté mit ihren 39% positiven Reaktion bei nichtluetischen stehen.

Verf. geht dann über auf einige Fälle von manifesten oder auf Lues verdächtigen Fällen, bei denen die Reaktion zuerst negativ, nach Injektion von Neosalvarsan aber positiv ausfiel. In einem Falle von Tabes wurde die Reaktion im Lumbalsekret erst positiv nach Neosalvarsan-Applikation, während das Blut negativ blieb. Cornaz schließt mit der Bemerkung, daß, wenn die Wa.R. auch nichtspezifisch sei, sie doch einen hohen Wert habe. Stets positiv, sei sie für Lues beweisend, falle sie negativ aus, so beweise das nichts, könne aber bei zweifelhaften Fällen positiv gemacht werden durch die sog. Reaktivierung, die in keinem Falle zu vernachlässigen sei. Manche verkannte Lues könne so entdeckt werden. Max Winkler (Luzern).

Kallos, I. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 42.

Dem Autor fiel die Tatsache auf, daß das in seinem Äußern sonst gar nicht veränderte Serum von einem Tag auf den andern einer beträchtlichen Säurequantumserhöhung ausgesetzt ist. Aus den Untersuchungen ging hervor, daß zwischen der Wassermannschen Reaktion und der mit Milchsäure vorgenommenen Globulinausscheidung ein auffallender Parallelismus besteht. Ein unterschiedener Zusammenhang scheint zwischen dem hohen Säuregehalt des Serums und dem des Selbstbindens zu sein. Es ist deshalb wünschenswert, vor Prüfung des Blutserums dessen Säuregehalt festzustellen und im Falle eines hohen Säuregehaltes bis zum folgenden Tage zu warten. Die Versuche des Autors begründen stark die Annahme, daß der in der Wa.R. ablaufende Vorgang nichts anderes ist als ein Globulinausschlag. Das Globulin ist in jedem Serum zu finden, nur ist dessen Verhalten gegenüber den in der Wassermannschen Reaktion vorkommenden Stoffen in dem syphilitischen Serum ein anderes als in sonstigen Seren, d. h. dasselbe hängt vom genauen Austitrieren der verwendeten Reagenzien ab.

Viktor Bandler (Prag).

Kaufmann, Wilhelm v. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion. Med. Klin. 1918. Nr. 25. p. 607.

Der erste Teil der Arbeit v. Kaufmanns beschäftigt sich mit den Erfahrungen über die zentralisierte Kontrolle der zur Wassermannschen Reaktion nötigen Reagenzien. Veranlassung für diese Untersuchungen war die Veröffentlichung über entgegengesetzte Resultate bei an verschiedenen Stellen angestellter Wassermannreaktion. Die Resultate v. Kaufmanns stammen aus dem Kaiser-Wilhelm-Institut für experimentelle Therapie, welches unter der Leitung v. Wassermanns steht. v. Kaufmann stellt im ersten Teile seiner Arbeit die Hauptfehlerquellen bei Anstellung der Reaktion zusammen.

A) Was das menschliche Serum betrifft, so sind die Ansichten über die Haltbarkeit und die beste Versendungsart des Patientenserums geteilt. Nach den Erfahrungen am Kaiser-Wilhelm-Institut schützt die Versendung mit Blutkuchen das Serum sicherer vor Infektion, so daß sich diese Art der Versendung für kurze Transporte empfiehlt. Bei längerer Transportdauer treten aber Schädigungen des Serums anderer Art auf (Auslaugen der Blutkörperchen usw.), die die Forderung nach vorheriger Trennung von Blutkuchen und Inaktivieren dringend machen. Es ist auch vom Versender anzugeben, ob das Serum inaktiviert wurde oder nicht. B) Der Verdünnung des Extraktes ist ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es hängt ganz von dem jeweilig angewandten Extrakte ab, ob der Extrakt während der Verdünnung geschüttelt werden muß oder nicht, ob die Verdünnung langsam oder schnell erfolgen soll. C) Dieser Abschnitt behandelt die Herstellung des hämolytischen Amboceptors. Die Forderung nach sehr hohen Amboceptoren ist überflüssig. Amboceptoren, die im Durchschnitt bis zu 1:1500 oder 1:2000 lösen, sind für die Reaktion völlig ausreichend. Eine staatliche Kontrolle der Amboceptoren ist dringend zu fordern. D) Komplement. Es kann nicht genügend betont werden, daß das verwandte Komplement täglich vor dem Versuche frisch entnommen wird und nach dem Zentrifugieren vollkommen klar ist. Die Abschnitte E, F, G behandeln die roten Hammelblutkörperchen, die zur Anstellung des Versuches benötigten Utensilien, den Vorversuch und Hauptversuch. Auch diese Abschnitte gehen auf technisch unerläßliche Bedingungen ein, die überall dort, wo die Reaktion angestellt wird, sorgfältigste Berücksichtigung erfordern.

Der zweite Teil der Arbeit geht auf die Möglichkeiten ein, die Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion zu steigern. Es wurde das von Kaup angegebene Verfahren nachgeprüft. Die Spezifität der Kaupschen Modifikation ist zu bejahen, doch ist die von Kaup verlangte Titrierung des Komplementes alleine doch nicht imstande, die den Antigenen innewohnenden

biologischen Verschiedenheiten völlig auszugleichen; vielmehr muß, um einen gleichmäßigen Ausfall der Reaktion zu erhalten, auch die Extraktqualität berücksichtigt werden. Versuche mit verschiedenen Extrakten ergaben, daß diejenigen Extrakte, die absichtlich stärker eingestellt waren und erheblich mehr positive Resultate ergaben, als die Extrakte des Kaiser-Wilhelm-Institutes, auch dieselben waren, die sich nicht absolut spezifisch erweisen anderen Infektionskrankheiten gegenüber. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Keresztes, M. Die Modifikation der Wassermannschen Originalmethode nach Kaup. Wiener klin. Woch. 1918. Nr. 40.

Die Modifikation, welche die Auswertung des Komplements und die Anwendung des Komplementminimums benützt, um nicht-spezifischen Bindungen aus dem Wege zu gehen, wurde vom Autor nachgeprüft und als beträchtlich empfindlicher befunden.

Viktor Bandler (Prag).

Hatziwassiliu, Gr. P. Zur Frage der Wassermannschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Der Vorteil der Kaupschen Modifikation besteht nach Hatziwassilius Nachprüfung in der Ausfiltrierung des Komplements. Dadurch wird das inkonstanteste Agens der Wa.R. verbessert und auch die Hämolyse, welche trotz Komplementüberschusses früher nicht zu verhüten war, vermieden. Die Kaupsche Methode erwies sich spezifisch für Lues und bewährte sich auch in Fällen, wo die Wa.R. versagte. Die kleinsten Reste von Luesreaginen im Blute konnten festgestellt werden.

Max Joseph (Berlin).

Stern, Marg. und Danziger, Hel. Zur Technik der Kaupschen Methodik der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig.-Bnd. XXVIII. Nr. 6.

Die Kaupsche Methodik wird nach dem heutigen Stand der Serologie theoretisch allen Anforderungen gerecht. Die Methodik, die in ihrem Aufbau die Sicherheit im Arbeiten erhöht, ist, nach den Untersuchungen K.s, der Originalmethode an Spezifität und Schärfe überlegen, der an der Breslauer serologischen Abteilung angewendeten Technik nach jeder Richtung gleichwertig. — Die von K. ausschließlich angewendeten spezifischen Extrakte sind durch geeignete Menschenherzextrakte ersetzbar. Ob die Verwendung eines einzigen Extraktes bei der Untersuchung, wie K. annimmt, eine genügende Sicherheit der Resultate gewährleistet, müssen große Versuchsreihen entscheiden. Autoreferat. Marg. Stern (Breslau).

Sachs, H. und Georgi, W. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klin. 1918. Nr. 33. p. 805.

Sachs und Georgi kommen auf Grund ihrer Versuche zu dem Ergebnisse, daß die von ihnen angegebene einfache Methodik der Ausflockungsreaktion, welche in dem Mischen von menschlichen

Blutserum mit geeignet hergestellten Verdünnungen cholesterinierter Extrakte unter Beurteilung auf Ausflockung im Agglutinoskop besteht, bei 94,9% der untersuchten 2770 größtenteils luesverdächtigen Serumproben Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion ergab. In 5,06% der Fälle bestanden Differenzen, in 3,18% der Fälle war die Ausflockung, in 1,88% der Fälle war die Wassermannsche Reaktion stärker oder allein positiv.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sachs, Prof. H. und Georgi, Dr. W. „Beiträge zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Arb. aus dem Institut für experimentelle Therapie und dem Georg-Speier-Hause zu Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 4.

Da die Komplementinaktivierung bereits in den Anfangsstadien eines Vorganges sich abspielen könnte, der u. a. später zur Ausflockung führen kann, so wäre eine geringere Empfindlichkeit der Ausflockung gegenüber der Wassermannschen Reaktion begreiflich. Um für die Diagnose durch Ausflockung die genügende Empfindlichkeit zu schaffen, ist eine Vergrößerung der Komplexe — mittels Cholesterinzusatz — erforderlich.

Reagieren aktive syphilitische Sera unspezifisch weniger stark als inaktivierte, so entspricht dies der hemmenden Wirkung aktiven Meerschweinchenserums bei der Wassermannschen Reaktion bes. in der Kälte oder bei kurzfristiger Beobachtung.

92,44% der Reaktionen stimmen mit der Wa.R. im Ergebnis überein. Kritik der Literatur. 2 Methoden: 1. 2 Stunden Brutschrank, dann Zimmertemperatur (höhere Empfindlichkeit, Gefahr uncharakteristischer Reaktionen); 2. 18—20 Stunden Brutschrank (geringere Empfindlichkeit, Ausschluß uncharakteristischer Reaktionen).

Hans Biberstein (Breslau).

Sachs, H. Zur Frage der Brauchbarkeit cholesterinierter Organextrakte für die Serodiagnostik der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 3.

Sachs betont, daß die wirklich brauchbar hergestellten und erprobten cholesterinierten Extrakte nicht eigenhemmend seien, sondern vielmehr ein für die Wa.R. charakteristisches Gepräge zeigten. Ist das Verhalten nicht spezifisch, so trägt daran entweder die Beschaffenheit des Rohextraktes oder eine übermäßige Cholesterinierung, aber keineswegs der Cholesterinzusatz an sich die Schuld. Der Cholesterinzusatz verbessert das biologische Wesen des Extraktes und ermöglicht bei der Ausflockungsreaktion den Nachweis der Reaktionsfähigkeit mit dem menschlichen Blutserum. Verf. sieht nach seinen Erfahrungen in der Cholesterinierung der Extrakte ein praktisch ungefährliches, die biologische Reaktionsfähigkeit bei der Serodiagnose der Syphilis erheblich steigerndes Verfahren.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke. Zur Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 49. p. 1379.

Genaue Beschreibung der Technik der Meinickeschen Reaktion, die eine wertvolle Kontrolle der Wassermannschen Reaktion darstellt. Näheres im Original. Alfred Perutz (Wien).

Meinicke, E. Die Fällungsreaktionen zur Syphilisdiagnose nach Meinicke und nach Sachs und Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 12.

Auf das ungünstige Urteil Reichs über die M.R. erwidert Meinicke, daß diesem technischen Fehler unterlaufen sein müßten. Das System sei so einzustellen, daß alle Sera primär gut ausgeflockt werden, und gerade die mögliche Kontrolle des Systems an der primären Flockung stelle den Vorteil der zweiteiligen Methodik dar.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Zur Technik meiner Luesreaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 24.

Zur bequemeren Verdünnungstechnik empfiehlt Meinicke zum alkoholischen für die M.R. geeigneten Extrakt die halbe Menge destillierten Wassers zu geben, gut zu mischen und bei Zimmertemperatur 1–2 Stunden stehenzulassen. Nach der eintretenden Trübung wird der Mischung siebenmal mehr destilliertes Wasser zugefügt als ursprünglich Extrakt genommen wurde. Der gebrauchsfertige Extrakt besteht dann aus 1:8,5. Die zweite Wasserdosis muß schnell zugegeben werden, da sich bei langsamem Wasserzusetzen die Trübung aufhellt.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Eine neue Immunitätsreaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 30.

Die neue Immunitätsreaktion, welche Meinicke fand, ist eine einseitige Globulinflockungsreaktion im kochsalzhaltigen Medium, ähnlich der Sachs-Georgischen und der dritten Modifikation der M.R. Die Methode ist folgende: Alkoholischer Pferdeherzextrakt wird mit der halben Menge destillierten Wassers gemischt und steht eine Stunde; wobei sich die Flüssigkeit trübt. Siebenmal soviel Kochsalzlösung als Extrakt wird zugesetzt, gut gemischt, die Extraktverdünnung bleibt einen Tag stehen. Die Kochsalzverdünnung sei etwa 0,6proz.; zu je 0,2 ccm des inaktivierten Pferdeserums gebe man 1 ccm des verdünnten Extrakts in einem Röhrchen unter Hinzufügung von Rotzbacillenantigen. Enthält das untersuchte Serum Rotzantikörper, so flockt das Rotzbacillenantigen aus, das Kontrollröhrchen ohne Antigen nicht, normale Sera ebenfalls nicht. Die spezifische Reaktion zwischen Rotzantigen und Rotzantikörpern wird also in der Weise sichtbar, daß der positive Versuch ausflockt.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Zum Nachweis der Syphilis durch Ausflockungsreaktionen. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 1.

Meinicke unterscheidet 3 Flockungstypen. Bei dem ersten

zeigte sich der Ausfall der Reaktion wesentlich unabhängig von den gewählten Extraktmengen. So reagierten die meisten positiven Sera. Der zweite Typus ließ eine frühe und starke Behinderung der Flockung durch relativ große Extraktmengen erkennen. Einmal sah Verf. das Optimum des Serums schon bei 0,2 ccm Extrakt und bei 0,5 ccm kaum noch eine Ausflockung; dies betraf einen lange behandelten, schwach positiven Fall. Eine dritte Gruppe, sichere Luetiker, hatte sein Flockungsoptimum bei hohen Extraktmengen. Die Sera vom 2. und 3. Typ können in vorschriftsmäßig mit 0,2 ccm Serum und 0,8 ccm Extrakt angesetzter D.M. fälschlich als negativ erscheinen. Verf. nimmt ein Durchschnittsoptimum der Mengenverhältnisse von Serum und Extrakt an. Bleiben positive Sera, deren Flockungsoptimum weit von diesem Durchschnittswerte abliegt, gelegentlich ungeflockt und entgehen dem Nachweis, so läßt sich diese Fehlerquelle durch Reihenversuche mit verschiedenen Extraktmengen vermeiden.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Die Lipoidbindungsreaktion. 3. Mitteilung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXIX. H. 3/4.

Alle drei Formen der Lipoidbindungsmethode haben sich zu Immunitätsreaktionen ausgestalten lassen. Die Lipoidbindungsreaktion hat damit eine einheitliche breite experimentelle Grundlage erhalten und umfaßt jetzt ein in sich geschlossenes selbständiges Gebiet der serologischen Forschung.

Für die Luesdiagnose praktisch brauchbar sind die zweizeitige M.R. und die einzeitige D.M.

Als Immunitätsreaktion läßt sich zu praktischen Zwecken nur die zweizeitige Versuchsanordnung der Globulinlösung verwenden.

Marg. Stern (Breslau).

Joel, M. Zur Theorie der Meinickeschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXIX. H. 3/4.

Die Frage der praktischen Brauchbarkeit der Meinickeschen Reaktion ist in erster Linie eine Frage der Extraktbeschaffenheit.

Eine Identität der Reaktionskörper bei der Wassermannschen Reaktion und der Meinickeschen Reaktion ist zwar anzunehmen, aber wohl durch Komplementbindungsversuche mit den Niederschlägen nicht strikte zu beweisen.

Die Dunkelfelduntersuchungen sprechen zugunsten der von Meinicke verlassenen Anschauung, daß die Bildung der Flockung auf einer Vereinigung der reaktionsfähigen Eiweißkörper des Luesserums mit den Extraktlipoiden beruhe und gegen die von ihm neu gegebene Auffassung, daß sich in den Niederschlägen nur Serumglobuline fänden, denen durch den Extrakt das anhaftende, die Löslichkeit vermittelnde, Kochsalz entzogen ist.

Marg. Stern (Breslau).

Neukirch, P. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion und ihrer Beziehung zur Ausflockung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXIX. H. 3/4.

Bei Temperaturenniedrigung erfährt das unspezifische Verhalten bei der Ausflockung eine Zunahme.

Aktives Meerschweinchenserum übt auf die durch das Zusammenwirken von Organextrakt und Patientenserum entstandenen Präzipitate eine auflösende Wirkung aus, die in der Kälte ausbleibt.

Beim Digerieren von Extrakt und Patientenserum bei der Wassermannschen Reaktion nimmt die antikomplementäre Wirkung um so mehr ab, je später der Komplementzusatz erfolgt und je höher die Temperatur ist, bei der Extrakt und Patientenserum zusammenwirken. Die Wassermannsche Reaktion ist demnach am stärksten, wenn, wie üblich, Extrakt, Patientenserum und Komplement sofort miteinander gemischt werden.

Für den Komplementschwund bei der Wassermannschen Reaktion ist nicht das sichtbar gewordene Präzipitat, sondern ein bestimmter Grad der Globulinveränderung, gewissermaßen in statu nascendi, bzw. die erste Phase des Zusammenwirkens zwischen Serum und Extrakt maßgebend.

Verhältnismäßig geringe Schwankungen des Kochsalzgehaltes bei der Wassermannschen Reaktion können von merklichem Einfluß sein, wahrscheinlich auf das Komplement an sich. Man wird daher in praktischer Hinsicht die Bedeutung der Verwendung gleichmäßig konzentrierter Kochsalzlösung nicht unterschätzen dürfen.

Marg. Stern (Breslau).

Neukirch, P. Über eine Ausbaumöglichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion. Med. Klin. 1920. Nr. 3. p. 71.

Neukirch machte Versuche, die zur Ausflockung zu verwendenden Seren durch Behandlung mit Adsorbentien von möglichst viel Eiweißkörpern zu befreien, die mit der Reaktion nichts zu tun haben, aber als Schutzkolloide hemmend auf die Ausflockung wirkten, ohne daß spezifisch flockende Bestandteile den Seren entzogen würden. In dieser Beziehung bewährte sich ihm der „geglühte Kieselgur“ von Kahlbaum. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Messerschmidt, Th. Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen nach Sachs-Georgi und nach Wassermann. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 6.

In 85,1% fand Messerschmidt die Ergebnisse bei Wa.R. und Sachs-Georgi-Reaktion übereinstimmend, ohne aber die Qualität der Reaktionen zu berücksichtigen. In 6% der Untersuchungen gab die S.-G.-Reaktion, in der gleichen Zahl etwa die Wa.R. richtigere positive Befunde, so daß Verf. beide Methoden gleichwertig nebeneinander verwendet.

Max Joseph (Berlin).

Lipp, Hans. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte nach Prof. H. Sachs und Dr. W. Georgi. Med. Klin. 1918. Nr. 50. p. 1235.

Nach den Prüfungen von Lipp ist die Sachs-Georgische „Ersatzreaktion“ der Wa.R. vollkommen gleichwertig, übertrifft sämtliche bisher veröffentlichten Wassermannreaktion-Modifikationen und -Ersatzreaktionen an Einfachheit der Technik und spornt zu weiteren Untersuchungen an. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weichard, W. und Schrader, E. Über die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klin. 1919. Nr. 6. p. 139.

Weichardt und Schrader kommen bei Nachprüfung der Sachs-Georgischen Fällungsreaktion zu folgenden Schlüssen: 1. Die Fällungsreaktion kann in der von Sachs und Georgi gearbeiteten Form zur Syphilisdiagnose in praktisch-diagnostischen Laboratorien herangezogen werden. In den Fällen, in denen sie nicht deutlich stark positiv ausfällt, ist bis auf weiteres die Wassermannsche Reaktion noch heranzuziehen. 2. Bei diesem Vorgehen kann unter den derzeitigen schwierigen Verhältnissen in mindestens 32% der Fälle die Wassermannsche Untersuchung erspart werden. 3. Es wird hierbei in 4,5% der Fälle noch ein positives Resultat erreicht, welches verlorengeht, wenn die Wassermannsche Reaktion allein ausgeführt wird. 4. Wünschenswert wäre die Verwendung eines einheitlich an zentraler Stelle geprüften cholesterinierten Extraktes. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Meyer, Kurt. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels der Sachs-Georgischen Flockungsmethode. Med. Klin. 1919. Nr. 12. p. 262.

Meyers Nachprüfung der Sachs-Georgischen Methode ergab für die Verwendbarkeit dieser Methode sehr günstige Resultate. Hat die Extraktverdünnung die optimale Beschaffenheit, so dürfte die Spezifität der Reaktion für Lues der Wassermannschen Reaktion gleichkommen, ihre Empfindlichkeit nur unwesentlich zurückstehen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Konitzer, P. Die Bedeutung der Ausflockungsmethoden nach Meinicke und Sachs-Georgie für die Serodiagnostik der Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 15. p. 338.

Konitzers Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Eine der beiden Ausflockungsreaktionen (M.R., S.-G.R.) allein kann die Wa.R. ersetzen. 2. Beide Methoden haben sich wegen ihrer leichten Handhabung und der Zuverlässigkeit — die S.-G.R. allerdings mit geringen Einschränkungen — aufs beste bewährt. Es bestehen bei unseren Versuchen 86% Übereinstimmung zwischen Wa.R. und S.-G.R. und etwa 88% Übereinstimmung zwischen Wa.R. und M.R. 3. Beide Ausflockungsmethoden sind für Lues charakteristisch und ergänzen sich gut. Es kann deshalb eine dauernde gleich-

zeitige Verwendung der M.R. und S.-G.R. neben der Wa.R. nur gewünscht werden oder ihre Anstellung wenigstens in den Fällen gefordert werden, in denen die Wa.R. zweifelhaft ist oder mit dem klinischen Befunde nicht übereinstimmt. 4. Die Einfachheit der Technik bei der M.R. und S.-G.R. ermöglichen auch ihre Ausführung ohne Zuziehung eines besonders ausgestatteten serologischen Laboratoriums durch den praktischen Arzt selbst. Doch ist bei Divergenz mit der klinischen Diagnose und in Fällen, in denen die beiden Fällungsreaktionen aus technischen Gründen versagen, das Material einer Untersuchungsstelle zur Ausführung der Wa.R. einzusenden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schroeder, Heinrich. Über Ergebnisse der Ausflockungsreaktion nach Meinicke und Sachs-Georgi für die serologische Luesdiagnostik. Med. Klin. 1919. Nr. 22. p. 515.

Schroeder, der sich zunächst mit der Meinickeschen Methode beschäftigte, diese aber aufgab und dann die Sachs-Georgische prüfte, kommt betreffs dieser letzteren zu folgenden Schlüssen: 1. Die Ausflockungsreaktion nach Sachs und Georgi erwies sich zur Anwendung neben der Wa.R. in der Serodiagnostik der Syphilis bei Blut- und Liquorproben als recht brauchbar. 2. Bei einer ganzen Anzahl von Fällen (66 unter 552) konnte aus der vorliegenden Anamnese und späteren Wassermann-Nachprüfung festgestellt werden, daß die Fällungsreaktion früher auftrat als die Wa.R., bzw. noch nach dem Verschwinden der Wa.R. sichtbar war.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Blumenthal, G. Erfahrungen mit der Meinicke- und der Sachs-Georgi-Reaktion. Med. Klin. 1919. Nr. 32. p. 772.

Blumenthal faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Die Meinicke- und die Sachs-Georgi-Reaktion bedeuten im Vergleich zu den bis dahin vorgeschlagenen Flockungsmethoden zweifellos einen großen Fortschritt. Sie sind aber in ihrer jetzigen Versuchsanordnung wegen der großen Zahl der unspezifischen positiven wie negativen Befunde als selbständige Methoden für die praktische Luesdiagnose noch nicht geeignet, zumal bei beiden Methoden die Extraktfrage nicht völlig gelöst ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Lesser, Fritz. Zum serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Eine Modifikation der Meinicke-Reaktion. Med. Klin. 1919. Nr. 34. p. 822.

Lesser hat die Meinickesche Ausflockungsreaktion einfacher gestaltet und beschreibt diese seine Modifikation genau. Bezüglich der Technik sei auf das Original verwiesen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Eicke, H. Vergleichende Untersuchungen zwischen der Wassermannschen Reaktion im Liquor und den

Flockungsmethoden nach Hermann-Perutz und Sachs-Georgi. Med. Klin. 1919. Nr. 52. p. 1314.

Nach den Prüfungen von Eicke gibt die Reaktion nach Sachs-Georgi im Liquor für Syphilis durchaus charakteristische Ausschläge, steht aber an Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion nach. Die Reaktion nach Hermann-Perutz kommt als Ersatz nicht in Betracht. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kobrak, F. Zur Frage der Zuverlässigkeit der serologischen und neurologischen Frühdiagnose der Syphilis. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 183.

Kobrak hat durch seine Untersuchungen über die Erregbarkeit des Nervus oktavus bei Syphilis gezeigt (Beiträge f. Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. d. Ohres, d. Nase, d. Halses Bd. XIV), daß eine kleine Anzahl von Fällen schon funktionelle Veränderungen des Nerven — ohne subjektive Beschwerden aufweist, während die Wassermannsche Reaktion noch keinen positiven Ausfall ergibt. Es wäre auch die Sachs-Georgische Reaktion in dieser Hinsicht zu prüfen und die Zuverlässigkeit einer Abortivkur abhängig zu machen sowohl von den beiden Reaktionen wie von der funktionellen Intaktheit des Nervus oktavus. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stilling, Erwin. Zur Frage der Spezifität beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung nach Sachs und Georgi. Med. Klin. 1920. Nr. 2. p. 43.

Wie Stilling auf Grund seiner Versuche und Erwägungen hervorhebt, sind die bei der Wa.R. und bei der Ausflockungsmethode eintretenden primären Vorgänge nicht wesensverschieden. Beiden Reaktionen liegen Globulinveränderungen zugrunde. Bei der Wassermannschen Reaktion sind aber die ersten Stadien der Globulinveränderung das Wesentliche, während man bei der Ausflockungsmethode den Vorgang über diese Phase hinaustreiben muß, um ihn zu sichtbarer Darstellung zu bringen. Das geeignete Mittel hierzu ist die Cholesterinierung der Extrakte. Stilling ist der Ansicht, daß geeignete cholesterinierte und geprüfte Extrakte unter Verwendung der Brutschrankmethode bei der Ausflockung in hinreichendem Maße für Lues charakteristisch reagieren.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Merzweiler, K. Kann die Sachs-Georgi- und Meinicke-Reaktion die Wassermann-Reaktion in jedem Fall ersetzen? Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 46.

Merzweilers Untersuchungen über die Gleichartigkeit der 3 Methoden ergaben, daß der positive Ausfall der S.-G.R. spezifisch für Lues war und bei den verschiedensten andern Erkrankungen, z. B. auch beim Ulcus molle ausblieb. Hingegen bewies der negative Ausfall ebensowenig gegen Lues wie derjenige der Wa.R. In 86% der Fälle stimmten S.-G.R. und Wa.R. überein, bei den übrigen Fällen klinischer Lues gab die S.-G.R. mehr positive Resultate als

die Wa.R. Hingegen wurde die S.-G.R. durch das Alter der Sera beeinflusst, was ihre Brauchbarkeit in kleineren Laboratorien einschränkt. Auch die Resultate der M.R. stimmten mit denen der Wa.R. in den meisten Fällen überein, doch ließen sich in 12% unspezifische Resultate nachweisen, so daß der positive Ausfall der M.R. nicht unbedingt maßgebend für Syphilis ist und man z. B. nicht die S.-G.R. durch die M.R. kontrollieren könnte. Verf. ist der Meinung, daß die Anregung eine leicht ausführbare Ausflockungsreaktion zu schaffen ein unleugbares Verdienst Meinickes sei, daß aber bis jetzt die M.R. die Wa.R. noch nicht ersetzen könne. Dagegen sei die S.-G.R. zum Ersatz der Wa.R. durchaus geeignet.

Max Joseph (Berlin).

v. Kaufmann, Wilhelm. Über das Verhalten der Sera von an „Spanischer Krankheit“ Leidenden zur Meinickeschen Lipoidbildungsreaktion. Med. Klin. 1918. Nr. 33. p. 809.

v. Kaufmann fand bei der Prüfung der Spezifität der von Meinicke angegebenen Lipoidbindungsreaktion auf Lues, daß auffallend häufig auch die „Spanische Krankheit“ positiv reagierte. Von 25 Fällen reagierten 16 stark und 7 schwach positiv. Die Reaktion ist überdies nicht so spezifisch, daß sie nur bei Lues und Spanischer Krankheit positiv ausfällt, vielmehr geben auch andere Infektionskrankheiten positive Ergebnisse.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Nathan, Ernst. Zur serologischen Diagnose der Syphilis mittels Ausflockung nach Sachs und Georgi. Med. Klin. 1918. Nr. 41. p. 1006.

Nathan hat eine Nachprüfung der von Sachs und Georgi angegebenen Ausflockungsmethode vorgenommen. Bezüglich der Technik hat er sich streng an die Angaben von Sachs und Georgi gehalten, wobei er auch besondere Sorgfalt auf die Herstellung in geeigneter Weise cholesterinierter und richtig eingestellter Extrakte legte. Die Ergebnisse der Nachprüfung waren recht gute: Die Resultate gerade bei der Serodiagnostik der Frühsyphilis waren durchaus befriedigend; bei den antisypilitisch behandelten Fällen und der Lues latens scheint die Ausflockung der Wa.R. an Empfindlichkeit überlegen zu sein. Abgesehen von der Frage der praktischen Verwertbarkeit der Ausflockungsreaktion ist wissenschaftlich zu betonen, daß Sachs und Georgi die Konstanz der Präzipitationsvorgänge bei dem Zusammenwirken von Syphilisserum und Organextrakt in methodisch einfacher und sinnfälliger Weise erwiesen haben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wolffenstein, W. Praktische Fragen zur Sachs-Georgi-Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 47. p. 1100.

Zusammenfassung aus 1000 Untersuchungen:

1. „Die Extraktfrage steht zur Zeit so, daß auch sorgfältigste Einstellung der Extrakte infolge anscheinend unvermeidbarer Zu-

fälligkeiten bei der Extraktverdünnung vor fehlerhaften Resultaten nicht stützt. Es ist daher stets mit mehreren Extrakten zu arbeiten, um Fehlresultate nach Möglichkeit auszuschalten.

2. Die S.-G.R. zeigt bei Lues fast in allen Stadien früher bzw. länger als die Wa.R. an, ist ihr also bei Lues überlegen.

3. Die Zahl der unspezifischen S.-G.R. ist relativ hoch. Hieran sind vornehmlich Ulc. moll. und fieberhafte Erkrankungen beteiligt. Auch klinisch ganz Gesunde können indessen nach S.-G.R. vorübergehend positiv reagieren.

4. Diese Erfahrungen schränken die praktische Brauchbarkeit der S.-G.R. gegenüber der Wa.R. erheblich ein. Es ist zum Teil jedenfalls nicht zulässig, aus dem positiven Ausfall der S.-G.R. allein die Diagnose Lues zu stellen, selbst wenn die Reaktion sich über längere Zeit positiv erhält. Wir halten uns auch nicht für berechtigt, bei früher vorhanden gewesener, scheinbar ausgeheilter Lues aus einem positiven Ausfall der S.-G.R. therapeutische Schlüsse zu ziehen.“

Krakauer (Breslau).

Löns, M. Die Reaktionen nach Wassermann und Sachs-Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 21.

In 540 untersuchten Fällen fand Löns die Sachs-Georgische Methode praktisch verwertbar, nur ein Versager wurde beobachtet bei frischer Lues, die Ergebnisse stimmten fast stets mit denen der Wa.R. überein. Verf. empfiehlt aber, in jedem Falle mit mehreren Extrakten zu untersuchen.

Max Joseph (Berlin).

Mandelbaum. Syphilisdiagnostik mit Hilfe der Fällungsreaktion von Sachs und Georgi. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 43. p. 1180.

Durch Modifikation der von Sachs und Georgi angegebenen Methode (Inaktivierung des verdünnten Serums) gelangte Mandelbaum zu viel günstigeren Resultaten als mit der Originalmethode.

Alfred Perutz (Wien).

Fränkel. Untersuchungen mit der Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 37.

Verf. setzte die Reaktion nach der Vorschrift von Sachs und Georgi an, ließ dieselbe 2 Stunden im Brutschrank bei 37°, über Nacht im Zimmer bei 20°C, las mit dem Agglutinoskop ab und benutzte stets ein Serum- und eine Extraktkontrolle. Nach Klärung der Flüssigkeit setzte sich das Präzipitat zu Boden und ließ sich in Flocken aufwirbeln, am deutlichsten am 2. Tage. Dann aber wurden auch unspezifische Reaktionen gesehen, die früher fehlten. Bei Zentrifugieren der Reaktion nach 2 Stunden erfolgte keine Beschleunigung der Präzipitatbildung. Die Reaktion wurde verstärkt durch HCl, gehemmt durch NaOH und durch Adsorption des Serums mit erwärmten Leukocyten. Die Resultate erwiesen sich gleichwertig denen bei der Wa.R., doch ist es ein unzweifelhafter Vorzug der Flockungsreaktion, daß sie weder Hammel-

blut noch Meerschweinchen Serum verlangt. Die recht konstanten Extrakte ermöglichten eine längere Verwendung.

Max Joseph (Berlin).

Raabe, Anna. Über Parallelversuche mit Serum und Liquor nach Wassermann und Sachs-Georgi. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 43. p. 1012.

Annähernd 2000 Versuche; darunter 1750 Parallelversuche zwischen Wa.R. und S.-G.R. Übereinstimmend positiv waren 569, wovon 519 sichere, 23 fragliche Lues, 27 andere Krankheiten betrafen. Übereinstimmend negativ waren 1005, hiervon 422 Lues lat. I oder II während oder nach der Behandlung und Tab. dors. 99 fraglicher Lues, die übrigen Fälle andere Krankheiten.

Unterschiede:

S.-G.R. schwach positiv	{	27 mal klinisch sichere Lues; davon 4 aus anderer Behandlung.
Wa.R. —		3 mal fragliche Lues.
		7 mal andere Krankheiten.
S.-G.R. stark +	{	7 mal klinisch sichere Lues; entweder Lues I; oder Lues II während und nach der Behandlung.
Wa.R. —		
Wa.R. stark +	{	4 mal bei Lues lat.
S.-G.R. —		1 mal bei P. A.

122 Fälle von Ulc. moll. ergaben: 120 mal beide Reaktionen negativ, 1 mal beide schwach positiv, 1 mal S.-G.R. schwach +, Wa.R. —.

79 mal wurde Liqu. cerebrospinalis geprüft; 17 mal waren beide Reaktionen stark +; 2 mal S.-G.R. schwach +, Wa.R. +; 1 mal S.-G.R. stark +, Wa.R. —; 1 mal S.-G.R. schwach +, Wa.R. —. Also in 90% aller Untersuchungen Übereinstimmung.

Nathan und Waschbrodt fanden bei 3000 Prüfungen 94,9% Übereinstimmungen. Georgi berichtete bei 110 Liquoruntersuchungen von 99 Übereinstimmungen, wobei er mit nichtinaktivem Liquor arbeitete.

Also ist die S.-G.R. eine wertvolle Kontrolle der Wa.R., der gleichmäßige Ausfall beider Reaktionen gibt eine gesteigerte Sicherheit der Serodiagnostik des Lues. Ein Ersatz kann die S.-G.R. noch nicht sein, da die Zahl der Untersuchungen noch zu klein ist und insbesondere noch mehr nichtluetische Erkrankungen geprüft werden müssen zur Feststellung, wie weit die S.-G.R. für Lues spezifisch ist.

Zur Ablesung ist ein geschultes Auge nötig. Krakauer (Breslau).

Nathan und Weichbrodt. Zur Sero- und Liquordiagnostik syphilitischer Cerebrospinalerkrankungen mittels Ausflockung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 46. p. 1281.

Unter 192 Serumproben verschiedener Psychosen bestand in

180 Fällen Übereinstimmung zwischen Komplementbindungs- und Ausflockungsreaktion. Klinisch handelte es sich bei den 12 different reagierenden Fällen um salvarsanbehandelte Paralysen. Unter 79 Lumbalflüssigkeiten verschiedener Psychosen bestand in 65 Fällen Übereinstimmung. Die divergenten Fälle waren salvarsanbehandelte Paralytiker. Die Ausflockungsreaktion besitzt gerade wie die Wassermannsche Reaktion ein für Syphilis charakteristisches Gepräge. Für die Lumbalflüssigkeitsuntersuchung ist die Wassermannsche Probe der Ausflockungsreaktion überlegen. Alfred Perutz (Wien).

Lesser. Meinickes Serumreaktion auf Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 32. p. 875.

Die Meinicke-Reaktion stellt eine äußerst wertvolle Bereicherung der Serodiagnostik der Syphilis dar. Sie gibt dem geübten Untersucher durchaus zuverlässige Resultate. Alfred Perutz (Wien).

Gloor, W. Die praktische Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung nach Meinicke und nach Sachs-Georgi. Schweizer med. Wochenschr. 1920. Nr. 24. p. 466.

Verf. hat im Hygiene-Institut Zürich an über 1000 Fällen die Reaktion nach Meinicke und Sachs-Georgi vergleichsweise mit der Wassermannschen Reaktion geprüft und kommt zu folgenden Resultaten: Die beiden ersteren Methoden sind bei genauer Durchführung für die Luesdiagnose verwertbar. In den Anfangsstadien der Lues fand er die Wa.R. etwas häufiger positiv, während in den Spätstadien, besonders bei behandelten Fällen die Flockungsreaktion noch positiv war bei negativer Wa.R. Dies betraf nur einige Fälle. Tuberkulose und andere Erkrankungen können evtl. eine positive Flockungsreaktion bedingen. Die Methoden dürfen also noch nicht allein verwendet werden, sondern bilden eine wertvolle Ergänzung der luetischen Serumreaktionen und eine Kontrolle der Wa.R. Bei widersprechenden Resultaten muß die Beurteilung vorsichtig geschehen und die Untersuchungen sind zu wiederholen.

Max Winkler (Luzern).

Stilling, E. Über die Bedeutung der Serumkonzentration beim Inaktivieren für den serologischen Luesnachweis. Arbeiten a. d. Inst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause z. Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 29.

Die Verdünnung des Serums vor dem Inaktivieren erhöht die Empfindlichkeit der Ausflockungsreaktion relativ im Sinne Mandelbaums mit der Höhe der Inaktivierungstemperatur. Dem entspricht auch das Verhalten der Wassermannschen Reaktion.

H. Biberstein (Breslau).

Neukirch, P. Über den Einfluß der Temperaturen und anderer Faktoren auf die Serumausflockung bei Syphilis. Arbeiten a. d. Inst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause z. Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 45.

Von Bedeutung sind Kochsalzgehalt, Extraktbeschaffenheit,

Temperatureinfluß. Optimum für die unspezifische Flockung ist niedriger als für die spezifische. Die unspezifischen Kältefloeken sind in der Wärme reversibel, während vorherige Wärmewirkung die unspezifische Kälteflockung verhindert. Daraus kann eine zweizeitige nur durch die Temperatur unterschiedene Versuchsmethodik gefolgert werden.

H. Biberstein (Breslau).

Stilling, E. Über den Einfluß von Säure und Alkali auf die Reaktionsfähigkeit der Komponenten beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Arbeiten a. d. Inst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause z. Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 67.

Da HCl für sich schon ausflockend wirkt, ist nicht festzustellen, ob die Flockbarkeit der Sera durch HCl beeinflusst wird. NaOH im allgemeinen ohne Einfluß.

H. Biberstein (Breslau).

Neuschloß. Untersuchungen über die Gewöhnung an Gifte. II. Die Festigkeit der Protozoen gegen Farbstoffe. Pflügers Archiv f. d. ges. Phys. CLXXVIII. p. 61.

Die Untersuchungen ergeben, daß Paramäcien sich an eine Reihe giftiger Farbstoffe, namentlich Methylenblau, Trypanblau, Fuchsin, gewöhnen lassen. Sie erwerben hierbei die Eigenschaft, diese Stoffe in farblose, ungiftige Verbindungen überzuführen, deren Unwirksamkeit auf ungewohnte Paramäcien sich experimentell nachweisen läßt.

Rudolf Spitzer (Breslau).

Neuschloß. Untersuchungen über die Gewöhnung an Gifte. III. Das Wesen der Festigung der Protozoen gegen Arsen und Antimon. Pflügers Archiv f. d. ges. Phys. CLXXVIII. p. 69.

Es ergibt sich, daß an Arsen gewohnte Paramäcien gleichzeitig auch Gewöhnung an das chemisch verwandte Antimon aufweisen; nicht aber an Farbstoffgifte (Trypanblau).

Die Gewöhnung beruht auf der erworbenen Fähigkeit, die hochgiftigen dreiwertigen Formen in die weit weniger giftigen fünfwertigen überzuführen.

Rudolf Spitzer (Breslau).

Kurpjewit. Zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 21.

Die im Felde mit gutem Erfolg durchgeführte Prophylaxe gegen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten suchte Kurpjewit auch in der Heimat durchzuführen, hauptsächlich durch Aufklärung und Belehrung der Prostituierten. Da dieselben jeden Krankenhaus-aufenthalt scheuen sind sie dankbar für alle prophylaktischen Mittel. In Danzig wurden auf Vorschlag des Verf. folgende Maßnahmen mit gutem Erfolg durchgeführt: Verabreichung an freiwillig sich meldende Prostituierte von Neisser-Siebertscher Schutzsalbe und Protargoltropfen, Anbringen von Zetteln in dem Buche der Prostituierten, welche Anweisungen zum Gebrauch dieser Mittel nach, besonders aber vor dem Verkehr und zu den nötigen Sauberkeits-

maßnahmen gibt. Danzig und Westpreußen führten ferner Belichtungsvorträge für Fortbildungsschüler ein. Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke im Jahre 1917. Dtsch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 13.

Blaschko äußert seine Befriedigung darüber, daß die Wege der Beratungsstellen für Geschlechtskranke nun gesichert seien. Er bespricht die Art der Nachkontrolle in Berlin, Mannheim, Königsmann, Frankfurt und erörtert die Frage, welche Patienten gemeldet werden müßten, da z. B. das große Heer der Gonorrhoeiker nicht unterschiedslos gemeldet werden kann. Vor allem muß der Arzt Patienten, die sich vorzeitig der Behandlung entziehen, durch die Beratungsstelle zitieren lassen können. Die Meldung ist in kleineren Orten, wo der Patient die Öffentlichkeit scheut, direkt an die Beratungsstelle, sonst auch an die Krankenkasse zu richten. Der Leiter der Beratungsstelle solle ein Dermatologe sein, da ein solcher frühe Stadien besser erkennen könne als der allgemeine Praktiker. Ist eine Reise zur Beratungsstelle notwendig, so werden deren Kosten dem Patienten ersetzt. In Stettin versuchte man die Aufklärung der Familien durch geschulte Schwestern, wenn der Patient damit einverstanden war. Die nötige Anzahl Betten in Krankenhäusern sind nach Meinung des Verf. noch nicht vorhanden. Ein anderer Grund der Schwierigkeiten in der Geschlechtskrankenfürsorge sei die Zersplitterung der gesamten Gesundheitspflege. Verf. wünscht in jedem Kreise einen Gesundheitsrat, bestehend aus dem Kreisarzt, Vertretern der Landesversicherungsanstalt, Ärzteschaft, Krankenkassen, Kreisverwaltung und Kommunen, der alle Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und auch die der Geschlechtskrankheiten berate. Schließlich hält er es für nötig, daß jedem Mediziner die Möglichkeit gegeben werde, sich so viel Kenntnisse auf diesem Gebiete anzueignen, als zur Erkennung und Behandlung der Mehrzahl der venerischen Krankheitsfälle erforderlich ist. Max Joseph (Berlin).

Dind. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 18. p. 572.

Dind spricht sich zum Blochschen Vorschlag aus, wie er ihn bei der Gründung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entwickelt hat. Verf. bekämpft die Idee der Anzeigepflicht, da er befürchtet, daß sich die Patienten der ärztlichen Behandlung entziehen. Ebenso verwirft er die Anregung eines Obligatoriums der Behandlung, da dasselbe stets illusorisch bliebe.

Am meisten verspricht er sich von der gründlichen Aufklärung der großen Massen des Volkes über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, sowie der Einrichtung von Polikliniken und Spezialabteilungen für Geschlechtskranke, wo sich die weniger Bemittelten jederzeit gratis behandeln lassen können. In den Spitälern sollten die Venerischen nicht anders behandelt werden, als die übrigen Kranken, das würde sie mehr ermutigen sich behandeln zu lassen,

als wenn mit polizeilichen schikanierenden Vorschriften namentlich den Prostituierten der Spitalaufenthalt verhaßt gemacht werde

Endlich verlangt Dind ein ärztliches Zeugnis vor der Ehe.

Max Winkler (Luzern).

Bloch, Br. Einiges über die Bestrebungen der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 23. p. 768.

Verf. nimmt Stellung zur Kritik Dinds, die in Nr. 18 des Korrespondenzbl. erschienen ist. Bloch glaubt, daß gesetzliche Maßnahmen, wie sie zur Unterdrückung anderer Seuchen nötig waren, auch auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten nicht zu umgehen sein werden, wenn wirklich eine Ausrottung der Geschlechtskrankheiten erzielt werden will. Dazu sei aber der Moment noch nicht gekommen und die Bestrebungen der Gesellschaft heißen vorläufig Propaganda, Volksaufklärung, Volkserziehung. Verf. betrachtet diese Maßnahmen vorläufig nur als Palliativmittel und hofft, daß sich mit der Zeit die Anschauungen im Volke so weit ändern, daß auch die Geschlechtskrankheiten von einem etwas unbefangeneren Standpunkte aus beurteilt werden als es gemeinhin heute noch geschieht. Auch auf diesen Umschwung der öffentlichen Meinung hinzuarbeiten, sei eine der vornehmsten Aufgaben der Gesellschaft.

Max Winkler (Luzern).

Bettmann. Gesundheitszustand vor der Eheschließung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 5.

Im Hinblick auf die von verschiedenen Seiten gestellte Forderung durch Gesundheitszeugnisse vor der Eheschließung die Familien vor Geschlechtskrankheiten zu schützen, betont Bettmann, daß für den Wohlhabenden diese Anordnung leicht zu erfüllen sei. In zweifelhaften Fällen könnten zur Steuerung unnötiger Besorgnisse oder zur Klärung unsicherer Diagnosen mehrere Autoritäten zu Rate gezogen werden. Schwieriger ist die Lage der vielen Versicherungspflichtigen. Kassenärzte, die den Konsulenten früher wegen Geschlechtskrankheit behandelt haben, werden später nicht gern von ihm befragt. Viel eher sollten die Landesversicherungsanstalten nicht nur von Überwachungsbedürftigen sondern auch von Gesunden und Unverdächtigen in Verheiratungsangelegenheiten aufgesucht werden. Diese Beratung müsse dann durch Einschluß von Tuberkulose, Geisteskrankheiten und anderer erblichen Belastungen auf eine breitere Basis gestellt werden. Hierzu wäre allerdings ein weiterer Ausbau der Versicherungsanstalten nötig, das Funktionieren verschiedener, zuverlässigster Ärzte, wobei dennoch die Versicherungsanstaltsberatung als zentrale Instanz den allgemeinen Überblick, ihr zeugnisautoritatives Gewicht behalten müsse. Wird die Einholung eines solchen Gutachtens allgemeiner Gebrauch, so wird sich nicht derjenige, der sich ihr anschließt, verdächtig machen, sondern umgekehrt der, welcher sie scheut und umgeht.

Max Joseph (Berlin).

Hecht, H. Die radikale Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 46. (Militär-sanitätswesen.)

Hecht schlägt vor, Behandlung sämtlicher Erkrankter ohne irgendeine Ausnahme unter Aufsicht eines Gesundheitsamtes, gegebenenfalls zwangsweise und einen gesetzlich festgelegten Meldezwang durch die Geschlechtskranken selbst.

Viktor Bandler (Prag).

Pick, Fr. Über Sexualstörungen im Kriege. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 45.

Bei einer nicht geringen Zahl von Kriegsteilnehmern, vorwiegend Offizieren, kommt eine auch bei längerem Verweilen im Hinterlande auffallende Abschwächung des Sexualtriebes vor, deren Ursache teils in allgemeiner, durch die Anstrengungen des Krieges oder anderweitige Erkrankungen ausgelöster Neurasthenie in den durch Granaten oder Lawinen herbeigeführten Erschütterungen des Nervensystems zu suchen ist. Der Verlauf ist in leichten Fällen ein guter, auch für schwerere Fälle kann man eine weitgehende Restitution erwarten, doch haben manche Fälle aus der Beobachtung Picks durch 8 Monate kein Zeichen der Besserung gezeigt. Diese Störungen führten nicht zu spontanen Klagen bei den Patienten, sondern kamen erst bei eigens darauf gerichteten Fragen der Ärzte zum Vorschein; für die Frage der Volksvermehrung gewinnen diese Sexualstörungen an Bedeutung.

Viktor Bandler (Prag).

Finger, E. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12.

Die Schlußsätze des Artikels lauten: Die Registrierung und sanitätspolizeiliche Überwachung der gewerbsmäßigen Prostitution ist als einzige Maßregel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ungenügend. Von den geheimen Prostituierten bedürfen insbesondere die gesundheitlich gefährlichsten Jugendlichen einer genauen Überwachung. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wäre durchzuführen durch Belehrung der Gesunden, Flugschriften, Vorträge, Merkblätter, Belehrung der Kranken. Gesetzliche Bestimmungen nach Art des dänischen Gesetzes vom 30. März 1916, welche enthalten Behandlungsverpflichtung aller noch ansteckenden Geschlechtskranken, Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher, Verbot der brieflichen Behandlung, Zwangsuntersuchung aller einer Geschlechtskrankheit begründet Verdächtigen auf Grund gerichtlichen Ausspruches, ärztliches Anzeigerecht, beschränkt auf jene Fälle, in welchen der Kranke trotz ärztlicher Abmahnung darauf beharrt, etwas zu unternehmen oder zu unterlassen, wodurch er die Gesundheit seiner Mitmenschen gefährdet.

Bestrafung der Gefährdung durch eine Geschlechtskrankheit.

Viktor Bandler (Prag).

Hecht, H. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 51.

Hecht empfiehlt die bisher getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dahin zu ergänzen, daß 1. die Syphilitiker möglichst rasch an die Front abgeschoben werden, 2. den Syphilitikern im sekundären Stadium keinesfalls ein Heimaturlaub erteilt wird, 3. kein Soldat ohne Vorlage eines Gesundheitszeugnisses heiraten dürfe.

Viktor Bandler (Prag).

Marcuse, Max. Wandlungen des Fortpflanzungs-Gedankens und -Willens. Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. I. 1. Bonn, Marcus Weber°.

Die von außerordentlicher Belesenheit auf den verschiedensten Gebieten zeugende Studie begleitet die Wandlungen des Fortpflanzungswillens durch den Lauf der Zeiten und Urzeiten, denn sie befaßt sich schon mit der Gedanken- und Gefühlswelt des vorgeschichtlichen Menschen beim Geschlechtsverkehr. M. glaubt den Nachweis führen zu können, daß der Urmensch seinen Geschlechtstrieb in Brunftperioden entlud und ihm der Kausalzusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr und Fortpflanzung noch fremd war. Erst die durch die Eiszeiten einsetzende „Vertierung“ des Menschen wandelte die Fortpflanzung aus Instinkt in Bewußtheit, in der sich dann ökonomische und psychologische Richtlinien geltend machten. Die Arbeitskraft des Weibes und seiner Kinder — wobei es gleichgültig blieb, wer der Erzeuger war — stellten große ökonomische Werte dar; erbrechtliche Gründe traten hinzu; auch der Wunsch, Kräfte zur Abwehr und Blutrache zu erhalten. Eine andere Wurzel des Wunsches nach Nachkommenschaft lag im Religiösen; wenigstens erheben die meisten Religionen die Fruchtbarkeit zum Gebot. Das Christentum schuf dann die Monogamie, die Verinnerlichung der Ehe, die Hebung des Eheweibes, das nunmehr nicht bloß als „Gebärerin“ gewertet wurde. Diese Ethisierung, die sich in Luther und Schleiermacher weiter fortsetzte, war der Kindererzeugung abträglich. Der Zeugungswille trat hinter den Familiengedanken zurück. Dazu traten als sehr stark wirkender Faktor zur Rationalisierung des Geschlechtslebens die modernen wirtschaftlichen Verhältnisse; Mitgiftelhe, Spätehe und der wirtschaftliche Daseinskampf führen zum Geburtenrückgang. Dieser ist geknüpft an das sich immer höher entwickelnde Verantwortlichkeitsgefühl des einzelnen. Daher kann die moderne Rationalisierung als aufsteigende Entwicklung angesehen werden. Muß nun diese Kulturentwicklung zum Aussterben der Völker und Rassen führen? Das Beispiel des chinesischen Kulturvolkes widerlegt diesen Zwang; auch gibt es selbst in Westeuropa ökonomische Verhältnisse (in gewissen bäuerlichen Gegenden), in denen Kindersegen vorteilhaft ist. Nach M.s Ansicht ist jetzt aber der moderne Wille zur Kinderlosigkeit nicht bloß ökonomisch, sondern vielfach auch schon psychisch begründet. Die

industrielle Entwicklung der letzten Jahre und der Weltkrieg gaben den Befürchtungen des Malthusianismus Unrecht. Aber es kommt nicht nur auf die Zahl, sondern auch auf die Beschaffenheit des Nachwuchses an. Da nach moderner Ansicht letztere zumeist von der Konstitution abhängt, entstanden die jetzigen Bestrebungen der Eugenik und Rassenhygiene. Gedankenreich und kritisch vertritt M. seinen Standpunkt, daß die eugenischen Gesetze noch nicht wissenschaftlich festliegen und die körperliche Gesundheit nicht allein maßgebend ist. Auch schreibt er dem Seelisch-Geistigen einen wesentlichen Anteil an dem modernen Geburtenrückgang zu und stützt sich dabei auf die schon veröffentlichten Ergebnisse seiner Umfrage, aus der sich Gebärunlust des Weibes, zunehmende Frigidität und die Entwicklung eines neuen, psychischen, der Fruchtbarkeit abträglichen Weibtypus ergeben habe. Die Frauenbewegung umfaßt zu viele gegensätzliche Bestrebungen, als daß man ihr einen einheitlichen Einfluß zuschreiben könne. Eine führende Idee, die zur Zeit dem Fortpflanzungsgedanken und -willen Richtung und Antrieb geben könne, ist noch nicht gefunden. Krakauer (Breslau).

Quincke. Über ansteckende Krankheiten und die Strafbarkeit ihrer Übertragung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Quincke verspricht sich viel Nutzen von einer Gesetzesänderung, wonach die fahrlässige Übertragung einer ansteckenden Krankheit auch ohne Antrag des Geschädigten strafbar sein solle. Während der Staat bisher nur vorbeugende Maßregeln vornahm, solle er sich jetzt mit den Tatsachen selbst beschäftigen und die geschehene Übertragung bestrafen. Diese gesetzliche Fixierung würde durch Erziehung des öffentlichen Bewußtseins eine moralische Wirkung ausüben. Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Kriegswissenschaftliche Beiträge zur Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29.

Bei der Gegenüberstellung von Infizierten und Infektionsquelle fand Lesser bei den angeschuldigten Frauen einfache Herpesbläschen welche Spirochäten enthielten, so daß auch nichtsyphilitische Affektionen bei syphilitischen Trägerinnen eine Ansteckungsquelle darstellten. Bei den Colleschen Müttern liegt der Primäraffekt vielleicht unerkannt im unteren Cervixkanal, jedenfalls können sie die Syphilis weiter übertragen. Eine Abortivheilung der Syphilis hält Verf. nur so lange für möglich, als die Erreger die Blutbahn noch nicht verließen und die Wa.R. noch nicht positiv wurde. Im primären Stadium erwies sich der Ätherextrakt Lessers und der mit Cholesterin verstärkte Sachssche Organextrakt zuverlässiger als der gewöhnliche alkoholische Extrakt. Für den Spirochätennachweis bewährte sich die Dunkelfeldbeleuchtung am besten. Als Abortivkur wurden 3 intravenöse Einspritzungen der 4. Dosis Neosalvarsan in 2—3tägigem Abstand gegeben, vor jeder Einspritzung das Blut

untersucht und bei stets negativem Ausfall die Abortivkur nach 8 Tagen beendet. Bei zweifelhaften oder schwach positiven Reaktionen werden in Abständen von 4—5 Tagen 2 weitere Injektionen vorgenommen. Die gute Prognose der Syphilisheilung im frühesten Stadium legt es nahe auch bei fehlendem Spirochätennachweis bei jedem klinisch wahrscheinlichen syphilitischen Primäraffekt die Abortivkur einzuleiten. Wartet man die Bestätigung der Diagnose durch die positive Wa.R. ab, so ist die Aussicht der Therapie bereits wesentlich verschlechtert.

Max Joseph (Berlin).

Finger, E. Über Fürsorgebestrebungen für geschlechtskranke Jugendliche. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 10.

Finger schildert die Einrichtungen in dem neu errichteten Spital für geschlechtskranke Frauen. Es wurden die Jugendlichen abgeschlossen von den älteren Frauen und eine geregelte Beschäftigung eingeführt. Letzterer Aufgabe unterzog sich ein Frauenkomitee, das mit Hilfe der Fürsorgeschwestern eine Nähschule, Strickschule usw. errichtete, musikalische Veranstaltungen inszenierte usw. Den ärztlichen Dienst versahen Ärztinnen. Vor der Entlassung trachtete man das Mädchen wieder in gesunde Verhältnisse zu bringen, hierzu streckte das Ministerium entsprechende Geldmittel vor, der Verein Soziale Hilfe eröffnete 2 Heime, ein mit gewerblichen Unterrichtsbehelfen ausgestattetes Heim und ein Arbeiterinnenheim.

Viktor Bandler (Prag).

v. Zeissl. Zur Pathologie und Therapie der Syphilis. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 14.

Ein Fortbildungsvortrag, der sonst nichts Neues bringt.

Viktor Bandler (Prag).

Genck, Margarete. Über das Vorkommen und die Bedeutung doppelbrechender Substanzen im Harn. Dtsch. Archiv f. klin. Med. Bd. CXXV. p. 333. 1918.

Genck findet im Gegensatz zu den Angaben von Fritz Munk, daß der Lipoidnachweis im Harn zur klinischen Diagnostik nicht verwendbar sei, weil das Auffinden zu unregelmäßig ist und sowohl im akuten wie im chronischen Stadium von Nierenerkrankungen Lipoide zu finden sind. Bei positivem Wassermann und bestehender Nephrose kann bei Lipoidnachweis sowohl eineluetische wie eine Quecksilbersalvarsanschädigung vorliegen.

P.

Bauer, Julius. Beiträge zur klinischen Konstitutionspathologie I. Dtsch. Archiv f. klin. Med. Bd. CXXVI. p. 196. 1918.

Der durch sein schönes Buch — Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten — bekannte Verf. gibt zunächst eine Darstellung der Einteilung Sigauds und seiner Schüler in vier Menschentypen, in den Typus respiratorius, digestivus, muscularis und cerebralis, und berichtet über die Ergebnisse der Sichtung von 2010 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen an Mannabergs Abteilung in Wien. Aus seinen Ergebnissen sei hervorgehoben:

Unter den größtenteils syphilitischen Aortenerkrankungen und deren Folgezuständen (Aorteninsuffizienz, Aneurysma) ist die Zahl der respiratorischen und cerebralen Individuen relativ sehr niedrig, jene der digestiven und muskulären Typen ganz außerordentlich hoch. P.

Bang, Henrik. Registrierung von Syphilitikern. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 2. p. 62—64.

Bang tritt dem Vorschlage einer Registrierung der Syphilitiker entschieden entgegen. Harald Boas (Kopenhagen)

Nielsen, Ludvig. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 3. p. 109—111.

Auch Ludvig Nielsen ist ein ausgesprochener Gegner der nominativen Registrierung der Syphilitiker.

Harald Boas (Kopenhagen).

Hansen, Sören. Die Frage der Registrierung. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 4. p. 156—157.

Polemik gegen die Registrierung. Harald Boas (Kopenhagen).

With, Carl. Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 4. p. 157—158.

Polemik gegen die nominative Registrierung der Syphilitiker. Harald Boas (Kopenhagen).

Fönss, Aage L. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 4. p. 159—161.

Fönss verteidigt die von ihm vorgeschlagene Registrierung der Syphilitiker.

Harald Boas (Kopenhagen).

Nielsen, Ludvig. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 5. p. 196—189.

Polemik gegen Fönss. Harald Boas (Kopenhagen).

Fönss, Aage L. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 6. p. 239—241.

Polemik gegen Ludvig Nielsen. Harald Boas (Kopenhagen)

Brun-Pedersen. Anläßlich der 200 Fälle von Primärsyphilis usw. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 7. p. 286—287.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Nielsen, Ludvig. Nominative Registrierung von Syphilitikern. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 7. p. 298—300.

Polemik gegen Fönss. Harald Boas (Kopenhagen).

Scholtz. Über die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke und die Erfolge der jetzigen Syphilisbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 37. p. 1200.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Alfred Perutz (Wien).

Hübner. Ärztliche Erfahrungen aus der Beratungsstelle für Geschlechtskranke in Elberfeld. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 28. p. 897.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Alfred Perutz (Wien).

Zumbusch und *Dyloff*. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 48. p. 1692.
Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Aebly, J. Beitrag zur Häufigkeit der Lues in der Schweiz. Schweiz. Rundschau f. Med. 1919. Nr. 3. p. 45.

Verf. sucht an Hand der Paralysetodesfälle einen Rückschluß zu machen auf die Häufigkeit der Lues in der Schweiz. Er ist sich dabei der Schwierigkeit dieser Berechnung voll und ganz bewußt und hat schon öfters auf die Fehlerquellen medizinischer Statistiken hingewiesen, die im allgemeinen die mathematischen Gesichtspunkte viel zuviel vernachlässigen.

Wenn er als Grundlage einen Paralysefaktor von 3,0 annimmt, so kommt er auf eine jährliche Erkrankungszahl von 5000. Wenn er die ganz unwahrscheinlich hohe Zahl von 200 Paralysetodesfällen pro Jahr annimmt, so kommt er beim eher zu hohen als niedrigen Wert 3,0 auf 6670 Neuinfektionen. Mit der Zahl 6000 Neuinfektionen pro Jahr glaubt er sehr wahrscheinlich die obere Grenze erreicht zu haben. Von den 6000 Infektionen würden etwa 4000 die Männer betreffen. Er kommt dabei zum Schlusse, daß von der männlichen Bevölkerung zwischen 15 und 59 Jahren etwa jeder 10. Mann einmal im Leben eine luetische Infektion durchgemacht haben muß. Für die Städte dürfte diese Zahl eher noch etwas größer sein.

Im Anhang gibt Verf. noch die wichtigsten Formeln wieder, mittels deren die nicht direkt beobachtbaren Fälle ermittelt werden können.

Max Winkler (Luzern).

Blaschko, A. Ein neuer Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 1.

Damit der Arzt Geschlechtskrankheiten im ersten Stadium erkennen und zielbewußt behandeln könne, fordert Blaschko Prüfung in Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staatsexamen und Fortbildungskurse für die bereits fertigen praktischen Ärzte und Notapprobierten. Zur weiteren Bekämpfung des Übels müßten die Untersuchungsstellen, an die zu untersuchendes Material eingesandt werden soll, organisiert und die Requisiten zum Versand bereitgestellt werden. Auch angetrocknetes Material kann bei richtiger Technik zuverlässig untersucht werden. Prophylaktische Injektionen haben sich im amerikanischen Heere gut bewährt. Die Hauptsache bleibt, daß die Kranken bei den ersten verdächtigen Erscheinungen sofort den Arzt aufsuchen. Ein Plakat, das hierzu dringlich auffordert, gibt Verf. im Bilde bei.

Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Das schwedische Gesetz gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Das schwedische Gesetz, welches Blaschko der früheren deutschen Gesetzvorlage vorzieht, bestimmt die Aufhebung der Reglementierung der Prostitution, gibt Verhaltensmaßnahmen für Be-

hörden und Einzelpersonen, Fürsorgemaßnahmen für die Kranken, sieht keine Strafen vor, außer für fahrlässige Ärzte oder Beamte, bestimmt die Aufgaben der Ärzte, Gesundheitsinspektoren und der Gesundheitsbehörde und gibt jedem Bürger das Recht sich im Krankheitsfalle untersuchen zu lassen und auf öffentliche Kosten behandelt zu werden. Befolgt der Patient die ärztlichen Anweisungen nicht oder entzieht er sich der Behandlung, so hat der Arzt dies dem Gesundheitsinspektor zu melden. Zwangseinweisungen in ein Krankenhaus sind sowohl für männliche wie für weibliche Patienten vorgesehen. Sonderbestimmungen für Prostituierte bestehen nicht.

Max Joseph (Berlin).

Herrmann, E., und Marianne Stein. Über die Wirkung eines Hormones des Corpus luteum auf männliche und weibliche Keimdrüsen. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 25.

Das Hormon des Corpus luteum beeinflusst anfänglich die Follikeltätigkeit des Ovariums im fördernden Sinne, hindert jedoch, daß die Follikel bis zur Berstung heranreifen. Auf den wachsenden Hoden wirkt das Corpus luteum hemmend, nicht nur in bezug auf seine Größe, sondern auch auf das Datum des Einsetzens der Spermatogenese. Bei weiterer Einwirkung kommt es zu Rückbildungserscheinungen am generativen Apparate mit vollkommenem Mangel der Spermatogenese und zu Erscheinungen, wie man sie bei dem mit Röntgenstrahlen beschädigten Hoden sehen kann. Hat die Spermatogenese bereits begonnen, so gehen durch den Einfluß des Hormones die schon gebildeten Samenzellen wieder zugrunde. Diese Substanz steht in einem antagonistischen Sinne zu der innersekretorischen Tätigkeit der männlichen Keimdrüsen.

Viktor Bandler (Prag).

Moller. Ein Fall von komplettem Pseudohermaphroditismus masculinus. Virchows Archiv 1917. p. 363—379.

Kasuistische Mitteilung.

Kyrle (Wien).

Wolff, Siegfried. Eine einfache Methode, unbeweglich gewordene Injektionsspritzen wieder beweglich und undurchgängig gewordene Kanülen wieder durchgängig zu machen. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Wolff legte Spritzen mit unbeweglich gewordenen Kolben sowie undurchgängig gewordene Kanülen und Lumbalpunktionssnadeln in konzentrierte Natron- oder Kalilauge. Die Lauge löste allmählich die geronnene Eiweißschicht, und besonders nach einigem Umschütteln und Abspülen waren die Instrumente bald wieder völlig brauchbar.

Max Joseph (Berlin).

Neel. Über die Goldsolreaktion in der Spinalflüssigkeit. Hospitalstidende 1918. Nr. 4. p. 97—115.

102 untersuchte Fälle. Ähnliche Resultate wie die der deutschen Autoren.

Harald Boas (Kopenhagen).

Brun-Pedersen. Änderungen in der Spinalflüssigkeit bei syphilitischer Alopecie. Ugeskrift for Læger 1918. Nr. 11. p. 425—437.

Von 10 Fällen mit diffuser Alopecie zeigten 8 normale Verhältnisse, nur 2 hatten eine geringe Pleocytose. Von 10 Patienten mit Alopecia leucodermica hatten dagegen nur 2 normale Verhältnisse in der Spinalflüssigkeit, dagegen hatten 8 schwere Veränderungen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Nathan, Ernst. Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXVII. H. 3.

Normale Menschensera können durch globulinverändernde Einflüsse derart umgewandelt werden, daß sie eine positive Wassermannsche Reaktion geben. Als einfachstes Mittel erwies sich die Untersuchung im salzarmen Medium. Durch Veränderung der Temperatur, der Verdünnung und Art der Sera ist die globulinverändernde Wirkung des salzarmen Mediums zu beeinflussen. Ähnlich wie das Ausschalten der Salzwirkung, wirkt eine Inulinsuspension auf normales Serum, nicht aber Inulinlösung, woraus die Bedeutung des physikalischen Zustandes bei der Umwandlung der Sera hervorgeht. Durch Vorbehandlung (Zusatz von Säure, Lauge, Erwärmung) kann jedes Serum derart beeinflußt werden, daß es nicht mehr physikalisch zu beeinflussen ist. Umgekehrt gelingt es, künstlich positiv gemachte Sera durch Erwärmen auf 45—55° wieder negativ zu machen. Die künstlich erzeugte positive Reaktion entspricht der positiven Reaktion mit aktivem Luesserum, während sie sich von der natürlichen des inaktiven Serums dadurch unterscheidet, daß sie thermolabil ist. Daraus schließt der Verf., daß die Reaktion des aktiven Serums auf einer Globulinveränderung der chemischen Zusammensetzung der Lipode erfolgt sind. Für die Praxis ergibt sich daraus auf neuartiger, experimenteller Grundlage die Forderung, die Sera für die Ausführung der Wassermannschen Reaktion stets zu inaktivieren. Marg. Stern (Breslau).

Meinicke, E. Die Lipoidbindungsreaktion. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 4.

Die vom Verf. bisher zur Erkennung von Rotz und Syphilis verwendete Lipoidbindungsreaktion ist u. a. auch zur Eiweißdifferenzierung geeignet. Bei der Reaktion sind Bindung und Fällung scharf zu trennen. Die Fällung bzw. die Eigenschaften der Fällungsprodukte bilden den Indicator der Reaktion, sind aber nicht ihr Wesen. Das Wesentliche ist vielmehr die Bindung. Die Methode weist die erfolgte Bindung von Antigen und Antikörper durch ein einfaches Kochsalzverfahren nach und bildet so einen Übergang von den rein biologischen Reaktionen wie der Komplementbildung zu den chemisch-physikalischen Methoden. Damit ist ein neues Arbeitsfeld für experimentelle Untersuchungen auf dem Gebiet der Immuni-

tätsreaktionen und der serologischen Luesdiagnostik geschaffen. Es gilt, die Lipoidbindungsreaktion von den Schlacken einer Globulin-fällungsmethode zu befreien und zu einer reinen chemisch-physikalischen Bindungsreaktion auszugestalten. Marg. Stern (Breslau).

Herzfeld, E. und Klinger, R. Zur Chemie derluetischen Serumreaktionen. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 687.

Da die Ansicht, daß die Wa.R. auf spezifische Antikörpern beruht, wohl nirgends mehr geteilt wird, kommen jetzt nur 2 Erklärungsversuche in Betracht. 1. Die Bindung erfolgt zwischen dem Extrakt und einem besonderen chemischen Stoff, der sich im Luetikerblut bildet. 2. Die Eiweißteilchen des Luetikerserums haben größere Labilität, die sich durch leichtere Fällbarkeit äußert.

Hiernach ist der Unterschied vom normalen Blut nur ein quantitativer; positive Seren verursachen stärkere Adsorption des Extraktes infolge Gegenwart stärker adsorbierender Eiweißteilchen.

Für letztere Anschauung sprechen sehr viele Umstände, während das Vorhandensein eines besonderen chemischen Körpers noch nie bewiesen werden konnte.

Auch die von Meinicke angegebene Modifikation der Wa.R. (Berliner klin. Wochenschr. 1919, Nr. 25) und ihre Erklärung ändern hieran nichts.

Krakauer (Breslau).

Freund, Julius. Die Herstellung von Antigenen für die Wassermannreaktion mit Antiformin. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Wirksamer als der alkoholische Extrakt aus Rinderherz scheint für die Wa.R. das von Freund hergestellte Antigen zu sein. Dasselbe besteht aus Antiformin mit und ohne Anwendung lipoidlösender Mittel, aus Menschenherz, fötaler,luetischer Leber, Rinderherz und Rinderleber.

Max Joseph (Berlin).

Kostrjewski. Über die Wassermannsche Reaktion in Blutserum, Bauchhöhlenflüssigkeit und Harn eines und desselben Kranken. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. Bd. LXXX. p. 450.

Es handelt sich um einen Kranken, mit einem wahrscheinlichluetischen Nierenleiden, der an eitriger Peritonitis gestorben war. Die Wa.R. war im Blut und Harn positiv, in der Bauchhöhlenflüssigkeit negativ. Die Eigenhemmung des Harnes läßt sich durch Neutralisation und entsprechende Verdünnung beheben.

Walther Pick (Wien).

Uddgren, G. Milchinjektionen und Wassermannsche Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 15.

6 Augenranke (4 davon mit Keratitis parenchym.) mit negativer Wa.R. bekamen positive Wassermannsche Reaktion nach Milchinjektionen; beim 6. Fall trat der Umschlag ein nach einer einzigen Einspritzung, bei der die Milch steril von geprüft gesunder Kuh entnommen und kein Fieber entstanden war. Krakauer (Breslau).

Hazthausen, H. Studien über die Lichtdermatiten. II. Untersuchungen über die Wirkung pathologischer Sera auf die photochemischen Prozesse. Hospitalstidende 1918. Nr. 19. p. 577—585 und Nr. 20. p. 609—617.

Eingehende experimentelle Arbeit. Zum kurzen Referat nicht geeignet.

Harald Boas (Kopenhagen).

Freudenberg, A. Zur Frage der Divergenz der Wassermannschen Resultate. Eine Erwiderung auf Hermann Mayers „Erwiderung“ in dieser Wochenschrift 1918. Nr. 4. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 26. p. 621.

Mayers Einwand, die Untersuchungsunterschiede zwischen ihm und seinem Gegenuntersucher A. beruhten darauf, daß letzterer mit Meerschweinchen-, er selber mit syphilitischem Extrakt arbeite, trifft nicht zu. Auch A. untersuchte — neben anderen — mit spezifischen Extrakten. Vielmehr liegt der Grund darin, daß M. die „zweifelhaften“ Fälle vielfach mit negativ bezeichnet. Die Zahl der tatsächlich vorgefundenen Divergenzen (16—17%) findet F. im Gegensatz zu M. hoch. Auch hält es F. für einen großen tatsächlichen Übelstand, wenn M.s Behauptung, daß „90% der Untersucher die Wa.R. nicht beherrschen“ und „daß das immer so bleiben wird“, zutreffend ist. Hoffentlich wird bald Verbesserung oder Ersatz der Wa.R. gefunden, der bei größerer Einfachheit größere Sicherheit bietet. Bis dahin bleibt die Mahnung zur Vorsicht bei diagnostischer Verwertung angebracht. Krakauer (Breslau).

Halle, W., und E. Pribram. Ausführungen der Komplexbindungsreaktion (Wassermann) im hohlen Objektträger. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 32.

Die Autoren haben eine prinzipielle Änderung der Wassermannschen Methode durch Verwendung des hohlen Objektträgers versucht, wobei sie eine Beschleunigung des Verfahrens und Materialersparnis erzielten. Die genau angegebene Methode muß im Original nachgelesen werden.

Viktor Bandler (Prag).

Lorenzutti, L. Die Brucksche Syphilisreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 19.

Die Untersuchungen des Autors ergaben für die Bewertung der Bruckschen Reaktion ein sehr ungünstiges Resultat; von 69 Nichtluetikern reagierten 22 positiv, 9 zweifelhaft und 38 negativ im Gegensatz zur Wa.R., die dabei durchweg ein negatives Resultat ergeben hatte.

Viktor Bandler (Prag).

Königstein, H., und P. Goldberger. Liquoruntersuchungen im Sekundärstadium der Lues. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12.

Bei 34 Syphilitikern mit Alopecie ergab die Untersuchung des Liquors 25 mal ein positives und 9 mal ein negatives Resultat, unter 31 Leukodermfällen hatten 19 einen positiven und 12 einen negativen Befund; die Spinalpunktion ergab also bei den Alopeciefällen in

73% bei den Leukodermfällen in 61% Anhaltspunkte für die Annahme pathologischer Liquorveränderungen. Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß den Alopecie- und Leukodermfällen in weiteren Untersuchungen Beachtung zu schenken ist. Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. Über die Wirkung von Druck auf Immunkörper und Immunreaktionen. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

In seinen Versuchen, die ausführlich geschildert werden, konnte Müller feststellen, daß die verschiedensten Immunkörper und Immunreaktionen durch Druck beeinflussbar sind und daß die entstehenden Änderungen rhythmischen Schwankungen unterworfen sein können.

Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. Über die Grundlagen der von J. Kaup und J. Kretschmer vorgeschlagenen Modifikation der Wassermannschen Reaktion nebst Bemerkungen zur Kritik der bisherigen Methoden. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 10.

Der hauptsächlichste Unterschied der von den Autoren befolgten Methodik gegenüber den bisher üblichen Methoden besteht in folgendem: Während die bisher meist üblichen quantitativen Methoden entweder das Patientenserum oder das Antigen bei fixer — im Überschuß verwendeter Komplementmenge auswerteten, variieren die Autoren die Komplementmenge von den eben noch löslichen Dosen ansteigend bei gleichbleibenden Mengen von Patientenserum und Antigen. Gegen die diagnostische Verwertung positiver Ausschläge bei Verwendung der eben noch lösenden Komplementdosis hat Müller Bedenken. Die Autoren geben bei ihrer Methode eine Verstärkung der Anzahl der positiven Reaktionen gegenüber der Orig.-Wassermann, beweisen aber nicht, daß trotz dieser Erhöhung der Anzahl der Luesreaktionen die Spezifität in keiner Weise vermindert wurde.

Den Wert seiner Methode sieht Müller darin, daß durch Verwendung zweier Antigene von verschiedener physikalischer Beschaffenheit, von denen das eine bei genauer Einhaltung der angegebenen Vorschriften fast ausnahmslos stärker bei Luesfällen, schwächer bei Normalfällen reagiert als das andere, man in der Lage ist, auch bei schwach reagierenden Fällen spezifische und nichtspezifische Ausfälle fast ausnahmslos zu trennen und hierbei den Vorteil des starken Ausfalles bei Verwendung des aktiven Serums auszunützen, ohne in den Fehler verringerter Spezifität der Resultate zu verfallen.

Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. Über die Bedeutung der Eigenhemmung. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 39.

Müller fand bei Lues relativ häufig Eigenhemmung der Sera, aber ebenso bei Seren nichtluetischer Kranker, weshalb ihm die Eigen-

hemmung nicht charakteristisch genug zur Verwertung für die Luesdiagnose schien. Bei Hesses Untersuchungen zeigten 5 Fälle von Lues trotz positiver Wa.R. negative Eigenhemmungsreaktion. Es scheint demnach, daß die Methode von Hesse nicht geeignet wäre, die Wa.R. zu ersetzen. Hesses Ansicht, daß die Feststellung häufiger Eigenhemmung deswegen von Bedeutung sei, da sie die Anschauung jener Autoren stütze, die die Wa.R. nicht für eine Innenreaktion halten, kann Müller nicht teilen. Die Tatsache der Eigenhemmungluetischer Sera spricht eher für die Anschauung, daß die Wa.R. im Zusammenhang mit einer Innenreaktion des Organismus steht.

Viktor Bandler (Prag).

Hesse, M. Über die Bedeutung der Eigenhemmung. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 20.

Aus den Beobachtungen, daß die Eigenhemmung gehäuft auftritt, wenn das Komplementserum nicht mehr ganz frisch oder das hämolytische Serum nicht sehr hochwertig war, lag der Schluß nahe, daß die Eigenhemmung keineswegs eine seltene und störende Eigenschaft der Sera sei, sondern vielmehr eine regelmäßige Eigenschaft, und zwar der positiv reagierenden Sera, daß wir aber nicht imstande sind, mit der Wassermannschen Methode diese Eigenhemmung nachzuweisen. Hesses Bemühungen waren darauf gerichtet, eine Methode zu finden, den Extrakt, der eigentlich eine Unbekannte in der Wassermannschen Reaktion darstellt, überflüssig zu machen. Die Beobachtung, daß geringe Änderungen in den Mengenverhältnissen schon einen anderen Ausfall der Wassermannschen Reaktion bedingen konnten, veranlaßte Hesse einerseits, die Kochsalzlösung von 0,5 ccm auf 1 ccm zu vermehren, anderseits sowohl das Komplement als auch das hämolytische Serum an der Grenze der Wirksamkeit zu verwenden und nicht wie bei der Wassermannschen Reaktion als ein Vielfaches der eben noch wirksamen Dosis. Hesse verwendete nur inaktives Serum, das im Wasserbad 1 Stunde bei 56° verweilt hatte, wodurch jedes Komplement vernichtet wurde, ohne das Serum anderweitig zu schädigen. Bei dem Versuch scheint wichtig zu sein, die größte Menge menschlichen Serums und die möglichste Empfindlichkeit des hämolytischen Systems, um die geringsten Störungen im Gleichgewicht schon erkennbar zu machen. Durch die Untersuchungen erscheint die Vermutung bestätigt, daß die sog. Eigenhemmung das maßgebende Moment für den positiven oder negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist. Es erscheint dem Autor unzweifelhaft, daß wirklich die Eigenhemmung, die Fähigkeit, Komplement unwirksam zu machen, eine Eigenschaft zahlreicher Sera ist, ob nurluetischer oder auch anderer, läßt sich noch nicht sagen. Diese Eigenschaft kann in der Wassermannschen Reaktion durch den Extrakt sichtbar gemacht werden, bei vorliegender Methode aber ohne dieses Hilfsmittel.

Viktor Bandler (Prag).

Brandweiner. Über die sero-chemische Syphilisreaktion nach C. Bruck. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 20.

Nach den Untersuchungen des Autors kann die Brucksche Reaktion nicht an Stelle der Wassermannschen Reaktion Verwendung finden, praktisch ist sie vorläufig wertlos. Brandweiner erhielt bei 131 Fällen 97 positive Reaktionen, statt 54 und 34 negative statt 77.

Viktor Bandler (Prag).

Perutz, A. Die Bedeutung serodiagnostischer Untersuchungen für die Prognose der abortiv behandelten Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 51.

1. Die Präcipitationsreaktion der Syphilis nach Porges-Herman-Perutz ist im Primärstadium der Lues viel häufiger positiv als die Wassermannsche Reaktion.

2. Die negative Wassermannsche Reaktion allein läßt nicht den Schluß zu, daß die Syphilis noch nicht generalisiert sei.

3. Die negative Wassermannsche Reaktion allein vor Beginn der Kur läßt noch nicht mit Sicherheit annehmen, daß eine Abortivbehandlung von Erfolg begleitet sein könnte.

4. Die günstigsten Bedingungen für eine erfolgreiche Abortivkur sind bei negativer Wassermannscher Reaktion eine negative Ausflockungsreaktion.

Viktor Bandler (Prag).

Wassermann, A. von. Über die Wassermannsche Reaktion und biologische Stadien der Lues in bezug auf Therapie sowie Bekämpfung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 33.

Im Verlaufe der syphilitischen Infektion unterscheidet v. Wassermann zwei biologische Stadien. Das erste kurze besteht vor dem Eintritt der Wa.R., das zweite lang andauernde nach Ausbildung derselben im Zustande des syphilitischen Infekts. Diese Stadien decken sich nicht mit den klinischen primären oder sekundären Erscheinungen. Vielmehr zeigt der Eintritt der Wa.R. an, daß die Spirochäten auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn in das Gewebe verschleppt wurden und dort metastatische Herde bildeten. In der Vor-Wassermannperiode haben die auf einem umschriebenen Gewebsteil, dem Sitz des Primäraffekts, beschränkten Spirochäten noch keine reaktive Tätigkeit im Körpergewebe hervorgerufen. Daher können in dieser ersten Periode die Spirochäten durch schnellen energischen Eingriff noch dauernd beseitigt werden. Diese Sicherheit gleitet im zweiten Stadium, welches erst die wahre konstitutionelle Syphiliserkrankung bringt, akut ab. Diese Unterscheidung muß die Basis für die Radikalheilung der Syphilis bilden, welche bei der kurzen Dauer des Vor-Wassermannstadiums nur mit spirilloziden Mitteln zu bewirken ist. Hierzu ist das Salvarsan durchaus nötig, das langsamer wirkende Quecksilber kann in diesem ersten,

für die Heilung wichtigsten Stadium nur in Kombination mit den schnellwirkenden Ehrlichschen Mitteln gebraucht werden.

Max Joseph (Berlin).

Jersild. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 30.

Verf. meint, daß eine quantitative Ausführung der Wassermannschen Reaktion ganz wertlos ist. Harald Boas (Kopenhagen).

Thomsen, Oluf und *Boas*, Harald. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 31.

Verfasser verteidigen die zuerst von Boas angestellte quantitative Technik der Wassermannschen Reaktion.

Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild, O. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 32.

Polemik gegen Thomsen und Boas.

Harald Boas (Kopenhagen).

Thomsen, Oluf und *Boas*, Harald. Die Bedeutung der Austitrierung bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 33.

Polemik gegen Jersild. Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild, O. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 34.

Polemik gegen Thomsen und Boas.

Harald Boas (Kopenhagen).

Thomsen, Oluf und *Boas*, Harald. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 35.

Polemik gegen Jersild. Harald Boas (Kopenhagen).

Ehlers und *Aaskov*. Summarisches Resultat der Wassermannreaktionen. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 39.

Verfasser haben das große Material der 4. Abteilung des Kommunehospitals untersucht und meinen, wie Thomsen und Boas, daß eine quantitative Austitrierung der Wassermannschen Reaktion von großer Bedeutung für die Klinik ist. Harald Boas (Kopenhagen).

Freund, Julius. Über die Hirschfeld-Klingersche Gerinnungsreaktion bei Lues. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Die Versuche Freunds ergaben eine sichtliche Spezifität der Gerinnungsreaktion nach Hirschfeld für Lues. Diese Reaktion zeigte bei Luetikern mehr positive Resultate als die mit Normalextrakt ausgeführte Wa.R. und ist zudem einfacher und billiger.

Max Joseph (Berlin).

Cornaz, G. Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit in den verschiedenen Stadien der Lues. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 47. p. 1584.

Verf. hat in der Klinik von Dind in Lausanne die Cerebrospinalflüssigkeit in den verschiedenen Stadien der Lues untersucht und gefunden, daß letztere schon in den Frühstadien Veränderungen in Form der Lymphocytose aufweist, wenn die Wa.R. noch negativ und die Vermehrung des Eiweißes noch nicht zu konstatieren ist. In 35% der Fälle von Ulcus durum war die Lymphocytose nachweisbar bei Fehlen jeglicher Allgemeinsymptome. Eine Lymphocytose nimmt Verf. erst an, wenn per Kubikmillimeter 5 Lymphocyten nachweisbar sind. Im Sekundärstadium soll die Wa.R. in 14% der Fälle positiv im Liquor gewesen sein, bei Condylomen allerdings viel häufiger als z. B. bei Plaques muqueuses. Bei Lues des Zentralnervensystems finden sich konstant Veränderungen im Liquor, es soll öfters vorkommen, daß die Wa.R. im Liquor positiv ausfällt, während sie im Blute negativ ist.

Unangenehme Zwischenfälle hat Verf. nie gesehen. Wichtig sei allerdings, daß der Patient nach der Punktion 24 Stunden flach liegen bleibe und daß höchstens 5 ccm Flüssigkeit entnommen werden, die für die Wa.R., den Eiweiß- und Lymphocytennachweis genügen sollen.

Max Winkler (Luzern).

Georgi, W. Die Bedeutung der Extraktbeschaffenheit für die Ausflockung des syphilitischen Blutserums. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 6.

Bei der Ausflockung von syphilitischem Blutserum durch Rinderherzextrakt spielt der Cholesteringehalt eine wesentliche Rolle. Der Extrakt muß in geeigneter Weise verdünnt werden. Auch Meerschweinchenherz- und Luesleberextrakte können sich bei geeigneter Cholesterinierung für die Ausflockung eignen. I. a. besteht ein Parallelismus zwischen Wassermannscher Reaktion und Ausflockung. Uncharakteristische Extrakte zeigen ein gleiches Verhalten bei beiden Reaktionen.

Marg. Stern (Breslau).

Klinger, R. Zur Frage der Titersteigerung bei Blutentziehungen. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 6.

Im Gegensatz zu den Befunden von Hahn und Langer konnte durch wiederholte, starke Blutentziehungen bei Immunkaninchen der Agglutinititer nicht erhöht werden; derselbe blieb entweder nahezu konstant oder zeigte ein leichtes Absinken.

Marg. Stern (Breslau).

Meinicke, E. Zur Extraktfrage bei der Serodiagnose der Syphilis. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 6.

Die Brauchbarkeit alkoholischer Menschenherzextrakte für die Meinickereaktion ist von folgenden Bedingungen abhängig: 1. der Extraktionstemperatur, 2. dem Grade des Schüttelns, 3. dem relativen Mengenverhältnis von Organbrei und extrahierendem Alkohol.

Marg. Stern (Breslau).

Enste, Dr. Wilhelm. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Feststellung der Ätiologie der Augenkrankheiten. Dissertation. Marburg. 25 Seiten. 75 Pfennig.

Auf dem Heidelberger Ophthalmologenkongreß im Jahre 1907 hat Leber als erster die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Augenheilkunde betont.

Die systematische Blutuntersuchung bei Keratitis parenchymatosa, Iritis, Sehnervenerkrankungen haben für die Ätiologie dieser Krankheiten entschieden eine Klärung herbeigeführt.

Enste stellt aus dem Gesamtergebnis der bisherigen Untersuchungen folgendes fest:

1. „Ein negativer Ausfall der Reaktion spricht noch keineswegs gegen das Bestehen einer luetischen Infektion, da der positive Ausfall in der Mehrzahl der Fälle erst nach der allgemeinen Verbreitung des luetischen Virus im Körper auftritt und andererseits bei energischer Behandlung die Reaktion negativ werden kann.“

2. „Es liegen zahlreiche sichere Beobachtungen vor, die beweisen, daß auch bei klinisch sicherer Lues die Wassermannsche Reaktion negativ bleiben kann.“

3. „Daß die vor der spezifischen Behandlung negative Reaktion nach einer energischen Behandlung mit Hg und Salvarsan positiv werden kann.“

Hieraus folgt also, daß selbst bei negativem Wassermann, wenn die klinischen Symptome dafür sprechen, eine luetische Ätiologie in Betracht gezogen werden muß.

Verf. hat sein Material in der Marburger Augenklinik geprüft, wo die Wassermannsche Reaktion seit 1909 in Anwendung steht. Im Marburger hygienischen Institut des Prof. Bonhoff wurde bei 262 Fällen die Reaktion ausgeführt; davon reagierten 28,6% positiv, 71,4% negativ.

Das Ergebnis bei den einzelnen Krankheitsbildern der Augen ist folgendes:

Luetische Erkrankung der Augenlider 1 Fall; die Präaurikulardrüse war sehr stark geschwollen und schmerzhaft. Wassermann positiv (Tarsitis syphilitica).

Eine hervorragende Stellung nimmt die Wassermannsche Reaktion bei der Erforschung der Keratitis parenchymatosa ein. Es ist fast stets die Lues ätiologisch in Betracht zu ziehen, meist die hereditäre Lues, nur in ganz vereinzelten Fällen die akquirierte Lues. Er fand in 66% die Wassermannsche Reaktion positiv, verhältnismäßig eine geringe Zahl, wo andere 80–100% nachweisen konnten (Fleischer, Kümmel, Elchlepp, Igersheimer usw.). Verf. meint, in Marburg resp. Hessen sei die Lues weniger verbreitet als die Tuberkulose. Die spezifische Behandlung der Keratitis parenchymatosa hatte keinen unmittelbar nachweisbaren Erfolg.

Bei den Erkrankungen der Sklera war in allen Fällen die Wassermannsche Reaktion negativ.

Diese Reaktion spielt aber eine hervorragende Rolle bei der Iritis und Iridocyclitis; in den Marburger Fällen fiel sie nur in 14,3% positiv aus, wogegen bei anderen Statistiken ein Prozentsatz von 33 bis 50 bestimmt worden ist.

Interessant ist, daß bei Chorioiditis die Reaktion kaum in Betracht kam, also der ätiologische Faktor fast ausschließlich die Tuberkulose war, wogegen andere 20—60% Lues fanden.

Von Retinitis kamen 26 Fälle zur Beobachtung, nur bei einem Falle einer Retinitis pigmentosa war die Reaktion positiv, sonst immer negativ. In einem Falle von Thrombose der Vena centralis war die Wassermannsche Reaktion positiv, in drei anderen negativ. Dieser positive Ausfall bei Thrombosen der Vena centralis ist bisher selten beobachtet worden; durch die spezifische Therapie konnte nur eine geringe Besserung erzielt werden, sodaß es scheint, daß die Thrombose und Lues vielleicht doch nicht im Zusammenhange standen.

Bei den 30 Fällen von Neuritis nervi optici wurde 5mal ein positiver Ausfall der Reaktion festgestellt. In 7 Fällen war eine Stauungspapille, in 12 das Bild der eigentlichen Neuritis nervi optici, in 10 Fällen das klinische Bild der Neuritis retrobulbaris nachweisbar. In den 7 Fällen von Stauungspapille war die Wa.R. 7 mal negativ (4 Fälle ein- und 3 Fälle doppelseitig). In 12 Fällen der eigentlichen Neuritis nervi optici (3 doppel-, 9 einseitig) war sie 3 mal positiv, bei den 10 Fällen von Neuritis retrobulbaris 2 mal positiv, also insgesamt in 16,6% war eineluetische Ätiologie anzunehmen.

Bei den 28 nach Wassermann untersuchten Fällen von Atrophia nervi optici war die Reaktion 5 mal positiv.

Augenmuskellähmungen kamen in 31 Fällen zur Untersuchung nach Wassermann. In 8 Fällen Parese des Oculomotorius, davon 4 mal positiver Ausfall der Reaktion. Von den 12 Abducensparesen hatten vier ein positives Ergebnis der Reaktion. 6 Fälle von Trochlearisparese wiesen sämtlich ein negatives Ergebnis auf. Ophthalmoplegien wurden in 5 Fällen nach Wassermann untersucht, darunter ein positiver Ausfall. Insgesamt ein positives Ergebnis in 48,3% der Fälle.

Das untersuchte Material der Marburger Klinik ist nicht groß — doch ist der positive Ausfall bedeutend geringer als bei anderen Statistiken, und Verf. erklärt dies mit der relativen Seltenheit der Lues bei einer ländlichen, seßhaften Bevölkerung. Ich glaube, er hat auch Recht, und das bewiesen zu haben dürfte das Hauptverdienst seiner Abhandlung sein.

Im Grunde genommen haftet aber an jeder derartigen Statistik der Fehler, daß die positive Wassermannsche Reaktion eben nur

die luetische Infektion des Organismus beweist und nicht immer die spezifische Ätiologie des Augenleidens. I. R. Thim (Wien).

Lesser, Fritz. Zur Serodiagnostik der Syphilis. Meinickes Reaktion. 2. Mitteilung. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 42.

Mit der Meinickeschen Reaktion erreichte Lesser bei Untersuchungen syphilitischen Serums zuverlässige, den Ausfällen der Wa.R. gleichwertige Resultate. Das Verfahren ist etwa folgendes: 0,2 Patientenserum + 0,8 verdünntem Antigen (alkoholischer Fötalleber- oder Herzextrakt) über Nacht im Brutschrank 37°, wonach sich Ausflockung in den Röhrchen zeigen muß. Hinzufügen von 1 ccm Kochsalzlösung, 1 Stunde im Brutschrank. Ablesen des Resultats unter dem Agglutinoskop. Bei negativer Reaktion sind die Flocken verschwunden. Das Organ muß vor der Alkoholextraktion entwässert werden. Die Herzmuskelsubstanz muß zu Püree verarbeitet, dann mit absolutem Alkohol im Wasserbade unter Schütteln extrahiert oder bis zur Durchtränkung mit Alkohol übergossen werden, damit alle Herzen brauchbare Extrakte liefern. Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Fortschritte in der Serodiagnostik der Syphilis (Meinickes und Sachs-Georgis Ausflockungsreaktionen). Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 10, p. 224.

Das Wesen der Meinicke-Reaktion (M.R.) ist ebenso strittig wie das der Wa.R. Man kann annehmen, daß es sich bei beiden um Bindung zwischen Eiweißkörpern des Syphilitikerserums und den Lipoiden des Organextraktes handelt, der bei der M.R. durch eine kochsalzbeständige Fällung zum Ausdruck kommt. Die Technik der M.R. ist einfach: 1. Zu 0,2 ccm Patientenserum, das bei 55° 15 Minuten inaktiviert wird, fügt man 0,8 ccm mit Aqu. dest. verdünnten alkohol. Fötalleber- oder Normalherzextrakt; nach Umschütteln über Nacht in den Brutschrank. Am nächsten Morgen zeigen Normal- wie Luessera Flockung. 2. Zu jedem Röhrchen fügt man 1 ccm NaCl-Lösung, deren Konzentration durch Vorversuche mit positiven, schwach positiven und negativen Seren so gewählt wird, daß die Flocken bei den negativen Seren sich auflösen, bei den positiven bleiben. 1 Stunde Brutschrank, dann Ablesung mittels Agglutinoskop. Bei richtiger Einstellung bleiben die Mengenverhältnisse fast konstant.

Bei mehr als 13 000 Fällen wurde gleichzeitig die M.R. angestellt: räumlich getrennt, von verschiedenen Laborantinnen, ohne Kenntnis der Krankengeschichte. In der Mehrzahl ergab sich völlige Übereinstimmung; vielfach aber auch graduelle Unterschiede, und zwar ausnahmslos bei Syphilitikern mit Primäraffekten oder in spezif. Behandlung. Auch direkt entgegengesetzte Ergebnisse zwischen M.R. und Wa.R. kommen vor.

Zwei Nachteile hat die M.R.: 1. 2% der Sera — besonders icterische und hämolytische — flocken am Ende der 1. Phase nicht und können

daher nicht weiter untersucht werden. 2. Spinalflüssigkeiten flocken ebenfalls nicht.

Die Vorteile liegen in der Vereinfachung und der Konstanz der Ingredientien.

Noch einfacher ist die Technik der Sachs-Georgi-Ausflockungsreaktion (S.G.R.): 0,1 ccm Patientenserum + 0,9 ccm phys. NaCl-Lösung werden gemischt mit 0,5 ccm mit NaCl verdünntem cholesteriniertem Rinderherzextrakt. 2 Stunden Brutschrank, 18 bis 20 Stunden Zimmertemperatur, danach Ablesung im Agglutinoskop. Zur Kontrolle: Serumkontrolle mit 6fach verdünntem Alkohol, anstatt Extrakt und Extraktkontrolle mit 0,1 phys. NaCl anstatt Patientenserum.

2300 Fälle wurden gleichzeitig mit der S.G.R., M.R. und Wa.R. untersucht. 1500 Fälle wurden zusammengestellt. 1144 Fälle waren mit allen 3 Reaktionen negativ, darunter viel Tuberkulose, Fleckfieber und andere Fiebererkrankungen. Positiv reagierten 157, different 199 Fälle.

Unspezifizität der S.G.R. ließ sich in einer Reihe von Fällen nachweisen. Unter 42 Fällen von Ule. mollia, die klinisch, anamnestisch und mikroskopisch keine Luessymptome hatten, reagierten 31 bei allen 3 Reaktionen negativ, bei 11 waren Wa.R. und M.R. negativ, S.G.R. positiv; nach dem Abheilen des Ule. moll. wurde auch S.G.R. negativ. Die Unspezifizität der S.G.R. vermehrt sich, wenn man nach Mandelbaum die Seren erst nach der Verdünnung mit NaCl inaktiviert.

Die Einheitigkeit der Reaktion, die S. und G. für vorteilhaft halten, ist nach Lesser ein Nachteil, da man durch die Einseitigkeit die Sera erkennt, die an sich nicht flocken. Vielleicht erklärt sich dadurch der Umstand, daß 3 Fälle von Roseola, bei denen Wa.R. und M.R. positiv waren, negative S.G.R. hatten.

Einmaliger positiver Ausfall mit einem Extrakt bei einer der 3 Reaktionen berechtigt nicht, den Fall als positiv zu bezeichnen; ist aber ein Serum bei zweimaliger Prüfung — wenn auch nur mit 1 Extrakt — entweder nur bei Wa.R. oder nur bei M.R. positiv, so bezeichnet L. den Fall als positiv; ist aber S.G.R. — auch wiederholt — positiv, M.R. und Wa.R. aber negativ, so nimmt L. nicht Syphilis an, da die S.G.R. noch nicht so durchgearbeitet ist, daß man auf ihr allein fußen kann. Die große Zahl der Übereinstimmungen lehrt aber, daß sie nicht abgelehnt werden darf.

Die M.R. ist bei Übung durchaus zuverlässig, was zu begrüßen ist, wo Meerschweinchen fehlen (Tropen). Ist die Wa.R. durchführbar, so soll sie den Grundpfeiler der Seradiagnostik bilden. Jedoch wird es genügen, sie mit nur 2 Extrakten auszuführen, wenn daneben die M.R. oder auch noch die S.G.R. angestellt wird. Werden alle drei Reaktionen ausgeführt, so müssen auch die Ergebnisse getrennt abgegeben, nicht etwa die Bilanz gezogen werden. Kraukauer (Breslau).

Gärtner, W. Die Brucksche und Wassermannsche Reaktion in den einzelnen Stadien der Syphilis und unter dem Einfluß der Behandlung. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. Bd. LXXXII, p. 337.

Im frühprimären Stadium und bei frischen Sekundärfällen zeigen beide Reaktionen weitgehendste Übereinstimmung. In den späteren Stadien der Erkrankung ist die Br.R. häufiger negativ als die Wa.R. Die Br.R. wird im allgemeinen später positiv als die Wa.R., bleibt es dafür während der Behandlung länger. Bei verschiedenen Hauterkrankungen, besonders Lupus, Furunkulose, Impetigo findet sich oft Br.R. bei negativer Wa.R. Der Autor ist daher der Ansicht, daß die Br.R. in Beziehung zu infiltrativen Prozessen steht. Eine Scheidung zwischen spezifischer und unspezifischer Br.R. ist zur Zeit noch nicht möglich. Walter Pick (Wien).

Meuhngracht. Wassermann-Reaktionen der Abteilung B des Reichshospitals zu Kopenhagen im Jahre 1917—1918. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 7.

Alle Patienten wurden untersucht. Die Prozentzahl der positiven Reaktionen war 4. Harald Boas (Kopenhagen).

Meinicke. Zur Chemie der serologischen Luesreaktionen. Bemerkungen zu der Arbeit von Herzfeld und Klinger in Nr. 46 der Münch. med. Wochenschr. 1917. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 51, p. 1644.

Das Wesentliche im Luetikerserum ist nicht die erhöhte Fällbarkeit der Globuline, sondern das Auftreten chemisch neuartiger Stoffe, die unabhängig von ihrer chemischen Fällbarkeit eine besondere Affinität zu Extraktlipoiden besitzen. Derartige Stoffe weisen im allgemeinen nur die Sera der Luetiker auf.

Alfred Perutz (Wien).

Täge. Quantitativer Wassermann. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 47. p. 1523.

Mit Hilfe des Colorimeters von Authenrieth und Koenigsberger läßt sich quantitativ die gelöste Blutkörperchenmenge angeben.

Alfred Perutz (Wien).

Marmann. Beiträge zu den serochemischen Syphilisuntersuchungen nach Bruck. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1487.

In der Praxis sind diese Methoden diagnostisch nicht verwertbar, da sie bei Lues Versager und bei nichtluetischen Erkrankungen positive Resultate liefern.

Alfred Perutz (Wien).

Herzfeld und Klinger. Zur Chemie der serologischen Luesreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1486.

Den Ausflockungsreaktionen ist der Nachweis stark labiler Globuline im luetischen Serum gemeinsam. Die pathologische Veränderung des Blutes ist hierbei nicht eine qualitative, sondern eine quantitative, um eine Vermehrung derjenigen Eiweißteilchen, welche

sich durch ihre niedrige Dispersität und die geringe Löslichkeit ihrer Oberflächen auszeichnen und daher fallenden Eingriffen gegenüber besonders empfindlich sind. Alfred Perutz (Wien).

Meinicke. Weitere serochemische Untersuchungen bei Syphilis. Bemerkungen zur Arbeit von C. Bruck in Nr. 35 und 36 der Münch. med. Wochenschr. 1917. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 45. p. 1464.

Im Original nachzulesen.

Alfred Perutz (Wien).

Sachs. Zur serodiagnostischen Bedeutung der Globulinveränderungen (insbesondere bei Syphilis). Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 45. p. 1462.

Die Wassermannsche Reaktion beruht auf einer Globulinveränderung bestimmten Grades, für die in dem einen Falle die Extraktwirkung, in dem anderen Falle die spezifische Antigen-Antikörperreaktion das physikalisch aufschließende Moment bildet.

Alfred Perutz (Wien).

Bontemps. Eine einfache und Meerschweinchen ersparende Methode zur Komplementgewinnung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 41. p. 1328.

Gewinnung des Blutes aus der Ohrvene mittels Glassaugkolben, der an einer Wasserstrahlluftpumpe armiert ist.

Alfred Perutz (Wien).

Blanck. Die Originalmethode der Wassermannschen Reaktion und die quantitative Methode nach Kaup. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 41. p. 1324.

Die Original-Wassermann-Methode ist nicht befähigt, für die klinische Diagnostik das zu geben, was mit der Kaupschen Modifikation erreicht wird.

Alfred Perutz (Wien).

Saalfeld. Ein Beitrag zur Syphilisdiagnose. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 37. p. 1203.

Bei allen Erkrankungen, die nicht ganz klar sind, ist die Wassermannsche Reaktion auszuführen. Ein erstmaliges negatives Resultat spricht nicht gegen Syphilis.

Alfred Perutz (Wien).

Bruck. Weitere serochemische Untersuchungen bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 35/36. p. 1129 und 1166.

Durch den Prozeß der Inaktivierung wird eine im frischen Serum enthaltene Säure abgeschwächt bzw. verflüssigt (Fettsäure?). Halbstündig inaktiviertes Serum zeigt noch etwa die Hälfte des ehemaligen Säuregehaltes, einstündig inaktiviertes reagiert alkalisch.

Alfred Perutz (Wien).

Kaup. Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 34. p. 1099.

Trotz sorgfältigster Beobachtung der Vorschriften der Wassermannschen Originalmethode wurden bei Kontrolluntersuchungen an

verschiedenen Untersuchungsstellen in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle widersprechende Resultate erhalten, sowohl bei Verwendung der gleichen Extrakte und Immunsera, als auch wenn staatlich geprüfte Agenzien verwendet wurden. Dagegen wurde eine ähnliche große Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Resultaten wie in der Wassermannschen Kontrollreihe beim Arbeiten nach der Originalvorschrift erzielt, als von Beobachtern dasselbe Aktivserum trotz Verschiedenheit des hämolytischen Serums und des Extraktes verwendet wurde. Die Originalmethode zeigt klinisch sichere Luesfälle, namentlich Lues latens, zumeist nicht an. Die quantitative Methode nach Kaup beruht auf Gesetzmäßigkeiten zwischen hämolytischen Antiserum und Aktivserum, auf genauer Kenntnis der Wirksamkeit der Extrakte und der Patientensera. Alfred Perutz (Wien).

Stümpke. Über die Notwendigkeit wiederholter Wassermannreaktionen in der Prostituiertenbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 10. p. 315.

Die Wassermannsche Reaktion ist möglichst häufig, auch bei seronegativen Fällen, bei der Prostituiertenbehandlung zu wiederholen. Alfred Perutz (Wien).

Müller, Rudolf. Über Brucks neue „serochemische Reaktion bei Syphilis“. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 9. Feldärztl. Beil. p. 140.

Die Brucksche Reaktion kommt häufig bei Nichtluetikern (Tuberkulosen) vor, andererseits fehlt sie bei Luetikern.

Alfred Perutz (Wien).

Weichbrodt. Zur serochemischen Reaktion bei Syphilis nach Bruck. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 8. Feldärztl. Beil. p. 125.

Die Brucksche Reaktion erwies sich als nicht brauchbar.

Alfred Perutz (Wien).

Kämmerer. Bemerkungen über das Wesen der Bruckschen serochemischen Syphilisreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1917. Feldärztl. Beil. p. 124.

Die positive Brucksche Reaktion zeigt ähnlich wie die Klausnersche eine Globulinvermehrung resp. leichtere Fällbarkeit der Globuline überhaupt an, während das Ergebnis der Wassermannschen Reaktion an eine bestimmte Qualität dieser Globuline gebunden ist.

Alfred Perutz (Wien).

Schmitz. Über die Brucksche serochemische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 7. p. 211.

An 160 Seren untersucht läßt die Brucksche Reaktion die notwendige Zuverlässigkeit vermissen und kann zur praktischen Verwertung einstweilen noch nicht in Frage kommen.

Alfred Perutz (Wien).

Kaup und Kretschmer. Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quan-

titative Messung der Komplementbindung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 5. Feldärztl. Beil. p. 70.

Als leitender Gesichtspunkt für die modifizierte Wassermannsche Reaktion gilt, daß ein Komplementminimum (Komplementeinheit) als Grundlage der Komplementbindung dient. Die Verwendung des Komplementminimums als Komplementeinheit gestattet ebenso die Feststellung von Spuren einer Komplementbindung, wie die quantitative Bestimmung des Gesamtverbrauches an Komplement.

Alfred Perutz (Wien).

Bruck, Carl. Eine serochemische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 1. Feldärztl. Beil. p. 1.

Von der Beobachtung ausgehend, daß bei einer gewissen Verdünnung das gesamte Säurealbuminat des Normalserums sich in Wasser löst, während bei derselben Verdünnung noch ein Teil des Säurealbuminates des Luesserums ungelöst bleibt, wird eine serochemische Luesreaktion angegeben, deren Technik im Original nachzulesen ist.

Alfred Perutz (Wien).

Bittorf. Auftreten Wassermannscher Reaktion bei Fleckfieber. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 46. Feldärztl. Beil. p. 750.

Auf der Höhe der Quecksilbererkrankung war die Wassermannsche Reaktion positiv, während sie in der Rekonvaleszenz negativ war.

Alfred Perutz (Wien).

Reinhardt und *Öller*. Hamsterkomplement an Stelle von Meerschweinchenkomplement bei der Wassermannschen Luesreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 39. Feldärztl. Beil. p. 627.

Da eine größere Zahl menschlicher Seren sicher kontrollierte Resultate mit Hamsterkomplement bei der Wassermannschen Reaktion gab, kann dieses Komplement als Ersatz für Meerschweinchenkomplement empfohlen werden.

Alfred Perutz (Wien).

Vagedes, von und *Korbsch*. Die Serumreaktion auf Syphilis nach Meinicke. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 51.

Obgleich die Wa.R. als Grundlage der serologischen Syphilisdiagnose den bedeutendsten Platz einnimmt, sehen von Vagedes und Korbsch auch in der M.R. ein dankenswertes diagnostisches Hilfsmittel. Tritt dieselbe deutlich ausgeprägt auf, so ist sie spezifisch für Syphilis, kann zur Bestätigung und Ergänzung der Wa.R. dienen und bei Mangel an Meerschweinchen dieselbe ersetzen. Hingegen macht sie die Wa.R. nicht entbehrlich, da stark getrübe oder stark hämolytische Blutproben, sowie Proben von Rückenmarkflüssigkeit sich nicht für die Meinickesche Untersuchungsmethode eignen.

Max Joseph (Berlin).

Mahlo, Arthur. Kritik der Mandelbaumschen Veränderung der Wa.R. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Mahlo hält es zwar für zweckmäßig, die Mandelbaumsche

Änderung der Wa.R., Inaktivierung des Serums in einer Mischung von 0,5 Serum und 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung, bei Eigenhemmung anzuwenden, doch sieht er darin kein sicheres Mittel gegen die Eigenhemmung

Max Joseph (Berlin).

Georgi, W. Aus Praxis und Theorie der Wassermannschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Um Schwierigkeiten der Beurteilung zu begegnen hält es Georgi sowohl nach klinischen Erfahrungen wie theoretischen Erwägungen für nötig, mit einer Mehrzahl von Extrakten und drei absteigenden Dosen die Wa.R. auszuführen. Wegen der Cholesterinierung bevorzugt Verf. die Extrakte aus Rinderherzen, während er bei Meerschweinchenherzen einen störenden Einfluß der Fäulnis beobachtete. Besonders wichtig ist die Beschaffenheit des hämolytischen Systems. Die oft schwankende Beeinflussung des Meerschweinchenserums durch den Extrakt muß vor der Untersuchung festgestellt werden. Am sichersten erschien das Arbeiten mit 2 Komplementdosen in 2 Serien. Bei Massenuntersuchungen wurden aus Sparsamkeit die Mengen auf den 4. Teil der ursprünglich verwendeten Dosen herabgesetzt, ohne daß das Ergebnis hierdurch beeinflußt wurde. Die Ausführung der Wa.R. erfolgte im Brutschrank, wo bei wirksamen Amboceptoren und Komplementen die Hämolyse rasch eintrat.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Zur Theorie und Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 7.

Die physikalische Änderung der Globuline bei den kolloidalen Reaktionen besteht nach Meinickes Versuchen in einer durch Ionenwanderung bedingten Abgabe von locker gebundenem Kochsalz. Diese Globulinlösung stellt den Indicator der M.R. dar. Neuere Versuche ergaben, daß die positiven und negativen Sera sich nur graduell nicht absolut verschieden verhalten in ihrer Reaktion mit Extraktkolloiden. Die Serumglobuline der positiven Sera bedürfen zum Flockungsoptimum eines höheren Salzgehalts der Reaktionsflüssigkeit als die negativen. Ein Vorteil der zweizeitigen Meinickeschen Methode besteht darin, daß die Reagenzien genau auf die Schwankungen des Systems eingestellt werden können. Von Wichtigkeit ist, daß Hämolyse, Abbau und ähnliche Eigenschaften der Sera sowie der Zusatz bestimmter Stoffe zum System die drei Indicatoren der Luesreaktionen qualitativ und quantitativ beeinflussen können. Bei Immunitätsreaktionen z. B. bei Rotz tritt der Vorteil verschiedener, gleichzeitig verwendeter Indicatoren noch mehr hervor. Die M.R. ermöglicht es, die Fehlerquelle der verschiedenen chemischen Fällbarkeit der Serumglobuline auszuschalten oder doch einzuschränken und gibt jedenfalls die Grundlage zu einem systematischen Weiterarbeiten auf dem Gebiet der serologischen Luesdiagnostik.

Max Joseph (Berlin).

Reich, J. Die Fällungsreaktionen zur Syphilisdiagnose nach Meinicke und nach Sachs und Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 7.

Reich sieht in der Sachs-Georgischen Reaktion den größten bisher erreichten Fortschritt in der Vereinfachung der Syphilisreaktionen. Sie ist einfacher und dennoch gleichwertig wie die Wa.R. und besteht darin, daß das inaktivierte Patientenserum und das Antigen in einer bestimmten Verdünnung vermischt werden. Der Extrakt muß eine genau ausprobierte Menge von Cholesterinzusatz enthalten.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Die Lipoidbindungsreaktion. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVIII. H. 3—5.

Die frühere Auffassung M.s, daß den Vorgängen der „Lipoidbindungsreaktion“ eine Bindung von Extraktlipoiden und Serumglobulinen zugrunde läge, wird auf Grund neuerer Versuche mit dieser Reaktion aufgegeben.

Die neu aufgestellte Hypothese wird in folgende Sätze gefaßt: Bei der Reaktion zwischen Serum und Extrakt stören die Extraktkolloide das Kochsalzgleichgewicht der Serumglobuline im Sinne einer Kochsalzentziehung. Diese Reaktion verläuft bei den positiven Seren intensiver als bei den negativen. Als Folge dieser Einwirkung treten bei der Lipoidbindungsmethode kochsalzbeständige Flocken auf, bei der Wassermannschen Reaktion wird Komplement verankert.

Praktisch und theoretisch läßt sich die Lipoidreaktion als Immunitätsreaktion auffassen.

Die neue Hypothese wird an den Vorgängen der Präcipitation, Agglutination, Anaphylaxie, Hämolyse, Bakteriolyse und Komplementbindung erörtert.

Beim sog. Inaktivieren der Sera ändert sich die Reaktionsfähigkeit der Serumglobuline in doppelter Weise; sie werden schwerer aus dem Kochsalzgleichgewicht gebracht. Die Salzentziehung wirkt aber eingreifender auf das Eiweißmolekül ein als bei aktiven Seren. Der Grund dieses Verhaltens wird in einer festeren Bindung des Salzes beim Inaktivieren der Sera gesehen. Marg. Stern (Breslau).

Thaysen, Hess. Das Resultat der Wassermannuntersuchungen im Jahre I. IV 1917 bis I. II 1918. Hospitalstidende 1919. Nr. 28. p. 825—837.

738 Patienten aus dem „St. JohannesStiftelse“ wurden untersucht. Eine „Syphilis ignorée“ wurde bis 4,9% gefunden. Unter diesen Patienten haben 4 die syphilitische Infektion in 45 Jahren gehabt ohne nachweisbare klinische Symptome! Harald Boas (Kopenhagen).

Scheel, Victor. Die Klinik der Influenza. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 15. p. 627—647.

Unter anderem hat Verf. auch das Verhältnis der Wassermannschen Reaktion untersucht. 100 Influenzafälle reagierten alle negativ.

Harald Boas (Kopenhagen).

Stephan, R. Der klinische Wert der serochemischen Syphilisreaktion nach Bruck. Zentralbl. f. inn. Med. Jg. XXXVIII. p. 265. 1917.

Auf Grund der Untersuchung der Sera von 268 Patienten der Strümpellschen Klinik mit der Wassermannschen Originalmethode und der Bruckschen Reaktion gelangt St. zu dem Schlusse, daß der Ausfall der Bruckschen Reaktion für den Nachweis derluetischen Infektion — gleichgültig welchen Stadiums — ohne jede Bedeutung ist, daß also aus dem Nachweis einer Eiweißkuppe im Bruckversuch niemals der Rückschluß erlaubt ist, daß es sich um einluetisches Serum gehandelt habe.

P.

Oetiker, E. Erfahrungen mit der Langeschen Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. LXXXII. p. 235. 1916.

Bei der Untersuchung des Liquors zahlreicher Gesunder und Nervenkranker mit der Langeschen Goldsolreaktion an Stähelins Klinik, wobei sich ihm Erwärmen nur bis 90° und Zusatz von 12 cem einer 2proz. Pottaschelösung bei der Herstellung der Goldlösung als das Beste erwies, fand Oe. beiluetischen Affektionen des zentralen Nervensystems fast immer eine stark positive Goldreaktion; das Maximum der Ausflockung war stets bei den schwächern Verdünnungen vorhanden. Bei Meningitis fiel die Goldreaktion jedesmal deutlich positiv aus, der stärkste Grad der Ausfällung fand sich stets bei den stärkeren Verdünnungen. Die Liquores der übrigen Affektionen des Zentralnervensystems ergaben inkonstante Resultate und die erhaltenen Ausflockungskurven verliefen atypisch. Normale Liquores lassen die kolloidale Goldlösung nur in den seltensten Fällen unverändert, meistens tritt eine leichte Farbenänderung in den ersten Verdünnungen auf und bisweilen ist die Ausflockung eine hochgradige, so daß für die Bewertung des Reaktionsausfalles große Vorsicht am Platze ist.

P.

Hauptmann, Alfred. Zur Bewertung der Nonneschen Phase-I-Reaktion. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. LV. p. 165. 1916.

Gegenüber Angaben, wonach die Phase-I-Reaktion nach Nonne im Liquor cerebrospinalis auch bei nichtorganischen Nervenkrankheiten mit allgemeinen funktionell-nervösen Beschwerden vorkomme (Herrenschneider - Gumprich) und denen von Edel und Piotrowski, welche in einer Reihe von Fällen bei positiver Wa.R. im Liquor negativen Ausfall von Wa.R. im Blut und Pleocytose und Phase I im Liquor fanden, wonach die serologische Liquoruntersuchung für die Frühdiagnose der Paralyse den höheren Wert besitzen würde, kommt H. auf Grund von Untersuchungen an der Freiburger Nervenlinik zu dem Ergebnisse, daß das Vorkommen von Phase I-Reaktion bei nichtorganischen Krankheiten bisher nicht bewiesen sei und die bei metasypilitischen Cerebrospinalleiden zuerst

auftretende pathologische Liquorveränderung nicht die Wassermannreaktion, sondern die Nonnesche Phase-I-Reaktion (evtl. in Verbindung mit Pleocytose) ist. P.

Werther. Über Liquoruntersuchungen und Liquorbehandlungen bei Syphilitischen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. LVII. p. 61. 1917.

Auf Grund der Ergebnisse von mehreren Hundert an Syphilitischen aller Stadien vorgenommenen Lumbalpunktionen werden die Anhaltspunkte besprochen, welche die verschiedenen am Liquor vorgenommenen Untersuchungen für die Beurteilung der Luesfälle und der jeweiligen Therapie liefern. Im Anschlusse an Gennerich tritt W. für Ansteigen mit den Salvarsandosin und baldige Wiederholung der Salvarsankur ein, sowie für Liquorkontrolle am Ende des Frühstadiums, etwa im dritten Infektionsjahre, bei jedem Syphilitiker. Die Mastixreaktion tritt früher und im Frühstadium häufiger als die Phase I auf, bei Paralyse war sie in 100% positiv, bei Tabes in 73%. In 27 Fällen wurden intralumbale Einspritzungen von Salvarsanserin (Swift und Ellis) oder Salvarsannatrium in Liquor gelöst (Gennerich) gemacht und W. erklärt sich von der Berechtigung und Unschädlichkeit der Methode überzeugt, deren Hauptgebiet die Frühsyphilis der Meningen ist. Allerdings sah er in 2 Fällen bei Tabikern danach nervöse Symptome, so daß er zu noch kleineren Anfangsdosen als sie Gennerich empfahl, rät. P.

Eskuchen, Karl. Die Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. LXIII. p. 1. 1918.

Eingehende Besprechung der in letzter Zeit für die Diagnose der cerebrospinalen Lues so wichtig gewordenen Ausflockungsreaktionen. Es werden Technik, Ausführung, Empfindlichkeit der Goldreaktion, der Mastix- und der Berlinerblau-Reaktion besprochen und untereinander verglichen, wobei sich folgendes ergibt:

1. Die Herstellung brauchbarer Kolloidlösungen zeigt keine so erheblichen Unterschiede (Zeit, Mühe), als daß sie die Bevorzugung der Mastix-R. vor der Gold-R. irgendwie rechtfertigte.

2. Die Ausführung der Reaktion gestaltet sich in jedem Fall gleich einfach.

3. Bei der Ablesung des Resultats ist die Beurteilung der Farbunterschiede (Gold-R.) zum mindesten nicht schwerer als die der Fällungsgrade (Mastix-R.). Das subjektive Moment wird auch im zweiten Fall keineswegs ausgeschaltet.

4. Beide Kolloidreaktionen zeichnen sich durch einen hohen Empfindlichkeitsgrad aus und übertreffen darin die anderen Liquorreaktionen. Glatte Versager sind bei der Gold-R. noch seltener als bei der Mastix-R.

5. Die Spezifität der „typischen“ Kurven ist bei der Gold-R. weniger relativ als bei der Mastix-R.; zur Differentialdiagnose der

luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems gegeneinander ist höchstens die Gold-R. brauchbar. Fehlresultate sind bei der Mastix-R. entschieden häufiger.

6. Die Berlinerblau-R. zeigt sich in den ersten 3 Punkten den beiden anderen Kolloidreaktionen erheblich überlegen. Eine ernsthafte Konkurrenz von ihrer Seite kommt jedoch nicht in Betracht, da sie eine rein quantitative Reaktion darstellt.

Weiters erklärt Eskuchen, daß die Gold-R. die empfindlichste und die zuverlässigste der Kolloidreaktionen ist, daß nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen die Mastix-R. in ihrer jetzigen Gestalt nicht der Gold-R. ebenbürtig ist und daß die 4 Reaktionen unbedingt der Erhöhung auf „5 Reaktionen“ durch Aufnahme der leistungsfähigsten Kolloidreaktion bedürfen. P.

II. Symptomatologie.

Strauss, H. Über subakute Leberatrophie mit Ascites. Berl. klin. Wochenschr. 1920. p. 583.

Die Diagnose wurde intra vitam gestellt bei einem 25jährigen Mann aus gesunder Familie. 4½ Mon. zuvor wurde bei ihm Lues mit Wa.R. + festgestellt, dabei Neosalvarsankur mit 1,8 g Neosalv., dauernd Wa.R. +, darauf 1 Kalomelspritze, 2½ Monate nach der Salvarsankur Mattigkeit, Schwindel, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Gelbsucht. Später Anschwellung an Leib und Beinen, Schmerzen. Temp. 38,3. Freier Ascites. Im Urin Gallenfarbstoff, Urobilin, Uribdinogen, etwas Eiweiß, granulierte und hyaline Cylinder, aber kein Leucin und Tyrosin. Die Erscheinungen nahmen zu, zweimal Ascitespunktion mit Entleerung von 8 bzw. 7½ l. Röntgenologisch zeigten sich an der Leberoberfläche zahlreiche Höcker, Leberrand scharf. Trotz Hg- und JK. zunehmende Kachexie, Sopor, Tod. Sofortige Sektion ergibt vergrößerte Leber mit zahlreichen Knoten, dazwischen eingesunkenes Lebergewebe, das sich scharf abhebt. Konsistenz derb. Gallengänge und Papille frei. Mikroskopisch frische Bindegewebswucherung mit Blutungen und kleinzelliger Infiltration, in die Leberläppchen eindringend; Gallenthromben. Keine luetischen Veränderungen. In den Lungen einige tuberkulöse Herde, auch in der Leber ein Tuberkel. Die Diagnose ergab sich aus dem klinischen Verlauf (Fieber, Schmerzen, Hinfälligkeit; höckrige Leber und Ascites); ferner da ein Frühstadium der Lues vorlag. Wie in anderen Fällen war eine Salvarsankur vorangegangen, die also nicht vor dieser Komplikation schützt; aber auch nicht als Noxe in Betracht kommt, da akut Leberatrophie auch bei nicht behandelten Luetikern beobachtet wird. Die makro- und mikroskopische Beschaffenheit der Leber stützt vielleicht die Annahme, daß man die subcutane Leberatrophie als eine Art Brücke zwischen akuter Leberatrophie und Lebercirrhose ansehen darf. Krakauer (Breslau).

Hoffstetter, Hans. Reinfektion mit Syphilis. Med. Klin. 1918. Nr. 51. p. 1254.

Hoffstetter berichtet über einen Fall von Reinfektion mit Syphilis, der die Hellschen Bedingungen völlig erfüllt. Juliusberg.

Pártos, A. Über einen Fall von Reinfektio syphilitica. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 23.

Pártos beobachtete bei einem abortiv behandelten Syphilitiker des Primärstadiums, bei dem die Lues zum Abheilen gebracht wurde, nach einem halben Jahre eine zweite Luesinfektion, die allen Forderungen Müllers im serologischen und klinischen Sinne entsprach.

Viktor Bandler (Prag).

Levin, Ernst. Abortivheilung der Syphilis - Reinfektion. Med. Klin. 1917. Nr. 27. p. 736.

Levins Patient kam mit einem seit 14 Tagen bestehendem Primäraffekt der Unterlippe (positiver Spirochätenbefund nach Burri und Fontana) zur Behandlung. Keine Allgemeinerscheinungen, keine Drüsenschwellungen. Er erhält eine kombinierte Kur, bestehend aus 12 Einspritzungen mit Hg. salicyl. (mit im ganzen 0,65 Hg), 10 Einreibungen von je 4 g grauer Salbe und 5 intravenösen Neosalvarsaneinspritzungen (mit zusammen 2,7). 6 Monate später war die Wa.R. negativ. Auch eine etwa 2 Jahre später vorgenommene Wassermannreaktion fiel negativ aus. Kurze Zeit nachher trat ein genitaler Primäraffekt mit Spirochätenbefund auf.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Perutz, A. Über die Gesetzmäßigkeit in der Lokalisation der sekundären Frühsyphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 20.

Die Gesetzmäßigkeit des Auftretens syphilitischer Frühmanifestationen an gewissen Organen ist durch eine Eigenschaft der Spirochäten bedingt, die Perutz als Aktodermotropismus bezeichnen möchte. Diese Eigenschaft der Spirochäten dokumentiert sich darin, daß sie bei der ersten Aussaat vorzugsweise die Organe, die aus dem äußeren Keimblatte stammen, befällt. Durch einen Fall von papulösem Frühsyphilid, der außerdem einen Naevus vasculosus hatte, bei dem aber der Naevus frei vonluetischen Erscheinungen war, würde diese Theorie eine Bestätigung finden. Viktor Bandler (Prag).

Königstein, H. Bedeutung der Konstitution für den Verlauf der Syphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Die Untersuchungen des Autors gehen darauf aus, Momente festzustellen, welche die Verlaufsform der Syphilis bestimmen und Anhaltspunkte zu finden, um eine von den Varietäten des syphilitischen Prozesses vorauszusagen. Bei dem Zustandekommen einer Infektion ist neben der obligaten Ursache dem unentbehrlichen ektogenen Faktor auch ein endogener, nämlich die Krankheitsbereitschaft und Reaktionsfähigkeit des Organismus auf äußere Einwirkungen zu berücksichtigen. Beim ektogenen Faktor kommt in Betracht

die Abart, Virulenz, Menge und Arzneifestigkeit der Spirochäten. Die Krankheitsbereitschaft kann in der Gesamtkonstitution oder in der Konstitution der Organe liegen. Es gibt bei der Syphiliserkrankung bestimmte Prädispositionsstellen, Erkrankungen von Organsystemen und paarigen Organen. Beim Menschen besteht ferner eine gegensätzliche Empfänglichkeit der Haut und der inneren Organe für die Syphilisinfection, die leichte Lues ist die Lues nervosa, diese führt selten zu Gummen. Das Alter spielt bei der Syphilisinfection eine Rolle, ebenso die Kondition, Beeinflussung des Verlaufes durch Malaria, Tuberkulose, Alkoholismus usw.

Bei den eigenen Untersuchungen teilte Königstein die Luetiker nach dem Muskeltonus in Normaltoniker, Hypotoniker und Hypertoniker ein. Die primären papulösen Exantheme traten unter den Hypotonikern (8,9%) mehr als dreimal so häufig wie unter den Hypertonikern auf; unter den Normaltonikern fand Königstein in 4,1%, unter den Hypotonikern in 7,4% gummöse Prozesse. Luetiker mit weiblichen Zügen haben eine besondere Vorliebe für Alopecie (31,8 : 18,4 Durchschnitt) und Leukodermie. Die Hypotoniker mit papulösen Exanthenen wiesen einen höheren Prozentsatz positiver Resultate in der Spinalflüssigkeit auf (29,6%) als die Normaltoniker (9%). Bei den mittleren Jahrgängen (22—42 Jahre) ergab die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit mehr positive Befunde als bei den jüngsten und ältesten Altersklassen; dasselbe Resultat, mehr positive Befunde, zeigen die Potatoren. Die Tuberkulösen werden häufiger von gummösen Prozessen befallen. Es zeigt sich bei diesen Untersuchungen, daß bei Behandlung der Krankheit vornehmlich der Kranke in seiner Eigenart zu berücksichtigen ist.

Viktor Bandler (Prag).

Fischer, Walter und Chen Pan Nien. Das Verhalten des Blutes bei Lues im Sekundärstadium. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 38. p. 891.

Nur ganz unbedeutende Abweichungen von der Norm, die im Laufe der Zeit auch noch schwanken; auch war nicht sicher, ob die Befunde überhaupt auf die Lues oder auf die Behandlung zurückzuführen waren.

Krakauer (Breslau).

Stümke. Über syphilitische Gelenkentzündungen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 35. p. 968.

Eine akut einsetzende Entzündung zweier Gelenke bei gleichzeitig vorhandenem gonorrhöischen Fluor wurde zunächst als gonorrhöische Arthritis erfolglos behandelt. Nach Klarstellung der serologischen Verhältnisse (positive Wassermannsche Reaktion) Einleitung einer antisymphilitischen Kur, die zu Heilung führte.

Alfred Perutz (Wien).

v. Düring. Erfahrungen in Kleinasien über endemische Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 36. p. 1000.

Im Original nachzulesen.

Alfred Perutz (Wien).

Rössle. Über die Lungensyphilis der Erwachsenen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 36. p. 992.

Im Original nachzulesen.

Alfred Perutz (Wien).

Kayer, Curt. Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis von der Lungensyphilis der Erwachsenen. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 31. p. 783.

Die Lungenlues ist häufiger als bisher vermutet. Anamnese, andereluetische Erscheinungen, subakuter bis chronischer Verlauf mit gelegentlicher Haemoptoe, charakteristischer physikalischer Befund — Verdichtung meist im Mittellappen, meist Freibleiben der Spitzen —, positive Wa.R., Fehlen von Tb., charakteristisches Röntgenbild und Erfolg der spezifischen Behandlung führen zur Diagnose.

Krakauer (Breslau).

Nikolai, Ernst. Die syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre. Sammlung klin. Vorträge 1919. Nr. 781—788.

Eingehende Würdigung der bisher bekannten Fälle (353) und der deutschen und ausländischen Literatur. Die Tracheallues ist verhältnismäßig selten, in etwa 10% der Fälle hereditär. Die Prognose ist ernst durch Erstickungs- und Blutungsgefahr, auch die antiluetische Behandlung hilft nur bei Fällen, die ohne erhebliche Narbenbildung abheilen. Die Beschwerden können sehr gering sein.

Kurt Wiener (Breslau).

Luce, H. Zur Diagnose der Herzsypilis. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 3. 1920.

Im Anschluß an einen Fall von tödlich verlaufendem Herzkammerscheidewanddefekt, dessen Ursprung erst durch die stark positive Wa.R. festgestellt wurde, weist Luce darauf hin, daß beim Fehlen anderer ätiologischer Momente bei plötzlich auftretenden Herzsypilomen stets an die Möglichkeit eines syphilitischen Gummas gedacht und die Wa.R. vorgenommen werden müsse. Klinisch stellt sich die Syphilis der Herzkammerscheidewand als traumatische Klappenzerreißung dar mit akuten oder subakuten Palpitationen und starken Herzgeräuschen. Der Gummaknoten kann die Scheidewand durchbrechen und beide Herzkammern zur Kommunikation bringen. Neben den besonders stark werdenden Herzgeräuschen verbreitet sich ein lautes Schwirren über die ganze Herzgegend. Die spezifische Behandlung der Herzsypilis kann daran scheitern, daß im Gebiete der reizerzeugenden Stellen des Herzmuskels obliterierende Endarteriitis eintritt.

Max Joseph (Berlin).

Spiro, P. Über mesarteriitische Prozesse. Schweiz. Rundschau f. Med. 1919. Nr. 28. p. 559.

Verf. hat im Straßburger Pathologischen Institut die Coronararterien von Leichen, die an allen möglichen Krankheiten gestorben waren, auf das Vorhandensein von mesarteriitischen Prozessen untersucht und gefunden, daß solche Veränderungen nicht nur bei an Infektionen und Intoxikationen verstorbenen Menschen vorkommen,

sondern auch bei Leuten, die anscheinend gesund waren. Die Veränderungen zeigten sich in Form von fleckförmigen Nekrosen der Media. Die Muskelkerne und zum Teil auch die Muskelfasern waren zugrunde gegangen. Daneben waren lymphocytäre Infiltrationen in der Adventitia und Andeutung von Neubildung von Ersatzgewebe in den Nekroseherden feststellbar. Für die Genese dieser Prozesse möchte Verf. eine Intoxikation im weitesten Sinne des Wortes verantwortlich machen, angefangen von der schwersten Infektionskrankheit bis zu den leichtesten Stoffwechselstörungen. Daß dabei auch die Lues und Tuberkulose in Frage kommen, ist ohne weiteres klar. Am stärksten waren die Veränderungen bei Diphtherie. Max Winkler (Luzern).

Lenzmann. Über Aortitis luica. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 23.

Zusammenfassender Aufsatz. · Kein luisch Infizierter ist gegen diese schleichend sich entwickelnde und oft erst spät zur ärztlichen Kenntnis kommende schwere Erkrankung geschützt, selbst dann nicht mit Sicherheit, wenn er im Anfang der Erkrankung energisch behandelt wurde. Der negative Ausfall der Wa.R. spricht nicht gegen die luische Ursache. Die Krankheit tritt meistens bei Infizierten auf, die schwere Rezidive nicht durchgemacht haben und ihre Lues schon vergessen haben. Auch in vorgeschrittenen Fällen zeitigt die anti-syphilitische Behandlung oft noch Erfolge. Verf. gibt Neosalvarsan und Jodkali (20 : 200, tgl. 5,0, in 14tägig. Abstand in ganzen 60—80g) in letzter Zeit auch Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Verf. empfiehlt das letztere Mittel mehr, da er bei Silber einen unangenehmen Zufall im Sinne der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion erlebt hat. Silbersalvarsan wurde in Dosen von 0,1, 0,15, 0,2 in Abständen von 3×24 , 4×24 , 5×24 Stunden gegeben, dann wöchentlich 0,2 ($8 \times$), dann $4 \times$ zweiwöchentlich und mehrmals vierwöchentlich. Vom Sulfoxylat gibt Lenzmann erst 0,15 der 10proz. Lösung, dann wöchentlich 0,2, nach 4 Wochen in drei- und fünftägigen Abständen 0,1, 0,15, 0,2, 0,25. Dann wird wieder in wöchentlichen Abständen gespritzt und je nach dem Erfolge abgeschlossen. Neosalvarsan in Dosen von 2,75—4 g. Symptomatologie siehe Original. Kurt Wiener.

Thorel, Ch. Pathologie der Kreislauforgane des Menschen. Ergebnisse d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. (Lubarsch-Ostertag). 1915. Bd. XVIII. 1. Abtlg. p. 1.

Verf. gibt in seiner Arbeit unter Berücksichtigung der gesamten einschlägigen Literatur auch einen erschöpfenden Bericht über den gegenwärtigen Stand der Frage der syphilitischen Gefäßerkrankungen, insbesondere der Aortitis luetica. Franz Bacher (Breslau).

Olaff, Hans. Das Auge bei syphilogenen Gehirnerkrankungen und bei der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 4.

Zusammenfassender Aufsatz zum kurzen Referat nicht geeignet. Kurt Wiener (Breslau).

Meyer, Fritz M. Der Harnröhrenkatarrh und die Phimose als Symptome der Syphilis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 18.

In allen Fällen von Harnröhrenkatarrh und entzündlicher Phimose, in denen keine Gonokokken nachweisbar sind, ist mit allen Mitteln auf Lues I zu fahnden. Kurt Wiener (Breslau).

Blohmke, Arthur. Luetische Erkrankungen des Gehörsorgans. Beitr. f. Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. d. Ohres, d. Nase, d. Halses. Bd. X.

Verf. bespricht an der Hand von zwei Fällen den Einfluß der antiluetischen Behandlung auf Erkrankungen des Gehörorgans. Der erste Fall, eine sich trotz einer Schmierkur schnell entwickelnde fast völlige Taubheit infolge Lues cong. mit nur ganz geringen Gehörresten wird unter Hg- und Jodbehandlung etwas gebessert. Der zweite Fall ist ein Neurorezidiv, das etwa 2 Monate nach einer Salvarsankur entstanden ist. Hier tritt nach einer Hg-Schmierkur eine wesentliche Besserung des Gehörs ein, der Vestibularapparat bleibt aber weiter unerregbar, die Facialislähmung und die Störungen im Trigeminus und Hypoglossus bleiben unverändert. Salvarsan wird deswegen nicht angewandt, weil Verf. glaubt, daß durch Salvarsan eine bisher latente Acusticusschädigung manifest, eine schon bestehende verschlimmert werden kann. Er empfiehlt daher auch langsam einschleichende Hg- und Salvarsanbehandlung, besonders bei für Gehörserkrankungen prädisponierten Leuten und warnt vor Salvarsan bei Menschen mit nur noch geringer Hörfähigkeit.

Marie Wiener (Breslau).

Rhese. Die Verkürzung der Knochenleitung bei der visceralen Lues mit besonderer Berücksichtigung der primären Lues. Med. Klin. 1919. Nr. 3. p. 63.

Rhese kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlußsätzen: 1. Sowohl bei der primären, wie bei der sekundären und tertiären Lues ist die Verkürzung der Knochenleitung bei normaler oder praktisch nicht in Betracht kommender Beeinträchtigung der Hörfähigkeit für die Sprache ungemein häufig. 2. Diagnostisch kommen indes mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung an sorgfältig ausgewählten Nichtluetikern bezüglich der mittleren Töne (kl. c) lediglich die Fälle hochgradiger Verkürzung (bis zu ein Drittel der normalen Hördauer) in Betracht, die bei Lues I 5,8%, bei Lues II 15%, bei Lues III 26,3% betragen. Mittelstarke Verkürzungen für mittlere Töne sind diagnostisch belanglos, wenn sie an sich auch etwas häufiger sind, wie bei Nichtluetikern. Wohl aber sind bei Lues Verkürzungen für tiefe Töne bis zu etwa die Hälfte der normalen Hördauer so erheblich und so augenfällig häufiger als diejenigen über die Hälfte, daß man ihnen ceteris paribus eine gewisse Bedeutung nicht absprechen kann. 3. Tertiäre Lues ist in der Anamnese im allgemeinen nicht anzunehmen, wenn die Kno-

chenleitung für mittlere Stimmgabeln normal oder gar verlängert ist, und je älter eine Lues ist, um so zahlreicher sind im allgemeinen die Fälle von hochgradiger Verkürzung. 4. Ein Einfluß der Wassermannschen Reaktion auf den Grad der Verkürzung tritt im allgemeinen ebensowenig hervor, wie ein solcher der Behandlung oder Nichtbehandlung. 5. Da bei der Lues ebenso wie nach Kopftraumen Verkürzung der Knochenleitung und Vermehrung des Liquors häufig nebeneinander vorkommen, ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen, der indessen nicht der ausschließliche zu sein scheint. 6. Die Ursache des Symptoms der verkürzten Knochenleitung bei nahezu normalem Sprachgehör liegt in der Geringfügigkeit der gesetzten Veränderungen. Es weist die Knochenleitung als weniger wichtiger Weg für die Schallwellen bereits eine Beeinträchtigung auf, wenn dieses bezüglich des Weges durch den Schalleitungsapparat, auf den als Hauptweg die Hörfunktion eingestellt ist, noch nicht der Fall ist. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stümpke, Gustav. Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Syphilis. Med. Klin. 1917. Nr. 2. p. 38.

Angeregt durch die Untersuchungen Arnolds (Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 9) über die Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Hauttuberkulose und Syphilis hat Stümpke in derselben Richtung gehende Kontrolluntersuchungen angestellt. Nach seinen Ergebnissen scheinen die von Arnold bei frischer Syphilis gefundenen Zahlen auffallend hoch. Nach Stümpke ist die orthotische Albuminurie nicht nur als ein Zeichen einer chronischen Infektion resp. Intoxikation aufzufassen, sondern sie kann auch bei akuten Infektionskrankheiten resp. Intoxikationen als Symptom einer Reizung oder Schädigung der Nieren beobachtet werden. Es scheint allerdings, als ob die bisherigen Feststellungen für eine gewisse Sonderstellung der Tuberkulose und vielleicht auch der Syphilis sprechen. Übrigens muß man auch daran denken, daß bei der orthotischen Albuminurie bei Syphilis die Medikamente eine Rolle spielen können. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gerber. Die Untersuchung der Mundrachenhöhle. Med. Klin. 1917. Nr. 18. p. 495.

Gerber weist in der vorliegenden Arbeit an der Hand erläutern der Bilder auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung der Mundrachenhöhle grade zur Erkennung syphilitischer Krankheitserscheinungen hin. Die Untersuchung verläuft folgendermaßen: 1. Abziehen der Unterlippe; genaue Besichtigung der Schleimhaut, des Frenulum, der Gingiva und der Zähne. Danach dasselbe Verfahren am Oberkiefer. 2. Abziehen der Wangen, wobei die Zungenspitze in die entgegengesetzte Backentasche gebracht wird; Besichtigung der Wangenschleimhaut, der hinteren Gingiva, der Intermaxillarfalten und der Seitenfläche der Zunge. 3. Besichtigung des hinteren Zahnfleisches und des harten Gaumens mittels des Ver-

größerungsspiegels. 4. Inspektion der Unterfläche der Zunge, des Mundbodens, der Innerfläche des Unterkiefers. 5. Besichtigung des hinteren Zungendrittels bis zur Epiglottis und dieser selbst. 6. Genaue Exploration der Tonsillargegend. Drehung des Kopfes ganz nach der betreffenden Seite. Vordrücken der Tonsille, Abziehen des vorderen Gaumenbogens und der Plica tonsillaris mittels abgebogener Sonde.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Citron, Julius. Die viscerale Frühsyphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 4. p. 86.

Die sehr eingehende und lesenswerte Schilderung der visceralen Frühluës, wie sie Citron beschreibt, erfordert in Hinsicht auf die für die Leser dieser Zeitschrift wichtigen Punkte eine ausführlichere Darstellung im Referat. Drei Methoden haben unsere Kenntnisse über das Vorkommen fröhsyphilitischer visceraler Lues bedeutend erweitert; die erweiterte Untersuchungstechnik, die Jarisch - Herxheimersche Reaktion (die vorübergehende Verstärkung manifester Symptome nach spezifischer Behandlung; besonders die Salvarsanbehandlung veranlaßt derartige hyperämisch-ödematöse Überempfindlichkeitsreaktionen), die Berücksichtigung spätsyphilitischer Erscheinungen (als Rezidive fröhsyphilitischer Prozesse).

Zu den häufigsten Symptomen der Frühluës gehören unter den Erkrankungen der Kreislauforgane funktionelle Störungen des Herzens; meist handelt es sich hierbei wohl um Schädigungen der Herznerven, wie Fournier annahm; doch für einen kleinen Minderteil der Fälle kommt das Vorkommen einer organischen syphilitischen interstitiellen Myokarditis in Betracht (Renvers). Grassmann, Braun, Kopp und Greene haben öfter echte syphilitische Erkrankungen am Endo- Myo- und Perikard festgestellt. Wassermannuntersuchungen haben ergeben, daß die Zahl der Fälle von Myokarditis auf syphilitischer Grundlage überschätzt wird. Im Gegensatz zu der Tatsache, daß Mitralsuffizienz oder Stenose fast nie auf Lues zurückzuführen ist, sind ungefähr 80% aller Fälle von Aortenklappeninsuffizienz bei jugendlichen Individuen syphilitischen Ursprungs. Diese Aortenklappeninsuffizienz ist meist nicht endokardialen Ursprungs, sondern die Fortsetzung eines mesaortitischen Prozesses.

Am Verdauungstraktus gehört hierher, wenn auch meist bei Spätluës und kongenitaler Lues beobachtet, die Mikuliczsche Krankheit. Für die Frühluës des Magens sind die Untersuchungen Neugebauers von Bedeutung, der für die Sekretionsstörungen bei Frühluës meist in direkten Erkrankungen der Magenwand, seltener in Vaguserkrankungen die Ursache sieht. Die Heilung dieser Magenkranken, wie sie Citron mehrfach beobachtet hat, stützt diese Vagusätiologie von Neugebauer. Über die Häufigkeit des luischen Ulcus ventriculi fehlen größere Untersuchungsreihen. Auch die Leber gehört zu den Organen, die frühzeitig an Lues erkranken kann. Der einfache

katarrhalische Icterus syph. gehört zu den nicht seltenen Erscheinungen der Frühperiode. Für die Häufigkeit der frühzeitigen Erkrankung der Leber spricht die Häufigkeit der von Neugebauer festgestellten Galaktosurie. Auch echte Fälle von akuter Hepatitis werden früh beobachtet. Nicht ganz klar ist es, in welchem Umfange die Lues bei der akuten gelben Leberatrophie eine Rolle spielt. Unter den Nierenerkrankungen bei Frühsyphilis können wir zwei Gruppen trennen: 1. Leichte Albuminurien ohne oder mit geringem Ödem (Albuminuria syph.) und 2. schwere Albuminurien mit Ödem (Nephrosis syph.). (Vergl. die Arbeiten von Spiess, Karvonen, die Spirochätenbefunde von Hoffmann und Vorpahl, die pathologischen Untersuchungen Munks.)

Auch das hämopoetische System läßt interessante Beziehungen zur Frühluës feststellen. Hierher gehören auch manche Fälle von „paroxysmaler Hämoglobinurie“. Auch die Schilddrüse nimmt häufig an den syphilitischen Früherkrankungen teil. Ganz besonders sind unsere Kenntnisse erweitert auf dem Gebiete der syphilitischen Gelenkerkrankungen in der Frühperiode (Fälle von syphilitischer Polyarthrititis und Arthritis deformans) und auf dem Gebiete der meningealen und cerebros spinalen Erscheinungen. Anzuschließen sind die Erkrankungen der Hirnnerven, die Verkürzung der Kopfknochenleitung bei normalem Gehörvermögen und andere nervöse Störungen aus dem Gebiete der Otologie.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Klewitz, F., und G. Lepehne. Über Syphilis hereditaria tarda hepatitis (Lebercirrhose mit sekundärer akuter gelber Atrophie). Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Die seltene Erscheinung der akuten gelben Leberatrophie bei hereditärer Lues beobachteten Klewitz und Lepehne bei einer 15jährigen Patientin. Die Leber verkleinerte sich schnell bei zunehmendem Ikterus, im Urin bestand Leuxzin, daneben wurde Ascites festgestellt. Unter Erbrechen und hohem Fieber erfolgte der Exitus in der zweiten Krankheitswoche. Die Autopsie bestätigte die Diagnose Cirrhosis hepatitis mit sekundärer akuter gelber Atrophie der Leberzellen. Obgleich in der Familie nichts von syphilitischer Erkrankung bekannt war, fiel die am Leichenblute ausgeführte Wa.R. positiv aus.

Max Joseph (Berlin).

Baagöe. Krankheiten im Zentralnervensystem bei Lues congenita. Ugeskrift for Läger 1920. Nr. 2. p. 42—52.

Kasuistische Mitteilung; unter den beschriebenen Fällen findet sich auch ein Tabes dorsalis juvenilis.

Harald Boas (Kopenhagen).

Steinert. Kongenitale Syphilis in der Außenpflege. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XL. S. 27.

In den Jahren 1895—1914, in denen in Prag 17 500 Kinder in Außenpflege versetzt wurden, kamen 4 Fälle von Luesübertragung

durch anscheinend gesunde Brustkinder bei den stillenden Pflegefrau vor; außerdem kam es noch in 6 Fällen trotz der Belehrung der Pflegefrau und angeordneter ärztlicher Überwachung der als luetisch erkannten und behandelten und abgestillt in die Außenpflege abgegebener Findelkinder zu einer Übertragung der Lues auf die Pflegemutter.

Die regelmäßige Vornahme der Wassermannschen Reaktion bei Mutter und Kind bedeutet ja einen wesentlichen Fortschritt, aber bei ihrem bekannten Verhalten im Säuglingsalter schützt sie nicht vor ähnlichen Fällen. Bei der Unachtsamkeit der Pflegefrauen und bei mangelhafter ärztlichen Überwachung — mit der auf dem Lande stets zu rechnen ist — werden sich bei diesem System der Außenpflege die Luesübertragungen schwerlich vermeiden lassen.

L. Kleeberg (Breslau).

Lange. Zur Klinik der Säuglingslues. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XL. p. 83.

In der Frankfurter Klinik wurden in den letzten zehn Jahren 100 luetische Säuglinge behandelt (1,1—2,8% der Gesamtaufnahmen). Die Mortalität betrug 67% (darunter 12% Brustkinder). 24 Kinder waren moribund in die Klinik eingeliefert worden. 56% der Fälle zeigten Hauterscheinungen, am häufigsten traten sie in der 4.—6. Lebenswoche auf. In 11% der Beobachtungen bestanden Nierensymptome. Die Nierensyphilis verlief meist unter dem Bilde der hämorrhagischen Nephritis. Eine Schädigung der Niere durch Quecksilber wurde nicht beobachtet. Ein für Lues charakteristisches Blutbild konnte bei der in 18% der Fälle beobachteten Anämie der kongenital luetischen Säuglinge nicht beobachtet werden, Myelocyten schienen nur bei Osteochondritis vorzukommen. Neunmal blieb die Wassermannsche Reaktion stets negativ, trotz bestehender florider Luessymptome.

L. Kleeberg (Breslau).

Reiche, A. Das Wachstum der Frühgeburten in den ersten Lebensmonaten. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 369.

Von syphilidologischem Interesse bei obigen Untersuchungen ist, daß schwere chronische Erkrankungen der Mutter, besonders Lues und Tuberkulose, einen wachstumshemmenden Einfluß auf das Kind ausüben, und zwar blieb bei einem frühgeborenen luetischen Kinde das Längenwachstum besonders auffallend in den ersten Lebensmonaten zurück.

Martin Friedmann (Breslau).

Reiche, A. Lues congenita bei Frühgeburten. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 402.

Unter 200 Frühgeburten konnten 11 Luesfälle beobachtet werden, von denen aber in einem Falle die Diagnose nicht sichergestellt werden konnte. 80% der Kinder starben meist schon im ersten und zweiten Monat. Die bei 9 dieser Kinder angestellte Wassermannsche Reaktion war sechsmal positiv, dreimal negativ. Bei einem großen

Teil der Fälle war das Körpergeburtsge wicht hinter dem der Körperlänge entsprechenden zurückgeblieben, und zwar um 180—670 g. Es ergab sich: Die Lues congenita tritt bei Frühgeburten viel häufiger auf, als bei ausgetragenen Kindern und ruft eine hohe Mortalität hervor. Die Lebensaussichten sind um so schlechter, je früher manifeste Luessymptome auftreten und je häufiger bei der Mutter Früh- oder Fehlgeburten vorgekommen sind. Martin Friedmann (Breslau).

Ylppö, Arvo. Zur Physiologie, Klinik und zum Schicksal der Frühgeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XXIV. Heft 1/4. p. 1.

Aus der umfangreichen und interessanten Arbeit bietet folgendes dermatologisches Interesse. Unter Frühgeburt wird jedes Kind verstanden, das mit einem Geburtsgewicht von 2500 g zur Welt kommt, ungeachtet der Schwangerschaftsdauer. Die vielverbreitete Ansicht, daß jede Frühgeburt luesverdächtig sei, findet bei Ylppö keine Stütze. Bei 668 Frühgeburten ließ sich in 26 Fällen bei der Mutter Lues feststellen. Von diesen starben bis nach dem ersten Lebensjahre 19 = 73,08%, während die Mortalität der anderen Frühgeburten bedeutend geringer war.

Die Lanugohärchen erlangten ihre größte Dichtigkeit bei Frühgeborenen, die ungefähr im 7. Schwangerschaftsmonat geboren wurden und 800—1300 g wogen; die Lanugohaare können 3—5 Monate nach der Geburt noch im Gesichte haften.

Trotz konstanter Körpertemperatur in der Wärmewanne traten wiederholt Ödeme in den herabhängenden Körperteilen auf, bedingt durch Zirkulationsschwäche. Sklereme und Sklerödeme betrachtet Ylppö als denselben, jedoch graduell verschiedenen Prozeß, dessen klinisches Aussehen abhängig ist vom Wasser- und Fettgehalt der befallenen Hautstellen. Durch mechanischen Druck bei der Geburt und durch extrauterine Zirkulationsschwäche kommt es öfters zu Stauungsblutungen der Haut. Kinder mit positiver „Kneifprobe“ haben eine ungünstige Prognose und sterben in der Mehrzahl in den ersten Lebenstagen.

Martin Friedmann (Breslau).

Schmincke, Alexander, Prof. Zur Kenntnis der Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Lues congenita. (Aus dem pathol. Institut der Univ. München.) Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XIX. p. 179.

Bei einem 10 Wochen alten kongenital-luetischen Säuglinge (zunehmender Hydrocephalus, Makroglossie, Sattelnase, vorspringender Stirn und Tubera parietalia, tonisch-klonischen Krampfanfällen, Wa.R. +, blutiges Lumbalpunktat) fanden sich bei der Sektion eine Pachymeningitis haemorrhagica interna der Konvexität des linken Großhirns, des Tentoriums der Hirnbasis und der linken Schädelgrube nebst einem Hydrocephalus internus. Erkrankte Dura spirochätenfrei, dagegen die Meningen der Seitenventrikel mit der angrenzenden Hirnsubstanz spirochätenhaltig. Schmincke nimmt an, daß die

Pachymeningitis haemorrh. int. nicht auf die Lues, sondern auf ein Geburtstrauma des durch den Hydrocephalus vergrößerten Kopfes zurückzuführen sei: 1. wegen der streng einseitigen Lokalisation auf der linken Hemisphäre und in den abhängigen Hirnpartien, 2. wegen des Freiseins der veränderten Dura von Spirochäten und des Fehlens jeglicher spezifischen Veränderung. Martin Friedmann (Breslau).

Wirz, Bella. Über latente kongenitale Syphilis im späteren Kindesalter. (Aus der Münchener Univ.-Kinderklinik.) Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XIX. p. 189.

Zur Feststellung latenter kongenitaler Lues im späteren Kindesalter wurden serologische Untersuchungen an 200 Schulkindern vorgenommen, die weder Luesstigmata noch „spezifische“ Anamnese aufwiesen.

Es ergab sich: 1. bei klinisch unverdächtigen Kindern der Puerita gibt es ungefähr 3% mit sicherer latenter, (wahrscheinlich) kongenitaler Lues. Für die Wahrscheinlichkeit der Lues congenita spricht, daß sich diese zur erworbenen verhält wie 1 : 12. 2. Die Zahl der Wassermann positiven Münchener Schulkinder läßt sich mit jener der Münchener Neugeborenen leidlich in Deckung bringen (nach Abzug der Gestorbenen gemäß der statistischen Sterblichkeitstabelle). 3. Ohne fortlaufende Beobachtung und Berücksichtigung aller Momente (Anamnese, Familie, klinische Erscheinungen, serologische Befunde) lassen sich Feststellungen über die Verbreitung der kongenitalen Lues nicht vornehmen.

Wirz warnt davor, die Aussicht auf zufällige Entdeckung der latenten Lues im späteren Kindesalter zu überschätzen.

Martin Friedmann (Breslau).

Müller, Erich, und Grete Singer. Bericht über das Schicksal ausgiebig behandelter Lueskinder nebst einer Statistik über die Mortalitätluetischer Säuglinge. (Aus dem Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. Heft III/IV.

Vom Frühjahr 1909 bis Juni 1918 wurden 214 Lueskinder, die älter als 1 Jahr und jünger als 15 Jahre waren, intermittierend antiluetisch behandelt bis die Wa.R. mindestens im Verlaufe zweier Kuren negativ blieb; bis zur Entlassung folgt eine Wassermannkontrollzeit, die wenigstens 7 negative Resultate umfassen mußte. Es starben 46; regelmäßig nachuntersucht wurden 84, hiervon war bei 69 die Behandlung beendet, bei 15 unvollendet. Die Todesursachen der 46 = 22,8% Gestorbenen waren meist interkurrente akute Infektionskrankheiten, bei 2 progress. Paralyse. 1. Erfolge: schnelles Verschwinden der Haut- und Schleimhauterscheinungen, Zurückgehen sämtlicher Milz- und Leberschwellungen; häufiges Resistieren der Cubitaldrüsen; Ceratitis parenchymatosa, und auch die Affektionen der Nervenkerne waren kaum beeinflussbar: es können sogar Augen-

symptome während der Kur auftreten. 2 Tabesfälle wurden progredienter.

2. Ergebnisse der Nachuntersuchung: a) somatisch. Es blieben zurück die bekannten Stigmata (Sattelnase usw.) nebst den nicht pathognomonischen Cubitaldrüsen. b) psychisch. Zur Feststellung diente eine Intelligenzprüfung, die die Untersuchten in 4 Stufen einteilen ließ. Schwankungen während der Beobachtungszeit fielen fast stets zum Besseren aus. 73,9% waren oder wurden normal, 11,6% leicht herabgesetzt, 4,3% stark herabgesetzt, 1,4% idiotisch. Bei 80% wurde keine geistige Änderung, bei 20% Besserung konstatiert. Die Behandlung hat also kaum einen wesentlichen Einfluß auf die geistige Entwicklung; auch das Auftreten von Tabes und prog. Paralyse sind im wesentlichen unabhängig von der Behandlung (sic!).

c) Die Wa.R. war bei den 69 zu Ende behandelten Fällen beim Schlusse der Nachuntersuchungen (nach 2—9 Jahren) negativ.

Von 281 Säuglingen starben 99 = 35% in der Mehrzahl und im Gegensatz zu den älteren Kindern an ihrer Lues.

Martin Friedmann (Breslau).

Pfaundler, M. Über die Verbreitung der Lues im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1917. Bd. XVI. p. 63.

Pfaundler verfolgt dasluetische Schicksal von 100 Früchten ebensovielerluetischer Frauen.

Rein klinisch ergibt sich, daß in jedem Lebensalter nur ein Teil der intrauterin mit Lues Infizierten als solche zu erkennen sind; der klinischen Untersuchung entgeht bei sachkundigstem Vorgehen mit 9 Wochen jeder 3.—5. Fall, im Lebensabschnitt von 1—6 Jahren etwa jeder 2. Fall. Noch weit ungünstiger stellt sich das Verhalten zur Zeit der Geburt und — sofern unsichere Stigmata und Minderwertigkeiten nicht mit berücksichtigt werden — auch in der Pubertätsperiode. In Zahlen ausgedrückt:

Von 100 Früchten infizierter Mütter sterben im Mutterleibe: 44.

56	werden richtig geboren:	77%	} entgehen der klinischen Untersuchung
44	erreichen die neunte Woche:	20%	
33	„ den zwölften Monat:	55%	
25	„ die Einschulung:	46%	
23	„ das Ende des Kindesalters:	10%	

Die serologische Untersuchung der Neugeborenen ergibt kein sicheres Resultat. Die Wa.R. beim Kinde fällt vor den ersten parietalen Manifestationen häufig oder in der Regel noch negativ aus (Störung des Reaktionsablaufes durch Vermengung des Blutes mit hammelblutlösenden und Gallenbestandteilen oder Chylus, durch Besonderheiten seines Haptingehaltes, durch relat. Unvermögen zur Antikörperproduktion usw.). Oft kommen positive Reaktionen nichtluetischer Säuglinge vor (Temperatursteigerung, Übergang der spez. Reaginen von der Mutter auf das Kind, ohne Erkrankung dieses).

Da sowohl eine kurze klinische Beobachtung als auch eine einmalige serologische Untersuchung kein sicheres Resultat ergibt, schlägt Verf. vor, zur Verminderung der Mortalität solche verdächtige Kinder in Findelhäusern zu beobachten.

Martin Friedmann (Breslau).

Pfitzer, Helene. Über Syphilisinfection intra partum. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1918. Bd. XVIII. p. 57.

An Hand von 120 kongenitalen Luesfällen der Münchener Universitätskinderklinik prüft Verfasserin die Rietschelsche Hypothese; sie kommt zu dem Schlusse, daß klinisch manches gegen das häufigere Vorkommen einer Intrapartuminfection bei Lues congenita spreche und daß Wahrnehmungen, die zu jener Annahme führten, auch andere Deutung finden können.

Martin Friedmann (Breslau).

Singer, Grete. Bericht über einenluetischen und einen nichtluetischen Zwilling. Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. Heft 5/6. p. 362.

Es handelt sich um zweieiige Zwillinge, von denen die eine 11½ Monate nach der Geburtluetische Symptome mit positiver Wa.R. hatte, während der andere symptomlos war und im Verlaufe von 2 Jahren elfmal seronegativ blieb. Verfasserin denkt an eine paterne Vererbung oder an eine Intrapartuminfection, trotzdem der Status des gesunden Kindes nicht ganz eindeutig ist; eine körperliche oder serologische Untersuchung der Eltern hat nicht stattgefunden.

Martin Friedmann (Breslau).

Werther. Die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3. p. 71.

Entgegen der Pfaunderschen Anschauung wird an der Hand von 10 Fällen nachgewiesen, daß die kongenitale Lues infektiös ist.

Alfred Perutz (Wien).

Pfaundler. Die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 6. p. 161.

Erwiderung auf die Arbeit Werthers in Nr. 3 der Münch. med. Wochenschr. 1918. Die Infektiosität der kongenitalen Säuglingslues ist sehr gering und kann leicht vermieden werden.

Alfred Perutz (Wien).

Hammar. Mikroskopische Analyse der Thymus in einigen Fällen von Lues congenita. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Path. 1919. Bd. LXVI. p. 37 u. 195.

Nach ausführlicher Besprechung der Literatur über die kongenitalluetischen Thymusveränderungen und eingehender Darlegung des Befundes bei 11 untersuchten Fällen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Weder Sequestercysten („Duboisssche Abszesse“), die in einem Falle gefunden, noch Sequester, die in drei Fällen nachgewiesen wurden, noch lymphocyteninviadierte Hassalsche Körper, die sich in sämtlichen Fällen fanden, können als für Lues streng pathognomonisch bezeichnet werden; jedoch scheinen Sequestercysten und

Sequester etwas beträchtlicheren Umfanges beim Menschen bisher nur in Fällen kongenitaler Lues beobachtet zu sein. Hypoplasie und akzidentelle Involution der Thymus sind dagegen nur als indirekte Folgen der syphilitischen Infektion anzusehen.

Franz Bacher (Breslau).

Nordmann. A. Syphilis par conception oder Syphilis d'emblée. Ein Beitrag zur Kasuistik der Syphilisübertragung und zur zivilrechtlichen Beurteilung der Geschlechtskrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. p. 1640.

Ein Mann hat $2\frac{1}{2}$ Jahre nach stattgehabterluetischer Infektion und nach guter Behandlung gegen den Wunsch seines Arztes geheiratet, bekommt ein gesundes Kind, das noch weitere 6 Jahre gesund geblieben ist. Die Frau selbst bleibt ebenfalls 4 Jahre lang gesund und bekommt dann eine sekundäre Lues ohne nachweisbaren Primäraffekt zu Beginn des 5. Jahres nach der Ehe. Da eine außereheliche Infektion nicht ganz ausgeschlossen ist, so erübrigen sich die Erörterungen, ob Syphilis d'emblée oder par conception vorliegt. Der zivilrechtliche Entscheid konnte nicht gefällt werden, da die Klage auf Scheidung und Entschädigung durch die Frau zurückgezogen wurde.

Max Winkler (Luzern).

Meggendorfer, Friedrich. Die Disposition zur Paralyse. Med. Klin. 1920. Nr. 13. p. 315.

Meggendorfer vertritt auf Grund eingehender Erwägungen den Standpunkt, daß es sich bei der Disposition zur Paralyse sowohl um konstitutionelle, wie um konditionelle Faktoren handle, welche eine Reaktionsschwäche des Individuums gegen das eindringende Virus verursachen. Die konstitutionellen Momente rühren wahrscheinlich von der Syphilisdurchseuchung der Aszendenten her und kommen möglicherweise in einer Blutdrüsenalteration und im Habitus, vielleicht sogar in gehäuften Degenerationszeichen zum Ausdruck. Als konditionelle Momente beeinträchtigen wohl äußere Einflüsse die Immunitätskörperbildung; hierher gehören höheres Lebensalter, Alkoholismus und andere Schäden des sogenannten Kulturlebens.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Freudenberg, A. Zur Pathogenese der Miktionsstörungen bei Tabes, nebst kurzen Bemerkungen über einige Fälle von operativer Behandlung derselben. Med. Klin. 1919. Nr. 46. p. 1144.

Freudenberg ist der Ansicht, daß die Miktionsstörungen bei der Tabes durch eine Koordinationsstörung zwischen Detrusor und Sphincter vesicae internus verursacht werden, und zwar in der Weise, daß bei der Kontraktion des Detrusor, der Sphincter, statt zu erschlaffen, sich ebenfalls mehr oder weniger kontrahiert. Freudenberg hat einige Fälle von Miktionsstörung bei Tabes mittels Durchtrennung des Sphincter internus per urethram operativ behandelt und auf diese Weise vollständige Beseitigung der Miktionsstörung

erzielt. Wie er ausdrücklich hervorhebt, ist diese operative Therapie nicht als Normalbehandlung für alle Fälle von Miktionsstörung bei Tabes zu empfehlen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Auerbach, Siegmund. Die Frühdiagnose der multiplen Sklerose, der Tabes und der Paralyse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 16.

Zum Referat nicht geeignet. Klinischer Vortrag.

Kurt Wiener (Breslau).

Sioli, F. Die Spirochaete pallida bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 401.

Sioli fand bei 32 klinisch wahllos ausgesuchten Paralytiker-gehirnen in 16 Fällen Spirochäten im Schnitt; dies ist die höchste bisher erreichte Prozentzahl bei dieser Methode. Eingehende klinische und pathologische Schilderung seiner positiven Fälle und Vergleich mit dem bisher in der Literatur hierüber Berichteten. In dem zweiten Teil der Arbeit äußert sich Sioli unter Verwertung einer großen Literatur über das Wesen der Paralyse, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Raecke, J. Zur Abwehr. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. LX. Heft 1. p. 282.

Raecke kommt in einer Polemik, in der er sich mit Spielmeier und Nissl auseinandersetzt, zu dem Schluß, daß die „Dementia paralytica eine lokale Gehirnerkrankung, eine Spirochaetosis cerebri“ ist. Er geht eingehend auf die Alzheimerschen Zellbefunde bei Paralyse ein und bringt sie in weiterem Ausbau der Alzheimerschen Theorien mit der Spirochäteninvasion in Verbindung. Bei regressiven und proliferativen Veränderungen der Hirnrinde fehlt bisweilen Exsudation, während Exsudation dann wieder an anderen Stellen stärker auftritt. In diesem Fehlen von Exsudation nach Eindringen der Spirochäten mit Degeneration und Proliferation sieht er einen Ausdruck des chronisch-schleichenden Charakters der Erkrankung, während der Obduktionsbefund nur die verschiedenen Phasen der Erkrankung nebeneinander gewissermaßen im Momentbild darstellt.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Wichura (Schwarzeck). Zur spezifischen Behandlung der Tabes dorsalis. 21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. Heft 1. p. 288.

Wichura konnte durch Nachforschungen bei 18 Tabikern, die er im Laufe von 4½ Jahren nach Dreyfus behandelt hatte, feststellen, daß der gute Kurserfolg angehalten hatte. Bei größtmöglicher Intensität der spezif. Behandlung strebt er an, daß die Intensität der spezif. Behandlung und die allgemein kräftigende Behandlung sich die Wage halten. Die vorsichtig einschleichende und weiter-tastende Behandlung ist ein wertvolles Unterstützungsmittel der klinisch - physikalisch - diätetischen Behandlung und soll nach bio-

logischen nicht nach chemo-therapeutischen Grundsätzen gestaltet werden.

In der Aussprache weist O. Förster (Breslau) darauf hin, daß mit der obigen Behandlung die Wa.R. nicht umschlage, weil die Wirkung des Salvarsans bezügl. des tiefen Eindringens in das Gewebe nicht sicher sei. Wohl aber hat er in 130 Fällen gute Erfolge mit endolumbaler Salvarsanbehandlung gesehen: Die Wa.R. geht zurück oder schlägt um, die Lymphocytose geht zurück; am schwierigsten ist die Nonne-Apeltsehe Reaktion zu beeinflussen. Die klinischen Erscheinungen bessern sich, und sogar Reflexe sollen wieder zurückkehren. Strümpell behandelt seit 8 Jahren sämtliche Tabes kranke ausgiebig mit Schmierkur und Salvarsan. Er hat im allgemeinen mit dieser Methode keine besseren Erfolge gesehen als mit den alten physikalischen Methoden (Ruhe, Bäder, Elektrisieren u. dergl.). Er hat von vornherein die Wirksamkeit der antisypilitischen Behandlungsweise der Tabes gering angeschlagen, da er diese Krankheit für etwas anderes als eine rein tertiäre Syphilis des Nervensystems auffaßt. Auch die Erfolge bei der antisypilitischen Behandlung der beginnenden Tabes sind gering.

Schwarz (Leipzig) hat bei Augenerscheinungen als Teilerscheinungen von Hirnluës, Tabes und Paralyse auch schon bei kleinen Salvarsandosens Besserungen gesehen.

Anton (Halle) spricht über Paralysebehandlung. Er stellt sich ebenfalls kritisch zum Salvarsan. Er erwähnt die Tuberkulinkur, Enesolinjektionen und Malariaimpfungen, die Gennerichsche endolumbale Behandlung und seine Arbeit mit v. Bramann (Ventrikell).

Quensel (Leipzig) hat keine Erfolge mit komb. Kur bei der Tabes gesehen. Er behandelt spezifisch nur bei positiver Wa.R. oder bestehenden floriden Prozessen.

Röper (Hamburg-Jena) hat bei komb. Kur mit Salvarsan und grauem Öl nicht nur keine Erfolge gesehen, sondern bisweilen sogar infolge der Anstrengung durch die Kur Verschlechterung. Er behandelt die Tabes wie Erschöpfungszustände. Bei starken tabischen Schmerzen hat er mit Salvarsan-Hg-Behandlung schmerzlindernd wirken können. Bezüglich der Paralyse spricht sich Röper warm für die Fieberbehandlung mit albumosenfreiem Tuberkulin aus.

Klien (Leipzig) äußert, daß die lanzinierenden Schmerzen, die durch Reizerscheinungen an den hinteren Wurzeln aufzufassen sind, durch Salvarsan günstig beeinflußt werden, während die Schmerzen, die auf reaktiven Wucherungen der Stützsubstanz beruhen, sich der Behandlung gegenüber refraktär verhalten. Klien hat schon nach mäßig starker Salvarsanbehandlung Stationärwerden des Krankheitsprozesses gesehen. Das Nebeneinandervorkommen von spätluetischen und metaluetischen Prozessen bedingt in jedem Fall von Tabes und Paralyse die spezifische Behandlung, da es nicht immer klar ist, ob man einen luetischen oder metaluetischen Prozeß vor sich hat, wie z. B. bei der luetischen Pseudoparalyse.

Zur Technik empfiehlt Klien bei großen Gesamtsalvarsandosens kleine Anfangsdosen wegen der großen Gefahren der Z. N. S. Herxheimers. Er läßt der Salvarsanbehandlung eine kurze Schmierkur vorausgehen.

Es scheint, daß schwache Behandlung von Spätluetikern und vielleicht auch überhaupt von Luetikern das spätere Entstehen metaluetischer Erkrankungen fördert.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Hoche. Die Heilbarkeit der progress. Paralyse. 43. Wanderversamml. der südwestd. Neurologen u. Irrenärzte. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 316.

Hoche lehnt die Heilbarkeit der Paralyse durch unsere jetzigen Behandlungsmethoden ab, wohl aber setzt er einen Stillstand der

Erkrankung im frühen und frühesten Stadium einer Ausheilung mit Narbenbildung einmal anatomischer Art, andererseits auf klinischem, d. h. neurologischem und psychischem Gebiet gleich. Um die Unangreifbarkeit der Spirochäten bei Paralyse zu klären, erwägt er folgende Hypothesen: Chemische Autonomie des z. N. S., die die Spirochäten unangreifbar macht; besonderer Capillarwiderstand des Plexus chorioideus und der Hirngefäße; Unfähigkeit des Gehirns zur Bildung von Antikörpern; besondere Giftfestigkeit der metaluetischen Spirochäten. Hoche hofft, daß es gelingen wird, durch neue noch zu entdeckende Mittel der Paralyse therapeutisch beizukommen.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Hauptmann. Über herdartige Verbreitung der Spirochäten bei Paralyse im Gehirn. 43. Wanderversammlung der südwestd. Neurologen u. Irrenärzte. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 320.

Interessante Arbeit, in der sich Hauptmann an Hand von Schnitten über die Form und Entstehung von Spirochätenherden im Gehirn ausläßt. Näheres ist im Original (Eigenbericht des Vortragenden) nachzulesen.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Jahnel. Die Frage der Lues nervosa im Lichte der modernen Syphilisforschung. 43. Wanderversammlung der südwestd. Neurologen u. Irrenärzte. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 348.

Jahnel kommt zu dem Schluß, daß die Existenz eines besonderen neurotrophen Spirochätenstammes nicht erweisbar wäre.

Nicht jeder Paralysekandidat erlebt den Ausbruch seiner Paralyse. Die Lokalisation der Spirochäten in den einzelnen Organen ist verschieden (wie bei der Tuberkulose und der tertiären Lues). Der Verlauf der frischen Lues ist so verschieden, daß nicht in allen späteren Formen die Entwicklung eine gleichartige sein kann. Eine gewisse Anzahl von Luesfällen heilt früh aus. Die Paralyse ist eine parasitäre Erkrankung des nervösen Gewebes, „wie solche auch bei Tieren vorkommen. Alle über die Feststellungen hinausgehenden Betrachtungen über das Wesen der Paralyse müssen zur Zeit als fruchtlose Spekulationen gelten“.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Bettmann. Die Anamnese der Syphilitiker. Med. Klin. 1919. Nr. 1. p. 10.

Bettmanns Ausführungen schließen sich an die Arbeit Strümpells. Über den Wert der Anamnese. Eine ärztliche Plauderei. Med. Klin. 1918. Nr. 45 an. Zum kurzen Referat sind sie nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Friedländer, Erich. Die Infektiosität der Lues latens und ihre praktische Bedeutung für die Irrenpflege. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 32.

Ein an Hebephrenie leidender Patient ohne syphilitische Anamnese infizierte dennoch durch einen Biß seinen Pfleger mit Syphilis.

Der Liquor des Geisteskranken reagierte auf Wassermann positiv, während die Blutuntersuchung negativ ausfiel. Der Fall ist ein sprechender Beweis für die Infektiosität der Lues latens selbst bei seronegativem Blutbefund und für die Gefährlichkeit solcher Kranken für ihre Umgebung.

Max Joseph (Berlin).

Gärtner, Wolf. Zur Frage der Infektiosität der latenten Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 43.

Gärtner kritisiert den Bericht Friedländers, wonach ein 20jähriger Pfleger durch den Biß eines Geisteskranken syphilitisch infiziert worden sei. Da eine kongenitale Syphilis bei dem betreffenden Hebephreniker nicht vorzuliegen schien, derselbe schon mit 14 Jahren in die Anstalt kam mit nicht syphilitischer Geisteskrankheit, zudem die Wa.R. negativ blieb, bezweifelt Verf., daß der Kranke syphilitisch war. Eine einmalige teilsweis positive Reaktion im Liquor, die vorhanden gewesen sein soll, hält Verf. nicht für einen ausreichenden Beweis für Syphilis und nimmt vielmehr ein Zusammentreffen der Bißverletzung am Finger des Pflegers und einer anderweitig erfolgten extragenitalen syphilitischen Infektion an. Verf. macht im Anschluß an diesen Fall auf die große Seltenheit der Ansteckung durch latente Syphilis aufmerksam, im allgemeinen seien latente Fälle nicht mehr infektiös, und es sei daher zur Bekämpfung der Verbreitung der Krankheit wünschenswert, so viele Fälle als möglich in das latente Stadium hinüberzuführen.

Max Joseph (Berlin).

Lilienstein. Ein Fall von endourethralem hartem Schanker. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 13. 1918.

Den syphilitischen Primäraffekt in der Harnröhre, welcher oft wegen seines versteckten Sitzes übersehen wird, beobachtete Lilienstein bei einem Soldaten, der während des Urlaubs mit seiner Ehefrau geschlechtlich verkehrt hatte, aber jeden außerehelichen Verkehr bestritt. Bei stark ödematösem Praeputium fühlte man die Induration in der Urethra in der Höhe des Frenulums. In dem serösen Sekret, das aus der Harnröhrenmündung floß, wurden zahlreiche Spirochaetae pallidae gefunden. Die Leistendrüsen waren geschwollen und indolent. Die Wa.R. ergab positives Resultat. Die klinischen Erscheinungen verschwanden nach kombinierter Quecksilber-Salvarsankur. Interessant war, daß der Patient an der Stelle dieses endourethralen harten Schankers vor 8 Jahren im Verlauf einer Gonorrhöe ein periurethrales Infiltrat gehabt hatte.

Max Joseph (Berlin).

Bab, Hans. Syphilis und Schwangerschaft. Diskussionsbemerkung in der Gynäkologischen Gesellschaft München. 16. V. 1918.

Nothafft führte aus, es bestehe kein Parallelismus zwischen Placentar- und Fötalerkrankung, wohl aber sei das Alter der mütterlichen Infektion ein maßgebender Faktor. Es ist dies im großen und ganzen zugegeben. Die fötale Placenta weist ja nur in einem relativ kleinen Prozentsatz Spirochäten auf, die materne nur in ganz seltenen Fällen. Die Placenta wird wohl von den einzelnen Spirochäten durch-

wachsen, aber eine wirkliche schrankenlose Vermehrung findet erst im Körper der Frucht statt.

Anderseits ist das Alter der mütterlichen Infektion zur Schwere der kindlichen Lues nicht unbedingt umgekehrt proportional.

So ist z. B. das Los der Frucht bei postkonzept. Infektion der Mutter ein sehr verschiedenes. Das Kind kann völlig gesund bleiben (selbst bei frühzeitiger mütterlicher Infektion), es kann aber auch durch eine foudroyant verlaufende Spirochätensepsis getötet werden, ich habe Fälle beobachtet, in denen, wenn man 6 Wochen abrechnete, in denen die Spirochäten bis ins Placentarblut gelangten, in 2, in 4, in 7 und in 10 Wochen schon der Tod der Frucht herbeigeführt wurde. In dem siebenwöchentlichen Fall wurde dabei die Mutter erst im 7. Monat von einem zweiten Mann infiziert und gebar 8—10 Tage zu früh, etwa 13 Wochen nach der Infektion, ein totes nachweisbarluetisches Kind. Im allgemeinen ist das postkonzeptionell übertragene Virus je früher um so verderblicher für den sich bildenden Organismus. Die wachsende Widerstandskraft des sich entwickelnden fötalen Organismus ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Das ergibt schon der Gegensatz zwischen Spirochätenreichtum der Frucht zur Spirochätenarmut des Erwachsenen. Auch sind in den ersten fünf Monaten die histologischen Veränderungen, also die Gewebsreaktionen der fötalen Organe, gegen das Virus äußerst minimale. Auch mit dem wachsenden placentaren Schutz muß gerechnet werden, mit diesem enorm blutreichen und damit für die Spirochäte ungeeigneten Organ, das vielleicht auch Schutz- und Immunstoffe enthält.

Auch das Alter einer schon vor der Gravidität vorhandenen Lues ist nicht unbedingt maßgebend für die Affizierbarkeit der Frucht. Nach 6, nach 10 Jahren kann eine Gravidität noch eineluetische Frucht hervorbringen. Auch die ganz latente Lues der Mutter, eine besondere Affektion, die ich eingehend beschrieben habe, kann zur Lues des Kindes führen.

Nothafft betont, daß ein Übergang der Lues vor Entwicklung des Placentarkreislaufs nicht möglich ist. Aber die germinative Übertragung ist doch noch keineswegs endgültig widerlegt, und ebenso ist auch eine deciduale Infektion des jungen Ovulum denkbar. Jedenfalls sind weitere Spirochätenstudien an ganz jungen lues-suspekten Embryonen, die man nach meinem Vorgang in toto versilbern kann, dringend erwünscht.

Ob die Maceration der Haut immer eine direkte Spirochätenwirkung auf die Haut darstellt, erscheint doch fraglich, da eine solche Maceration auch bei sonstigen nicht durch Lues abgestorbenen Früchten zur Beobachtung kommt und oft gerade die macerierten Früchte weder mikroskopisch Spirochäten noch biologisch Antigene ergeben.

Nothafft stellt sich ganz auf Matzenauers Standpunkt, daß es keine gesunde Mutter eines syphilitischen Kindes gibt. Die so-

genannten Ausnahmen der Colles-Baumèschen Regel seien nicht stichhaltig. Ich glaube jedoch, daß auch Matzenauer die Widerlegung der Fälle Rankes, Cochis, Neuhaus', Pellizaris nicht ganz gelungen ist. Vor allem ist der Fall Rogina sehr schwerwiegend: Von einem 31jährigen unbehandelten Luetiker bekommt eine Frau 2luetische Totgeburten, dann ein Kind, das 2 Monate alt an Lues stirbt. 1 Monat nach der Geburt dieses Kindes, das von der Mutter gesäugt wird, bekommt die bisher gesund erscheinende Frau an beiden Brustwarzen Rhagaden, aus denen sich Ulcera entwickeln, die unter Kalomelbehandlung abheilen. Nach einem Monat tritt eine Roseola auf. Eine Schmierkur und Jodkali bringen dieluetischen Symptome zum Verschwinden. Es wäre hier höchstens noch der theoretische Ausweg denkbar, ein spontanes Erlöschen einer latenten Lues der Mutter anzunehmen und dann eine Reinfektion derselben. Einen ähnlichen Fall hat auch Novy beschrieben. Vielleicht gibt es aber doch eine Immunität bei Lues, die die Möglichkeit offen ließe, daß eine Frau durch das Tragen eines ex patre syphilitischen Kindes Immunität erwerben könne. Ich habe dafür im Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 15, 1909, eine Reihe von schwerwiegenden Argumenten angeführt. Gewiß habe ich selber mit den neuen Hilfsmitteln latente Lues anscheinend immuner Mutter nachweisen können. Mein Nachweisluetischer Antistoffe in der Muttermilch (Dez. 1906) und Buschkes Spirochätenbefund im Saft der Inguinaldrüsen hatten ja die prinzipielle Bedeutung der ersten Feststellung objektiver Luessymptome bei im übrigen jederzeit völlig gesund erscheinenden Frauen. Dennoch habe ich auch entgegengesetzte Resultate bei Frauen des Collschen Typus gewonnen! So gebar eine II para, die immer gesund erschien, ein Kind, das 8 Wochen alt starb, mit Pemphiguslueticus usw. Zwei erbsengroße Leistendrüsen wurden der sonst symptomlosen Frau exstirpiert. Ich wies in den fötalen Organen reichlich Spirochäten nach, nicht jedoch in den Leistendrüsen der Mutter. Und die Wa.R. des mütterlichen Blutserums fiel negativ aus. Also auch mit modernen diagnostischen Methoden kein Anhaltspunkt für eine Lues der Mutter. Ich selber rechne gewiß auch mit der Möglichkeit, daß die anfangs von fast sämtlichen führenden Syphidologen erbittert bekämpfte Ansicht Matzenauers sich möglicherweise ganz durchringen kann, daß es keine germinative, nur eine placentare Übertragung gibt; ich halte es aber für Pflicht, vorurteilslos das Für und Wider nach allen Seiten zu prüfen und nicht voreilig sich auf einen dogmatischen Standpunkt festzulegen.

In Konsequenz seiner Anschauung hat Nothafft die Profetasche Regel für falsch erklärt. Die Übertragung von Immunstoffen von Mutter auf Kind wäre jedoch in der Pathologie nichts Außergewöhnliches. Jedenfalls aber könnte eine solche von der Mutter erworbene Immunität nur sehr flüchtiger Natur sein. Luesinfektion monate-

oder gar jahrelang post partum kann also keinesfalls als „Profeta-Ausnahme“ gelten. Bauer fand 6 mal negativ reagierende Kinder bei positiv reagierenden Müttern. Aber weder dies Moment, noch das Fehlen von Spirochäten kann allein etwas beweisen, auch das Ausbleiben der kindlichen Infektion trotz nachweislicher Gelegenheit zur Infektion in den ersten Tagen muß hinzutreten. Nothafft lehnt spermatische und ovuläre Infektion ab. Die Möglichkeit einer solchen habe ich im Zentralbl. f. Bakteriolog. Bd. LI, H. 3, eingehend diskutiert. Wichtige Analogien bietet das Eindringen des Virus in die Eier bei Hühnerpest und Hühnercholera, ferner von symbiotischen Algen in die Eizellen von Spongien. Ferner gehen die Pyrosomen des Texasfiebers auf die Ovula der Zecken und durch sie auf deren Deszendenz über. Der spermatische Infektionsmodus bei der Pebrine ist noch nicht sicher gestellt, wohl aber anscheinend bei der Lepra. Testikel und Samen Lepröser führen Leprabacillen. 6% der Kinder sind leprös. Zambaco publizierte einen Fall, daß ein Lepröser mit einer Nichtleprösen mehrere Kinder zeugte, zuerst drei nichtlepröse, dann folgten zwei Aborte, dann ein Kind, das bei der Geburt lepröse Efflorescenzen zeigte und rasch an Lepra zugrunde ging.

Im Ovulum habe ich die Spirochäte nachgewiesen und abgebildet. Mit Sperma hat man Menschen (Rochon) und Affen (Finger) syphilitisch infizieren können. Zwischen Hodenparenchym und Spirochäten besteht eine auffallende Affinität. Ein weiteres Verdachtsmoment fand ich darin, daß in fünf meiner Fälle gerade die Leber, in der sich bei placentarer Übertragung die Spirochäten zuerst ansiedeln müßten, im Gegensatz zu andern Organen spirochätenfrei war, in einem Fall auch biologisch als antigenfrei nachgewiesen werden konnte. Mit meinen Ausführungen möchte ich nur darauf hinweisen, daß auch heute das Vererbungsproblem der Lues noch nicht völlig geklärt ist und daß speziell die drei großen Probleme der Luesimmunität, der germinativen Übertragung und der Lueslatenz noch immer erneuter Forschung und Durcharbeitung bedürfen.

Autoreferat.

Petién, Karl. Ein Fall von syphilitischer Affektion im *Musculus biceps*. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 617. 1918.

Plötzlich auftretende, stark schmerzhaft Schwellung des *M. biceps*, die mit heftigen Entzündungserscheinungen, aber nur kurz dauernder und geringer Temperaturerhöhung einherging. Anamnese negativ; anfangs sprach auch der klinische Befund nicht für Syphilis. Nach kurzer Zeit entwickelte sich jedoch das typische Bild einer Muskelsyphlisis. Die Wa.-R. zeigte geringe Hemmung, die nach anti-luetischer Behandlung (Schmierkur und Jodkali) verschwunden war. Ebenso gingen dabei auch die übrigen Erscheinungen zurück.

Krakauer (Breslau).

Hotz, A. Die Heilung der kongenitalen Knochen-syphilis im Röntgenbild unter dem Einfluß der spezi-

fischen Therapie. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 20. p. 631.

Fall von hereditärer Lues bei einem 3 Monate alten Kinde, das in der Feerschen Klinik behandelt wurde. Neben anderenluetischen Erscheinungen litt das Kind an multiplen Periostitiden und Osteochondritiden, deren Heilung unter der kombinierten Neosalvarsan-Hg-Kur im Röntgenbild in instruktiver Weise beobachtet werden konnte.

Max Winkler (Luzern).

Nobl, G. Variköse Erkrankungen und Syphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 7.

In Festigung früherer Untersuchungen kann Nobl nur neuerdings der Anschauung Raum gewähren, daß die Syphilis zum varikösen Symptomenkomplex in keiner engeren pathogenetischen Beziehung steht und der verwirrende Begriff des varikös-syphilitischen Geschwüres aus der Syphilislehre auszuschneiden ist. Die im Erscheinungsbereich der Venenentartung auftretenden Knochenveränderungen heben sich in Form umschriebener Periostosen der Flächen und Innenkanten beider Unterschenkelknochen am mittleren und unteren Drittel ab und sind als häufige banale Begleitsymptome des Leidens anzusprechen. Von diesen wechselnden Auftreibungen weichen die typischen irretativen und genuösen Ostitiden wesentlich ab.

Viktor Bandler (Prag).

Péter, Fr. Über die angebliche Verminderung des Rhodangehaltes im Speichel bei Syphilis. Wien. klin. Wochenschrift 1917. Nr. 19.

Die Untersuchungen zeigen, daß der Rhodangehalt des Speichels Syphilitischer keine regelmäßige Abnahme, sondern ebensolche Schwankungen wie der gesunder Individuen aufweist.

Viktor Bandler (Prag).

Brandweiner, A. Reinfektion bei Tabes dorsalis. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 47.

Bei dem Patienten hatte vor 20 Jahren die ersteluetische Infektion stattgefunden; nach ca. 10 Jahren zeigten sich die ersten Anzeichen von Tabes, die allmählich zum Stillstand kam, doch jetzt bei der Untersuchung vom Neurologen zweifellos sichergestellt wurde. In diesem Stadium akquirierte der Patient einen Primäraffekt mit nachgewiesenen Spirochaete pallidae. Der Wassermann war bei der ersten Untersuchung, 4½ Wochen nach der Infektion, negativ, nach 1 Woche positiv. Der Fall erscheint, gegen die Annahme eines Monorezidivs spricht der lange Zeitraum zwischen erster Infektion und dem Auftreten des jetzigen Affektes, bemerkenswert, weil die Neuinfektion nicht nur ein Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis, sondern auch für die Heilbarkeit der Tabes ist.

Viktor Bandler (Prag).

Seidl, A. Über extragenitale Syphilisinfectionen zur Kriegezeit. Wiener medizinische Wochenschr. 1917. Nr. 50.

Der Autor beobachtete auf der Abteilung Ehrmann in der Zeit

von Januar 1915 bis Februar 1917 25 extragenital lokalisierte Primäraffekte; unter diesen waren 2 Fingersklerosen, 10 Lippen-, 10 Tonsillarsklerosen, 1 Zungensklerose und 1 Sklerose auf dem oberen Augenlid. Viktor Bandler (Prag).

Lichtenstein. Beitrag zur Frage der Reinfektion bei Lues. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 38.

Die Immunität nach überstandener Lues kann schon im ersten Jahre nach der ersten Infektion aufhören. Eine Retroinfektion des geheilten Individuums durch die ursprünglichen eigenen, bei einem anderen Wirte virulent gebliebenen Spirochätenstämmen ist demnach möglich. Das Aufhören der Immunität läßt den Schluß zu, daß durch die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung der luetische Prozeß nicht auch im bakteriologischen und serologischen Sinne zur Ausheilung zu bringen sei. Viktor Bandler (Prag).

Finger, E. Betrachtungen über Entstehung und Verlauf der syphilitischen Exantheme. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 25.

Bezüglich der Morphologie zeigen das erste Exanthem und alle Rezidivexantheme gewisse Unterschiede. Das erste Exanthem charakterisiert sich durch zahlreiche kleine Efflorescenzen, bei den Rezidivexanthenen sind die Efflorescenzen wesentlich geringer, aber größer. Auch für die Exantheme ist eine Inkubationszeit anzunehmen, dementsprechend am Orte der Entstehung der Efflorescenz das Virus bereits deponiert erscheint. Die Efflorescenzen des ersten Exanthems haben kaum eine Neigung zu peripherem, exzentrischem Wachstum, sie lassen stets Brücken normaler Haut zwischen sich. Beim ersten Exanthem der Lues malignae treten succedente Papeln auf, die exzentrisch anwachsen; die Papel des lentikulären, typischen, papulösen Syphilids unterscheidet sich außer durch den Zerfall derselben auch dadurch, daß von der Papel der Lues maligna das erstere nur bis zu einer beschränkten Größe heranwächst, letztere eines fast unbegrenzten exzentrischen Wachstums fähig ist; bei der Lues maligna versagen die Abwehrerscheinungen, negativer Wassermann. Beim klein-makulo-papulösen oder lentikulären Syphilid verschwindet bei spontanem Ablauf die Mehrzahl der Efflorescenzen rasch, an gewissen Hautstellen, wie Nacken, Hals, Ellbogen usw. kommt es gelegentlich zu progressiven Veränderungen. Hier wachsen die lentikulären Papeln exzentrisch aus, gleichzeitig heilt das Zentrum ab, so daß es zur Bildung von Ringen und Ovalen kommt. Die Rezidiven entstehen aus an Ort und Stelle liegengebliebenem Virus, das durch einen Gleichgewichtszustand zwischen Virus und örtlichen Abwehrerscheinungen längere Zeit latent gehalten wurde, nicht zur Proliferation kam. Daß die Rezidive von in loco zurückgebliebenem Virus und dessen exzentrischem Ausschwärmen nach der Peripherie längs den Lymphgefäßen erfolgt, sieht man am deutlichsten an den korymbiformen Syphiliden. Im Zentrum einer sol-

chen Plaque findet sich eine braunrote Pigmentierung als Überrest einer lentikulären Papel, um diese Papel findet sich ein scharf gezeichneter Ring normaler Haut und erst nach außen von dieser finden sich hirsekorngroße Knötchen. Diesen Ring bezeichnet Finger als immune Zone. Anders stehen die Verhältnisse beim echten zerfallenden Gumma, hier fehlt die immune Zone, das Infiltrat schreitet in Form eines Walles gleichmäßig exzentrisch weiter. Die bekannte Nierenform des Gumma ist ein Beweis, daß an einer Stelle des bisher geschlossenen Ringes das Vorschreiten des Virus auf Hindernisse in der Haut stößt, zugrunde geht, während an den anderen Stellen des nun bogenförmigen Konturs Proliferation des Virus und Fortschreiten des Infiltrates zustande kommen kann. Die Abortiobehandlung der Syphilis, d. h. deren Ausheilung vor dem Zustandekommen hämatogener Aussaat des Virus, bedeutet einen Schritt nach vorwärts. Die Hauptarbeit bei der Ausheilung hängt von den lokalen Verhältnissen, der Abwehrfähigkeit des Gewebes ab, und wo diese fehlt, lassen die Antisyphilitica im Stich.

Viktor Bandler (Prag).

Schrumpf. Die Häufigkeit syphilitischer Erkrankungen in der inneren Medizin. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 28.

Unter 4280 syphilitischen Patienten bestanden Erkrankungen der inneren Organe bei 414. In 59,9% war die Wa.R. positiv. Der größte Teil der internen Luesfälle betraf die Zirkulationsorgane mit 56,76%, hauptsächlich die Aorta; 23,43% das Nervensystem, 8,45% die Leber, 3,14% die Lungen. Perniziöse Anämie kam in 1,45%, Knochengummata in 1,21%, chronische Arthritis in 0,72%, Lues hereditaria tarda in 0,72% und Nephrose in 0,48% vor.

Max Joseph (Berlin).

Chotzen, F. Über Vorkommen und Bedeutung der Scapul. scaphoid. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 40. p. 949.

Nach Graves ist die Scap. scaph. — Konkavität des vertebralen Randes, die schon in der 7. Embryonalwoche auftritt — ein Zeichen heredit. Lues. Chotzen untersuchte 400 Kinder Breslauer Hilfsschulen und fand sie bei 59%; höchstens 22% von den 270 Kindern mit diesem Zeichen hatte Syphil. hered. (ohne serol. Prüfung). Dagegen hatten 143 Kinder (53%) Zeichen von Rachitis. Häufig war ferner festzustellen Verbindung mit tuberkulöser Belastung, Idiotie, Entwicklungshemmungen und andere Degenerationszeichen.

Krakauer (Breslau).

Stein, Friedrich Wilhelm., Beitrag zur Kenntnis der Tabo-Paralyse des weiblichen Geschlechtes. Inaug.-Diss. Kiel 1917. 45 S. M. 1.50.

Trotz Noguchis epomachender Entdeckung der Spirochaete pallida im Rückenmark und Gehirn sind die Akten über Wesen

und Entstehung der sog. parasymphilitischen Krankheitsformen Tabes und Paralyse noch lange nicht abgeschlossen.

Es sind noch offene Fragen: Warum muß eine schwindende Minorität der syphilitisch Erkrankten an diesen Krankheiten leiden, liegt es in der individuellen Disposition oder in der Art der Spirochäten? Wodurch ist das Häufigkeitsverhältnis der männlichen und weiblichen Paralyse von 3 : 5,1 zu erklären; ist die männliche Taboparalyse von der weiblichen verschieden usw.?

Letztere Frage erörtert der Verf.; er fand, daß das Geschlecht einen sehr geringen Einfluß auf die Symptomatologie der Taboparalyse ausübt; psychisch bewegen sich die Unterschiede innerhalb der Grenzen der Individualität, beim weiblichen Geschlecht modifiziert und angepaßt dem anders gearteten und begrenzteren Interessengebiet und Vorstellungskreise.

Das Alter der Frauen im Beginn des Krankheitsprozesses schwankt zwischen 32—50 Jahren. Prognostisch ist nach den bisherigen Erfahrungen der Tod unvermeidlich, denn was man bisher als Heilungen angesehen hätte, seien nur Remissionen gewesen.

J. R. Thim (Wien).

Cohn, Theodor. Über Syphilis der Prostata. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 50. p. 1200.

Ein ungenügend behandelter latent Luetiker erkrankt an völliger Harnverhaltung bei stark gestörtem Allgemeinbefinden. Vom Mastdarm aus war nur eine mäßige Schwellung der Vorsteherdrüse feststellbar; doch war an einer Stelle in dem derben Gewebe eine Lücke tastbar. Blasen Spiegelung zeigte an der entsprechenden Stelle ein dreistrahliges, tiefes Geschwür der Blasenschleimhaut, das klinisch für Lues und Tuberkulose verdächtig aussah. Gegen Tb. sprachen jedoch der milde Verlauf, das Fehlen der Schmerzen und der negative Ausfall der Alttuberkulinreaktion. W.R. negativ. Da antiluetische Behandlung rasche Heilung des Geschwürs brachte, ist die Diagnose auf Prostatitis gummosa mit Zerfall zu stellen. Krakauer (Breslau).

Jacobsen, Carl. Syphilis und Neurorezidiv des Nervus acusticus. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 11. p. 471—481.

Kasuistische Mitteilung von 4 Fällen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald. Ein Fall von tertiärem Erythem bei einem Kinde mit kongenitaler Syphilis. Hospitalstidende 1919. Nr. 2. p. 41—43.

In deutscher Sprache in der „Dermatologischen Wochenschrift“, 1919. p. 273 publiziert.

Harald Boas (Kopenhagen).

Berent. Ein Fall von Reinfectio luetica. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 39. Feldärztl. Beil. p. 637.

Mitteilung eines Falles von Reinfectio luetica. Pat. wurde das erstemal bei negativer Wassermannscher Reaktion nur mit Salvarsan-Natrium ohne Hg behandelt.

Alfred Perutz (Wien).

Narbel, P. Syphilitische Infektion durch einen anscheinend geheilten Primäraffekt. *Revue médicale de la Suisse romande* 1919. Nr. 4. p. 183.

Ein Mann wurde wegen eines Primäraffektes mit positivem Spirochätenbefund, bei noch negativem Wassermann am 22. I. 1919 vom Verf. in Behandlung genommen. Am 1. II. schien der Primäraffekt klinisch geheilt zu sein. Patient wurde mit Novarsenobenzol behandelt. Am 16. II. hatte er Verkehr mit seiner Geliebten, nachdem er schon 5 intravenöse Injektionen bekommen hatte. Am 17. III. konstatierte Verf. beim Verhältnis des Patienten ebenfalls einen Primäraffekt mit *Spirochaete pallida*. Eine andere Übertragungsmöglichkeit scheint nicht in Frage zu kommen. Nach Verf. mahnt dieser Fall zu größter Vorsicht in der Beurteilung der Übertragungsmöglichkeit anscheinend geheilter luetischer Läsionen.

Max Winkler (Luzern).

Hall, H. C. Über den Nachweis von Spirochäten bei Dementia paralytica. *Hospitalstidende* 1919. Nr. 24. p. 729 bis 744.

Nach der Methode von Jahnelt hat Verf. in 2 Fällen Spirochäten im Gehirn bei Dementia paralytica gefunden.

Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald und Wissing, Untersuchungen über die syphilitische Ätiologie der Appendicitis. *Hospitalstidende* 1919. Nr. 23. p. 709—711.

In deutscher Sprache in der dermatologischen Wochenschrift publiziert.

Harald Boas (Kopenhagen).

Hudovernig, K. (Budapest). Über den Wert der neueren Behandlungsarten der progressiven Paralyse. *Neurol. Zentralbl.* 1916. Bd. XXXV. p. 69.

Auf Grund der Behandlung von 40 Paralytikern erklärt Hudovernig den Heilwert der mit Quecksilber nicht kombinierten Tuberkulin- und Nucleinkuren für minimal und meint, daß bei der Behandlung der progressiven Paralyse an erster Stelle die ausschließlich antiluetische Behandlung (50—60 Hg-Einreibungen oder 30—40 Injektionen, Präparat gleichgültig) steht und daß derselben am nächsten die mit ihr kombinierte Nucleinkur kommt. P.

Jolowicz, E. (Hellerau-Dresden). Die Wassermannreaktion bei Angehörigen von Luetikern, insbesondere Paralytikern. *Neurol. Zentralbl.* 1916. Bd. XXXV. p. 146.

Von 33 Familien mit 71 Personen — ausschließlich der Patienten — war das Serum inaktiviert bei 15, d. i. 21% der Individuen positiv, aktiv untersucht ergab sich 54,9% positiv. Es reagierten also in 41,4% der Paralytikerfamilien mindestens 1 Mitglied in inaktivem Serum positiv; die positiven Resultate im aktiven Serum mitgerechnet erhöht sich die Zahl der infizierten Familien auf 17, d. i. 58,6%. Berücksichtigt man den Zeitpunkt der Infektion und

der Verheiratung, so finden sich positive Resultate bei Familienangehörigen naturgemäß am häufigsten bei Verheiratung kurz nach der Infektion, aber auch noch bei einem Manne, der 9 Jahre nach der Infektion geheiratet hatte, fand sich bei Familienangehörigen ein positives Resultat im aktiven Serum. P.

Edel, M. und Piotrowski, A. Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1916. Bd. XXXV. p. 188.

Mitteilung von 9 Fällen von beginnender progressiver Paralyse mit zum Teil negativer Luesanamnese und durch Fehlen somatisch-psychischer Symptome erschwelter Diagnose. Wassermann im Serum regelmäßig negativ, ebenso Phase I und Pleocytose, hingegen im Liquor cerebrospinalis auch bei geringen Mengen (0,1—0,2 ccm) Wa.R. positiv, so daß ihm die ausschlaggebende Bedeutung zugeschrieben werden muß. P.

Jahnel (Frankfurt a. M.). Über die Lokalisation von Spirochäten im Gehirn bei der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1917. Bd. 36. p. 402.

Jahnel hat die besten Resultate entweder mit dem Kollargolverfahren nach Nitzsche oder einem eigenen Verfahren der Schnittfärbung, welches er später publizieren wird, erhalten. Er unterscheidet 2 Arten der Lokalisation der Spirochäten im Gehirn, erstens umschriebene Ansammlungen, die er bienenschwarmartig nennt und zweitens eine diffuse Verteilung, welche fast ausschließlich die graue Substanz betrifft; in der obersten Rindenschicht (Neuroglia-schicht) finden sich nur ausnahmsweise Spirochäten. Mitunter durchwachsen die Spirochäten die ganze Gefäßwand und wuchern den Gefäßen entlang; man findet sie auch in den subcorticalen Ganglien und der Kleinhirnrinde. Am zahlreichsten finden sie sich im Stirnhirn, besonders dem Stirnpol; nach hinten zu pflegt ihre Zahl geringer zu werden. P.

Siebert, H. (Lübau). Trauma, funktionelle Störung und Lues cerebri. Neurol. Centralbl. 1917. Bd. XXXVI. p. 1003.

Ein 24jähriger Mann hat nach einer starken Explosion eine funktionelle Stummheit bekommen, die nach ein paar Tagen vorüberging; 2 Wochen später waren die anfangs sicher ganz normalen Pupillen absolut starr und zeigten Akkommodationslähmung, später leichte Ptoxis, Infektion anfangs geleugnet, aber Wa.R. positiv. Auf Hg, Jod und Salvarsan Rückgang der Erscheinungen. Siebert betont, daß hier durch die Gewalteinwirkung und den derselben folgenden Shock latente Syphilisspirochäten beweglich gemacht wurden und so in auffallend kurzer Zeit eine Lues cerebri hervorriefen. P.

Neumann, J. (Hamburg-Barmbek). Zur Meningitis acuta syphilitica. Zentralbl. f. inn. Med. 1918. Jahrg. 39. p. 609.

Während die Meningitis syphilitica meist nur als chronisch

beginnendes und verlaufendes Krankheitsbild angesehen wird, gibt es Fälle, bei welchen erst plötzlich eintretende Exacerbationen den Patienten zum Arzte führen; einen solchen teilt Neumann aus Reiches Abteilung mit. Der 32jährige Mann stürzte 2 Jahre nach der Infektion bewußtlos zusammen, zeigte Pupillendifferenz, träge Lichtreaktion, linksseitige Facialisparesie und Spasmen an den Extremitäten, dann epileptiforme Anfälle, starke Zuckungen im rechten Arm, *Déviation conjuguée* nach links, Tod am 11. Tage. Die Sektion des niemals spezifisch behandelten Falles ergab eine offenbar schon längere Zeit bestandene *Leptomeningitis luetica*, besonders in den vordersten Abschnitten und an der Basis. Es gibt aber noch viel akuter einsetzende Fälle, wie der eines 29jährigen Mannes aus Rumpels Abteilung, der in epileptiformem Anfall eingeliefert, deutlichen Kernig, Nackensteifigkeit und Hyperästhesie am ganzen Körper zeigte. Dabei $37,8^{\circ}$. Liquor mäßig getrübt, Zellen erheblich vermehrt (200:3), fast durchwegs Lymphocyten. Druck 150 ccm Wasser. Wa.R. positiv. Nach 3 Tagen Bewußtsein klar, Anamnese ergibt Aufenthalt in Lungenheilstätte und Tuberkulinbehandlung vor $2\frac{1}{2}$ Jahren, Initialsklerose vor $2\frac{1}{2}$ Monaten, danach gleich Quecksilberkur und Salvarsan auf neuerliche Quecksilber- und Salvarsanbehandlung. Abklingen der meningitischen Erscheinungen. Die Wa.R., die im Blute stets negativ war, wurde bald auch im Liquor, dessen Zellenzahl auf 12:3 sank, negativ. Neumann erklärt die starken meningitischen Reizsymptome, welche zunächst an eitrige M. denken ließen, durch diffuse Ausbreitung der gummösen Infiltration über größere Teile der Konvexität. P.

Hochheim, K. (Gotha). Tod im Status epilepticus infolge von Lues. Eine Beobachtung aus dem Felde. Zentralbl. f. inn. Med. 1917. Jahrg. 38. p. 202.

21jähriger Mann, im April 1915 an Lues erkrankt und sofort mit Einspritzungen und Schmierkur behandelt, welche im Januar 1916 wiederholt wurde. Im Dezember 1915 in der Nacht Krampfanfälle, von denen er selbst nichts merkte, dann frei bis Mitte November 1916, wo ein leichter Anfall und 2 Tage später gehäufte Anfälle auftraten, die nach 8 Stunden zum Tode führten. Wa.R. positiv. Die Sektion ergab Pachymeningitis hämorrhagica interna und ein erbsengroßes Gumma im rechten Stirnhirn. P.

Dietz, L. Eduard. Ein Beitrag zur Frage der Lues-Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1919. Bd. LXIII. p. 298.

Der 35jährige Mann, dessen Vater Trinker und mit Anfällen behaftet gewesen ist und von dem ein Bruder wegen Anfällen aus dem Heeresdienste entlassen worden war, hatte schon seit dem 20. Jahr 3—4 mal im Jahre Anfälle, die auch durch die Strapazen des Feldzugs nicht geändert wurden. $1\frac{1}{2}$ Jahre nach Ansteckung mit Syphilis, die wiederholt intensiv behandelt wurde, tritt eine Häufung

der Anfälle und schließlich ein schwerer Status epilepticus ein, in dem vorwiegend die rechte Körperseite von Krampferscheinungen befallen ist. Nach diesem Status macht sich eine geistige Schwäche bemerkbar, die nach einem weiteren, drei Monate später auftretenden Status einen erheblichen Grad erreicht. Nachdem akutere post-paroxystische geistige Störungen abgeklungen sind, bleiben geistige Schwerfälligkeit, Umständlichkeit usw. als Dauerveränderungen zurück. Liquor nicht besonders verändert, Wassermann anfangs negativ, später positiv, auch nach Hg-Salvarsan.

Es handelt sich also um erhebliche Verschlimmerung einer genuinen Epilepsie im Anschlusse an eine mit primären und sekundären Symptomen einhergehende, therapeutisch stark beeinflusste Syphilis. Die hereditär-epileptische Anlage wird durch die Lues verstärkt, was für die Auffassung dieser Fälle als toxisch-dynamisch bedingt spricht. Man wird eine solche latente Disposition auch durch Ausfragen vor Einleitung einer energischen Salvarsanbehandlung zu eruieren haben.

P.

Hubert, G. (München). Zur Klinik und Behandlung der Aortensyphilis. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1918. Bd. CXXVII p. 317.

In $5\frac{1}{2}$ Jahren wurden an v. Rombergs Klinik in München 220 Patienten mit luetischen Aortenerkrankungen beobachtet, und Hubert bespricht eingehend die pathologische Anatomie und die Klinik derselben. Die Wassermannsche Reaktion war in 85% positiv, in 25% handelte es sich um Tabiker, in 26% der Fälle fand sich Vergrößerung der Milz, anderweitige tertiär-luetische Veränderungen aber selten. Das Durchschnittsintervall zwischen Infektion und Auftreten der ersten Erscheinungen beträgt $23\frac{1}{2}$ Jahre, so daß die Mehrzahl der Patienten im Alter von 40—55 Jahren steht. Unter 1485 Luesfällen fanden sich 216 Fälle von Aortensyphilis (14,6%); Männer erkranken doppelt so häufig als Frauen, wahrscheinlich wegen stärkerer Beanspruchung der Aorta durch körperliche Arbeit, Alkohol und Tabak. In 35% der Fälle fehlten alle subjektiven Beschwerden, meist aber bilden Druck hinter dem oberen Teil des Brustbeins und Schmerzen in der Höhe der zweiten und dritten Rippe mit Ausstrahlung in den linken Arm Frühsymptome der Aortensyphilis; Hubert vermutet ihren Grund in einer Reizung der Nerven der Aortenwand durch lymphocytaire Infiltration oder naubige Einscheidung. In der Mehrzahl der Fälle zeigen die Kranken eine für Lues charakteristische Hautfarbe; sie sind eigentümlich blaßgrau, die Haut sieht ledern aus und hat manchmal einen Stich ins Gelbliche oder Bräunliche, wie bei Carcinomkranken. Hubert bespricht eingehend die perkutorischen und röntgenologischen Befunde und die Schwierigkeit der Trennung der syphilitischen Aortitis von der arteriosklerotischen, ferner die Komplikationen durch Beteiligung der Coronargefäße, durch Insuffizienz der Aortenklappen

sowie durch Aneurysmabildung, welche letztere er in 16% sah, aber für weniger lebensverkürzend hält, als die Aorteninsuffizienz. Als Behandlung wird in der Rombergschen Klinik lediglich das Salvarsannatrium angewendet — 4—4½ g in steigenden Dosen von 0,15—0,45, was in drei- bis viermonatlichen Zwischenräumen zu wiederholen ist. Auch bei Besserung der subjektiven Symptome und mehrjährigem Stillstand des Prozesses durch die Behandlung wird die Wa.-R. oft nicht beeinflusst. Die antiluetische Behandlung nützt nur, wenn sie energisch und genügend lange durchgeführt wird.

P.

Oigaard, A. (Kopenhagen). Syphilitische Herzkrankheiten und Wassermann-Reaktion. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXII. p. 375.

Es besteht kein Parallelismus zwischen Stärke der Wa.R. und Intensität der luetischen Herz- und Gefäßkrankheiten. Oigaard sah eine Reihe Fälle mit negativer Reaktion und trotzdem recht schweren Symptomen, welche nur durch eine spezifische Behandlung beseitigt wurden und teilt 15 solche Krankengeschichten mit, von welchen 10 negative und 5 schwach positive Reaktion mit 0,2 cem gaben. Manche der Fälle, die mit 0,2 cem Serum negative Reaktion geben, zeigen eine positive bei Verwendung der doppelten oder vierfachen Serummenge. Die reinen Aortitiden reagieren negativ, die Myokarditiden schwach positiv, die Aorteninsuffizienzen stark, die Aneurysmen sehr stark positiv. Die neben den Schmerzen und Müdigkeit besonders hervortretende Kurzatmigkeit deutet Oigaard als Müdigkeit der Atmungsmuskulatur. Klinisch wird noch hervorgehoben, daß die Anfälle drückender Schmerzen öfters in der Nacht eine Stunde nach dem Einschlafen auftreten, ferner eine auffallende Blässe der Gesichtshaut gegenüber stark roter Farbe der Schleimhäute. Temperatursteigerungen bis 38°, besonders bei Myokarditis. Auffallend klingender Aortenton, die Prognose hängt vom Sitz des Leidens ab. Aortitiden und Aorteninsuffizienzen, auch wenn sie negativ reagieren, sowie nicht zu große Aneurysmen können durch die Behandlung sehr gebessert werden und längere Zeit arbeitsfähig sein. Weniger gut ist die Prognose der Myokarditiden. Bei der Behandlung ist die Wahl des Präparates wahrscheinlich weniger wesentlich, Oigaard bevorzugt interne Darreichung von Hg-Bijod. rubr. (0,4) gelöst in Jodnatrium 20,0:180,0, 3 mal täglich 1 Teelöffel, häufige Bäder, wenig Tabak und Kaffee, kein Alkohol. Behandlungsdauer 4—6 Wochen, nach 6—12 Monaten Wiederholung.

P.

Jürgensen, E. (Kiel). Bewertung von Capillarpulsbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung luetischer Aortenveränderungen. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 291.

Im Kieler Marinelazarett, das übrigens auch Landsoldaten ent-

hielt, fand sich luetische Aortitis recht häufig, oft als Nebenfund. Jürgensen schätzt die Häufigkeit bei Luetikern auf über 50% und setzt den Beginn relativ früh an, vielleicht schon in das Sekundärstadium. Jürgensen bespricht einzelne Fälle mit Sektionsbefunden, von welchen zwei neben Schrumpfung und Verdickung der Aortenklappenränder auch ein Auseinanderweichen der Klappen an ihren Ansatzpunkten zeigen. Da in manchen Fällen Herzgeräusche und Röntgenbefund lange Zeit normal sein können, ist der Nachweis eines positiven Capillarpulses oft ein diagnostisch wertvoller Anhaltspunkt. Auch die Arm-Plethysmographie nach E. Weber während kräftiger Muskelarbeit des Fußes scheint bei luetischer Aortitis charakteristische Befunde (vorwiegend umgekehrte Reaktion) zu geben. P.

III. Therapie.

Stern. Über Entstehung und Verhütung von Salvarsanschädigung. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 41.

Die hier beschriebenen Störungen traten bei einwandfreier Technik fast unmittelbar nach Einverleibung von Salvarsan in Form von Erbrechen, Durchfällen und Fieber oder als urticariaähnliche Erytheme auf, deren Bild wiederum den vom Darm ausgehenden Intoxikationsexanthenen glich. Steigerung bis zu universeller Dermatitis und Abschilferung, bei Darmsymptomen bis zu Ikterus kamen vor. Verf. legt die Hauterscheinungen dem Eindringen der plasmafremden Stoffe in die Blutbahn zur Last und rät ihre schnelle Beseitigung durch Kochsalzinfusionen, Aderlaß und Adrenalin, wobei die Diät sorgfältig zu regeln ist. Das seltene Vorkommen dieser Salvarsanschädigung in der Privatpraxis, ihre häufigere Beobachtung bei Armen, Kassenpatienten und von auswärts eingelieferten Personen erklärt sich vielleicht durch Einflüsse der Ernährung, welche zu Darmstörungen disponieren. Verf. rät zur Prophylaxe, akute Magen-darmstörungen vor der Salvarsankur zu heilen, das Salvarsan bei nüchternem Magen zu injizieren und während der Behandlung Alkohol, frisches Obst, Rhabarber, Gurkensalat und ähnliche Speisen zu untersagen. Neben der Diät behandle man die Exantheme lokal mit indifferenten Salben und Bädern. Max Joseph (Berlin).

Gassul, R. Neuritische Radialislähmung nach einer extravenösen Neosalvarsaninjektion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 25.

Bei der geschilderten Neosalvarsaninjektion war die Lösung anstatt in die V. cephalica in die darunterliegende Muskelnische gedrungen, wonach sich ohne Quaddelbildung starke Schmerzen und Schwellung, Nachlassen der Streckkraft der Finger und schließlich Lähmungserscheinungen der Hand einstellten. Die nähere Untersuchung ergab eine partielle Radialisparalyse. Der Arsenbestand des Neosalvarsan hatte in den Nervenästen des N. radialis, der in

der Muskelnische zwischen Biceps und Brachioradialis liegt, eine Arsenneuritis verursacht, welche zur Paralyse führte.

Max Joseph (Berlin).

Slawik, Ernst. Meningismus nach Injektion von Neosalvarsan bei einem Säugling. Med. Klin. 1917. Nr. 14. p. 395.

Der 5 Monate alte Säugling, über den *Slawik* berichtet, bekam nach Abschluß einer Schmierkur 0,075 g Neosalvarsan intramuskulär injiziert, bei 5100 g Körpergewicht. 3 Tage später traten tonisch-klonische Krämpfe der Extremitäten auf, Genickstarre, Vorwölbung der gespannten und pulsierenden großen Fontanelle. Die Pupillen waren weit und starr; Patellarreflexe stark gesteigert. Die Lumbalpunktion entleert tropfenweise 3 ccm klare Cerebrospinalflüssigkeit. Langsame Besserung und schließlich Heilung nach Eisumschlägen, Chloralhydrat, Chloroformnarkosen. Das Lumbalpunktat enthält wenige Lympho- und Leukocyten. Bei der Kochprobe mit Hinzufügung von Essigsäure tritt nur eine Trübung ohne Flockenbildung auf. Es erweist sich bakteriologisch als steril. Die Diagnose lautete seröse Meningitis bzw. Meningismus, da die Untersuchung des Lumbalpunktats eine eitrige Meningitis ausschließen ließ.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Buchholz, Hubert. Erfahrungen mit Neosalvarsan-Serumlösungen, sowie ein Todesfall im Verlauf dieser Behandlungsmethode. Med. Klin. 1918. Nr. 21. p. 518.

Buchholz hat den Patienten Neosalvarsan in Eigenserum gelöst gegeben. Die Behandlung wurde entschieden schlechter vertragen, als die Anwendung konzentrierter wässriger Lösungen. Bei mehreren Patienten mußte die Kur wegen Eintritts einer Anämie mit wässrigen Lösungen weiter geführt werden. In einem Fall kollabierte eine Patientin kurz nach der Einspritzung von 0,15 Neosalvarsan in Serum. Die therapeutischen Erfolge waren dieselben wie bei wässrigen Lösungen, sowohl bezüglich der Beeinflussung der klinischen Symptome, wie der Beeinflussung der Wa.R. In einem mit Neosalvarsan in Serum behandelten Falle trat der Exitus ein. Die Sektion ergab: Degeneration des Herzmuskels, serofibrinöse Pleuritis und Pneumonie rechts, akute Leberdegeneration, Cholecystitis mit Cholelithiasis, perihepatische Verwachsungen. Während des Krankheitsverlaufes hatten die Lebererscheinungen und Icterus im Vordergrund des Krankheitsbildes gestanden. B. nimmt an, daß infolge der Cholecystitis eine gewisse Schädigung des Lebergewebes bereits bestanden hatte, so daß dasselbe dem Neosalvarsan gegenüber gewissermaßen einen Locus minoris resistentiae darstellte.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Klewitz, F. Encephalitis haemorrhagica nach Altsalvarsan. Ausgang in Heilung. Med. Klin. 1918. Nr. 26. p. 632.

Der 33jähr. Patient, über den *Klewitz* berichtet, erhielt

wegen eines Primäraffektes einen Monat nach der Infektion dreimal Altsalvarsan intravenös 0,2. Dann erfolgte eine Schmierkur von etwa 5 Wochen. Nach Beendigung derselben erhielt der Patient wieder drei Altsalvarsaninfusionen an drei aufeinanderfolgenden Tagen von 0,26, 0,18, 0,17. Einen Tag nach der letzten Salvarsan-darreichung traten Unbehagen und Kopfschmerz auf, an welche Erscheinungen sich dann krampfartige Anfälle anschlossen. Vorübergehende unwesentliche Besserung nach Aderlaß und Adrenalin. Es entwickelte sich das Bild der Encephalitis haemorrhagica. Behandlung mit Campher, Adrenalin, Coffein und Kochsalzinfusion. Vom dritten Tage an Besserung. Ausgang in Heilung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fabry, Hermann. Spätikterus und Neosalvarsanbehandlung. Med. Klin. 1918. Nr. 11. p. 260.

Fabry berichtet über eine Gruppe von Fällen, bei denen nach energischer Behandlung einer frischen Lues später Ikterus auftrat. Die kombinierte Kur, der diese 7 Patienten wegen eines Primäraffektes unterzogen wurden, bestand aus zehn (bei einem Fall aus zwölf) intravenösen Injektionen von 0,45 Neosalvarsan und einer gleichzeitigen Schmierkur. Nach Beendigung der spezifischen Behandlung symptomfreies Intervall von 2—2½ Monaten in den ersten 4 Fällen, 1½ Monate bei Fall 5, 18 Tage bei Fall 6, 8 Monate bei Fall 7; dann tritt plötzlich Ikterus auf, der die Patienten ins Krankenhaus führt und 1½—2 Monate dauert. Während der Behandlung des Ikterus tritt kein Zeichen von Lues auf und der Wassermann ist negativ. Die Fälle ähneln denen, die Rehder und Beekmann (Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. LXXXIV) als Spätiikterus bezeichnen und Fabry wirft die Frage auf, ob diese Fälle mit dem Salvarsan in Beziehung stehen. Man kann sie nicht als Monorezidive des Lues bezeichnen, gerade die beobachteten Fälle beweisen das. Schon Neisser hat derartige Ikterusfälle nach Salvarsan beobachtet. Fabry nimmt an, daß ebenso wie für den Frühikterus nach Salvarsan eine vollkommen ausreichende Erklärung durch die Schädigung des Zellplasmas der Leberzellen vorliege, auch für diese Fälle der Schwerpunkt in dem aufgespeicherten Salvarsan mit seiner Leberzellschädigung liege. Natürlich kommen auch Fälle vor, die nicht so beweisend für die Beziehungen des Salvarsans zur Leberschädigung sprechen wie die obigen Fälle, die einem etwas späteren Stadium angehören, wo man an eine syphilitische Lebererkrankung ohne die ersten Beobachtungen denken könnte; auch über derartige Fälle berichtet der Verf. Die Fälle mahnen zu weiterer Vorsicht dem Salvarsan gegenüber. Fabry selber gibt nicht mehr 10 Neosalvarsanspritzen, wie bei den obigen Fällen, sondern nur mehr 6, ebenfalls von 0,45 Neosalvarsan und nicht mehr in fünftägigen, sondern in achttägigen Zwischenräumen. Der kräftige Mann bekommt bei ihm insgesamt 2,7 Neosalvarsan. Er ist zu dieser Reduktion

in seiner Salvarsanbehandlung um so leichter übergegangen, als er bei den von ihm versuchten Sterilisationen manchen Versager gesehen hat. Den von ihm beschriebenen Fällen von Spätikterus nach Neosalvarsan möchte Fabry in klinischer Beziehung in Übereinstimmung mit den oben genannten beiden Autoren eine Zwischenstellung zwischen den schweren Fällen von akuter gelber Leberatrophie und dem katarrhalischen Frühikterus einräumen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stümpke, Gustav. Zur Ätiologie der akuten gelben Leberatrophie (Lues, Salvarsan?). Med. Klin. 1919. Nr. 39. p. 946.

Stümpke weist an der Hand einer eigenen Beobachtung darauf hin, wie schwierig gerade bei der akuten gelben Leberatrophie zu entscheiden sei, ob ein Fall durch Lues bedingt sei oder ob eine etwaige Salvarsanbehandlung an dem Auftreten der Lebererkrankung schuld sei. Im vorliegenden Falle war offenbar allein die Lues ätiologisch mit der Lebererkrankung in Zusammenhang zu bringen, da die Patientin schon ikterisch ins Krankenhaus eingeliefert wurde, ohne vorher spezifisch behandelt zu sein.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Herxheimer, G. (Wiesbaden). Über akute gelbe Leberatrophie, Syphilis und Salvarsan. Berliner klin. Wochenschr. 1920. p. 369.

Auf Grund von 6 Sektionen kommt H. zu folgendem Schlußergebnis: Die scharfe Trennung zwischen dem milden Ikterus als Ausdruck einer katarrhalischen Affektion des Magendarm-Gallensystems und dem schweren Ikterus als Symptom einer Leberatrophie besteht zu Recht. Bei ersterem bzw. seiner jetzigen Häufung spielt offenbar das Salvarsan eine Rolle. Bei der Leberatrophie ist keinerlei Anhaltspunkt gegeben, dem Salvarsan und nicht der Syphilis selbst die Schuld beizumessen. Dahingestellt ist noch, ob Salvarsan etwa Darmkatarrhe hervorrufen kann, durch die autotoxisch Leberatrophie entsteht. Angst vor Salvarsandarreichung ist nicht begründet; auch mit der Dosis herunterzugehen, ist nicht zu empfehlen. Der Zusammenhang der schweren Ikterusformen, d. h. der akuten Leberatrophien mit dem Salvarsan, ist nicht erwiesen.

Krakauer (Breslau).

Schönfeld, W. Fixe Salvarsanexantheme. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 1.

Die Patientin Schönfelds bekam etwa 3 Minuten nach jeder Salvarsaninfusion eine Quaddel inmitten eines talergroßen geröteten Herdes an der linken Jochbeingegend. Nach Quecksilber erschien das Exanthem nie. Es handelte sich also um ein fixes, bald wieder verschwindendes Salvarsanexanthem bei einer leicht erregbaren Patientin. Dieselbe erzählte, nach Gemütsbewegungen ähnliche Erscheinungen über dem linken Auge bekommen zu haben. Max Joseph (Berlin).

Fuchs, Dora. Fixe Salvarsanexantheme. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 46.

Aus zwei eignen und mehreren aus der Literatur entnommenen Fällen von fixen Salvarsanexanthemen zieht Fuchs den Schluß, daß es ebenso wie gegen Antipyrin auch gegen Salvarsan eine Idiosynkrasie gewisser, sonst scheinbar normaler Hautstellen gebe, unter denen besonders die Conjunctiva eines Auges auffällt. Die als Entzündung und einige Male als schnelle Pigmentierung gekennzeichnete Erscheinung trat sowohl beim Neosalvarsan als beim Salvarsannatrium auf, in dem Falle der Verf. schwächer nach Salvarsannatrium. Ein Conjunctivafall reagierte nur auf Neosalvarsan, nicht auf Salvarsannatrium. Untersuchungen ergaben die Bedeutungslosigkeit der Formaldehydkomponente für diese Reizung. Eine Verminderung derselben ließ sich durch Adrenalininjektion erreichen.

Max Joseph (Berlin).

Engleson, Hugo. Zur Technik der intravenösen Salvarsanbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 6.

Mit folgendem Verfahren konnte Engleson Silbersalvarsaninjektionen ohne Schädigung vornehmen und besonders leicht feststellen, ob man sich im Gefäßlumen befinde, was mittels einer Zweiweghahnvorrichtung mit Platz für 2 Spritzen bewerkstelligt wurde. Das Präparat wurde in 20 cem frischdestilliertem und kurz zuvor gekochtem Wasser aufgelöst abgekühlt, mit einer Rekordspritze aufgesaugt. Die Spritzen wurden dem Zweiweghahn aufgesetzt, durch Zurückziehen des Kolbens wurde Blut in die Spritze aspiriert und dann der Hahn auf die größere Spritze, welche die Salvarsanlösung enthielt, aufgestellt, Luftblasen aus dem Hahn durch Zurückziehen des Kolbens entfernt, darauf die Lösung injiziert. Gründliche Reinigung des Instrumentariums mit destilliertem Wasser ist selbstverständlich. Etwa 400 Silbersalvarsaninjektionen verliefen bei dieser Technik ohne Schädigung. Max Joseph (Berlin).

Kache, Willi. Zur Technik der intravenösen Injektion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 30.

Um die Blutgerinnung in einer engen Kanüle zu verhüten, rät Kache bei intravenösen Injektionen die trockene Kanüle vor der Punktion und vor dem Einsaugen des Medikaments mit Öl oder Paraffinum liquid. zu durchspritzen. So kann man unter Kontrolle von Blutansaugen die Kanüle in der Vene verschieben, ohne über die Lage der Kanüle durch ihre Verstopfung mit geronnenem Blut getäuscht zu werden. Um die mögliche Gefahr einer Embolie zu vermeiden, entferne man Überschüssiges aus der Spritze mittels Durchspritzen von Luft nach dem Durchspritzen mit Öl oder Paraffin. Geschah dies, so wurden niemals schädliche Nebenerscheinungen beobachtet.

Max Joseph (Berlin).

Loeb. Spritze für intravenöse Injektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 7. p. 189.

Der Ausflußzapfen ist an die Peripherie statt ins Zentrum verlegt. Alfred Perutz (Wien).

Ries. Ein Behelf bei intravenösen Salvarsaninjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 37. p. 1032.

Apparat zur Fixation des Armes. Alfred Perutz (Wien).

Traugott, M. Zur Technik der Venenstauung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1914. Nr. 9.

Selbsthaltende, mit Seide umspinnene Gummischnur mit Schlaufe von 60 cm Länge, 1 cm Querschnitt. Zu haben bei B. B. Cassel, Frankfurt a. M. Kurt Wiener (Breslau).

Weinberg. Infusionsapparat zur schnellen Zubereitung und Sterilisierung physiologischer Kochsalzlösung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 21.

Der Wasserbehälter hat Kastenform, die Öffnung befindet sich im oberen Drittel einer Breitseite. Während des Kochens nimmt der Kasten Flachlage ein, im Gebrauch steht er als Irrigator hoch. Alle Vorarbeiten zur Herstellung von 11 steriler Kochsalzlösung sollen nur 15 Minuten dauern. Hersteller: Letter und Scheerer, Tuttlingen. Kurt Wiener (Breslau).

Schultz. Neuer sterilisierbarer Aufsteckkonus auf die 10 ccm Rekordspritze zur Erleichterung des Mischens von Salvarsanlösungen in der Spritze. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 21.

Der auf den Ausflußteil der Spritze aufsteckbare Verschuß soll das Schütteln der Spritze zum Lösen des Neosalvarsans erleichtern, sowie durch eine Fußplatte den Spritzenzylinder senkrecht aufstellbar machen. Hersteller Evens u. Pistor, Cassel, Preis 50 Pfg. Kurt Wiener (Breslau).

Dührssen, A. Zur Salvarsanfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 10.

Von der im Ministerium des Innern abgehaltenen Salvarsankonferenz erwartete Dührssen vergeblich die Feststellung einer Maximaldosis des Salvarsans und verlangt dieselbe dringend, um die Ärzteschaft vor unberechtigter Anklage zu schützen. Er rät ferner, jeden Patienten auf die Möglichkeit übler Zufälle nach Salvarsaneinspritzungen aufmerksam zu machen.

Max Joseph (Berlin).

Kirchner, M. Zur Salvarsanfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 11.

Den Angriffen, welche Dührssen in der Salvarsanfrage gegen ihn richtete, erwidert Kirchner mit einer sachlichen Darstellung der Ehrlich'schen Forschungen und weist auf das Ergebnis der unter Zuziehung zahlreicher Fachgelehrter im Ministerium des Innern stattgefundenen Beratung hin, daß das Salvarsan zumal

in den Anfangsstadien der Syphilis von großer Wirksamkeit wäre, daß seine nicht abzuleugnenden schädlichen Nebenwirkungen bei geeigneter Technik und Indikationsstellung fast völlig vermeidbar wären, und daß die Zeit für die Festsetzung einer Maximaldosis noch nicht gekommen wäre. Verf. hatte dagegen bereits 1914 die Notwendigkeit einer Maximaldosis zugegeben. Doch betont er mit Recht, daß eine Statistik der Salvarsanmethode belanglos sei, die Patienten mit den verschiedensten, nicht syphilitischen aber tödlichen Leiden (Carcinom, Fleckfieber usw.) einschließt und daß Ärzte, die sich gar nicht mit der Behandlung der Syphilis befassen, auch nicht über deren Heilmethoden urteilen sollten.

Max Joseph (Berlin).

Wassermann, A. von. Zur Salvarsanfrage. Erwiderung auf den Artikel von A. Dührssen. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 17.

v. Wassermann widerlegt die Einwände Dührssens gegen Behauptungen, die Verf. in der Konferenz im Ministerium des Innern ausgesprochen haben sollte: Verf. hat nie behauptet, daß die Syphilisheilung durch kein Mittel festzustellen sei, vielmehr den Spirochätennachweis bei dem ersten Erscheinen einer zweiten Infektion als beweisend anerkannt. Er habe nie behauptet, ein Patient mit Primäraffekt sei noch nicht syphilitisch krank, sondern sachgemäß auf den Unterschied zwischen Spirochäteninfektion und konstitutioneller syphilitischer Erkrankung hingewiesen. Drittens habe er nicht von einer Heilung der Syphilis „kurze Zeit nach Auftreten des Primäraffekts“, sondern von einer Heilungsmöglichkeit in der Vor-Wassermannperiode gesprochen.

Max Joseph (Berlin).

Wechselmann. Zur Dosierung des Salvarsans. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 17.

Nach eingehender Besprechung der Giftigkeit des Arsens und Salvarsans kommt Wechselmann zu dem Schlusse, daß noch keine Erklärung für das Zustandekommen der flohstichartigen Blutungen im Gehirn, der Purpura cerebri, beim Salvarsantode gefunden ist. Da die meisten Todesfälle nach kleineren Dosen eintraten, ist die Festsetzung einer Höchstdosis von geringem Nutzen. Dosen von 0,75—1,0 Neosalvarsan werden sehr selten verwendet, doch hält Verf. die Sterilisatio magna durch eine einmalige hochdosierte Einspritzung nicht für aussichtslos und möchte nicht, daß Versuche in diesem Sinne unmöglich gemacht würden. Übrigens wirke das Quecksilber in gleichem Maße giftig und sei auch zu verschiedenen Zeiten noch heftiger angefeindet worden als heute das Salvarsan.

Max Joseph (Berlin).

Weichbrodt, R. Weitere therapeutische Versuche bei Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Obgleich Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylat die Reaktionen bei Paralyse beeinflussen, konnten sie doch den Verlauf der Er-

krankung nicht günstiger gestalten. Intramuskuläre Injektionen wirkten stärker als intravenöse. Versuche über Impfungen von Malaria auf Paralytiker sind noch nicht abgeschlossen, doch hält Verf. die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, durch Fiebererzeugung die Paralyse günstig zu beeinflussen. Max Joseph (Berlin).

Leven. Zur Frühbehandlung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 31.

Verf. widerspricht der Meinung Wassermanns, daß das Salvarsan im seronegativen Stadium die Syphilis sicher abortiv heilen müsse. Auch bei negativer Wa.R. können Spirochäten im Organismus vorhanden sein, also sei der negative Ausfall nur mit Vorsicht zu bewerten. Auch das Tierexperiment stellte fest, daß bereits vor dem Erscheinen irgendwelcher Veränderungen an der Impfstelle impfbares Virus bestand und beim Menschen liegen diese Verhältnisse ungünstiger als beim Tiere. Im Gegensatz zu andern Bacillenträgern wird der Spirochätenträger mit größter Wahrscheinlichkeit bei fehlender Behandlung bald die typischen Symptome der Syphilis zeigen. Die Scheidung der Syphilis in eine Vor- und Nach-Wassermannreaktions-Periode ist wohl praktisch zweckmäßig, aber nicht biologisch exakt. Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Abortivheilung der Syphilis durch 2 bis 3 Neosalvarsaninjektionen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 37. p. 870.

4 Formen von Lues I werden unterschieden:

a) Spirochätenbefund vor Ausbildung des P.A., d. h. kleine Scheuerwunde ohne umschriebene Erosion und Induration bei neg. Wa.R. (Spirochätenträger).

b) P.A. mit Sp. p. +, keine Scleradenitis. Wa.R. —.

c) P.A. mit Sp. p., beginnende Skleradenit. inguin. Wa.R. häufig +.

d) P.A. Bub. indol., Wa.R. +.

Bei a) und b) ist es L. fast stets geglückt, mit 2—3 Neosalvarsaninjektionen in etwa einer Woche (stets 0,6 nach 2—3 bzw. 3—4 Tagen) Dauerheilung zu erzielen. (Der kurze Zwischenraum kann gewagt werden, da hier ja Neurorezidive nicht zu befürchten sind, die Encephalit haemorrh. aber nicht auf Überdosierung beruht.) 14 derartige Fälle wurden 2—8 Jahre beobachtet. Da die Fälle von Schanker redux beweisen, wie tief sich Spiroch. im Gewebe verankern können, sollte man den P.A. nach Möglichkeit exstirpieren. Für Abbruch der Kur nach 2—3 Einspritzungen ist Voraussetzung, daß die Wa.R. auch nach jeder Injektion negativ geblieben ist. Beobachtungen an Prostituierten ergaben, daß Neosalvarsan (monatlich 0,6) auch prophylaktisch wirksam ist.

Die Leichtigkeit, mit der die kurze Abortivkur gelingt, führt dazu, sie auch in zweifelhaften Fällen (Ulc. mixt., Phimose usw.) anzuwenden. Mit Hg allein läßt sich weder das Positivwerden der

Wa.R., noch auch das Sekundärstadium verhüten. Die Kombination mit Salvarsan bei seronegativen Fällen ist unnötig.

Sicher ist also, daß es für ein begrenztes Stadium der Syphilis eine *Therapia steril. magna* gibt und die chronisch-intermittierende Behandlung nicht notwendig ist. Auch bei Wa.R. + kann übrigens Dauerheilung durch eine Kur gelingen. Außerdem: Positive Wa.R., die durch Salvarsan allein negativ geworden ist, schlägt seltener wieder um, als wenn sie durch kombinierte Kur negativ wurde. Also: reine Neosalvarsankuren. Krakauer (Breslau).

Hübner. Der Wert der Salvarsanbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 34. p. 923.

An statistisch durch Vergleich der Resultate zweier Jahre gewonnenem Material wird gezeigt, daß die Resultate der Syphilisbehandlung fast in demselben Maße sich verbesserten als die Salvarsanmenge gesteigert wurde. Alfred Perutz (Wien).

Plaut, F. Neuere Probleme der Paralyse- und Tabes-therapie. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 48.

An der Hand der neuesten Forschungen weist Plaut nach, daß in der Hirnrinde der Paralytiker sowie im Liquor cerebrospinalis lebende Spirochäten vorhanden sind, daß also Tabes und Paralyse aktive Syphilis darstellen. Zwischen diesem diagnostischen Befund und den therapeutischen Resultaten besteht aber ein sichtliches Mißverhältnis. Die reine Quecksilbertherapie übte keinerlei Heilwirkung auf Tabes und Paralyse, sondern beschleunigte eher die Kachexie. Quecksilberarsenverbindungen besserten manchmal die Ataxie und Sensibilitätsstörungen bei Tabes. Im allgemeinen ist in solchen Fällen Salvarsan dem Quecksilber vorzuziehen, es bessert meist das Allgemeinbefinden, kann aber nicht als Heilmittel der Paralyse gelten. Auch bei Tabes sieht man nach Salvarsan häufig allgemeine Besserung, Verminderung von subjektiven Krisen, Blasenstörungen und Ataxie. Mit den intraspinalen Methoden sah Verf. bei Paralyse keine, bei Tabes günstige Einflüsse. Fiebererregende Therapie führte, besonders mit Quecksilbercainspritzungen kombiniert, bei höheren Einzeldosen zu besseren Resultaten, Staphylokokken- und Streptokokkenvaccine übten bei Paralyse keine Wirkung, für Tabes werden Injektionen mit abgetöteten *Pyocyaneus*kulturen von Döllken empfohlen. Da aber die syphilitische Natur der Tabes und Paralyse jetzt nachgewiesen ist, so meint Verf., daß bei Mitarbeit aller Kliniken und Irrenanstalten schließlich auch eine für diese Erkrankungen geeignete antisiphilitische Therapie gefunden werden müsse. Max Joseph (Berlin).

Tièche. Über Tuberkulose und Abortivtherapie der Syphilis. Schweizerische med. Wochenschr. 1920. Nr. 8. p. 149.

Verf. gibt die Möglichkeit zu, daß die Tuberkulose durch eine hinzutretende syphilitische Infektion reaktiviert werden kann. Dieses komme aber nicht sehr häufig vor. 6 mal hatte er Gelegenheit, bei

Tuberkulösen Primärsklerosen zu beobachten, die abortiv behandelt wurden. Unter Abortivkur versteht Tièche die Verabreichung von 7 g Neosalvarsan und 1,0 Hg Sal. evtl. mit Hinzufügung von 0,2 Kalomel. Bei 3 Fällen wurde die latent vorhandene oder schon aktive Tuberkulose wesentlich verschlimmert. 2 chronisch fibröse Lungentuberkulosen wurden durch die Kur in keiner Weise beeinflußt, während eine Drüsentuberkulose während der Kur wieder aufflackerte. Ähnliche Erfahrungen will Verf. bei sekundär Luetischen gemacht haben. Auch hier traten bei intensiven Kuren Reaktivierungen alter Herde auf. Im ganzen sieht er in der luetischen Infektion bei Tuberkulose ein ungünstiges Ereignis. Auf keinen Fall darf man nach Tièche bei einer bestehenden Tuberkulose die Abortivheilung der Lues erzwingen. Es muß auf die Toleranz der spezifischen Medikamente und die Form der Tuberkulose Rücksicht genommen werden. Im allgemeinen möchte er für die Progredienz der Tuberkulose eher die Behandlung der Lues, als letztere selbst verantwortlich machen. Wo Neigung zur Progredienz besteht, muß vorsichtig vorgegangen werden. Max Winkler (Luzern).

Pinkus, Felix. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Med. Klin. 1919. Nr. 16, 18, 24, 31, 38, 45, 47, 49. p. 351, 403, 555, 730, 917, 1108, 1164, 1224.

In einer Aufsatzreihe behandelt Pinkus die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Die auf sorgfältiger kritischer Krankenbeobachtung beruhenden Ausführungen enthalten eine Fülle in die praktische Syphilisbehandlung ganz einschneidende Vorschläge, die eine ausführliche Berichterstattung notwendig erscheinen lassen, wenn auch dem Referenten die Kenntnis des Originals für die Fachärzte dringend geboten erscheint. Die Einleitung behandelt in großen Zügen die Entwicklung der Salvarsantherapie, um vor allem auf die Tatsache hinzuweisen, daß bei der jetzt noch allgemein, d. h. von den meisten Fachärzten beliebten kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung doch allmählich die Quecksilberkomponente in dieser gemischten Therapie gegenüber der Salvarsankomponente die Oberhand gewinnt. Pinkus, welcher sich dieser Übergangsentwicklung in unserer jetzigen Syphilisbehandlung wohl bewußt ist, unterscheidet schon jetzt Phasen, in denen die reine Salvarsantherapie indiziert ist gegenüber solchen, wo wir noch zweckmäßig die beiden Spezifika verbinden. Pinkus ist ein begeisterter Verfechter der Salvarsananwendung und dabei ein äußerst vorsichtiger Therapeut, der die Gefahren einer nicht ganz vorsichtigen Salvarsanbehandlung ganz außerordentlich fürchtet. Seine Vorschläge bezwecken, die Vorteile des Salvarsans völlig zu verwerten und doch durch vorsichtige Gestaltung des Behandlungsweges diese Behandlung harmlos durchzuführen.

Die Zeit, ehe die Syphilis erkennbar ist, d. h. die ersten 3 Wochen nach der Ansteckung kann nur unter besonderen Bedingungen ein Gegenstand unseres therapeutischen Eingreifens

werden. Hinweise über die prophylaktische Bedeutung einer solchen Behandlung geben Salvarsanbehandlungen an noch nicht syphilitischen Prostituierten (Fritz Lesser). Pinkus hat in den Fällen, wo Männer mit geschlechtlich verdächtigen Personen verkehrt hatten, oder wo Ehemänner mit frischer Syphilis nach dem Bemerken, aber nicht richtigem Bewerten, ihrer Krankheit mit ihren Frauen verkehrt hatten, diese gesunden Leute mit 20—30 Dosierungen Neosalvarsan behandelt und sah bei ihnen nie Syphilis auftreten, mehrfach dagegen bei nicht derartig behandelten Ehefrauen.

Von besonderer Bedeutung ist für unsere Therapie die Zeit nach dem Entstehen einer durch Spirochätennachweis erkennbaren syphilitischen Initialsklerose. Diese Zeit beginnt durchschnittlich am 21. Tage post infectionem. Der positive Spirochätennachweis — bei noch negativem Wassermann — sichert die Diagnose. Es handelt sich um die Zeit, wo von Wassermann — im Einklang mit den Ehrlichschen Anschauungen — ein therapeutisches Eingreifen besonders aussichtsvoll erscheinen ließ; denn die Spirochäten sind — bis auf die Stelle des Primäraffektes — noch reine Blutparasiten, leicht zu beseitigen, während sie später, nach der Ansiedlung im Gewebe, ungleich schwerer von unseren Heilmitteln erfaßt werden können. In diesem Stadium tritt Pinkus für eine reine, aber mit Rücksicht auf die Gefahr einer akuten Hirnswellung — die verhängnisvollste und darum am meisten zu fürchtende Salvarsannebenerscheinung — ganz besonders vorsichtige Behandlung ein. Das Hg schaltet er aus, weil er auf der einen Seite überzeugt ist, allein durch Salvarsan das Ziel: eine abortive Beseitigung der Syphilis — zu erreichen, und weil er auf der anderen Seite fürchtet, durch etwaige Nebenerscheinungen des Quecksilbers, den Fortgang der hier unersetzlichen Salvarsanbehandlung in Frage zu stellen. Das von ihm empfohlene Behandlungsschema ist — die Infektion am 1. Januar vorausgesetzt folgendes: 22. Januar Dosis I; 24. Januar Dosis I; 26. Januar Dosis I; 28. Januar Dosis II, also in der ersten Woche 0,5 Salvarsan.

31. Januar Dosis II; 3. Februar Dosis III; 6. Februar Dosis III, also in den ersten 14 Tagen 1,3 Salvarsan.

9. Februar Dosis III; 12. Februar Dosis III und weiterhin allwöchentlich zweimal Dosis III, IV oder mehr, je nach der Verträglichkeit. Gelingt es nicht, über Dosis III hinauszugelangen, so erreicht man am 19. März 5,0 Salvarsan. Die Wa.R. ist besonders am Ende des 2. und 3. im Monate zu prüfen, wo sie positiv werden kann.

Die Feststellung der Heilung kann nur durch langjährige Beobachtung oder eine erfolgte Reinfektion erbracht werden. Nach den bisherigen Erfahrungen ist es sehr wahrscheinlich, daß es mit einmaliger starker reiner Salvarsanbehandlung gelingt, den Körper von seiner Syphilis zu befreien. Sicherer ist es, auch diese Fälle noch chronisch-intermittierend zu behandeln.

Die Technik der intravenösen Injektion, wie sie P. beschreibt, ist im Referate nicht wiederzugeben, da jeder Handgriff aufs minutiöseste beschrieben und begründet wird. Hier sei nur angegeben, daß P. Stahlnadeln und eine Spritze mit Assmy-Ansatz benutzt.

Der folgende Abschnitt: die Behandlung der Syphilis nach dem Ausbruch des syphilitischen Exanthems wird in mehreren Unterabteilung behandelt: a) Die erste Kur: Wenn wir nach P. unter therapeutischen Gesichtspunkten unterscheiden zwischen der Periode der etwa ersten 30 Tage und der Periode danach, wenn wir mit P. nur die erste Periode als die Zeit ansehen, wo wir mit vollem Vertrauen darauf rechnen, die Syphilis abortiv zu beseitigen, so treten wir der zweiten Periode, die uns am häufigsten zu Gesicht kommt, unter anderen Gesichtspunkte entgegen. Bei der sekundären Syphilis ist die Quecksilberbehandlung als vollwertig mit heranzuziehen; sie bietet sogar gewisse Vorteile, die die Salvarsankur nur bei äußerster Vorsicht besitzt. Da aber durch gleichzeitige Salvarsanbehandlung es leichter gelingt, die festhaftende Krankheit zu beeinflussen, so ist hier die Indikation für eine gemischte Behandlung gegeben. P. schätzt das gebräuchlichste Hg-Salz, das Hg salicylicum, wenig, denn es wirkt einerseits recht schwach, andererseits macht es durch seine Zusammensetzung die meisten Nebenerscheinungen. P. schlägt folgende Kurformen vor: 1. 30 Einreibungen, dazu die 6 eingeschobenen Badetage mit ansteigend 3—4—5 g grauer Salbe. An diesen 36 Tagen erfolgend am 4., 3., 10. usw. Tage Neosalvarsaninjektionen von Dosis I, I, II, II, III usw.: Dosis III oder auf Dosis IV und V steigend, insgesamt 12 Salvarsanspritzen mit Gesamtdosis von mindestens 3,0 Salvarsan. 2. 30 Injektionen von 1 ccm Sublimat, Hg cyanatum 1% plus Acoim, oder alle 3 Tage Embarin usw., dazwischen die unter 1. angegebene Neosalvarsanbehandlung. 3. Zweimal wöchentlich eine Injektion von 1 ccm Hg thymolacet. oder Kalomel in 10proz. Suspension in Ol. oliv. oder Ol. amygd., im ganzen 8—10, dazwischen die Salvarsanserie, doch so verteilt, daß nicht zwei Spritzen am Tage zusammenfallen. 4. 6 Injektionen mit je 0,1 Hg-Gehalt in wöchentlichen Intervallen mit grauem Öl, dazwischen etwas gedehnter die genannte Salvarsanserie. Während aller dieser Kuren gleichzeitig Jodkali oder seine Ersatzpräparate.

Der Grund für diese Kombination liegt in der verschiedenen Angriffsweise der Mittel: Salvarsan tötet im wesentlichen die Spirochäten ab; Quecksilber greift sie wohl in anderer Form an; bei Jod sind wir noch weniger über den Angriffspunkt unterrichtet, aber nach praktischen Erfahrungen wirkt es auf bestimmte Lokalisationen des Virus besonders günstig.

Monatliche Wassermannuntersuchungen. Die Reaktion bleibt meist 5—6 Monate negativ. Oft genügen 2, manchmal aber erst

4—5 von diesen Kuren, um eine dauernd negative Wa.R. zu erzielen.

Bei Frauen und älteren Leuten sind schwächere Kuren und vorsichtigere durchzuführen. Bei Kindern innerliche Behandlung mit Protojoduret.

Für die weitere Behandlung der frischen Syphilis (sekundäre Syphilis nach der ersten Kur) — denn die einmal wassermannpositive Syphilis heilt nicht mit einer Kur — geben uns Fingerzeige: 1. die klinischen Rezidive, 2. das Verhalten der Wa.R.

Klinische Rezidive treten nach nicht zu schwacher Salvarsanbehandlung entschieden seltener auf, als nach alleiniger Hg-Behandlung, etwa nach 5—6 Monaten. Eine erneute Kur soll nicht allein auf diese Rezidive hin eingeleitet werden, vielmehr schon vorher, veranlaßt durch ein Positivwerden der Wa.R., die als Symptom der Lues zu betrachten ist. Die Wa.R. ist nicht nur ein Zeichen dafür, daß ein Kranker einmal syphilitisch infiziert war, sondern wir müssen in der positiven Wa.R. das Zeichen einer noch bestehenden Syphilisreaktion sehen. Von diesem Gesichtspunkte aus haben wir in dem Ausfall der Reaktion und im Verfolgen der Reaktion einen Leitstern für die weiteren Kuren. Wenn auch die Fälle als die günstigen zu bezeichnen sind, bei denen dauernd keine Symptome auftreten und der Wassermann negativ bleibt, so sollte man doch unter der Tatsache, daß gerade die Hirnlues bei negativer Wa.R. auftritt, auch diese Fälle lieber schematisch weiter behandeln; ungünstiger liegen jedenfalls die Fälle mit nicht beeinflussbarer positiver Wa.R. Aber auch über diese Fälle, speziell über die Frage, ob ihre Prognose unbedingt eine so schlechte ist, können wir heute noch kein abschließendes Urteil fällen.

Viel schwieriger wird es für den Arzt, unter Beobachtung aller der Gesichtspunkte, die P. bisher erörtert hat, auch das spätere sekundäre Stadium weiter zu behandeln; diese Schwierigkeiten liegen nicht in der Anordnung der Kuren, vielmehr in dem Verhalten der Patienten, die nicht instande sind, den ernststen Bedenken des Arztes das nötige Verständnis entgegenzubringen. Es ist zu empfehlen, auch bei weiterem negativem Wassermann durch mehrfache Provokationen mittels Salvarsan zu versuchen, ob der Wassermann in einen positiven umzuwandeln ist. Dieser Wassermann kann oft sehr hartnäckig gegen therapeutische Beeinflussung sich erweisen. Aber auch dem dauernd und durch Provokation nicht positiv zu machenden ist nicht ganz zu trauen, wenn man die Tatsache erwägt, daß sogar Syphilissymptome von größter Bedeutung die Reaktion nicht positiv zu machen brauchen. Vom 6. Jahre der Erkrankung wird es erst klar, ob später Nachkrankheiten des Nervensystems drohen. Es ist auf frühzeitige verdächtige Symptome, Pupillendifferenz, Blasenerscheinungen, Magenbeschwerden unklarer Art, rheumatische Beschwerden zu achten. Nach Beobachtungen

von P. sind sie durch energische Behandlung mit Jod und Salvarsan für Jahre mindestens zum Schwinden zu bringen. Um zu sagen, was aus diesen Fällen wird, dazu ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Die Annahme des Verfassers für den dauernden Erfolg ausgiebiger und sehr lange fortgesetzter intermittierender Behandlung mit langen Behandlungspausen findet ihren Beweis in dem Zurückgehen von Herzbeschwerden, in den Erscheinungen von tabischen Krisen, von sicher spätsyphilitischen Myelitiszeichen. Dagegen haben sich andere Fälle aus der Vor-Wassermann- und Vor-Salvarsanzzeit zu ausgesprochenen Aortiden, Myelitiden und Tabesfällen entwickelt. Mit Berücksichtigung aller der auf langer Krankenbeobachtung beruhenden Ausführungen des Verfassers wird die Syphilis nicht mehr eine 3—4 Jahre zu beobachtende und behandelnde Krankheit, sondern der Kranke bedarf noch nach 5—7 Kuren weiterer sorgfältigster Kontrolle. Mit der Wirksamkeit der Behandlung hat die Behandlung an Einfachheit nicht gewonnen; sie hat uns erst gelehrt, vieles mit der Syphilis in Zusammenhang zu bringen, was vorher unter diesem ätiologischen Gesichtspunkte gar nicht verwertet wurde.

Bei der Behandlung der Spätstadien der Syphilis tritt wieder die reine Salvarsanbehandlung mehr in den Vordergrund. Freilich ist auch hier zu beachten, daß in der Dosierung noch vorsichtiger vorgegangen werden muß als im Anfangsstadium der Erkrankung, daß gerade die Syphilis des Gefäß- und Nervensystems eine ganz besonders vorsichtige Behandlung erfordert. Die Salvarsanbehandlung wird bei derartigen Spätfällen zweckmäßig mit einer Jodbehandlung verbunden.

Es ist zu hoffen, daß im Jahrgang 1920 die Artikelserie fortgesetzt wird; P. ist nun noch manches schuldig geblieben, so die Salvarsanschädigungen, auf die er öfter anspielt, und andere wichtige Abschnitte. Wie einen roten Faden durchziehen seine Ausführungen zwei Gesichtspunkte, das absolute Mißtrauen in den Verlauf der Syphilis und das absolute Vertrauen zu der Wirksamkeit ihrer sachgemäßen Behandlung.

Die Betonung des ersten Gesichtspunkts beruht auf der erst nach und nach gewonnenen Kenntnis von der Häufigkeit und der körperlichen Gefährdung der Syphilitiker durch die Späterkrankungen am Gefäß- und Nervensystem, einer Erkenntnis, deren Entwicklung nicht viele Jahre zurückliegt und noch teilweise wenig bebauten Boden befruchtet. Die Betonung und der gesunde Optimismus, welcher die therapeutischen Erwägungen von Pinkus leitet, wird jeden, der die Ausführungen richtig zu bewerten versteht, lehren, seine Therapie wirkungsvoller zu gestalten, ohne durch Nebenerscheinungen in seinem Streben, dem Kranken zu nützen, irremacht zu werden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pinkus, Felix. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Med. Klin. 1920. Nr. 2, 3, 4. p. 36, 63, 87.

In dieser Fortsetzung der 1919 in der Med. Klin. erschienenen Aufsätze behandelt Pinkus: Die Nebenerscheinungen bei der Behandlung mit Salvarsan. Der Abschnitt A gilt den lokalen Erscheinungen, die durch das Salvarsan unter der Haut erzeugt werden. Unter den jetzt im wesentlichen üblichen intravenösen Injektionen und den durch die gesetzten Schädigungen haben wir zu unterscheiden die nach mißlungenen Injektionen entstehenden Knoten, die leichteren schmerzhaften Empfindungen (ohne Knotenbildung) nach anscheinend gelungenen Injektionen, wohl auf eine Infiltration der Gefäßwand zurückzuführen, und die Phlebitiden.

Von größerer Bedeutung sind die schädlichen Folgen intravenöser Salvarsananwendung.

1. Reaktion nach der intravenösen Salvarsaninfusion: a) die fieberhafte Reaktion. Nach P. ist bei fieberhaften Reaktionen an technische Fehler zu denken. Der Grund für fieberhafte Reaktion ist Unachtsamkeit. b) Der Salvarsangeruch resp. -Geschmack. c) Der angioneurotische Symptomenkomplex. Diese oft recht bedrohliche Folge der Salvarsaninfusion kann unter Umständen die Fortsetzung der Salvarsanbehandlung unmöglich machen. Im Vordergrund der Erscheinungen steht die Dyspnoë, die zu kurzer Bewußtlosigkeit führen kann. Es handelt sich nicht um eine wirkliche Anaphylaxie. Die Dyspnoë kommt wahrscheinlich durch Schwellungen in den Schleimhäuten der oberen Luftwege zustande und ist der Crise nitritoide nach Amylnitrit an die Seite zu stellen. Der angioneurotische Symptomenkomplex tritt selten bei der ersten Infusion auf, meist nach drei bis vier kleinen Gaben, um dann stets auch bei kleinen Dosen sich zu wiederholen. In vielen Fällen läßt sich sein Eintreten dadurch verhüten, daß man kurz vor der Injektion eine kleine subcutane Einspritzung von 0,6—1 cem Suprarenin macht. Bei Nichtwirkung dieser Maßnahme muß man vom weiteren Verlaufe des Salvarsans Abstand nehmen. d) Urticarielle und fixe Salvarsanexantheme. Diese Hautreaktionen entsprechen den nach anderen Medikamenten beobachteten; wie nach dem Antipyrin beobachtet man auch nach Salvarsan fixe Exantheme. 2. Reine Salvarsanintoxikationen. Abgesehen von den seltenen und nicht gefährlichen Intoxikationen kommt eine gefährliche Form vor: die Salvarsandermatitis. Die leichteste Form ist das Auftreten einer masernähnlichen Exanthems. Schwerere Fälle gehen in das Bild eines universellen Erythrodermie über, welche letztere Formen sich zu ganz schweren Krankheitsbildern steigern können. Die Affektion gewinnt eine besondere Gefahr durch das Hinzutreten von Eiterkokken. Der Beginn der großen Gefahr ist der erste Furunkel. Je weiter die Kur fortgeschritten ist, desto schwerer ist der Fall.

3. Schwere Reizwirkungen des Salvarsans durch Manifestwerden latenter lebensbedrohender Syphilislokalisationen. Sie entstehen nach dem Typus der Reaktionen nach spirochätentötenden Mitteln, die wir als Herxheimersche Reaktion kennen, und sind keine Vergiftungen. P. unterscheidet: Neurorezidive, Meningomyelitiden und die Encephalitis haemorrhagica. Von den eigentlichen Neurorezidiven, bei denen die Nervenlähmung erst einige Wochen nach der Behandlung auftritt, sind die Lähmungen zu unterscheiden, welche unmittelbar im Anschluß an die Salvarsangabe auftreten. Es sind auch Fälle bekannt, wo erst eine Herxheimersche Reaktion vorübergehend auftritt und nach Wochen ein Neurorezidiv an demselben Nerven erscheint.

Die zentralen Veränderungen am Rückenmark, die in diese Hauptgruppe gehören, sind seltene Vorkommnisse; meist sind sie spastisch, doch kommen auch schlaffe Lähmungen vor. Die bedeutungsvollste nervöse Erscheinung ist die Hirnschwellung, die Encephalitis haemorrhagica. Die Gründe, welche P. gegen die Annahme einer gewöhnlichen Intoxikation sprechen, sind erstens die Tatsache, daß ganz gleiche Erscheinungen auch im Beginn von Quecksilberkuren vorkommen, zweitens bleibt nach dem Wiedererwachen des Kranken aus der Bewußtlosigkeit der Hirnschwellung zuweilen ein nervöser Reizzustand von der Art zurück, wie wir ihn als meningo-myelitische Reizung nach Salvarsan schon kennengelernt haben. Ausgiebige Behandlung mit Aderlaß, Lumbalpunktion, Kochsalzinfusion in Vene und Mastdarm wirken zuweilen lebensrettend. Gerade diese Salvarsanfolge veranlaßt P., mit kleinen Dosen zu beginnen, nur vorsichtig tastend die Dosen zu erhöhen und nach Pausen wieder klein anzufangen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Neugebauer, Gustav. Zur Syphilisbehandlung. [Med. Klin. 1918. Nr. 32. p. 792.

Neugebauer legt in folgender Weise bei schlecht sichtbaren Venen dieselben zur Neosalvarsaninjektion folgendermaßen frei: Er kratzt an der Stelle der Wahl seitlich neben dem Gefäßverlauf, den er fühlt, mit einer Nadel einen kleinen Merkstrich in die Haut und injiziert nach Jodtinkuranstrich $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ccm einer $\frac{1}{2}$ proz. Novocain-Suprareninlösung subcutan ein. Nach 1 Minute wird mit einem Messer seitlich des Gefäßes 1 cm lang eingeschnitten, mit der Spitze einer abgebogenen Schere das subcutane Fettgewebe nach oben und unten zu zurückgestreift, und nach einer leichten seitlichen Verschiebung der Haut liegt das Gefäß meistens so gut frei, daß man bequem injizieren kann. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bachem, C. Antisyphilitica (Pharmakologie des praktischen Arztes). Med. Klin. 1917. Nr. 46/47. p. 1221 u. 1249.

Zusammenstellung der Antisyphilitica mit teilweise kritischen Bemerkungen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Beck, S. C. Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Neosalvarsans auf die sog. lokalen Spirochätosen. Med. Klin. 1918. Nr. 12. p. 294.

Beck versuchte in einem Falle von Noma, die auch zu den lokalen Spirochätosen gehören soll, die lokale Applikation von Neosalvarsan (0,3 Neosalvarsan auf 1,0 Bolus alba). Der Erfolg war ein guter. Wie Vergleiche mit den in der Literatur niedergelegten Fällen zeigen, dürfen wir von der lokalen Applikation von Salvarsan resp. Neosalvarsan bei Noma günstigere Erfolge erwarten als von der intravenösen Anwendung des Mittels.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wechselmann, Wilhelm. Über die Gewichtsverhältnisse nur mit Salvarsan behandelter Syphilitiker unter der Kriegsernährung in den Jahren 1916 und 1917. Med. Klin. 1917. Nr. 46. p. 1216.

Wechselmann stellt aus seinen Gewichtsbestimmungen fest, daß die in den Jahren 1916 und 1917 im Virchowkrankenhaus verabreichte Kost ausreichend war, um bei Nichtarbeitenden und sonst nicht schwer Erkrankten fast durchweg eine Erhöhung des Körpergewichts herbeizuführen. Es wird aber ferner auch bewiesen, daß eine fortgesetzte Salvarsandarreichung in demselben Sinne wirkt. Es nehmen zwar auch Syphilitische bei Quecksilberzufuhr zu, aber nur solche, welche vorher z. B. durch nächtliche Kopfschmerzen sehr herabgekommen sind. Nie aber ist dabei die Zunahme des Körpergewichts eine so regelmäßige wie bei Salvarsanbehandlung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wechselmann, Wilhelm. Liegt ein Kunstfehler vor, wenn die Einspritzung einer konzentrierten Salvarsanlösung in die Vene mißlingt? Med. Klin. 1917. Nr. 26. p. 712.

Wie Wechselmann hervorhebt, stellte der Richter in einer Verhandlung über die in der Überschrift angeführte Anschuldigung folgende drei Fragen: 1. Mußte der Beklagte bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt erkennen, daß er die Ader nicht getroffen hatte? Welche Merkmale boten sich hierfür? 2. Handelte der Beklagte den Regeln der ärztlichen Kunst zuwider, wenn er die Spritze unter starkem Druck entleerte, obgleich sich der Fortsetzung der Injektion stärkerer Widerstand bot? 3. Hatte der Beklagte bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt zunächst den richtigen Sitz der Nadelspitze durch Injektion mit einer reinen 0,9 p. oz. Kochsalzlösung feststellen müssen, wie dies die gedruckte Gebrauchsanweisung „Neosalvarsan“ vorschreibt?

W. lehnt die dritte Frage ab, da sie nur für die Infusion größerer Flüssigkeitsmengen gelte. Die beiden anderen Fragen glaubt W. verneinen zu müssen. Er verneint damit das Vorliegen eines Kunstfehlers.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kolle, W. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 3. p. 59.

Kolle nimmt auf Grund seiner Untersuchungen an, speziell auf Grund aus der Tiefe des Krankheitsherd gewonnenen Materiales, daß eine der Spirochaete Obermeieri ähnliche Spirochäte eine ätiologische Rolle spiele. Man könnte sie als Spirochaete pyorrhoica bezeichnen. Die Spirochäten verschwinden bei gleichzeitiger Abheilung des Krankheitsprozesses rasch unter Anwendung des Salvarsans resp. Neosalvarsans. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Beyer. Die Alveolarpyorrhöe, ihr Erreger und die weiteren Erfahrungen über die Behandlung mit Neosalvarsan. Med. Klin. 1918. Nr. 3/4. p. 63 und 90.

Ausführliche Arbeit über die Befunde von Spirochäten bei Alveolarpyorrhöe und die Erfolge der Neosalvarsananwendung. Eingehendes Literaturverzeichnis. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Plaut, H. C. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 12. p. 339.

Plaut weist gegenüber einer unter derselben Überschrift erschienenen Veröffentlichung von Kolle auf seine diesbezüglichen Arbeiten aus den Jahren 1910—1913 hin. Er hat allerdings bei Anwendung geringer Dosen keine Dauerheilung durch Salvarsan bei der Alveolarpyorrhöe erzielt. Als erster hat Gerber die Beeinflussung der Zahnspirochäten durch Salvarsan beschrieben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gerber. Nochmals: Die lokalen Spirochätosen der Mundhöhle. (Bemerkungen zum Aufsatz von Kolle: „Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe.“) Med. Klin. 1917. Nr. 22. p. 602.

Gerber hat, wie er in der vorliegenden Arbeit betont, zuerst (schon 1910) die Einwirkung des Salvarsans auf die Spirochäten der Mundhöhle festgestellt; er hat auch seither wiederholte Veröffentlichungen über dieses Gebiet verfaßt; insbesondere haben sich schon mehrere Autoren vor Kolle mit der ätiologischen Rolle von Spirochäten bei der Alveolarpyorrhöe beschäftigt; auch er selbst gehört zu diesen Autoren.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kolle, W. Schlußbemerkungen zu der Arbeit von Gerber. Med. Klin. 1917. Nr. 22. p. 604.

Kolle gibt die Behauptungen Gerbers zu. Doch glaubt er zuerst den sicheren Nachweis gebracht zu haben, daß die Alveolarpyorrhöe eine Spirochätenerkrankung ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kümmel, H. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 39. p. 1044.

Kümmel bestätigt die Angaben von Kolle (cf. Referat über dessen Arbeit) über die Spirochäten bei Alveolarpyorrhöe und die

Wirkung von Salvarsan bei dieser Erkrankung. Kümmer sah auch gute Erfolge bei lokaler Neosalvarsananwendung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Lesser, Fritz und Witkowski. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe. Med. Klin. 1917. Nr. 48. pag. 1273.

Lesser und Witkowski bestätigen die guten Erfolge Kolles mit Salvarsan bei der Alveolarpyorrhoe.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Teuscher. Lokale Behandlung der Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti mit Salvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Durch Pinselungen mit Salvarsanlösung 0,6:300 gelang Teuscher die schnelle Heilung von 3 Fällen Plaut-Vincentischer Angina und Gingivitis.

Max Joseph (Berlin).

Greiner. Über Gingivitis und Alveolitis spirillofusiformis (Alveolarpyorrhoe). Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 14.

Schilderung der Symptomatologie. Ursache der Alveolarpyorrhoe ist die Plaut-Vincentische Symbiose, souveränes Heilmittel des Neosalvarsan lokal (in Lösung 0,1:5,0 Aq. dest. oder in Vaseline 0,1:5,0) sowie intravenös 3—4 mal 0,3—0,45. Die Wirkung ist um so größer, je stärker die Spirillen über die Bacillen überwiegen. Verf. schlägt vor, Angina Vincenti, Stomatitis ulcerosa, Vulvitis erosiva, Balanitis gangraenosa ätiologisch Tonsillitis, Stomatitis, Vulvitis, Balanitis spirillofusiformis zu nennen. Die Noma soll fuso-spirillosis buccalis heißen.

Kurt Wiener (Bieslau).

Löwenstein, Walter. Zur Frage der neuen kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung nach Prof. Linser (Tübingen). Med. Klin. 1920. Nr. 9. p. 237.

Löwenstein nimmt für die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, die er sonst ähnlich wie Linser gestaltet, eine 2 ccm-Spritze, indem er die Medikamente in entsprechend weniger Flüssigkeit löst. Schädigungen irgendwelcher Art beobachtete er nach der Behandlung nicht.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fabry. Was ist bei der Salvarsanbehandlung zu beachten? Richtlinien für praktische Ärzte. Med. Klin. 1919. Nr. 48. p. 1200.

Fabrys sehr geschickt zusammengestellte Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Es ist im Interesse einer erfolgreichen Syphilisbekämpfung wünschenswert, daß möglichst viele Ärzte sich an derselben beteiligen. 2. Ein unerläßliches Postulat dafür ist, daß diese Ärzte sich an den zuständigen Stellen die nötigen Kenntnisse in der Diagnose und in der Behandlung der Syphilis durch hinreichend langes Studium angeeignet haben. 3. In allen für die Diagnosestellung schwierigen Fällen darf die Behandlung nur eingeleitet

werden, wenn die Diagnose durch mikroskopische und Blutuntersuchung absolut sichergestellt ist, möglichst unter Heranziehung eines erfahrenen Facharztes oder einer anerkannten Klinik. 4. Unter diesen Voraussetzungen läßt sich die Behandlung mit Salvarsan durchführen, ohne daß der Patient im geringsten geschädigt wird. 5. Die neuen von Kolle in die Syphilistherapie eingeführten Arsenverbindungen, Silbersalvarsan und Sulfoxylat, bedeuten gegen früher einen wesentlichen Fortschritt. Beim Silbersalvarsan ist es gelungen, durch Einfügen der antisiphilitisch wirkenden Silberkomponente die zu verabfolgende Arsendosis wesentlich herabzusetzen. Silbersalvarsan ist die am stärksten spirillentötende Arsenverbindung. Sulfoxylat hat nach den bisherigen Mitteilungen neben der bequemen, handlichen Form — es ist in der Ampulle bereits gelöst — die Eigenschaft längerer Remanenz im Körper. Es ist gemäß dieser Eigenschaft und die Behandlung von Lues ohne Symptome. 6. Bezüglich der Bewertung der Wassermannschen Reaktion haben die klinischen Erfahrungen ergeben, daß eine noch positive Reaktion spontan oder kurz oder lang auch da noch negativ werden kann, wo sie am Schluß einer Salvarsankur positiv war. Es ergibt sich daraus für die Praxis der Grundsatz: bei Patienten, die bereits länger und energisch behandelt wurden, größere Ruhepausen eintreten zu lassen unter häufiger Blutuntersuchung nach Wassermann; also nicht blindlings weiterbehandeln. 7. In Fällen mit Früh- oder Spätsymptomen von Hirnlues ist Liquorkontrolle, wie Gennerich vor allem betont hat, von Bedeutung; ferner ist bei jedem Syphilitiker unter Berücksichtigung des Stadiums der Erkrankung, der bereits erfolgten Behandlung, des Allgemeinbefindens des Kranken strengste Individualisierung nach Dosis, Zahl und Intervall der zu verabfolgenden Injektionen angezeigt. 8. Man hüte sich vor jedem Schematismus.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wechselmann, Wilhelm. Über die Grenzen der Abortivbehandlung der Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 35. p. 839.

Unter Hinweis auf die von Wassermann vertretene Anschauung, daß die Syphilis durch das Auftreten der Wassermannreaktion in zwei getrennte biologische Stadien einzuteilen sei, von denen das erste relativ leicht therapeutisch zu heilen wäre, weist Wechselmann an der Hand von Krankenbeobachtungen darauf hin, daß auch im ersten Stadium eine ausgiebige Salvarsanbehandlung nicht alle Spirochätenherde zu vernichten braucht. Diese Beobachtungen sind nicht so wunderbar, wenn man sich daran erinnert, daß auch sehr früh entfernte Primäraffekte die syphilitische Allgemeinerkrankung nicht verhindert haben. Es ist demnach die Annahme gerechtfertigt, daß, wenn man erst den Primäraffekt erkennen kann, auch schon die Allgemeininfektion erfolgt ist. Ferner wissen wir auch, daß der Zeitpunkt der Wassermannreaktion von dem Sitze des Schankers abhängt (Eicke). Es können nach Sterilisierung des

Primäraffektes durch Salvarsan im Inneren des Körpers noch Syphilitische bestehen, welche sich weiter entwickeln können, auch wenn die Wassermannreaktion noch negativ ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Linser. Über eine neue kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei der Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 42. p. 1026.

Linser mischt mit Neosalvarsan oder Salvarsannatrium in den gewöhnlichen Dosen 0,01—0,02 Sublimat zu seinen intravenösen Injektionen. Die Technik ist folgende: Man löst die entsprechende Menge des Salvarsanpräparates in der mit 6—8 ccm warmen Wassers gefüllten 10 ccm-Spritze und zieht danach von einer 1 proz. Sublimatlösung noch 2 ccm auf. Es bildet sich ein schwärzlichgrüner Niederschlag, der aber die dünnste Pravaznadel ohne Schwierigkeit passiert. Der technische Vorteil der Methode besteht in der gleichzeitigen Anwendung beider als wirksamst erprobten Mittel gegen die Syphilis, in der einfachen und schmerzlosen Applikation derselben auf intravenösen Wege und in der Freiheit dieser Therapie von unerwünschten Nebenerscheinungen trotz hoher chemischer Quantitäten.

Fritz Juliusburg (Braunschweig).

Schottmüller. Zur Behandlung der Spätluës, insbesondere der Aortitis luica. Med. Klin. 1919. Nr. 7. p. 157.

Schottmüller widmet den Hauptteil seiner Arbeit der Aortensyphilis, die er in vier Formen unterscheidet: 1. die Aortitis supracoronaria; 2. die Aortitis coronaria; 3. die Aortitis valvularis, welche den Fällen von Aorteninsuffizienz entspricht; 4. die Aortitis aneurysmatica, welche strenggenommen nur eine Komplikation von 1—3 darstellt. Alle vier Formen werden klinisch in ihren Eigenheiten an der Hand einschlägiger Fälle geschildert; zahlreiche Röntgogramme erläutern die Ausführungen. Sch., der für eine möglichst frühzeitige Behandlung der Fälle eintritt, geht folgendermaßen vor: Zunächst 5—8 Wochen lang intensive gemischte Hg-Salvarsanbehandlung, dann alle 3—4 Wochen Neosalvarsan 0,45 oder 0,6, bis nach Maßgabe der klinischen Symptome und dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion der aktive syphilitische Krankheitsprozeß zum Stillstand gekommen ist. Unter Umständen wird für einige Wochen wieder neben dem Salvarsan Hg gegeben. Die Erfolge sind gute bei der ersten Form der Aortitis; bei der A. coronaria ist auch noch eine Besserung möglich; bei der Aorteninsuffizienz geben die Anfangsfälle günstige Heilresultate, bei den Fällen im ausgebildeten Stadium ist auch die Prognose eine bessere als früher geworden, wenn eine jahrelange Dauerbehandlung durchgeführt wird. Von den Fällen von Aneurysma können solche im Anfangsstadium klinisch ausheilen; auch große Formen sind noch besserungsfähig.

Bei der Tabes muß die Behandlung noch wesentlich vorsichtiger durchgeführt werden als bei der Aortenluës. Grade mit Rücksicht

auf die zu befürchtenden Schmerzkrisen beginnt man mit Dosen von 0,2—0,3 und wiederholt vorsichtig steigend allwöchentlich die Einspritzung. Eine milde Quecksilberkur wird zweckmäßigerweise nach einigen Wochen hinzugefügt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Patzschke, W. Sirupus Neosalvarsani. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Der von Patzschke nach eingehenden Versuchen als haltbar erprobte Neosalvarsansirup besteht aus Neosalvars. 0,3 Sir. simpl. ad 30,0 und erzielte gute Heilerfolge bei ulcerierten Primäraffekten, wo er mittels durchtränkter Gazestreifen eingeführt wurde. Bei Papeln, Plaques, Kondylomen und ähnlichen frischen sekundären Prozessen tat das Mittel besonders in der Zeit vor der intravenösen Injektion gute Dienste. Bei syphilitischen Erkrankungen der Mundschleimhäute bzw. Tonsillen lies Verf. mit Neosalvarsansirup pinseln oder mit demselben einen Mullbausch durchtränken, woran der Patient saugte. Verf. empfiehlt das Mittel weiterhin bei allen durch Spirillen verursachten Erkrankungen, z. B. Plaut-Vincentischer Angina, Zahnfleischaffektionen und Noma.

Max Joseph (Berlin).

Surz, R. Heilungsversuche mit Salvarsan bei Schlafkrankheit. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene 1919. p. 308.

Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt Verf. Atoxyl als das brauchbarere Mittel zur Behandlung schlafkranker Menschen, obwohl weder Salvarsan noch Atoxyl ein ideales Mittel darstellt. Salvarsan ist teurer als Atoxyl und, da es intravenös gegeben wird, namentlich bei Negern, schwieriger zu verabreichen als das subcutan applizierte Atoxyl. Eine stärkere Heilwirkung besitzt das Salvarsan sicher nicht, eher eine geringere. Von 11 mit Salvarsan behandelten Fällen (Dosierung im Original nachzulesen) waren bei 9 in 1—1½ Monaten nach der letzten Injektion bereits wieder Trypanosomen nachweisbar. Zum Nachweis der Erreger sollte immer der Tierversuch herangezogen werden, um schwerwiegende Täuschungen zu vermeiden.

Martenstein (Breslau).

Friedmann, M. Neosalvarsan versehentlich intern genommen. Therap. Monatshefte 1920. p. 142.

Mitteilung eines Falles, in dem eine Patientin an 6 aufeinanderfolgenden Tagen täglich je eine Ampulle zu 0,3 g Neosalvarsan per os genommen hat. Neben geringen toxischen Wirkungen und geringen subjektiven Beschwerden hat das intern eingeführte Salvarsan nur das völlige Verschwinden der Oxyuren, die die Patientin vorher stark belästigten, zur Folge gehabt. Martenstein (Breslau).

Notthafft, v. Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Nach von Notthaffts Erfahrungen erzielt das Silbersalvarsan eine ebenso rasche und gute Heilwirkung, Rückbildung der syphilitischen Efflorescenzen und Verschwinden der Spirochäten wie das

Salvarsan. Die Einzeldosis steigere man von 0,2—0,3, bei protahierten Behandlungen der Nervensyphilis 0,1. Die Kur kann bei Mißerfolgen ohne Gefahr bis zu 15 Injektionen gehen. Diese Gefahrllosigkeit ist der größte Vorzug des Mittels. Die angioneurotischen Symptome lassen sich bei Verdünnung der Lösungen auf 50—120 ccm vermeiden. Die Injektionen wurden ohne Schädigung mit verschiedensten Pausen bis 6 Monate lang fortgesetzt. Verdirbt das Präparat, so nimmt der Ampulleninhalt statt der hellbraunen eine schwarzbraune Farbe an. Von der gleichzeitigen Anwendung von Silbersalvarsan und Quecksilber rät Verf. ab. Max Joseph (Berlin).

Lenzmann, R. Über Erfahrungen mit Silbersalvarsannatrium. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Nach seinen zahlreichen Erfahrungen kann Lenzmann das Silbersalvarsannatrium als ein überaus geeignetes Heilmittel der Syphilis empfehlen, da es geringere Toxizität als die übrigen Salvarsanpräparate mit vorzüglicher Wirkung vereinigt und auch von Kindern gut vertragen wurde. Die Spirochäten verschwanden schnell, die Beeinflussung der Wa.R. und Lumballflüssigkeit wird noch weiter beobachtet werden. Die Technik der Injektion muß aber sorgfältig und mit genauer Beobachtung aller Vorschriften ausgeführt werden.

Max Joseph (Berlin).

Gennerich. Kriegserfahrungen in der Luesbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 33. p. 789.

Die Kriegsverhältnisse brachten es mit sich, daß entweder die bisherigen Lueskuren Schädigungen setzten (Icterus, Dermatitis) oder aber weniger wirksame und daher schädliche Kuren (Neurorezidive) vorgenommen werden mußten. Jedenfalls dürfen die Erfahrungen der Hungerblockade nicht der Einführung der Maximaldosis für Salvarsan zugrunde gelegt werden; das würde sicher weitere Zunahme der ohnedies schon häufiger gewordenen meningealen Lues zur Folge haben, zumal die so notwendig gewordene Liquordiagnostik und endolumbale Behandlung noch nicht allgemeine Anwendung findet. Daher schien Kolles Silbersalvarsan Vorteile zu bieten, zumal die intravenöse Kollargolbehandlung schon eine gewisse Einwirkung auf die Spiroch. pallid. erkennen ließ. Nach Kolles Angaben ist der therapeutische Index, das Verhältnis der wirksamen zur therapeutischen Dosis, beim Silbersalvarsan sehr gut. Die Nebenwirkungen waren gering: bei 3500 Injektionen nur 5 mal Fieber, Icterus, Dermatitis. Dann ist natürlich Vorsicht geboten; bei erythematösen Schwellungen, insbesondere im Gesicht, muß die Kur unbedingt abgebrochen werden, weil sonst schwere Dermatitis zu befürchten ist. Zur Vermeidung angioneurotischer Zustände ist Verdünnung mit 30 ccm und sehr langsames Einspritzen (5 Min. und darüber) unter Pulskontrolle notwendig. Da Icterus äußerst selten auftritt, wurden die nach Neosalvarsan auf-

gebrachten Icterusfälle mit Silbersalvarsan nachbehandelt, was vorzügliche Ergebnisse zeitigte. Trotzdem 0,3 Silbersalvarsan nur 0,2 Salvarsan enthält, verzichtete man doch auf größere Dosen und die Kombination mit Hg, zumal letzteres, als durch das Ag ersetzt, entbehrlich ist, wie auch die serologische Beobachtung bestätigt. Bei seronegativer Lues I genügen 5—6 Silbersalvarsaninjektionen von 0,1—0,3 in 4—5 tägigem Zwischenraum, bei seropositiver 7—10, bei Lues II 10—12 und zwar 1 Kur, wenn innerhalb 4 Wochen die Wa.R. negativ wird, sonst 6 Wochen später eine II. Kur bis zu 10 Injektionen. Vor der Nachkur Kontrolle des Liquor und bei pathologischem Befund endolumbale Behandlung. Bei älteren Luesstadien Wiederholungskuren nach vierteljährlicher Pause, deren Wiederholungszahl sich noch nicht beurteilen läßt, mindestens aber wohl 4 in zweckmäßiger Verbindung mit Hg und Jod. Die Erfahrungen erstrecken sich auf 11½ Jahre. Krakauer (Breslau).

Bruhns und Loewenberg. Über Silbersalvarsan und die Dosierung des Salvarsans nebst Mitteilung eines Falles von Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 39 und 40.

Der tödlich verlaufene Fall betraf eine 26jähr. Frau mit spätsekundären Erscheinungen, die außer Hg salicyl. 0,15 Neosalvarsan, nach 3 Tagen 0,3 N.-S., nach 7 Tagen 0,45 N.-S., also in 11 Tagen 0,9 erhalten hatte. 2 Tage nach der letzten Einspritzung erkrankte sie mit Fieber und den typischen Hirnerscheinungen und starb nach abermals 2 Tagen trotz Venaesektion, Lumbalpunktion, 3stündl. Suprarenininjektionen und dernach Stühmers Vorschlag ausgeführten Trepanation. Die Obduktion ergab neben starker Sklerotisierung der Diploe Hirndruckerscheinungen, nadelspitzgroße Blutungen und drei größere Erweichungsherde. Überdosierung hat also nicht vorgelegen. Vor noch weiterer Herabsetzung der Dosen warnen die Fälle von Neurorezidiven. Bei Silbersalvarsan zeigt die Erfahrung bis jetzt, daß bei kleinen Dosen und verhältnismäßig geringer Wirkung sich eine nachdrückliche Wirkung erzielen läßt. Es ergab sich, daß die Spiroch. pall., wenn auch nicht gleichmäßig, so doch mehrfach schon nach 0,1 oder 0,15 endgültig aus dem Präparat schwand; daß die sekundären Erscheinungen schnell zurückgingen, während Primäraffekte und Drüenschwellungen längere Zeit brauchten; im ganzen erfolgte die Rückbildung schneller als bei Neosylv. + Hg. Die Einwirkung auf die Wa.R. ist sehr gut zu nennen. An Nebenerscheinungen traten auf Fieber und Kopfweg, angioneurotische Erscheinungen besonders bei Anwendung stärkerer Konzentration (10 ccm), dagegen nicht bei Verdünnung mit 30—40 ccm auf 0,1 bis 0,2 g und langsamer Injektion. Ferner Erbrechen und bei Frauen Pulsbeschleunigung; 4 mal Herpeseruption, davon 3 mal bei Hochfiebernden; sodann scarlatiniforme und morbilliforme Exantheme; 3 mal Frühicterus, der wohl stets allein oder mit auf das Silber-

salvarsan zurückzuführen war. Alle Nebenerscheinungen, die verhältnismäßig häufig waren, gingen glatt zurück; das Silbersalvarsan konnte meist später weitergegeben werden. Da die Exantheme nur bei wiederholten Einspritzungen auftraten, scheint eine kumulative Wirkung vorzuliegen. Daher ist eine 5tägige Zwischenzeit innezuhalten. Der Hauptwert des Mittels liegt darin, daß man mit kleineren Dosen auskommen und auf Hg verzichten kann. Gesamtgabe etwa 1,8; Einzelgabe nicht über 0,25. Nachteile sind: Notwendigkeit der stärkeren Verdünnung, der sehr langsamen Einspritzung (2 Minuten), die dunkle Farbe, die häufigeren Fieberscheinungen. Beobachtet wurden 62 männliche und 45 weibliche Kranke mit 900—1000 Injektionen bei 22 seronegativer Lues I, 76 seropositiver Lues II, 64 Lues II, 4 Lues III (davon 2 latent, 2 manifest), 1 beginnende progr. Paralyse. Zur Dauerbeobachtung reichte die Zeit nicht aus. Krakauer (Breslau).

Delbanco, Ernst. Zum Silbersalvarsan und zur Biologie der Menschen- und Kaninchensyphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 6.

Delbanco behandelte 60 Fälle von Syphilis verschiedener Stadien mit Silbersalvarsan und sah niemals dabei eine ernstere Störung, höchstens ein schnell vorübergehendes Spirochätenfieber. Als spirochätentötende Dosis ergab sich 0,2. Für die einzelne Kur genügten 1—1,4 g Silbersalvarsan, meist wurde mit Hg kombiniert und auch dabei keine Schädigung beobachtet. Die Kanüle solle getrennt von der Spritze in die Vene eingefügt werden. Aus experimentellen Versuchen ergab sich, daß das myxoide Gewebe, ein kompaktes Ödem, das bedeutende histologische Moment des Kaninchenprimäraffekts und voller Spirochäten war. Dies Ödem erklärt die federnde Härte vielleicht auch beim menschlichen Schanker. Wo der weiche entzündliche sich in einen harten indolenten Bubo verwandelt, hat die Spirochäte den *Streptobacillus* verdrängt. Impfversuche erwiesen, daß das syphilitische Blut schon infektiös war, wenn noch keine Drüenschwellungen und positive Wa.R. bestand. Von der Lumbalpunktion erwartet Verf. Aufklärung über die meningitischen Symptome der Syphilis. Max Joseph (Berlin).

Knopf, Walter und *Otto Sinn*. Über Silbersalvarsan nebst Bemerkungen über konzentrierte Altsalvarsaneinspritzungen. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 19.

Nach *Knopfs* und *Sinns* Erfahrungen geschieht die Durchführung der Silbersalvarsankur am besten nach dem Prinzip: kürzester Zeitraum für möglichst hohe, aber unschädliche Gesamtdosen bei geeigneten Intervallen der Einzelinjektionen. Hierbei verschwanden die Spirochäten aus Primäraffekten und Papeln und die klinischen Erscheinungen bildeten sich schnell zurück. Unsicherer erschien die Beeinflussung der Wa.R., die eher negativ wurde, wenn gleichzeitig mit dem Silbersalvarsan Hg gegeben wurde, ein Beweis dafür,

daß die kombinierte Kur einstweilen noch der reinen Salvarsantherapie vorzuziehen ist. Selten kamen bei Silbersalvarsan als schädliche Nebenwirkungen Dermatitis und Icterus vor. Angioneurotische Erscheinungen konnten durch größere Verdünnung der Lösung und langsames Einspritzen verhütet werden. Versuche mit stark konzentriertem Altsalvarsan ergaben zwar schnelle Wirkung auf Spirochäten und klinische Symptome sowie auf die Wa.R., doch verminderten schädliche Nebenwirkungen, besonders unberechenbares Fieber, die Brauchbarkeit der Methode. Max Joseph (Berlin).

Voigt, Wilhelm. Zur Kenntnis des Silbersalvarsannatriums. Inaug.-Diss. Göttingen 1919.

Kurzer geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der Salvarsanpräparate, eingehende Würdigung der bisherigen Literatur.

Erfahrungen über 70 Fälle von Lues, die mit 600 Injektionen von Silbersalvarsan behandelt wurden. Die Spirochäten verschwinden nach spätestens 5 Tagen und nach 0,05—0,1 Silbersalvarsan. Die Spirochäten der Plaut-Vincentischen Symbiose bleiben unbeeinflusst. Alle manifesten Symptome der verschiedenen Luesstadien schwinden rasch unter reiner Silbersalvarsanbehandlung, zum Teil auch dann, wenn sie gegen andere Behandlung refraktär waren. Der Umschlag der Wa.R. wurde bei Lues I + in allen 10 Fällen in höchstens 1½—9 Wochen erreicht, bei Lues II + in den meisten Fällen in der gleichen Zeit. Es fehlen Vergleichsangaben über die Ergebnisse bei kombinierten Hg + Neosalvarsankuren. Verf. gibt ansteigend in 4—7tägigen Abständen 0,05—0,2 bis zur Gesamtdosis 2,1. Es wurden an Nebenerscheinungen die gleichen wie bei anderen Autoren (Erytheme, Erbrechen, Fieber, Ohnmachten sowie eine schwere allgemeine Dermatitis exfoliativa) beobachtet. Verf. macht auf die verschiedenen gute Verträglichkeit der einzelnen Operationsnummern aufmerksam. In der Schlußbetrachtung erklärt Verf. das Silbersalvarsan für ein ausgezeichnetes, doch bezüglich der Dauerwirkung mit Vorsicht zu beurteilendes Mittel; „die auffallend geringe Beeinflussung der Wa.R. sei ein warnendes Zeichen“.

Kurt Wiener (Breslau).

Nägeli, O. Das Silbersalvarsannatrium und einige allgemeine Erörterungen über die Syphilistherapie und Diagnostik. Schweizerische med. Wochenschr. 1920. Nr. 9. p. 161.

Nägeli teilt die Erfahrungen mit, die er mit der Silbersalvarsannatriumtherapie bei Lues in der Dermatologischen Klinik in Bern gesammelt hat. Es wurden in toto ungefähr 800 Injektionen in allen Stadien der Lues, sowie bei einigen Fällen von Paralyse und Tabes verabfolgt. Es zeigte sich eine überraschend schnelle Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen. Auch die Spirochäten sollen in den Krankheitsprodukten der Haut sehr rasch verschwunden sein. Die Wassermansche Reaktion wurde in den Frühstadien der Lues

manchmal rasch umgestimmt, während sie in Spätstadien öfters schwerer zu beeinflussen war. Verf. empfiehlt kleine Einzeldosen zu Beginn der Behandlung, um allmählich bei guter Toleranz auf 0,3 bei Männern und 0,2 bei Frauen als Normaldosis zu steigen. Gespritzt wurde alle 4—5 Tage. Verwendet wurde eine 2%-Lösung. Das Medikament wurde in 5—10 cem Wasser gelöst und intravenös verabreicht. Als Gesamtdosis wurde bei Männern im Minimum 1,8 g, bei Frauen 1,5 g in ungefähr 10 Injektionen verabfolgt. In einzelnen Fällen wurden bis zu 20 Injektionen ohne Schaden gegeben. Immer wurde die Behandlung noch etwas über das Negativwerden der Wa.R. fortgesetzt. Leberschädigungen sah Verf. nicht. Es scheint ihm aber nicht ausgeschlossen zu sein, daß es bei Unterernährung, wie sie gegenwärtig in den ehemaligen Zentralstaaten fortkommt, zu Icterus kommen kann, da durch die mangelhafte Ernährung eine fettige Entartung der Leberzellen sehr leicht möglich ist. Stets soll nach Verf. bei den Salvarsankuren der Urin auf Gallenfarbstoffe, Zucker und die Diazoreaktion untersucht werden. Bei leichtem Fieber sind die Intervalle zwischen den Injektionen zu verlängern, evtl. das Salvarsan ganz auszusetzen.

Bei latenten Luesfällen, bei Tertiären, bei kongenitaler Lues, Tabes und Paralyse geht Nägeli in der Dosierung wesentlich höher. Er steigt auf 2,5—3,5 pro Kur. Nach 2 Monaten empfiehlt er eine Nachkur mit 4—5 mal 0,2—0,3 Silbersalvarsan. Wo die Wa.R. positiv blieb oder bei Tabes und Paralyse wurden noch weitere Kuren verabfolgt. Anfänglich wurde mit Silbersalvarsan allein, später kombiniert mit Hg behandelt; letzteres ohne irgendwelchen Nachteil. Nebenwirkungen von angioneurotischem Charakter waren anfänglich etwas häufiger als bei Neosalvarsan.

Im ganzen hält Nägeli das Silbersalvarsan für wirksamer als das Neosalvarsan und für einen erfreulichen Fortschritt in der Syphilistherapie.

Max Winkler (Luzern).

Dreyfus, L. Nebenwirkungen des Silbersalvarsans. Vorschläge zu deren Verhütung. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 47 und 48.

Damit vor Freigabe des Silbersalvarsans Indikationen und Kontraindikationen dieses nicht ganz harmlosen Mittels scharf begrenzt werden, gibt *Dreyfus* allgemeine Vorschriften für dessen Anwendung, Beschreibung der schädlichen Nebenwirkungen und Anweisung zu deren Vermeidung. Entkräftete, mit Milzvergrößerung, Drüenschwellungen, Tuberkulose, Herz- und Gefäßerkrankungen Behaftete verlangen besondere Vorsicht und sind evtl. von der Silbersalvarsanbehandlung auszuschließen. Patienten mit Leber-, Magen-, Darm- und Stoffwechselerkrankungen können behandelt werden, aber mit besonderer Sorgfalt. Bei der syphilitischen Nervenerkrankung muß das Stadium berücksichtigt werden. Neben feinstem Asepsie ist das langsame Injizieren und Aufhören bei geringstem

Übelbefinden notwendige Vorbedingung. Verf. bespricht den anaphylaktoiden Symptomenkomplex, Fieber, Kopfschmerz, Mattigkeit, Erbrechen, Icterus, Thrombophlebitis und Infiltrate und weist besonders auf die prämonitorische Bedeutung der Hauterscheinungen hin, die von Erythemen und Urticaria sich zu schwerer Dermatitis steigern können. Auf dies Exanthem müssen Ärzte und Patienten besonders achten, ebenso auf Parästhesien der Finger und Zehen. Die Dosierung muß einschleichend gehandhabt werden, geringfügige Reaktionen zeigen bereits die individuelle Dosis tolerata an. Man beginne mit 0,02—0,03 und steige, wenn die erste Injektion anstandslos vertragen wird, im Abstand von 3 Tagen auf 0,05, nach wiederum 3 Tagen auf 0,075; 0,1; 0,2; 0,25. Bei 2 Injektionen in der Woche pflegen sich die Patienten an das Silbersalvarsan zu gewöhnen. Das Mittel ist jedenfalls nicht so einfach zu handhaben wie Neosalvarsan und Salvarsannatrium.

Max Joseph (Berlin).

Fabry. Über Behandlung der Syphilitis mit Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 49.

Fabry bezeichnet das Silbersalvarsan als das am intensivsten wirkende Salvarsanpräparat, welches sogar fibröse Restsklerosen und harte Kondylome zum Schwinden brachte. Um angioneurotische Nebenwirkungen zu vermeiden, injiziere man sehr langsam. Infiltraten und Nekrosen begegnet man, indem man die Injektion sofort unterbricht, wenn man fürchtet, nicht in die Vene, sondern in Gewebe gedrungen zu sein. Kleine Infiltrate sind zu inzidieren und mit feuchten Verbänden zu behandeln. Die S.-S.-Dermatitis tritt als urticarielle, erythematöse, schließlich squamöse Hautentzündung über die ganze Körperoberfläche auf und läßt Abmagerung und Schwäche zurück. Sobald sie erscheint, was im Falle des Verf. erst nach der 10. Injektion geschah, ist die Behandlung auszusetzen. Verf. rät wegen der schwierigeren Technik der Injektion das Silbersalvarsan nur in Kliniken zu gebrauchen, in stärkeren Verdünnungen und mit großer Rekordspritze oder Doppelirrigator langsam unter steter Kontrolle des Pulses und des angioneurotischen Symptomenkomplexes zu injizieren. Das Mittel ist besonders geeignet, für starkentwickelte sekundäre Lues, deren ansteckende Symptome es schnell beseitigt.

Max Joseph (Berlin).

Hahn, F. Silbersalvarsan in der Syphilistherapie. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 4.

Hahn sah bei Silbersalvarsanbehandlung niemals ernstere Schädigungen, die ihn gezwungen hätten, die Kur abzubrechen. Der anaphylaktische Symptomenkomplex trat nur selten, nie in gefährlicher Weise und stets sogleich nach der Injektion auf. Ebenso selten waren die schon am nächsten Tage verschwindenden Ödeme der Augenlider und Urticaria. Zuweilen erschien, meist durch Wasserfehler bedingt, Fieber. Die allgemeine Salvarsandermatitis tritt nach Überdosierung oder bei Insuffizienz der Nieren, die das Medi-

kament zu langsam ausscheiden, auf. Bei diesen geringen Nebenwirkungen sah Verf. vom Silbersalvarsan eine ausgezeichnete Heilwirkung auf alle Stadien der Syphilis und sichere Beeinflussung der Wa.R.

Max Joseph (Berlin).

Kolle, W. Weitere Mitteilungen über Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 2.

Kolle weist auf das Ergebnis seiner Versuche hin, daß im Silbersalvarsan das Arsen durch das harmlosere Silber ersetzt sei und daß diese Verbindung trotzdem die Spirochäten in erhöhtem Maße beeinflusse. Angioneurotische Störungen werden vermieden, wenn man das Silbersalvarsan in stärkerer Verdünnung (0,1 auf 10 ccm Wasser) erst nach völliger Lösung und langsam injiziert. Vorübergehende Temperatursteigerungen sind nicht besorgniserregend. Erscheinen Erytheme, so stelle man die Kur ein, um einer Dermatitis vorzubeugen. Verminderter Harn deutet auf kranke Nieren und mahnt zur Vorsicht beim Salvarsangebrauch, bei Ödemen gehe man in der Dosis zurück. Icterus trat nach Silbersalvarsan niemals auf. Hg solle nicht gleichzeitig mit Salvarsan, sondern wenn überhaupt, erst nach Abschluß einer Salvarsankur gegeben werden. Neurorezidive erschienen seltener nach reiner Silbersalvarsanbehandlung als bei andern Heilmethoden. Will der Arzt, trotz mancher Gegenstände, doch eine mit Quecksilber kombinierte Kur unternehmen, so stellt die Silberkomponente des Präparats keine größere Gefahr dar, als bei Alt- und Neosalvarsan besteht. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß bei sorgfältiger Technik, vorsichtiger Dosierung, ausreichenden Pausen zwischen den Kuren und klinischer Individualisierung das Silbersalvarsan ein ausgezeichnetes, besonders zur Abortivbehandlung der Syphilis geeignetes Heilmittel sei.

Max Joseph (Berlin).

Boas, Harald und Klissmeyer, Arne. Silbersalvarsan. Med. Klin. 1920. Nr. 9. p. 236.

Boas und Klissmeyer fassen ihre Ausführungen folgendermaßen zusammen: 82 Patienten wurden mit Silbersalvarsan behandelt. Die symptomatische Wirkung war ausgezeichnet und steht auf gleicher Höhe, wie die Wirkung der intramuskulären Altsalvarsaneinspritzungen. Eine gleichzeitige Behandlung von Salvarsan und Quecksilber vertragen die Patienten in gutem Ernährungszustand ausgezeichnet. Wir beobachteten keine hervortretenden Nebenwirkungen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Goldberger, Paul. Unsere Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Med. Klin. 1919. Nr. 39. p. 955.

Goldberger erklärt zusammenfassend, daß das Silbersalvarsan in Anbetracht der geringeren Giftigkeit dem Altsalvarsan gegenüber, der höheren Wirksamkeit dem Neosalvarsan gegenüber, eine wertvolle Bereicherung der antisypilitischen Mittel bedeutet. Vorsicht erscheint nur bei der Injektion selbst und insbesondere dann

geboten, wenn ein Patient nach zwei oder mehreren Injektionen verdächtige Erscheinungen, wie Benommenheit, Dermatitis, Fieber usw. zeigt. Am besten erscheint die Kombination mit Quecksilberpräparaten, wenn auch der weitere Versuch, nur mit Silbersalvarsan zu behandeln, besonders zur Abortivkur aussichtsreich erscheint, um so aussichtsreicher, als wir aus den histologischen Untersuchungen wissen, daß Silber eine besondere Affinität zu den Spirochäten hat und so dem Salvarsan als Leitschiene dienen könnte.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hauck, L. Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsannatrium. Med. Klin. 1919. Nr. 25. p. 581.

Hauck fand die therapeutische Wirkung des Silbersalvarsannatriums auf floride syphilitische Haut- und Schleimhauterscheinungen sehr intensiv, manchmal auffallend gut. Die Toxizität des Präparates ist bei der angewendeten Dosierung eine sehr geringe. Sollte sich diese weiter bestätigen, so würde die Einführung des Silbersalvarsans einen großen Fortschritt für die Therapie bedeuten.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Riecke, Erhard. Schwere Erscheinungen nach Silbersalvarsan in einem Falle florider Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 15. p. 329.

Bei Rieckes 41jährigem, sonst kräftigem Patienten erfolgte eine Behandlung ausschließlich mit Silbersalvarsan nach Ausbruch des makulopapulösen Exanthems. Die beiden ersten Infusionen zu je 0,2 g erfolgten im 5tägigem Intervall, alsdann in 7–10tägigen Pausen weitere fünf Infusionen, davon drei zu 0,2 g, zwei zu 0,15 g. Es wurden im ganzen in 42 Tagen 1,3 Silbersalvarsan gegeben. Nach der ersten Injektion Fieber, Schüttelfrost, Mattigkeit; nach der dritten Infusion leichte Benommenheit und Kopfdruk. 5 bis 6 Tage nach der sechsten Infusion geringfügiges Gesichtserythem. Nach der siebenten Injektion Zunahme der Hauterscheinungen und Ausbildung einer perakuten Dermatitis im Gesicht, an Hals und Händen. 16 Tage nach der letzten Injektion starke Verschlimmerung, hohes Fieber. Es kommt zum Bilde einer exfoliierenden Erythrodermie-Schleimhauterscheinungen in Mund, Kehlkopf und an den Konjunktiven. Wenige Tage später psychische und motorische Unruhe, hochgradige Polyalalie mit gelegentlicher beinahe maniakalischer Steigerung. Abmagerung. Danach trotz allmählicher offensichtlicher Rückbildung der Hauterscheinungen zunehmende weitere Abmagerung. Ausbildung einer lobulären Pneumonie und Pleuritis. Exitus. Die Sektion ergibt: Konfluierende lobuläre Pneumonie im linken Oberlappen, lobuläre Pneumonie im rechten Oberlappen, Pleuritis serofibrinosa dextra et sinistra, Oedema pulmonum, Nephritis haemorrhagica, keine Krankheitserscheinungen am Gehirn und an den Meningen. Leber, ohne bes., enthält kein Arsen.

Riecke unterzieht den Verlauf und den Sektionsbefund einer kritischen eingehenden Besprechung. Eine Encephalitis haemorrhagica lag nicht vor, trotzdem während der Behandlung Erscheinungen auftraten, die an eine Hirnschwellung hätten denken lassen. Eine ausgesprochene Salvarsanfolge war die Dermatitis, die sowohl nach Silbersalvarsan wie nach anderen Salvarsanpräparaten in ähnlicher Form öfter beobachtet wurde.

Nach Rieckes Urteil, dem man sich meiner Ansicht nach anschließen muß, ist zwar der tödliche Ausgang schließlich durch die Lungenerscheinungen erfolgt, während die Intoxikationsmerkmale nach Salvarsan zurückgingen. Doch muß eine allgemeine Schädigung toxischer Natur, ausgesprochen in der zunehmenden Abmagerung mit sichtlichem Kräfteverfall, bestanden haben, die den deletären Ausgang, vielleicht auch ohne die interkurrente Lungenerkrankung herbeigeführt haben würde. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kreibich, C. Über Silbersalvarsannatrium. Med. Klin. 1919. Nr. 7. p. 165.

Kreibich kommt auf Grund seiner Prüfung des Silbersalvarsans zu dem Schlusse, daß dasselbe, auf den gleichen Arsengehalt dosiert, dem Altsalvarsan überlegen ist, daß aber seine geringere Ungiftigkeit eine höhere Dosierung gestattet. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sellei, Joseph. Weitere Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Med. Klin. 1920. Nr. 13. p. 325.

Sellei berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Bei Syphilis des Nervensystems gab es recht gute Resultate; besonders günstig wurden die lanzinierenden Schmerzen und schmerzhaften Krisen bei Tabes beeinflußt. Besonders wichtig ist es, immer wieder darauf hinzuweisen, daß bei Neurorezidiven mit der Salvarsanbehandlung nicht gezögert werden darf.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sioli, J. Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 8.

Mit hohen Gesamtdosen bis zu 18 g Sulfoxylat und 10 g Silbersalvarsan, d. h. Einzeldosen bis 0,8 Sulfoxylat und 0,6 Silbersalvarsan behandelte Sioli progressive Paralyse und sah bei 20 lange beobachteten Fällen 6 sehr gut gebesserte, 5 bemerkenswert gebesserte und 9 unbeeinflusste. Die Mittel werden auch in dieser Stärke gut vertragen und waren leicht zu handhaben. Nach seinen Erfahrungen rät Verf. veraltete Fälle von der Behandlung auszuschließen, hingegen hält er energische Behandlung beginnender Paralyse für überaus aussichtsvoll. Neben dieser antiluetischen Einwirkung vom Blute aus seien als Hilfsmittel die Einführung spezifischer Mittel in den Lumbalsack, die Carotiden der Schädelhöhle, Fiebertherapie und Reizung zur Antikörperbildung in Erwägung zu ziehen.

Max Joseph (Berlin).

Bing, A., H. Bauer u. Ch. Hallstein, Zur Kenntnis des Silber-salvarsannatriums. 3. Mitteilung. Arb. a. d. Inst. f. exper. Therap. usw. 1920. Heft 10. p. 3.

Sowohl Arsenogruppen wie Hydroxylgruppen scheiden als Hauptangriffspunkte des Silbers aus. Es wird nur durch Nebenvalenzen an N gebunden. In Lösung befinden sich nebeneinander die Ionen des hydrolytisch nicht gespaltenen Anteils des Silber-salvarsans und die hydrolytischen Zerfallsprodukte (freies Silberoxydarsenoaminophenol und Natriumhydroxyd); dazu kommt noch die Verschiedenheit der Teilchengröße je nach dem Colloidzustand. Das Silbersalvarsannatrium ist als chem. Paradoxon zu bezeichnen, weil es eine sehr leicht oxydable Substanz, das Dioxydiaminoarsenobenzolnatrium und ein starkes Oxydationsmittel in ein und demselben Molekularverband enthält. Experimenteller Teil im Original nachzulesen.

H. Biberstein (Breslau).

Reuß, V. A. Quecksilber- oder Salvarsandermatitis. Med. Klin. 1918. Nr. 17. p. 414.

Die beiden Fälle, über die v. Reuss berichtet, erinnern nach der Ansicht des Verfassers an einen von Brandweiner (Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 16) unter gleicher Bezeichnung mitgeteilten Fall. Der Beschreibung nach handelt es sich wohl um durch Salvarsan bedingte Dermatitis.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Merk, Ludwig. Über den Wert der Schmierkur. Med. Klin. 1917. Nr. 41. p. 1079.

Merk spricht sein Bedauern darüber aus, daß bei der Syphilisbehandlung die Schmierkur gegenüber den Injektionsmethoden ganz in den Hintergrund gedrängt ist. Die Gründe, die ihm für den Wert der Schmierkur sprechen, sind folgende: Die zur Beseitigung der syphilitischen Erscheinungen erforderlichen Quecksilbermengen können im allgemeinen ganz geringe sein. Das Einreiben ist an und für sich ein besonders wertvoller Teil der Kur, demnach die Heilkraft des Einreibens einer freien Quecksilber enthaltenden Salbe eine um so größere. Ferner unterstützt die Schmierkur die Haut in der Bildung von Abwehrstoffen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Manheimer, Edmund. Zur Frage, wie lange das Quecksilber nach Schmierkuren im Körper verbleibt. Med. Klin. 1919. Nr. 43. p. 1064.

Manheimer, der sich eingehend mit der Lomholt'schen Arbeit: Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis 1918. Nr. 126, beschäftigt, berichtet über eine eigene Beobachtung, bei der 5 Jahre nach der letzten Quecksilberapplikation ein lange bestehender Knoten im Gesäß sich in einen Absceß verwandelte, ohne daß in dem Absceß Quecksilber nachgewiesen werden konnte. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bornemann. Über das Sarhysol. Med. Klin. 1917. Nr. 45. p. 1192.

Das Sarhysol, über welches Bornemann berichtet, ist ein Ersatzpräparat für Clins Enesol. Während wir in letzterem eine Doppelverbindung von salicylsaurem Quecksilber und monomethylarsensaurem Natron vor uns haben, ist das Sarhysol eine entsprechende Verbindung von Succinimidquecksilber und monomethylarsensaurem Natron. Bornemann gibt im allgemeinen alle 2 Tage 2 ccm intramuskulär, und zwar macht er 10 Einspritzungen. Er kombiniert seine Anwendung gerne mit der ungelöster Quecksilberverbindungen. Er empfiehlt die Anwendung des Sarhysols dort, wo eine schnelle Quecksilberwirkung erforderlich ist, bei Fällen, die auf unlösliche Hg-Präparate mit lokalen oder allgemeinen Erscheinungen ungünstig reagieren, bei gleichzeitiger Arsen- und Quecksilberindikation, bei Spätluës, bei gleichlaufender Salvarsan-Natriumbehandlung, besonders beiluetischen Erscheinungen im Gefäßsystem.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brünecke. Über eine Nebenwirkung bei Quecksilberbehandlung. Therap. Monatshefte 1919. Heft 7. p. 262.

Bei einem Patienten mit Hirn- und Lungenluës (Nebenbefund tub. Spitzenaffekt links) ruft Embarin, intraglutäal, nach der sechsten Injektion 40° Temperatur ohne objektiven Befund hervor. Nach Abklingen der Temperatur in 2 Tagen bewirkt weitere Injektion 41° Temperatur und schmerzhafte Halsdrüenschwellung. Meryodin in kleiner Dosis zeigt, nach 10tägiger Pause gegeben, die gleichen Nebenerscheinungen.

Hans Martenstein (Breslau).

Ueberhuber. Alival zur chronischen Jodkur. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

Das von Ueberhuber empfohlene Alival ist ein organisches Jodpräparat, welches Affinität zu lipotropen und neurotropen Vorgängen zeigt, in Wasser, Alkohol und fetten Ölen löslich ist, etwa 63% Jod enthält und in Pulverform oder Tabletten zu 0,3 g innerlich, 10—25% zu Injektionen rektal als Suppositorium sowie zu intramuskulären und intravenösen Injektionen verwendbar ist. Das Präparat wurde langsam ausgeschieden und erzeugte gute Heilwirkungen und nur geringe Nebenerscheinungen.

Max Joseph (Berlin).

Brun-Pedersen. Salvarsan oder Neosalvarsan. Ugeskrift for Læger 1918. Nr. 11. p. 431—437.

Durch Paralleluntersuchungen meint Verf. konstatieren zu können, daß Neosalvarsan bei syphilitischen Schleimhautmanifestationen eine bessere symptomatische Wirkung hat als Altsalvarsan (? der Ref.).

Harald Boas (Kopenhagen).

Eisert. Über Novasurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 172.

Eisert berichtet über günstige Erfahrungen mit Novasurol,

einem 33,9% Hg enthaltenden, wasserlöslichen Präparat. Er injiziert jeden 2. oder 3. Tag 2 cm einer 10proz. Lösung und kombiniert die Behandlung evtl. mit Mercinol in der Art, daß er die Kur mit 6—8 Novasurolinjektionen beginnt und mit ebensoviel Mercinolinjektionen abschließt.

Walter Pick (Wien).

Stühmer, A. Soll man bei fraglichen Geschwüren der Geschlechtsteile eine prophylaktische antiluetische Kur einleiten? Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 2.

Um bei früh zur Behandlung kommender Syphilis eine schnelle Heilung zu erzielen, rät Stühmer zuerst mit Salvarsan zu beginnen. Das hierbei erscheinende Spirochätenfieber kann direkt als diagnostisches Hilfsmittel gelten. Schickt man dem Salvarsan Hg voran, so verändert man damit die Art und Lokalisation der Spirochäten und vermindert so die Wirkung des Salvarsans. Man bringe in möglichst kurzer Zeit die Salvarsaneinzeldosis in die Höhe, wobei natürlich auf die Nebenwirkungen sorgfältig geachtet werden muß. Selbst wenn einmal ein nicht syphilitischer Patient, bei dem ein andres Ulcus einen Primäraffekt vortäuschte, mit Salvarsan behandelt wird, schadet das weniger, als wenn verdächtige Fälle zu spät zur Kur kämen. Der Hauptgesichtspunkt müsse stets in der Verschließung möglichst vieler Infektionsquellen gesehen werden.

Max Joseph (Berlin).

Wilucki, v. Neosalvarsan bei Stauung im Pfortaderkreislauf. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 18.

Bei einem Patienten mit syphilitischer Hepar lobatum, welche mit periportalen Gummen und Drüsenschwellungen kombiniert war, erzielte v. Wilucki mit Salvarsan und Jodkali überraschend gute Erfolge. Es traten keinerlei Intoxikationserscheinungen auf. Verf. rät bei jedem Fall von syphilitischer Lebererkrankung einen Versuch mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen und Jodkali zu machen.

Max Joseph (Berlin).

Nußbaum, Oscar. Erythema scarlatiniforme nach Salvarsanintoxikation. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 17.

Dem an schwerer Syphilis leidenden Patienten gab Nußbaum 8 Neosalvarsandosin III intravenös und eine Quecksilberschmierkur von 130,0 Hg. Während die ganze Kur ohne Störung verlaufen war, zeigte sich nach der letzten Salvarsaninjektion plötzlich über den ganzen Körper ein Erythem mit nässenden Stellen und Pusteln, welches mit Fieber und starker Abmagerung einherging. Drei Monate nach der Wiederherstellung rief eine neue Salvarsaninjektion die gleichen Erscheinungen hervor. Es lag also nicht, wie zuerst vermutet wurde, Hg-Intoxikation, sondern Überempfindlichkeit gegen Salvarsan vor. Da die Wa.R. negativ verlief, hatte das Salvarsan vielleicht keine Angriffspunkte mehr im Organismus gefunden. Das Erythem endete mit totaler Abschilferung. Max Joseph (Berlin).

Polland, R. Eigentümliche Folgen einer intramuskulären Salvarsaninjektion. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 42.

Tolland beobachtete bei einem Falle, der 2 Jahre vorher anderswo eine Salvarsaninjektion in den l. Glut. erhalten hatte, eine Fistel medial von der l. Protub. ossis ischii, durch welche sich ein Teil des Gewebes abstieß, ohne daß entzündliche Reizerscheinungen oder Eiterbildung zu konstatieren waren. Nach Behandlung mit Lapislösung heilte die Fistel in 4 Wochen aus. Viktor Bandler (Prag).

Arzt, L. Über Versuche einer Salvarsantherapie der menschlichen Wut. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 48.

Die Salvarsantherapie hat in allen 3 Fällen von menschlicher Wut, in denen sie in Anwendung kam, versagt, trotzdem glaubt Arzt, den Versuch einer Salvarsanbehandlung auch in anderen Fällen von menschlicher Wut empfehlen zu sollen. Viktor Bandler (Prag).

Frühwald, R. Über Abortivbehandlung der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 37.

Zusammenfassend sagt Frühwald: Die Versuche, die Syphilis im Primärstadium abortiv zu heilen sind ermutigend. Ausschlaggebend für den Erfolg ist in erster Linie der Zeitpunkt des Einsetzens der Behandlung; also die Zeit bis zur 5. oder 6. Krankheitswoche, da der Wassermann noch nicht positiv ist. Aber auch wenn der Wassermann schon positiv ist, kann eine Abortivheilung mit Aussicht auf Erfolg versucht werden, wenn die Kur sehr energisch durchgeführt und nach einem Vierteljahr wiederholt wird. Nach einer Abortivkur bei negativem Wassermann empfiehlt der Autor nach einem Jahre eine milde Beruhigungskur. Frühwald empfiehlt zur Abortivkur die intravenöse Infektion von 3 g Salvarsan, 4,5 g Neosalvarsan und intramuskul. Injekt. von 1,2 g Hydrarg. salicylicum oder wenigstens 20 Einreibungen. Nach Schluß der Kur Kontrolle jedes Vierteljahr und zwar durch 4 Jahre, dann 1 Lumbalpunktion.

Viktor Bandler (Prag).

Weiß, A. Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 34.

Weise behandelte 10 Fälle von Lues gleichzeitig mit Milch und Hg-Infektionen. Bei keinem derselben vermochte der Autor ein rascheres Abklingen der manifesten Erscheinungen zu konstatieren; auch das Verhalten der Wa.R. war in der Mehrzahl der Fälle, die sämtlich während der Milchbehandlungstemperaturmessung um 40° herum aufwiesen, ein refraktäres. In einem Falle konnten sogar nach einer Serie von 6 Milchinjektionen à 10 cem und 10 Hydr. salicyl. Inj. noch Spirochäten in der bereits überhäuteten Sklerose nachgewiesen werden. Viktor Bandler (Prag).

Sachs, O. Über die Wirkung des Urotropins auf die Gewebsprodukte der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 32.

An einer Untersuchungsreihe beobachtete Sachs, daß das

Urotropin syphilitische Gewebsprodukte im Sinne einer Rückbildung sichtbar beeinflusst; Rückbildung von Exanthenen, Papeln und Sklerosen.

Viktor Bandler (Prag).

Kerl, W. Zur Kenntnis der Todesfälle nach intravenöser Salvarsaninjektion. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 39.

Kerl erlebte nach Salvarsaninjektionen 2 Todesfälle und zieht aus den Beobachtungen den Schluß, daß Schädigungen der Gefäße vorgelegen sind; Alkoholabusus lag bei den Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit vor. Die herabgesetzte Widerstandskraft der Gefäße kann den Anforderungen, die das Salvarsan an die Gefäße stellt, nicht mehr genügen und dieses Mißverhältnis scheint die Ursache für die letalen Zwischenfälle zu sein. Eine genaue Berücksichtigung aller Faktoren im Sinne einer Gefäßschädigung, insbesondere der cerebralen Gefäße, sowie eine vorsichtige Dosierung der Gesamtsalvarsanmenge dürfte diese Zwischenfälle wesentlich beschränken.

Viktor Bandler (Prag).

Stümpke. Morbus Basedowii mit schwerer sekundärer Syphilis durch Salvarsan (Neosalvarsan) günstig beeinflusst. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 35.

Eine Patientin mit lange bestehender Basedowscher Krankheit infizierte sich mit Syphilis und wurde wegen schwerer sekundärer Symptome mit Neosalvarsan behandelt. Neben der Rückbildung der syphilitischen Exantheme wurde eine so erhebliche Besserung des Exophthalmus, der Tachykardie und der Struma beobachtet, daß die Beeinflussung des Basedow durch Neosalvarsan fraglos erschien. Die Injektionen waren ohne jede Schädigung vertragen worden.

Max Joseph (Berlin).

Hausmann, M. Zur Kenntnis der Alveolarpyorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 36. p. 1197.

Bei einem Fall von hochgradiger Alveolarpyorrhoe, bei dem sich mikroskopisch fusiforme Bacillen und eine Spirochätenart nachweisen ließen, erzielte Verf. mit autogener Vaccine und intravenösen Neosalvarsaninjektionen eine deutliche Besserung. Lues scheint Verf. ausschließen zu können, da weder klinisch noch serologisch bestimmte Anhaltspunkte dafür vorhanden waren. Max Winkler (Luzern).

Schröder und Helweg. Einige Versuche mit Behandlung von Dementia paralytica mit subduralen Injektionen von Neosalvarsan. Hospitalstidende 1918. Nr. 29. p. 945—959.

Der Titel gibt den Inhalt an. 10 Patienten wurden mit 20 ccm Neosalvarsanserum behandelt. Die Resultate waren nicht ermunternd.

Harald Boas (Kopenhagen).

Ylppö, A. Salvarsan-Natriumbehandlung der Lues congenita. Therap. Monatsh. 1918. H. 5. p. 155.

Nach Ylppö leistet die intravenöse reine Salvarsannatriumbehandlung ebensoviel wie die kombinierte Hg-Salvarsantherapie.

Er behandelte eine (allerdings sehr geringe — Ref.) Anzahl von Säuglingen mit Einzeldosen von 0,07—0,1 Salvarsannatrium, die einmal pro Woche gegeben wurden. Mehr als 3 Kuren innerhalb eines Zeitraums von $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Jahren pflegte Ylppö nicht zu machen. Die erste bestand gewöhnlich aus 6—10, die zweite aus 9—10, die dritte aus 10—14 Injektionen. Das Intervall zwischen den einzelnen Kuren betrug 3 Monate. Was die Technik anbelangt, so löste Ylppö stets 0,15 Salvarsannatrium in 1,5 ccm frisch dest. steril. Wasser auf und injizierte von dieser 10proz. Lösung die nötige Menge, meist 0,7—1,0 ccm (= 0,07—0,1 Salv. Natrium), in die mit dem Finger gestaute Temporalvene des Kindes in der Weise, daß zunächst eine dünne, kurze und mit einem $1\frac{1}{2}$ cm langen Gummischlauch versehene Kanüle in die Vene eingeführt und erst beim Erscheinen von Blut in der Schlauchöffnung die Spritze angesetzt und deren Inhalt ganz langsam injiziert wurde. Subcutane, intramuskuläre und epifasciale Salvarsannatriuminjektionen sind nach Ylppö wegen der Gefahr schwerer, nekrotisierender Infiltrate strikte kontraindiziert. Die starke Reizwirkung derartiger Injektionen erklärt sich, wie Verf. betont, aus dem enorm hohen Alkaliescenzwert der üblichen Lösungen, der um das 10 000fache den des Blutes übertrifft.

Sigismund Bochyński (Würzburg).

Heller, Julius. Schwere Arsenmelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 46. p. 1093.

2 Fälle, in denen nach antiluetischen Salvarsankuren Melanose, Hyperkeratose der Handteller und Fußsohlen und allgemeine Desquamation auftraten. Die Melanose betraf die ganze Körperhaut. Bei einem III. Falle, der in ähnlicher Weise sehr schwer verlief, fehlte die Melanose. Bei der Seltenheit dieser Fälle besteht kein Grund, deswegen die so übliche Salvarsanbehandlung einzuschränken.

Krakauer (Breslau).

Gsell, I. L. Über einen durch Neosalvarsaninjektion geheilten Fall von Milzbrand. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 45. p. 1505.

Fall von Milzbrand bei dem nach zwei intravenösen Neosalvarsaninjektionen — Dosen 0,15 und 0,6 — Temperaturabfall und Schwund der objektiven und subjektiven Symptome eintrat. 10 Tage nach der letzten Injektion Heilung. Die Bacillen sollen nach der Injektion aus dem Krankheitsherd verschwunden sein.

Max Winkler (Luzern).

Umansky, M. Beitrag zur Kasuistik der Spätxantheme nach Quecksilberverabreichung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 43. p. 1435.

33jähriger Patient wurde wegen Lues mit intravenösen Neosalvarsan- und intramuskulären Calomelinjektionen behandelt. 33 Tage nach der letzten Hg-Injektion zeigte sich ein generalisiertes

Exanthem, das sich aus stecknadelkopfgroßen bis 1 frankstückgroßen, leicht erhabenen Efflorescenzen zusammensetzte, von denen die kleineren in der Mitte meist ein Pustelchen trugen. An den Ohrmuscheln und am behaarten Kopf ein nässendes Ekzem. Verf. hält den Ausschlag für ein Hg-Exanthem, beruhend auf einer erworbenen Überempfindlichkeit; eine Cumulation durch Überschreiten der normalen Toleranz wird als nicht wahrscheinlich abgelehnt. Ob noch irgendwelche interkurrierende Organstörungen mitgewirkt haben, kann Verf. nicht entscheiden. Max Winkler (Luzern).

Sellei, Josef. Das Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Die Erfahrungen Selleis mit Silbersalvarsan ergaben, daß dies neue Mittel eine starke Heilwirkung auf die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen ausübte, ohne daß jemals schädliche Nebenwirkungen auftraten.

Max Joseph (Berlin).

Kolle, W. Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 43 und 44.

Sowohl im Tierversuch als bei klinischer Anwendung fand Kolle das Silbersalvarsan vor andern Mitteln besonders spirillozid und wirksam. Experimente ergaben, daß das kolloidale Silber allein bereits eine ausgesprochene Wirkung auf Kaninchensyphilis ausübte, dagegen hat Verf. einen solchen direkten Einfluß des Hg auf Spirochäten nicht beobachtet. Die Nebenwirkungen des Silbersalvarsans aus Blutandrang zum Kopf und Spirochätenfieber sind leicht, vorübergehend und gefahrlos. In bezug auf die Dosierung warnt Verf. nicht nur vor zu großen, sondern auch vor zu kleinen Dosen, die leicht einen Konträreffekt, nämlich nicht völlige Abtötung, sondern Reizung und dadurch Vermehrung der Spirochäten hervorrufen können. Bei jedem Arsenpräparat kann nur bei einer bestimmten Arsenmenge akut tödliche Wirkung eintreten. Daneben kommt die Konzentration der Lösungen und die Zeit nach deren Herstellung in Betracht. Verf. kennzeichnet das beschriebene Salvarsanpräparat 1495 als gleichartig dem Neosalvarsan, leicht löslich, haltbar, an Luft wenig oxydabel, bequem zu gebrauchen und verhältnismäßig unschädlich.

Max Joseph (Berlin).

Weichbrodt, R. Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylatpräparat (Nr. 1495) in der Paralysetherapie. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 44.

Aus den Tabellen, die Weichbrodt anführt, erhellt, daß Gesamtdosen über 4,0 g Sulfoxylat die Wa.R. im Blut und Liquor besserten, ja zum Schwinden brachten und auch die Lymphocytose stark beeinflussten. Noch bessere Resultate wurden mit Silbersalvarsannatrium erzielt, dessen Heildosis pro 1 kg Kaninchen sich dreimal so stark wie die des Neosalvarsans erwies. Bei 18 Paralyse-

fällen, die behandelt wurden, trat einmal nach Sulfooxylyl gute Remission und Arbeitsfähigkeit ein. Trotz der starken Beeinflussung der vier Reaktionen hat Verf. sonst eine Heilwirkung auf Paralyse bis jetzt noch nicht gesehen, hofft aber mit diesen beiden Präparaten in der Paralysetherapie Fortschritte zu erreichen. Max Joseph (Berlin).

Fary, Joh. Über die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochschr. 1918. Nr. 44.

Bei Anwendung von 0,2 und 0,3 Silbersalvarsan sah Fabry schon nach wenigen Injektionen die Spirochäten verschwinden und Primäraffekte, starke Kondylome, tertiäre große Defekte gut heilen. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht vor. Die Patienten wurden nach der Injektion einige Stunden in Bettruhe gehalten. Fälle mit ausgedehnten sekundären Symptomen zeigten nach der ersten Injektion Temperatursteigerungen, nach weiteren Injektionen normale Temperatur, was sich aus dem ersten schnellen Spirochätenzerfall erklärt. Mit Salvarsansulfooxylyl wurde ein Primäraffekt gut geheilt und Verf. rühmt, daß dies Präparat besonders leicht zu handhaben ist und ausgezeichnet vertragen wird. Max Joseph (Berlin).

Gemmerich. Über Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Nach Gemmerichs Erfahrungen ist das Silbersalvarsan wirksamer als alle andern Salvarsanpräparate, beseitigt schon in kleiner Dosierung die positive S.R. bei sekundärer Syphilis schneller als die bisherigen Behandlungsmethoden und erzielt in 2—3 Wochen neben der Excision des Primäraffekts eine Abortivheilung frischer Fälle. Das Präparat erwies sich auch geeignet zur Frühsterilisation frischerer sekundärer Syphilis. Bei älteren Infektionen müssen natürlich die übliche Nachbehandlung, Jodkur oder milde Zwischenkuren mit Hg stattfinden. Der geringe Arsengehalt und die mögliche kleine Dosierung verringern die Gefahren der Überempfindlichkeitsreaktion sowie der Kumulation. Die Einspritzung muß unmittelbar nach der Lösung und langsam vorgenommen werden. Hg-Kombination ist nicht ratsam. Bei stärkeren Gefäßveränderungen ist Neosalvarsan oder das mildere Sulfooxylyl zu bevorzugen. Max Joseph (Berlin).

Galewsky. Über Silbersalvarsannatrium. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 48.

Galewsky erprobte das Silbersalvarsannatrium als ein stark wirkendes Heilmittel gegen Syphilis. Mit kleineren Dosen wurden die gleichen Erfolge erzielt wie mit den großen des Neosalvarsans. Intoxikationserscheinungen kamen nicht vor. Verf. vermutet, daß die Silberkomponente dieses verstärkte Wirkung hervorbringt. Das würde eine Verminderung der Gefahr der toxischen Arsenwirkung einschließen und wir hätten in diesem Falle ein Präparat, welches bei starker spezifischer Heilkraft die Schädigungen des Salvarsans in geringerem Grade als bisher erreicht wurde, ausüben kann.

Max Joseph (Berlin).

Fischl, Fr. Über Neosalvarsanbehandlung schwerer Fälle von Erythema multiforme. Wiener med. Wochenschr. 1917. Nr. 43.

Bei einem Kranken, der außer den Hauteffloreszenzen des Erythema multiforme besonders das Krankheitsbild in schwerer Form an der Mundschleimhaut zeigte, versuchte Fischl intravenöse Neosalvarsaninjektionen (0,15). Der Erfolg war eklatant, am nächsten Tag war der Zustand wesentlich gebessert, binnen 8 Tagen die Schleimhaut und Hautaffektion restlos geheilt. Viktor Bandler (Prag).

Scherber, G. Über die Wirkung intramuskulärer Milchinjektionen auf die latente und manifeste Syphilis und Mitteilung der Erfahrungen mit der Fiebertherapie im allgemeinen. Wiener med. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

Scherber erzielte unter 20 Fällen von latenter Lues, die nach Milchinjektionen hoch fieberten 4mal eine Änderung der negativen Wa.R. in eine schwach oder mittelstarke positive Reaktion erzielen. Bei manifest Syphilitischen wirkten Milchinjektionen bei 2 Fällen ohne vorausgegangene spezifische Therapie auf die klinischen Symptome nicht, in einem Falle wurde die negative Wa.R. schwach positiv. Da die Milchinjektion allein keine therapeutische Wirkung auf den Luesprozeß hat, sondern zum Zustandekommen einer entsprechenden Wirkung gewisse Mengen der spezifisch wirkenden Agenzien vorhanden sein müssen, wandte Scherber die Kombination der Milchinjektionen mit Hg-Neosalvarsan an. Die Versuche betreffen sekundäre und tertiäre Fälle und zeigen auch die Möglichkeit, eine hartnäckige positive Wa.R. durch diese Behandlungsform rascher und bestimmter negativ zu machen als durch die Hg-Neosalvarsanbehandlung allein. Die Wirkung der Kombination der spezifischen Behandlung mit der Fiebertherapie scheint nicht nur ihren Grund in einer intensiven Umsetzung der eingeführten spezifischen Mittel zu haben, sondern eine gewisse Mobilisierung des Luesprozesses zu bedingen. Bei Tabesfällen beobachtete Scherber bei dieser Behandlung Besserung des Allgemeinbefindens und einiger Symptome.

Bei Epididymitis und Prostatitis konnte Scherber Beeinflussung der Infiltrate, raschere Resorption nach Milchinjektionen, beobachten. Bei Psoriasis war nach fieberhaften Milchinjektionen eine Erweichung der Plaques bei gleichzeitiger äußerer Therapie zu konstatieren. Die Fiebererzeugung nach Milchinjektionen ist keine gleichmäßige. Viktor Bandler (Prag).

Sztangevits, L. Ein Fall von Dämmerzustand nach Neosalvarsaninjektion. Wiener med. Wochenschr. 1918. Nr. 11. (Militärarzt Nr. 1.)

Bei einem 49jährigen alkoholabstinenten Militärarzt beobachtete der Autor nach einer intravenösen Neosalvarsaninjektion (0,45), die sich der Patient wegen Malaria selbst lege artis appliziert hatte, einen Dämmerzustand, der mit Sinnestäuschungen, Selbstbeschuldi-

gung mit triebartigen Handlungen, ängstlichem Wesen, Temperatur 39° und nachträglicher schleierhafter Erinnerung einherging. Der Zustand dauerte 16 Stunden. Viktor Bandler (Prag).

Meisel, M. v. Gibt es Salvarsanschädigungen der Hör- und Sehnerven oder nicht? Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 7. p. 150.

Schon in der älteren Literatur — bereits im 15. Jahrhundert — finden sich Angaben über syphilitische Nervenerkrankungen, auch im frühen Stadium der Lues. Ebenso ist die neuere Literatur reich an solchen Mitteilungen. Aus den Jahren 1910—1918 berichtet v. Meisel über Fälle schwerer Gehörstörungen, die auf Syphilis beruhten. Andererseits hat er bei 4000 Injektionsfällen nie eine Salvarsannervenschädigung beobachtet. Daher glaubt er an eine solche nicht. Voraussetzung ist allerdings einwandfreie Technik.

Krakauer (Breslau).

Winkler, G. Über die Heydenschen Antisyphilitica Mercoid und Arsenohyrgol. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 241.

Die Mittel wurden in rund 1200 Luesfällen angewandt. Vom unlöslichen Mercoid wurden 8—10 Injektionen à 1 ccm einmal wöchentlich, vom löslichen Arsenohyrgol 12—15 Injektionen à 2 ccm jeden 2. Tag verabfolgt. Beide Mittel wurden, wo dies möglich war, mit Neosalvarsan- oder Salvarsannatriumdarreichung kombiniert. Wo das nicht möglich war, wurden die beiden Mittel miteinander kombiniert. Gute Erfolge. Walter Pick (Wien).

Buschke. Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Therap. d. Gegenw. 1919. p. 7.

Buschke hat seine ursprüngliche Skepsis gegenüber dem Salvarsan noch nicht ganz verloren, wenn er es auch jetzt nicht bloß, wie zu Beginn, rein symptomatisch, besonders bei bestimmten Formen der Syphilis (Lues maligna, Hg-Idiosynkrasie oder Unwirksamkeit von Hg usw.) anwendet, sondern es auch neben Hg im seronegativen Frühstadium zur Abortivkur empfiehlt. Die Frage, ob diese Abortivfälle wirklich dauernd geheilt und ob Tabes und Paralyse hierdurch seltener geworden sind, muß noch offen gelassen werden.

Walter Pick (Wien).

Müller, Rudolf und Felix Groos. Über die spirillicide Wirkung von Neosalvarsan bei Sklerosen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 14. p. 319.

Zur Beurteilung der spirilliciden Wirkung wurde die Dunkel-felduntersuchung benutzt. Dabei ergab sich: von 10 seropositiven Sklerosen zeigte die allergrößte Mehrzahl nach 0,3 Neosalvarsan innerhalb 15 Stunden keine Spirochäten mehr. Dagegen waren bei 11 seronegativen Sklerosen 10 mal nach 0,3 Neosalvarsan 16—23 Stunden nach der Einspritzung noch Sp. p. nachweisbar, wenn auch spärlich und wenig beweglich; 1 mal nach 15 Stunden Sp. p. —, kurze Zeit danach war hier Wa.R. schwach +. Der Grund des Unter-

schiedes zwischen seropositiven und seronegativen Fällen ist schwer anzugeben. Vielleicht wird die chemotherapeutische Wirkung durch die geänderten Immunitätsverhältnisse günstig beeinflusst, wogegen allerdings die Erfahrungen bei der abortiven Behandlung sprechen. Bei der Prüfung des Silbersalvarsans sollte diese Untersuchungsmethode ausgiebig herangezogen werden.

Krakauer (Breslau).

Zieler, Karl. Schwere Arsenmelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 15. p. 346.

Zieler wendet sich gegen Hellers in der Berliner klin. Wochenschr. 1918, Nr. 46 niedergelegte Ansichten über den gleichen Stoff. Zieler hat vielfach Fälle mit den gleichen klinischen Erscheinungen gesehen, wie sie Heller schildert; sie erwiesen sich aber sämtlich als Hg-Exantheme; zum Teil wurde dies durch die Sektion sichergestellt. Die spätere Veröffentlichung bleibt vorbehalten. Die mehrfach bei den Intoxikationen gesehenen starken follikulären Hyperkeratosen erklärt Zieler nicht als Arsenfolge, sondern führt sie auf die gleichzeitige Salbenbehandlung mit Kriegsvaseline zurück; ebenso die Melanosen, die auch ohne As und Hg nach Kriegssalben und -ölen auftraten. Auch die Beteiligung der Handteller und Fußsohlen, das langdauernde Fieber, die Abscesse, die Nierenbeteiligung erklärt Zieler durch Hg. Allenfalls ist mitunter neben dem Hg auch das Salvarsan von Bedeutung. Krakauer (Breslau).

Haxthausen. 200 Fälle von primärer Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber behandelt. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 6. p. 217—226.

Verf. verwendet 2 intravenöse und 1 intramuskuläre Salvarsaninjektionen nebst Quecksilberinjektionen. Gute Resultate.

Harald Boas (Kopenhagen).

Nielsen, Ludry. Statistik der Salvarsanbehandlung. Kritische Bemerkungen anlässlich der „200 Fälle von Primärsyphilis“. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 8. p. 340—343.

Sehr eingehende Kritik der Haxthausenschen Arbeit.

Harald Boas (Kopenhagen).

Lomholt. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 8. p. 344.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Antwort an Dr. Brun-Pedersen. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 8. p. 345.

Polemik gegen Brun-Pedersen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Brun-Pedersen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Berichtigung. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 8. p. 345.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 9. p. 399—400.

Polemik gegen Ludvig Nielsen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 8. p. 400—401.

Polemik gegen Lomholt. Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 9. p. 401—402.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Fönss, Aage L. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 9. p. 402—403.

Polemik gegen Ludvig Nielsen. Harald Boas (Kopenhagen).

Ludvig Nielsen. Die Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 10. p. 449—450.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Antwort an Dr. Jersild. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 10. p. 450—451.

Polemik gegen Jersild. Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 11. p. 489—490.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Korsbjerg. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 11. p. 490—491.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 12. p. 518—519.

Polemik gegen Korsbjerg. Harald Boas (Kopenhagen).

Pürckhauer. Eine unter dem Bild einer fieberhaften schweren Dermatitis exfoliativa verlaufende Salvarsanintoxikation mit Übergang in eine Arsenmelanose und Arsenkeratose. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 30. Feldärztl. Beil. p. 994.

Mitteilung eines Falles von schwerer Intoxikation nach kombinierter Quecksilber-Salvarsantherapie, der in seinem Verlaufe eine ausgebreitete Melanose und Palmar- und Plantarkeratose zur Folge hatte.

Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Über die intravenöse Jodtherapie bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 23. Feldärztl. Beil. p. 360.

Wenn zwar der intravenösen Jodnatriumzufuhr beim Menschen die Erscheinungen des Jodismus an Haut und Schleimhäuten fast völlig fehlen, so sind doch die Gefahren thyreotoxischer Störungen bedeutend vermehrt, so daß Engwer davon abrät, diese Medikation für die Syphilistherapie zu verwenden. Alfred Perutz (Wien).

Fabry. Behandlung der luetischen fibrösen Sklerosen mit Acid. carbolicum liquefactum. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 15. p. 487.

Empfehlung zur Behandlung der Narben nach Ulcus durum mittels Ätzungen mit reiner Carbolsäure. Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Bemerkungen über den Wert der Abelinschen Salvarsanreaktion im Urin. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14. p. 446.

Nur der positive Ausfall der Abelinschen Urinreaktion beweist, daß noch Salvarsan vor kurzem im Körper wirksam war.

Alfred Perutz (Wien).

Wechselmann. Über die Pathogenese der Salvarsan-todesfälle. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 11. p. 345.

Wechselmann weist auf die Todesfälle bei Salvarsan während der Gravidität hin und auf die Ähnlichkeit der Befunde bei eklamp-tischer Niere und auf die durch S. geschädigten. Auch die Glomerulo-nephritis der Kriegsteilnehmer und deren Folgezustände erfordern bei der Salvarsantherapie eingehende Beachtung, während die echte Urämie mit erhöhtem Reststickstoff und die arteriosklerotische Pseudoleukämie nur eine geringere Rolle auf die Salvarsanschädi-gungen zu spielen scheint.

Alfred Perutz (Wien).

Gärtner. Über unsere Technik und das Instrumenta-rium zur endolumbalen Behandlung der meningealen Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 10. Feldärztl. Beil. p. 145.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Alfred Perutz (Wien).

Ballin und *Engwer.* Läßt sich die Luesbehandlung der Kriegsteilnehmer den therapeutischen Prinzipien des Friedens näherbringen? Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 2. Feldärztl. Beil. p. 18.

Vorschläge zur Durchführung einer chronisch-intermittierenden antiluetischen Behandlung.

Alfred Perutz (Wien).

Hirsch, Hans. Über Salvarsannatrium. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 27. p. 966.

Natriumsalvarsan tötet in sehr energischer Weise die Spiro-chäten in den beiden ersten Perioden der Syphilis ab. Es wird durch-wegs ausgezeichnet vertragen. Auffallend war die vorzügliche roborierende Wirkung.

Alfred Perutz (Wien).

Gennerich. Zur Behandlungsfrage der frischen Lues-stadien. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 35/36. Feldärztl. Beil. 35/36. p. 1269.

Auf Grund sechsjähriger Dauerbeobachtung wurde ein grund-sätzlicher Unterschied in der Hg- und Salvarsankombinations-behandlung festgestellt. Hg wirkt symptomatisch und vermag nur bei stark kumulierter Behandlung vom frischen Stadium an bis über mehrere Jahre hin die Syphilis gelegentlich zu sterilisieren. Der

Erfolg ist aber unsicher. Die Latenz ist nicht abhängig von der Hg-Wirkung. Anders die Salvarsankombinationsbehandlung, wenn sie als abortive oder intermittierende Sterilisationskur angewendet wird. Bei ungenügender Kombinationsbehandlung tritt eine qualitative Veränderung im biologischen Verhalten der Syphilis ein, wodurch sich ein Überhandnehmen meningealer Krankheitsvorgänge und eine gesteigerte Progedienz des Luesverlaufes ergibt.

Alfred Perutz (Wien).

Müller, Hugo. Silbersalvarsannatriumbehandlung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 51.

Müller charakterisiert die Wirkung des Silbersalvarsans bei Syphilis etwa folgendermaßen: Bereits kleinste Dosen (0,1) töten die Spirochäten schneller als bei jedem andern Salvarsanpräparat. Kleinere Dosen, als wie sonst notwendig, bringen die syphilitischen Erscheinungen ebenso schnell zur Rückbildung wie intramuskulär injiziertes Altsalvarsan. Die Beeinflussung der Wa.R. ist durch Silbersalvarsan stärker als durch Neosalvarsan. Verf. rät daher bei der durch die Beratungsstellen sichergestellten Weiterkontrolle die reine, nicht mit Hg kombinierte Silbersalvarsankur durchzuführen. Eine Gefahr für die Kranken wäre hierbei ausgeschlossen.

Max Joseph (Berlin).

Mock. Zur Technik der Silbersalvarsanbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 52.

Durch das Auftreten angioneurotischer Symptome sah sich Mock veranlaßt, während der Silbersalvarsaninjektionen stets den Puls zu kontrollieren. Ist dieser beschleunigt, so muß bis zu seiner Beruhigung mit der weiteren Silberinjektion gewartet werden. Tritt Blutandrang zum Kopfe ein, so muß die Injektion abgebrochen werden, um einem Ohnmachtsanfall vorzubeugen. Bei empfindlichen Patienten wandte Verf. das Silbersalvarsan in langsamer, etwa 3 Minuten dauernder Infusion an. Das Silbersalvarsan wurde in 20—30 ccm 4proz. Kochsalzlösung gelöst, das Flüssigkeitsquantum mit 0,8proz. Kochsalzlösung auf 200 ccm erhöht und mit der von Gennerich zur endolumbalen Behandlung angegebenen Bürette injiziert.

Max Joseph (Berlin).

Nathan, E. und Reinecke, H. Über Sulfoxylatsalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 1.

Das von Nathan und Reinecke empfohlene Sulfoxylatsalvarsan ist fast nicht oxydierbar und wegen seiner Haltbarkeit in Ampullen als gebrauchsfähige Lösung herzustellen. Es kommt an Wirkung auf floride syphilitische Symptome, an Beeinflussung der Wa.R. und an Verträglichkeit etwa dem Neosalvarsan gleich. Vielleicht wirkt es etwas langsamer, so daß es sich besser für die intermittierende Behandlung der latenten Syphilis als für Frühstadien, die eine schnelle Beseitigung der Symptome und damit der Infektiosität wünschenswert machen, eignet.

Max Joseph (Berlin).

Hahn, F. Über Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 50.

Hahn fand die Wirkung des Silbersalvarsans in allen Stadien der Syphilis schnell und erfolgreich. Positive Wa.R., die anderer Behandlung getrotzt hatte, wurde nach Silbersalvarsan negativ, die klinischen, auch sonst refraktäre gummöse Erscheinungen verschwanden, lanzinierende Schmerzen eines Tabikers hörten auf. Schädigungen kamen nicht vor bis auf bald vorübergehendes Fieber, kurzdauernde Magendarmstörungen und unwesentlichen Blutandrang zum Gehirn. Verf. spritzte stets intravenös Dosen von 0,1–0,3 cm, hält aber auch stärkere Dosen für ungefährlich. Im ganzen wurden 6 Infusionen in etwa 6 Wochen ausgeführt und in dieser Weise 68 Patienten mit etwa 500 Infusionen behandelt.

Max Joseph (Berlin).

Rehder, Hans und Wilh. Beckmann (Kiel). Über Spätikterus bei Lues nach Salvarsanquecksilberkur. Zeitschr. i. klin. Med. 1917. Bd. LXXXIV. p. 234.

Mitteilung von 20 Fällen aus der Kieler medizinischen und dermatologischen Klinik, und zwar von meist im 2. oder 3. Stadium befindlicher Syphilis, welche mehrere Monate nach einer gewöhnlichen kombinierten Salvarsanquecksilberkur an hochgradigem Ikterus mit starker Leberschwellung erkrankten. Erbrechen, Durchfälle und vollkommene Appetitlosigkeit führen zu starker rascher Abmagerung und dem Gefühl großer Mattigkeit. Nach 1–6 Wochen langem Bestehen beginnt der Ikterus spontan allmählich abzulassen und mit dem Verschwinden der Gelbsucht bessert sich das Allgemeinbefinden rasch, so daß im Laufe einiger Wochen mit der Wiederkehr von Gewicht und Kräften völliges Wohlbefinden sich einstellt. Die Leberschwellung geht in der Regel gänzlich zurück. Die Erkrankung dauert bis zum völligen Verschwinden des Ikterus 3–13 Wochen. Der Spätikterus unterscheidet sich anscheinend prinzipiell weder von dem leichten, einige Tage oder Wochen nach Salvarsan auftretenden „Salvarsanikterus“, noch zeigt er wesentliche Unterschiede im klinischen Bilde gegenüber den vereinzelt beschriebenen Fällen von letal endigender gelber Leberatrophie nach Salvarsan. Bezüglich seiner Schwere nimmt er zwischen diesen beiden Erkrankungen eine Mittelstellung ein. Als Ursache der Erkrankung scheint eine gewisse Bereitschaft der Leber hierzu durch die Syphilis in Frage zu kommen und lang dauernde Katarrhe in den Abflußwegen durch das Salvarsan. Das verspätete Auftreten weist auf akzidentelle Hilfsursachen hin, wie: Hg-Darreichung, besonders Enteritis mercurialis, dann Achylia gastrica, Achylia pancreatica, akute Gastroenteritiden, Abusus alcoholi et nicotini, Salvarsandermatitis und Gravidität. Die Erkrankung zeigt sich in den besprochenen Fällen 3 mal so häufig beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht.

P.

Nonne, Max (Hamburg). Über die Heilbarkeit der *Dementia paralytica*. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. LVIII. p. 53.

Mitteilung dreier Fälle, welche sowohl auf Grund wiederholter Liquoruntersuchungen als in klinischer Beziehung als geheilt anzusehen sind. Nonne spricht sich auch für eine Nachprüfung der bei strengster Asepsis ungefährlichen intralumbalen Applikation des Salvarsans (Gennerich) aus. P.

Hofmann, E. (Bonn). Vermag kräftige Frühbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber Erkrankungen des Nervensystems zu verhüten? Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. LX. p. 70.

Hofmann empfiehlt die sekundäre Syphilis mit zwei starken, durch etwa dreimonatige Pausen getrennten Hg-Salvarsannatriumkuren zu behandeln (jedesmal 8—10 Einspritzungen) und ebenso auch bei veralteter seropositiver primärer Syphilis vorzugehen, wenn Wa.R. bei der 4. bis 5. Salvarsaneinspritzung noch positiv ist. Je früher die Salvarsan-Quecksilberkur im Primärstadium beginnt, um so sicherer werden frühe oder späte Nervenerkrankungen einschließlich *Tabes* und *Paralyse* verhütet. Die Neurorezidive im Frühstadium sind wohl darauf zurückzuführen, daß die Einwanderung der *Sp. p.* in das Nervensystem oft schon früh stattfindet und bei zu schwacher Behandlung mit Salvarsan dieses nicht genügend ins Nervengewebe eindringt, aber die Bildung von Immunistoffen doch so weit schwächt, daß ein zurückgebliebenes Spirochätennest so schnell wachsen kann, wie in einem noch nicht erkrankten Organismus. Übrigens verlaufen diese Neurorezidive des Frühstadiums, ebenso wie die von Hofmann beschriebenen tardiven nicht progredient, sondern meist günstig. Eine wahrhaft neurotoxische Wirkung des Salvarsans ist nicht erwiesen. Zur Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche ist behufs möglichst frühzeitiger Erkennung und energischer Sal.-Hg-Behandlung weitgehende Aufklärung aller Volkskreise und gute Ausbildung aller Ärzte nebst ausreichender Einrichtung von Untersuchungsstellen notwendig. P.

Heller, Julius. Erwiderung auf die Bemerkung Karl Zieglers zu meiner Arbeit (Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 46): Schwere Arsenmelanosen und Hyperkeratosen nach Neosalvarsaneinspritzungen (Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 15. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 23. p. 542).

Heller widerlegt Zieglers Ansicht mit dem Hinweis darauf, daß *palmar*e und *plantare* Hyperkeratosen nur nach As, nie nach Hg beschrieben wurden, daß ferner gleichmäßig diffuse Pigmentierungen auf endogenen Ursachen beruhen müssen, während die Melanosen nach Kriegsvaseline gerade durch ihre verschiedenartigen Ausbildungen gekennzeichnet sind. Da außerdem Fälle bekanntgeworden sind, bei denen Melanosen mit Hyperkeratosen auftraten, die nur mit

Salvarsan behandelt wurden, so ist Zieglers Ansicht von der ätiologischen Rolle des Quecksilbers bei diesem Krankheitsbilde als widerlegt zu betrachten. Krakauer (Breslau).

Nobl, G. Noch einmal über den sogenannten Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 19.

Die Beobachtung der mit Salvarsan durchgeführten Behandlungsweisen lehrt, daß ein intensiveres Anschwellen der Temperatur in allen Stadien der Lues, auch in der Latenzperiode, gelegentlich bei völlig gleichbleibender gewissenhafter Vorbereitung und Verwendung ein und desselben Infusionsmaterials zustande kommt. Die Versuchsreihen zeigen aber gleichzeitig, daß auch der legendäre anorganische Wasserfehler nicht für die ihm angedichtete Fähigkeit verantwortlich gemacht werden kann. Das von Nobl gebrauchte Wasser aus der Engalapothek wird durch verzinkte Kupferröhren geleitet, ohne pyrogen wirkende Metallspuren aufzunehmen. Die Jenaenser Phiolen geben selbst nach vielmonatigem Kontakt mit dem sterilisierten destillierten Wasser keine Alkalimengen ab, die irgendwie von schädigendem Einfluß wären. Die Analyse dieser alten Destillate hat weder wägbare Rückstände noch organische Beimengungen ergeben. Viktor Bandler (Prag).

Skutezky, K. Über den Enesolersatz Arsenohygrol. Wien. med. Wochenschr. 1916. Nr. 42.

Im Arsenohygrol empfiehlt der Autor ein Quecksilberpräparat, das sich durch bequeme Anwendungsweise und besondere Reizlosigkeit auszeichnet und dabei eine gute therapeutische Wirkung zu besitzten scheint. Viktor Bandler (Prag).

Gonorrhoe.

Boas. Behandlung von venerischen Krankheiten mit parenteralen Milchinjektionen. Hospitalstidende 1918. Nr. 16 p. 309—313.

Übersichtsartikel.

Harald Boas (Kopenhagen).

Müller, R. Über ein neues Anwendungsgebiet und das therapeutisch wirksame Prinzip parenteraler Proteinkörperzufuhr. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 27.

Müller hat früher gezeigt, daß Injektionen mit artfremdem Eiweiß, wenn sie Fieber hervorriefen, gon. Komplikationen rasch bessern können. Die Bestimmung des Blutdruckes führte den Autor zur Frage, ob nicht alle Entzündungen der parenteralen Eiweißtherapie zugänglich seien. Milchinjektionen bei entzündlichen Bubonen führten wenige Stunden nachher Schmerzlosigkeit herbei; auch andere entzündliche Prozesse, Phimosen, Anginen, pyogene Prozesse zeigten Rückgang der Entzündungssymptome nach parente-

raler Eiweißzufuhr. Hierbei zeigte sich ein Sinken des Blutdruckes innerhalb der ersten Stunden nach der Injektion. Bei Bubonen, Epididymitiden zeigte sich erst eine meßbare Zunahme des Entzündungsherd, am nächsten Tage ein Kleinerwerden. Diese Erscheinungen dürften nach Müller durch eine nach Proteininjektion entstehende vermehrte Hyperämie und Transsudation hervorgerufen sein und hierin sieht der Autor die Ursache für die rasche günstige Beeinflussung der akuten Entzündung analog den Heilungsvorgängen bei der Behandlung mit spezifischer Vaccine. Es ist dies eine lokale Anaphylaxiewirkung. Von Wichtigkeit wird diese Behandlung mit Proteininjektionen überall dort sein, wo die Erreger einer Entzündung nicht gekannt und eine spezifische Vaccinebehandlung unmöglich ist, besonders bei beginnenden Entzündungen verschiedenster Art.

Viktor Bandler (Prag).

Müller, Rudolf. Über „Milchtherapie“. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 20.

Auf Grund eingehender klinischer Beobachtungen kommt Müller zu dem Schlusse, daß der Erfolg der Milchinfektion bei Gonorrhöe auf einer plötzlichen Vermehrung der entzündlichen Faktoren beruhe. Bei Beobachtung aller nötigen Vorsichtsmaßregeln konnte Verf. gute Resultate mit der parenteralen Proteinkörpertherapie bei den verschiedensten lokalen Entzündungen erzielen. Von den verschiedenen Eiweißpräparaten hatte die Milch die beste Wirkung. Viele Fälle von Urethritis und Epididymitis heilten durch die Milchbehandlung mindestens ebenso schnell und vollkommen wie durch irgendeine der anderen üblichen Therapien. Max Joseph (Berlin).

Oppenheim, M. Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 48.

In einem Intervall von 7 Tagen wurden zwei Milchinjektionen verabfolgt. Unmittelbar nach der zweiten Injektion Kopfschmerzen, Cyanose, Ödem des Gesicht, Ohnmachtsgefühl, Kollaps, Temperatur 35,5°, dann ein Aufstieg auf 40,4° unter heftigem Schüttelfrost. Dabei kleiner frequenter Puls und hochgradige Atemnot; Hautexantheme traten nicht auf. Das Krankheitsbild faßt Oppenheim als anaphylaktischen Anfall auf, den er beobachten konnte.

Viktor Bandler (Prag).

Lubliner, Ruth. Schwerer anaphylaktischer Schock nach Milchinjektion. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 20.

Die bis dahin stets gesunde Patientin Lubliners hatte bei hartnäckiger Gonorrhöe intramuskuläre Milchinjektionen mit Arthigon kombiniert erhalten. Die erste Serie der Injektionen wurde gut vertragen. Nach der ersten Wiederholung der Injektion 10 Tage nach der ersten trat sofort heftiges Unwohlsein, Hustenreiz, Atemnot, Cyanose auf. Trotz schneller Coffeininjektion ließen Puls und Atmung ständig nach. Durch künstliche Atmung, subcutane Injektion von Adrenalin und dauernde Sauerstoffzufuhr gelang es endlich, der be-

drohlichen Symptome Herr zu werden. Sowohl diese klinischen Symptome wie das Fehlen jeden Lungenbefundes, der niedrige Blutdruck und starke Eosinophilie sprechen dafür, daß ein anaphylaktischer Schock vorlag. Seit diesem Fall wiederholt Verf. die Injektionsserie bereits am 5. Tage oder schiebt eine 1-ccm-Injektion ein, um die negative Phase zu verlängern. Max Joseph (Berlin).

Müller, R. Die Nachbarwirkung des Eigensерums und deren therapeutische Verwertung. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 26.

Die vorläufigen Resultate seiner Untersuchungen faßt Müller in folgende Sätze zusammen:

1. Die Kollateralserumtherapie wirkt symptomatisch günstig auf die akuten Entzündungserscheinungen, besonders auf den Schmerz. Der Ablauf der Entzündung wird oft in überraschender Weise beschleunigt. Manche nicht sehr heftige akute Entzündungen nicht eitriger Natur, z. B. Ischias, kommen schon nach einer Injektion zu auffallender Besserung. Auch die Heilungstendenz chronischer Entzündungen und Ulcerationen wird durch die Nachbarwirkung des Serums in deutlicher Weise gesteigert. Viktor Bandler (Prag).

Mulzer, P. Die Feststellung der endgültigen Heilung der Gonorrhoe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 13.

Besprechung der verschiedenen Provokationsverfahren. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Gonokokken-Vaccine-Provokation allein nicht ausreicht. Sie ist stets mit einer gründlichen Untersuchung der Harnröhre und Adnexe sowie mit verschiedenen anderen der bekannten mechanischen und chemischen Reizmethoden zu kombinieren. In dieser Weise angewendet ist sie nicht zu entbehren, da sie mitunter bessere Resultate ergibt, als die anderen Reizmethoden und zuweilen diese wirkungsvoller zu gestalten scheint. Schildert den Gang der Abschlußuntersuchungen, wie er im „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten“ von Wolff und Mulzer angegeben ist.

Kurt Wiener (Breslau).

Sutter, Ernst. Über gonorrhoeische Allgemeininfektion. (Diffuse gonorrh. Peritonitis, Arthritis gon., Otit. med. gon., Stomatit. gon. und gon. Exanthem.) Zeitschr. f. klin. Med. 1919. Bd. LXXXVII p. 81.

Ein Fall von sepsisähnlicher Erkrankung mit den in der Überschrift genannten Komplikationen. Die Stomatitis war ulceromembranös, das Exanthem sehr flüchtig, in vielen Schüben, erst masernähnlich, dann makulopapulös, dann scharlachartig, schließlich hyperkeratotisch. Bei dem 2½ Jahre alten Mädchen besteht eine Vulvovaginitis gon. Im Blut Gonokokken in Reinkultur, ferner lassen sich mikroskopisch und kulturell Gonokokken in dem Sekret der aus dem peritonitischen Absceß entstandenen Bauchfistel, im Ohreiter und in den eitrigen Auflagerungen der Stomatitis nachweisen.

Kurt Wiener (Breslau).

Boas, Harald. Ein Fall von gonorrhöischer Phlebitis. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 34. p. 1358—1360.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Wochenschr. publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).

Putzig, Hermann. Über Gonokokken - Otitis bei Säuglingen. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 42.

Das 14 Tage alte Kind kam mit einer typischen Blennorrhoe in Putzigs Behandlung. Die Augenerkrankung wurde geheilt, bald darauf aber stellte sich Ohrenlaufen, Rötung, Trübung und Perforation des Trommelfells ein und die Sekretion wurde eitrig. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Gonokokken. Einträufelungen von 1proz. Protargol, später Behandlung mit Borsäurepulver erzielten bald Heilung. Obgleich die gonorrhöische Ohrenentzündung selten beobachtet wird, rät Verf. doch, dieser eventuellen Krankheitsursache in besonders hartnäckigen Fällen, die den üblichen Behandlungsarten der gewöhnlichen Otitis Widerstand leisten, nachzuforschen.

Max Joseph (Berlin).

Massini, Rudolf. Über Gonokokkensepsis. Gonorrhöisches Exanthem, gonorrhöische Phlebitis. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 1.

Ein junger Mann erkrankt im Militärdienst an einer schweren Sepsis mit schubweisem makulo-papulo-pustulösem, z. T. hämorrhagischem Exanthem und Enanthem, das sehr reichlich in verschiedensten Entwicklungsstufen den ganzen Körper mit Ausnahme der Kopfhaut und besonders schwer die Streckseiten der Extremitäten befällt. Im Blut dreimal Gonokokken in Reinkultur. Es besteht Epididymitis und Spermatocystitis; Urethra frei von Gonokokken. Autopsie ergibt als Ursache der Sepsis eine Thrombophlebitis des V. femoralis dextr., ausgehend vom Plexus prostaticus. Intra vitam hiervon keine Erscheinungen. Im Thrombus Gonokokken.

Kurt Wiener (Breslau).

Klose, Heinrich. Die gonorrhöische Gelenkentzündung: Typen, Verlauf und chirurgische Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 42. p. 985.

Seit dem Krieg nahm nicht nur die Zahl der Gonorrhöe, sondern auch der Anteil der Gelenkkomplikationen erheblich (von 2% auf das fünffache) zu. Sie treten meist in der 3.—4. Woche einer frischen Ansteckung, selten beim chron. Tr. auf. In 50—60% der Fälle konnten aus dem Gelenkexsudat Go. gezüchtet werden, auch im kreisenden Blut wurden sie festgestellt. Daraus ergibt sich der metastatische Charakter, wenn auch einige Fälle durch Toxine bedingt sein mögen. Am meisten betroffen sind die großen Gelenke, unter ihnen mit mehr als 50% das Kniegelenk. Männer und Frauen erkranken gleich häufig. Im Verlauf sind zwei Arten zu unterscheiden: 1. der gonorrhöische Gelenkerguß bei Ansiedlung der Gonokokken im Synovialüberzug.

Er führt zu einem serösen oder trüb-serösen Erguß (eitrige sah Verf. nur bei Mischinfektion), der bei längerem Bestehen den Kapselbandapparat bis zum Schlottern erweitert; die Synovialmembran kann dabei in gefäßreiches Granulationsgewebe übergehen. Dabei treten heftige Schmerzen und hohes Fieber auf, während der Genitalausfluß meist gleichzeitig abnimmt. Diagnostisch und prognostisch wichtig ist, daß meist — entgegen der vielfach geäußerten Ansicht — mehrere Gelenke befallen sind. 2. Die gonorrhoeische Kapselphlegmone, wobei die Infiltration der subsynovial gelegenen fibrösen Kapselteile im Vordergrund steht und das paraartikuläre Gewebe beteiligt ist. Fast nie tritt Abscedierung ein, dagegen gallert-sulzige Beschaffenheit mit trüb-serösem Ödem. Schnelles Fortschreiten in Muskelzwischenräumen, Sehenscheiden und Schleimbeutel mit großer Schmerzhaftigkeit. Histologische Untersuchung ergibt perivaskuläre Plasmazelleninfiltration mit Gonokokken. Die gonorrhoeische Kapselphlegmone lokalisiert sich auf ein Gelenk und ist viel seltener als der gonorrhoeische Erguß; aber während letzterer bei energischer Behandlung ohne funktionelle Störung ausheilt, führt erstere häufig zur fibrösen und ossalen Ankylose mit Stellungsanomalie und völligem Gelenkspaltschwund. Erforderlich ist Entlastung, Ruhigstellung und gegebenenfalls Extension. Vorzüglich wirkt die Biersche Stauung, bei der aber zur genauen Kontrolle und Dosierung klinische Behandlung notwendig ist. Arthigon oder Gonargin ist empfehlenswert. Die glänzenden Erfolge, die einige von der Weißschen Hitzebehandlung berichten, werden von anderen angezweifelt. Örtlich werden Moor- und Fangopackungen, Heißluftbehandlung und nach Franz König sehr ausgiebige Jodtinkturpinselungen angewandt. Bei Exsudation Punktion und Ausspülung mit $\frac{1}{2}$ proz. Carbolsäure, oder Einspritzung von Jodtinktur oder Lugolscher Lösung. Die Arthrotomie wird ausgeführt beim gonorrhoeischen Gelenkerguß, falls sich nach Punktion erneut Exsudat bildet oder Subluxationsstellung eintritt, bei der phlegmonösen Form, bei sehr schwerer Phlegmone, sehr heftigen Schmerzen, wobei das betreffende Gelenk sorgfältig ausgewählt wird, oder wenn die konservative Behandlung nach 3 Wochen keine Erfolge erzielt hat. Die Arthrotomie beseitigt die Schmerzen wie mit einem Schlage; nach 2—3 Wochen kann die mechanische Nachbehandlung einsetzen. Hierbei sind bei den großen Gelenken, die ohne Operation völlig versteifen, Bewegungen von 40—60° als erfreuliche Ergebnisse zu bezeichnen. Seit Kriegsende wurden 35 Fälle operiert, darunter 26 Kniegelenke. Krakauer (Breslau).

Landeker, Alfons. Zur Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkentzündung. Med. Klin. 1917. Nr. 10. p. 281.

Für die Behandlung der gonorrhoeischen Arthritis empfiehlt Landeker neben den vielfach gebräuchlichen Mitteln (Arthigon, Lokalbehandlung mit Ichthyolsalben, Jodtinktur, Heißluft und Wärme, Bierscher Stauung, Diathermie, Fango- und Radiumkompressen): für

die akuten Fälle das Fulmargon (2—3 mal wöchentlich 5 ccm zu injizieren), für die verschleppten Fälle das Fibriolysin.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Reines, S. Intravenöse Methylenblauinjektion bei der akuten Urethritis gon. poster. und Cystitis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 9.

Die intravenöse Methylenblauinjektion ist kein Antigonorrhoicum im engeren Sinne, aber ein Hilfsmittel bei komplizierten Fällen. Diese Komplikationen können in kurzer Zeit derart beeinflußt werden, daß die übliche lokale Behandlung rascher möglich gemacht wird.

Viktor Bandler (Prag).

Eisenstädter, Alfred. Einige Worte zur Therapie der akuten Gonorrhoe des Mannes. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29.

Der Autor empfiehlt methodisch applizierte antiseptische Dunstverbände (1⁰/₁₀₀ Sublimat, Hypermangan) um den Penis, kombiniert mit lokalen Einspritzungen.

Viktor Bandler (Prag).

Baar, V. Neosalvarsan bei gonorrhoeischer Cystitis. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 40.

Nach des Autors Meinung ist Bedingung für den Heilwert des Neosalvarsans bei gonorrhoeischer Cystitis das Freisein von einer frischen Prostatakomplication und die vagotonische Kondition. Es sind gewöhnlich kleine Leute, bei denen das weite Glanzauge auffällt, daneben die schwitzenden, kühl sich anfühlenden Hände und die buschigen Augenbrauen.

Bei 10 Fällen, die längere Zeit, bis 20 Wochen, mit anderen Mitteln vergeblich behandelt worden waren, erzielte Baar durch eine Neosalvarsaninjektion 0,3 rasche Heilung.

Viktor Bandler (Prag).

Heise. Über Zibosal (borylsalicylsaures Zink). Med. Klin. 1919. Nr. 37. p. 902.

Heise verwendet das Zibosal bei der Gonorrhöe in 0,5—1 proz. Lösungen. Bei Fluor albus Spülungen mit lauwarmer Lösung 4 bis 10 : 1000, nachher Auspendern mit 5 proz. sterilem Zibosalbolus, bei starkem Foetor Ausspülungen mit Aufschwemmungen von 1—5 Eßlöffel dieses Boluspräparates. Bei Wunden, Panaritien, Ekzemen: Behandeln mit 1/4—1 proz. Lösungen oder Anwendung von Zibosalbolus oder 1—5 proz. Salben und Pasten.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Baer und Klein. Trypaflavin, ein metallfreies Antigonorrhoikum. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 35. p. 970.

Das von L. Bender dargestellte Diaminomethyl-akridiniumchlorid wurde zur Behandlung der Trypanosomiasis vorgeschlagen. Günstige Resultate bei der Wundbehandlung führten dazu, das Trypaflavin als Antigonorrhoicum zu verwenden, das zu guten Re-

sultaten führte. Wegen seiner starken gonokokkentötenden Kraft kann es als Prophylaktikum verwendet werden.

Alfred Perutz (Wien).

Krapf, F. Über Hopfentherapie. Schweizer. med. Wochenschr. 1920. Nr. 23. p. 453.

Ein von der Firma „Zyma“ A.G. in Nyon hergestelltes Hopfenpräparat, bestehend aus Lupulin und Dialysat Valeriana Golaz in Tablettenform empfiehlt Krapf. Er will damit gute Resultate bei Pollutionen und Erektionen, bei gesteigerter Libido, bei der Chorda der Gonorrhoe, Priapismen und zur Verhütung der Erektionen nach Phimoseoperationen erzielt haben. Verordnung 3mal tägl. 1 Tbl.

Winkler (Luzern).

Praetorius, G. „Sanabo“-Übertreibungen. (Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn San.-Rat Wolff in Nr. 11 der Zeitschr. f. Urologie, 1918.) Zeitschr. f. Urologie 1919. Heft 2. p. 60.

Verf. hält den von Wolff mit großem Enthusiasmus gepriesenen „Sanabo“-Katheter nur für eine unwesentliche Modifikation eines schon lange bekannten Behandlungsprinzips und sieht die an wenige und unvollständige Krankengeschichten geknüpften Schlußfolgerungen bezüglich Heilung schwerster Strikturen als übertrieben und unzulässig an.

In einer Erwiderung (Zeitschr. f. Urologie 1919. Heft 2. p. 65) weist Wolff die von Praetorius gegen ihn erhobenen persönlichen und sachlichen Angriffe zurück und hält seine Ansicht in vollem Umfange aufrecht.

Franz Bacher (Breslau).

Asch, Robert. Die Tripperansteckung kleiner Mädchen. Zeitschr. f. Geburtshilfe 1919. Bd. LXXXII. Heft 1.

Nichts Neues.

Hammel (Breslau).

Franz, R. Über die Leuchtsondenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Zentralbl. f. Gynäkol. 1919. Nr. 42.

Von 13 mit Leuchtsonden behandelten Fällen wurden 5 geheilt. Bei 3 Fällen Aufsteigen des Prozesses in die Eileiter. Endgültiges über Heileffekt bei der geringen Zahl der Versuche nicht zu sagen; doch kann die Leuchtsondenbehandlung durch die darauf folgende vermehrte Sekretion eventuell als Provokation eine Rolle spielen.

Leo Hammel (Breslau).

Monrad. Rectalgonorrhoe bei einem 3jährigen Knaben. Hospitalstidende 1919. Nr. 53. p. 1434—1435.

Kasuistische Mitteilung. Der Titel gibt den Inhalt an. Die Krankheit war von Analabsceß und gonorrhoeischen Arthroiden begleitet.

Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald. Untersuchungen über Rectalgonorrhoe bei Frauen. Hospitalstidende 1919. Nr. 51. p. 1377—1382.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Wochenschrift publiziert.

Harald Boas (Kopenhagen).

Nußbaum, Oscar. Rasche Ausheilung eines Falles von Augentripper nach Einspritzung von 10 ccm sterilisierter Milch. Med. Klin. 1918. Nr. 23. p. 571.

Da bei Nußbaums Patienten, der an einem akuten Augentripper (positiver Gonokokkenbefund) litt, die eitrige Sekretion und die Schwellung der Bindehaut unter Behandlung mit Kali permang.-Spülungen und Arg. nitric. zunahm, die Hornhaut sich stark trübte und die obersten Schichten derselben fortschmolzen, wurde eine Einspritzung von 10 ccm sterilisierter Milch ins Gesäß vorgenommen. Außerordentlich schnelle Abheilung nach dieser Injektion.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Seyberth, L. Erfahrung über die Haltbarkeit des Albargins. Med. Klin. 1918. Nr. 21. p. 521.

Seyberth weist darauf hin, daß die Albargintabletten sich auch bei tropischen Einflüssen in den Röhrchen sehr lange unzersetzt halten. Jedenfalls hält sich das Albargin so besser, als in der Tropenpackung. Die mit den Tabletten hergestellten Lösungen im dunklen Glase bleiben auch bei der größten Hitze über acht Tage klar und wirksam.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Meyer, Fritz M. Die Behandlung der männlichen Gonorrhöe mit Choleval. Med. Klin. 1917. Nr. 3. p. 72.

Meyer berichtet über seine allerdings an einem relativ kleinen Material erhaltenen nicht grade glänzenden Heilresultate mit dem von anderer Seite warm für die Gonorrhöebehandlung empfohlenen Choleval. Es wird im allgemeinen bei jeder Art der Darreichung gut vertragen, hat bakterizide, cytolytische und adstringierende Eigenschaften, ist aber den bisherigen Silberpräparaten nicht überlegen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gustafsson. Unsere Erfahrungen mit Choleval. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 44. p. 1219.

Die Resultate der Cholevalbehandlung der weiblichen Gonorrhöe sind im Vergleich mit den anderen Silberpräparaten wesentlich besser.

Alfred Perutz (Wien).

Gutmann, Iro. Zur Behandlung der akuten, nicht komplizierten männlichen Blennorrhöe mit Choleval. Med. Klin. 1919. Nr. 31. p. 742.

Gutmann bemerkt als Zusammenfassung seiner Ergebnisse, daß dem Choleval baktericide, antiphlogistische adstringierende Fähigkeiten zukommen und daß die Verbindung des kolloidalen Silbers mit dem Natrium choleinicum sich von den anderen organischen Silberpräparaten durch ihre cytolytischen, epithelisierenden urinklarenden und bis zur Konzentration von 1% fast gar nicht reizenden Eigenschaften vorteilhaft abhebe. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bachem, C. Allotropin, ein neuer Urotropinersatz. Med. Klin. 1918. Nr. 2. p. 40.

Das von Bachem empfohlene Allotropin, Hexamethylentetra-

minphosphat, übertrifft das Urotropin (Hexamethylentetramin) deshalb, weil dieses nur in sauren Medien Formaldehyd abspalten kann, Allotropin aber durch seinen hohen Phosphorsäuregehalt den alkalischen Inhalt der Harnwege neutralisiert und säuert und dadurch erst der Formaldehydwirkung zugänglich macht. Es erscheint aus diesem Grunde auch seine Verwendung bei anderen Krankheiten, bei denen man das Urotropin vorgeschlagen hat — Meningitis cerebrospinalis, eitrige Mittelohrentzündung usw. — aussichtsvoll. Der Übergang in den Harn erfolgt schnell und hält genügend lange an. In Anbetracht seiner Ungiftigkeit verabreicht man mehrmals täglich 1—2 g in Lösung. Die Tabletten sind des starken Säuregrades wegen stets in Wasser zu lösen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schneller. Meine Erfahrungen mit Hexal. Med. Klin. 1920. Nr. 3. p. 70.

Schneller empfiehlt das Hexal zur Behandlung akuter und chronischer Cystitis und Pyelitis. Er gibt 3—4 mal täglich 1 g, um bei Nachlassen der größten Erscheinungen auf dreimal 0,5 herabzusetzen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Holzappel, Kurt. Die Behandlung des weiblichen Ausflusses und Spuman. Med. Klin. 1920. Nr. 11. p. 290.

Holzappel berichtet über seine Behandlungsversuche mit Spuman bei der weiblichen Gonorrhöe. Er hat die Urethra, Vagina und den Cervix mit Spumanstäbchen behandelt und kommt zu dem Urteil, daß die Behandlungsmethode den bisher bekannten nicht unterlegen ist. Jedenfalls ermuntern die Ergebnisse zu weiteren Nachprüfungen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bennauer. Einige Beobachtungen bei Arthigonbehandlung der Cervixgonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 46. p. 1149.

Während die Ergebnisse Bennauers mit der Arthigonbehandlung der Cervixgonorrhöe bei frischen, unter 2 Monate alten Fällen recht günstige waren, wurden die älteren Fälle in viel geringerem Grade durch die Arthigonbehandlung beeinflusst. Auf die mitbestehende Urethritis hatten die Einspritzungen keinen Einfluß. Verf. verwendete das Arthigon zuerst subkutan, nachher aber nur noch intravenös in Dosen von 0,5—2,0 aufsteigend. Bei Fällen älterer Cervixgonorrhöe wurde durch Wiederholen der Kur bei einzelnen Fällen eine Heilung erzielt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Haab. Über die Vaccinebehandlung der Augengonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24. p. 637.

Die Vaccinebehandlung beeinflusst die Augengonorrhöe, namentlich die der Neugeborenen, günstig.

Alfred Perutz (Wien).

Boas, Harald und Oluf Thomsen. Prophylaktische Vakzineinjektion bei Gonorrhöe. Hospitalstidende 1919. Nr. 43. p. 1185 bis 1190.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Zeitschrift publiziert.

Harald Boas (Kopenhagen).

Karo. Weitere Erfahrungen mit den Eukupin-Terpentin-Injektionen bei urologischen Krankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 10.

Mit den Eukupininjektionen besonders in Kombination mit Buccosperin erzielte Karo eine wesentliche Abkürzung im Verlaufe der Gonorrhöe und verhütete deren Komplikationen. Wo solche schon bestanden, wurde deren Rückbildung erreicht. Auch bei nicht gonorrhöischen Erkrankungen der Harnwege hatte die beschriebene Methode gute Erfolge zu verzeichnen. Max Joseph (Berlin).

Karo, Wilhelm. Eine weitere Verbesserung der Terpentininbehandlung. (Vorläufige Mitteilung.) Med. Klin. 1919. Nr. 30. p. 715.

Karo hat festgestellt, daß nur absolut reines und entarztes Terpentinöl keine Schmerzen, keine Infiltrate und kein Fieber verursacht. Solches Terpentinöl stellt das chemische Institut Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W 35, Lützowstr. 89/90 dar. Er verwendet eine Terpentin-Chininlösung desselben Instituts, die als „Terpichin“ bezeichnet werden. Diese Terpentininjektionen wirken günstig auf die starken Eiterungen bei Gonorrhöe, besonders gut auf die Cervixgonorrhöe. Auf die Arthritis gonorrhöica und auch auf andere Erkrankungen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stutzin, J. J. Über einen Fall von hämorrhagischem Hodeninfarkt. Med. Klin. 1919. Nr. 51. p. 1289.

Bei Stutzins Patienten kam es im Laufe einer Urethritis gonorrhöica zu einer intratestikulären Blutung. Eine traumatische Ursache kam nicht in Betracht. Man konnte an zwei Möglichkeiten denken, an eine von der Epididymitis ausgehende Blutung und Verdrängung der Hodensubstanz, oder an einen Infarkt innerhalb derselben. Die erste Annahme traf für den Fall nicht zu, da erst nach Eröffnung der Albuginea und Incision durch die Hodensubstanz der mit blutigem Gerinsel gefüllte Herd entdeckt wurde. Es dürfte sich also um einen hämorrhagischen Infarkt gehandelt haben. Zersetzungserscheinungen an der herausgebrachten Masse sprechen für den Zutritt einer Infektion. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Reifferscheid. Gonorrhöe im Wochenbett. Med. Klin. 1919. Nr. 28. p. 653.

In Form eines klinischen Vortrages schildert Reifferscheid das Verhalten einer bestehenden Gonorrhöe während des Wochenbettes, Die Gefahren, die der Geburtsvorgang und das Wochenbett bei einer gonorrhöisch erkrankten Frau bieten, werden eindringlich geschildert. Die für jeden Praktiker so wichtigen Erwägungen des Verf. sind natürlich im Rahmen eines kurzen Referates schwer wiederzugeben. Entsprechend der Möglichkeit der Gonorrhöe in diesem Stadium zu ascendieren, empfiehlt der Verf. in diesen Zeiten eine möglichst nicht eingreifende Therapie. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in allgemeinen diätetischen Maßnahmen, möglicher

Ruhe und einer inneren Behandlung, soweit die Urethra eine solche erfordert. Der Verf. sah manchmal gute Erfolge nach intravenösen Elektrokollargolinjektionen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fuhrmann. Ratschläge aus der Geburtshilfe. Die Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 51, 52. p. 1290, 1315.

Eingehende Darstellung von praktischen Gesichtspunkten, lesenswert, doch zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Glingar, A. Gonorrhoea urethrae haemorrhagica. Med. Klin. 1919. Nr. 13. p. 285.

Glingar beschreibt eine eigenartige Form der hämorrhagischen Gonorrhöe, welche von den bisher bekannten Formen der Blutungen bei Gonorrhöe ganz wesentlich abweicht. Ohne hämorrhagischen Ausfluß sind beide Urinportionen trüb blutig, eventuell die zweite stärker bluthaltig. Oft ist die Blutung so reichlich, wie bei stark blutenden Tumoren. Der Urin wird bei längerem Verweilen in der Blase dunkel, wie man es früher als charakteristisch für Nierenblutungen ansah. Die cystoskopischen Untersuchungen ergaben, daß die Blutung aus der hinteren Harnröhre und dem Sphincterrand stammte, der starkes Ödem oft mit bullösem Charakter aufwies. Die Urethroskopia posterior, bei zwei Fällen vorgenommen, ergab die Erscheinungen hyperakuter Entzündung mit Hämorrhagien, Ödem des Sphincterrandes, kein Papillom, keine Polypen. Bei der Urethritis posterior haemorrhagica handelt es sich im Gegensatze zur terminalen Hämaturie um Blutungen von mehrwöchentlicher, eventuell zwei Monate und darüber, Dauer. Ein anderer daneben bestehender Krankheitsprozeß, Tuberkulose oder Stein war nicht vorhanden.

Therapeutisch ist der Verweilkatheter indiziert; nach Herabsetzung der Blutung geht man zu Lapiseinspritzungen über.

Ätiologisch spielt vielleicht die Kriegsernährung eine gewisse Rolle — analog der hämorrhagischen Form der Grippe — indem sie zu einer stärkeren Permeabilität oder Fragilität der Gefäße führt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Karo, Wilhelm. Diagnose und Therapie der Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 14. p. 310.

Aus Karos ausführlicher Arbeit, die natürlich — es ist ein Fortbildungsvortrag — für die Leser dieser Zeitschrift viel Wohlbekanntes enthält, sei folgendes berichtet: Unter den nicht gonorrhöischen Urethritiden sind bei weitem am häufigsten die durch das Bacterium coli bedingten. Findet man die Colistäbchen im Urethralsekret und ist der Urin in beiden Portionen stark eitrig, so ist der Fall fast stets renalen Ursprungs. Karo sah in den letzten Jahren einwandfreie Fälle von syphilitischer Urethritis, bei denen der Nachweis der Spirochäten durch die Giemsa-Färbung gelang. Unter den inneren Mitteln bei Gonorrhöe bevorzugt Karo die Buccosperminkapseln. Aussichtsreicher als Terpentininjektion ist ihre Kombination mit

Chininpräparaten, speziell mit Eucupin. Zur Abortivkur der Gonorrhöe verwendet Karo 3proz. Albargin. Bei Behandlung der Harnröhreninfiltrate bewährten sich ihm 2—5proz. Resorein, eingetropft mit der Guyonschen Spritze. Diese Instillationen sind auch ein gutes Mittel, bereits ausgebildete Harnröhrenstrikturen günstig zu beeinflussen. Die Provokation erfolgt nach Karo durch Alkohol, durch Einführung von Metallsonden und vor allen Dingen durch Einspritzung von 5proz. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd. Durch Wasserstoffsuperoxyd werden die Ausführungsgänge der Littreschen Drüsen freigemacht und die in der Tiefe schlummernden Gonokokken herausgeschwemmt. Auch gründliche Massage der Prostata und der Samenblasen ist vorzunehmen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schäffer, J. Die Behandlung hartnäckiger Fälle von Gonorrhöe des Mannes. Med. Klin. 1920. Nr. 6. p. 141.

Schäffer gibt in der vorliegenden Arbeit Verhaltensmaßregeln für den Arzt bei den hartnäckigen rezidivierenden Fällen von Gonorrhöe. Vor allem ist durch sorgfältige Lokaldiagnostik der Sitz des das Rezidiv veranlassenden Herdes festzustellen, auch ist für solche Fälle ganz besondere Sorgfalt auf die Behandlungstechnik zu legen. Wert legt der Verf., der eine Skala der Medikamente mitteilt, auf die allmähliche Steigerung der Behandlungsintensität. Die stärkeren Medikamente (Liquor Argentamini, Mischung von Argentamin und Argonin, Oxyzyanatquecksilber zu Spülungen) sind bei hartnäckigen Fällen besonders angezeigt. Es empfiehlt sich bei alten Fällen der Einspritzungsflüssigkeit Spiritus (5—25 80proz. Spiritus zu 200 Flüssigkeit) zuzusetzen und die Injektionsflüssigkeit auf 25—30 Grad zu erhöhen. Auch die äußere Hitzeapplikation in Form des Artzbergerschen Apparates ist angezeigt. Bei der hartnäckigen Urethritis gon. posterior sind Guyonsche Instillationen und Posterioriendruckspülungen anzuwenden. Periurethrale Gänge sind zu exzidieren oder elektrolytisch zu zerstören. Schneller vorwärts kommt man durch Serien von 5—6 Arthigonspritzen, die Schäffer intravenös von 0,5—2,0 eventuell bis 2,5 ansteigend gibt. Daß auch die Prostata zu berücksichtigen ist, darauf sei kurz hingewiesen.

Zu bedenken ist auch, ob nicht eine Reinfektion von einer Partnerin vorliegt.

Bei chronischen Fällen soll man besonders vorsichtig mit dem Abschluß der Behandlung sein. Darum ist hier auf eine Provokation nicht zu verzichten. Besonders die mechanische Provokation mit Knopfsonden und dem Kollmannschen Dilator ist zu empfehlen. Danach 3—4 Wochen weiter mikroskopische Kontrolle.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weber, Max. Die Protargolgelatinebehandlung der Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 3. p. 71.

Die Behandlung der Gonorrhöe mit Protargolgelatine (Protargoli 10,0, Gelati. alb. 45,0 Aqua dest. ad 200,0) in Konzentration von

5–10% verwendet, hat in Kombination mit Janetspülungen kaum den Vorzug großer Einfachheit, aber sie gestattet, im Militärlazarett verwendet, die Kontrolle der durchgeführten Behandlung. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 35 Tage. Vor der Entlassung erfolgte eine achttägige Kontrolldauer, in der durch Arthigon, Metallbougie, Prostatamassage und Bierprobe eine Provokation versucht wurde. Neben der Protargolgelatine kam auch eine 5proz. argentum nitricum-Gelatine zur Verwendung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Eyth, H. Die klinische Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum. Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 176.

Besprechung der jetzt üblichen Behandlungsmethoden: Fiebertherapie nach Weiß (9 Fälle) versagt in schweren Fällen, kann in leichteren durch weniger differente Therapie ersetzt werden. Trockenbehandlung (mittels Siccator und Katheter 2–3 mal tägl. 3proz. Cholevalbolus in Vagina und Urethra), Terpentininjektionen, Collargolinjektionen (intravenös) sind in den vom Verf. damit behandelten Fällen ohne jeden Erfolg. Günstiger wirken Arthigon, intravenös, und Protargol (10proz. Injektionslösung, 2proz. Spumanstäbchen). Die besten Ergebnisse wurden durch die kombinierte Argochrombehandlung erzielt: Intravenös wird jeden fünften Tag von einer 1proz. Lösung erst 5 ccm = 0,05 g Argochrom, dann je 10 ccm = 0,1 g Argochrom injiziert, lokal wird zweimal täglich ein Tampon mit 2proz. A.-Lösung in die Vagina eingeführt. Ausfluß nimmt in allen Fällen rasch an Intensität ab, nach durchschnittlich 8–10 Wochen negative Abstriche.

Martenstein (Breslau).

Schulz, Hertha. Zur Fieberbehandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoeica. Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. p. 429.

Verfasserin sah mit der Weißschen Bäderbehandlung bei an Vulvovaginitis gonorrhoeica erkrankten Kindern, weder bei alten noch bei 20 frischen Fällen einen positiven Erfolg, dagegen häufig unangenehme Nebenwirkungen, wie Erregungszustände, Delirien, Ohnmachten, Krämpfe, Kopf- und Leibschmerzen. Schulz warnt vor der Anwendung der Methode bei Kindern.

Martin Friedmann (Breslau).

Lade. Zur Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoeica mit heißen Bädern. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 26.

Lade behandelte 7 Fälle von Vulvovaginitis bei Mädchen von 2½ bis 12 Jahren mit heißen Bädern, die von 35° durch langsamen Zuguß auf 45° gesteigert wurden. Die längste Dauer des Bades war 30 Minuten, der Kopf wurde mit Eiswasserkompresse bedeckt, die Temperatur im Munde gemessen. Gut vertragen wurden die Bäder nur von 2 Patientinnen von 7 und 12 Jahren, aber auch diese zeigten

vorübergehende Schwächezustände. Sonst waren Unwohlsein bis zum Erbrechen, Kollaps, erschreckende Blässe, heftige Unruhe gewöhnliche Erscheinungen dabei. Ruhige Kinder überwandten die Schädlichkeiten leichter als lebhaftere. Zwei Fälle, die aber schon vorher in der Besserung zu sein schienen, kamen durch die Bäder zur Heilung, andere wurden gebessert, zwei nicht beeinflußt. Verf. ist der Meinung, daß die Gefahr, welche diese für Erwachsene ratsame Methode bei Kindern mit sich brächte, die gelegentlichen Heilerfolge überwiege.

Max Joseph (Berlin).

Hohlweg. Zur Behandlung der gonorrhoeischen Infektion der oberen Harnwege. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 30. p. 816.

In einem Falle einer schweren gonorrhoeischen Infektion der Blase und beider Nierenbecken gelang vollständige Heilung mit Hilfe künstlicher Überhitzung nach O. Weiß durch wenige Bäder.

Alfred Perutz (Wien).

Mönch. Über den Einfluß heißer Vollbäder nach Weiß auf die Körpertemperatur im allgemeinen und auf die Gonorrhöe im besonderen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 47. p. 1313.

Mit heißen Vollbädern kann man künstlich vorübergehendes Fieber erzielen, dagegen dürfte es nur in den allerseltensten Fällen gelingen, eine Höhe der Körpertemperatur zu erzielen, welche die Gonokokken abzutöten imstande wäre, da die Temperatur nicht lange genug beibehalten wird. Außerdem ist die Kur zu anstrengend, daß sie nur für wenige Patienten in Betracht kommt.

Alfred Perutz (Wien).

Schotten. Zur Heißbäderbehandlung der kindlichen Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 48. p. 1347.

Die kombinierte Heißbäder- und Lichtbehandlung führt bei kurzer Behandlungsdauer zu absolut sicherer Heilung.

Alfred Perutz (Wien).

Koller, H. Zur Behandlung der Spermatocystitis gonorrhoeica mit kolloidalem Silber. Schweizerische med. Wochenschr. 1920. Nr. 5. p. 87.

An Hand von 12 Fällen sucht Verf. die günstige Wirkung der Elektrargolinjektionen ins Vas deferens bei Spermatocystitis zu erweisen. Bei allen Fällen bestand zugleich eine akute oder abgelaufene Epididymitis. Verf. geht so vor, daß er neben der Lokalbehandlung zugleich intravenöse Elektrargolinjektionen macht zur Bekämpfung der Infiltrate, sei es der Prostata oder der Pericystitis. Die Injektionen ins Vas deferens werden womöglich zentrifugal gemacht, nachdem ein Anästhetikum injiziert worden ist. Die Nadel soll bei zentrifugaler Injektion durch den Cremasterzug weniger leicht abgleiten. Injiziert werden 1½ ccm. Die Abstände können bis auf 2 Tage verkürzt werden. Nach der Injektion kommt es zu einer Ver-

dickung des Vas deferens, die aber bald wieder zurückgeht. Verf. will mit der Methode sehr gute Resultate erzielt haben, auch bei chronischen Fällen.

Max Winkler (Luzern).

Koller, H. Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit kolloidalem Silber. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 21 u. 22.

Verf. ist ein Anhänger einer sehr aktiven Therapie der weiblichen Gonorrhöe, die fast an Polypragmasie grenzt. Wenn auch zugegeben werden mag, daß die weibliche Gonorrhöe vielfach noch fast unbehandelt bleibt, so darf man auf der andern Seite jedenfalls auch nicht zu weit gehen, ohne unter Umständen Schaden zu stiften (Ref.) Koller hält die Salpingitis ohne Abkapselung für häufiger, als gemeinhin angenommen werde. Es brauche dabei nicht zu einer Abkapselung durch Tubenverschluß zu kommen. Die Diagnose sei schwierig zu stellen. Wenn eine Gonorrhöe trotz Spülung, Tamponbehandlung, Ätzung weiter sezerniere und intermittierend kolikartige Schmerzen in den Hypogastrien mit vermehrtem eitrigem Ausfluß auftreten, so lasse das eine offene Salpingitis vermuten. Die Diagnose könne dann durch Herdreaktionen mittels Vakzine erhärtet werden. Für die vaginale und uterine Gonorrhöebehandlung empfiehlt Verf. die Jontophorese, deren Technik allerdings beherrscht werden müsse. Für die Tubenerkrankung verwendet er Injektionen von Elektrargol. Der Uterus wird angehakt und das Mittel durch Rekordspritze, die mit gebogener Kanüle versehen ist, direkt in die Tube injiziert. Die Kanüle ist vorn noch mit einer kleinen Olive armiert. Nach Ausspülung des Endometriums mit physiologischer NaCl-Lösung wird der Katheter zuerst in die eine, dann in die andere Tubenecke eingedrückt und injiziert. Auch wenn etwas Flüssigkeit in die Parametrien und in die Bauchhöhle gelangen sollte, so schadet das nicht, da das Silber von den Geweben gut vertragen werde. Auch vor dem Eintritt von etwas Eiter in die Bauchhöhle fürchtet sich der Verf. nicht, da das Mittel ja auch hier seine Wirkung entfalte. An Hand von 19 Krankengeschichten versucht Verf. die Wirksamkeit seiner Methode zu erweisen. Die Behandlung wurde fast ausnahmslos im Spital durchgeführt. Bettruhe scheint ihm nach der Injektion für 2—3 Tage geboten.

Die Methode soll nur von gynäkologisch geschulten Ärzten durchgeführt werden.

Max Winkler (Luzern).

Menzi. Vorläufige Mitteilung über Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3. p. 71.

Es wurden 82 Fälle von weiblicher Gonorrhöe (Urethral-, Uterus-, Adnex-, Rektal-, Gelenkgonorrhöe) mit 2—10 ccm einer 2proz. Kollargollösung, jeden zweiten Tag steigend, behandelt. Erfolg sehr günstig.

Alfred Perutz (Wien).

Menzi, H. Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Med. Klin. 1918. Nr. 36. p. 886.

Menzi behandelte die weiblichen Gonorrhöen neben der lokalen Behandlung mit Kollargolinjektionen. Die lokale Behandlung bestand bei der Urethra in einer täglichen Ausspritzung mit Oxycyanat-Chloeval-, Albargin- oder einer anderen Silberlösung und nachheriger Einführung eines 6proz. Protargolstäbchens, beim Cervix in Auswischung mit 5proz. Argentumlösung nach vorheriger Säuberung mit Sodalösung oder Wasserstoffsuperoxyd; darauf Tampon mit Choleval oder Bolus. Die Rektumgonorrhöe wurde mit 20proz. Protargolsuppositorien behandelt, nachdem mit Sodalösung gereinigt wurde. Zur Injektion wurde eine 25proz. Lösung von Kollargol Heyden verwendet. Die Erfolge waren teilweise günstige. Besonders wichtig waren die Erfolge der Kollargolbehandlung bei den gonorrhöischen Erkrankungen der Kinder und Graviden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sommer. Über den Erfolg der Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 40. p. 1111.

Die intravenöse Kollargolinjektion allein ist, entgegen den Resultaten von Menzi, bei der Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe ohne Erfolg. Alfred Perutz (Wien).

Crohn. Intravenöse Kollargolbehandlung der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41. p. 1161.

Das Kollargol wird als wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Gonorrhöe empfohlen. Alfred Perutz (Wien).

Koller, H. Die Behandlung der Cystitis mit kolloidalem Silber. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 40. p. 1511.

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Cystitis, die nicht auf Tuberkulose oder Pyelitis beruht, das 1proz. kolloidale Silber, von dem er 1—2 ccm in die Urethra posterior instilliert. Auch die gon. Cystitis soll prompt reagieren.

Bei Pyelitis hat Verf. in einem Falle gute Erfolge mit intravenösen Elektrargoinjektionen erzielt. Max Winkler (Luzern).

Franzmeyer, F. Über die Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Zentralbl. f. Gynäk. 1919. Nr. 31.

Verf. fand bei intravenösen 2proz. Kollargolinjektionen (3 bis 8 ccm jeden 2. Tag) bei lokaler Weiterbehandlung eine wesentliche Abkürzung der Behandlungsdauer bei weiblicher Gonorrhöe, die nicht über die Cervix ascendiert ist. Einige Male traten im Anschluß an die Injektion die schon oft beschriebenen Erscheinungen (Fieber, Kollaps usw.) auf. Leo Hammel (Breslau).

Dreser. Zum Argentum colloidal des Arzneibuches. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Ther. Bd. XIX. p. 285.

Zur Vermeidung von Lungenembolien sind zur intravenösen

Injektion nur frisch filtrierte Lösungen anzuwenden. Subkutane Anwendung verspricht nur geringen Erfolg. Rudolf Spitzer (Breslau).

Böttner. Über Kollargolanaphylaxie und ihre Bedeutung für die menschliche Anaphylaxie. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXV. Heft 1—3.

Kollargol-Heyden macht beim Meerschweinchen durch das als Schutzkolloid zugefügte Eiweiß aktive und passive Anaphylaxie. Beim Menschen wird dies nicht beobachtet. Basedowkranke sind vielleicht eher dazu disponiert. Durch bestimmte Vorsichtsmaßregeln (langsame Injektion des Antigens, subkutane Vorinjektion) lassen sich vielleicht anaphylaktische Erscheinungen überhaupt vermeiden.

Kurt Wiener (Breslau).

Skutezky, K. Über das Auftreten komplementbindender Stoffe im Serum spezifisch behandelter Gonorrhöer. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 31.

Das Serum mit Vakzin behandelter Gonorrhöer gibt in der Mehrzahl der Fälle in aktivem Zustand untersucht, vorübergehenden positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion. Derselbe verschwindet nach dem Inaktivieren, oder bleibt nur als leichte Hemmung bestehen. Der positive Ausfall der Reaktion stellt sich nur nach intravenöser Behandlung und bei schwerer, von Komplikationen begleiteter Gonorrhöe ein und dürfte mit der Antikörperbildung im Blute zusammenhängen.

Viktor Bandler (Prag).

Preiswerk, R. Die Seroreaktion auf Lues nach Vernes. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 3. p. 51.

Verf. hat die Vernessche Methode für Luesnachweis versuchsweise mit der Wa.R. geprüft und die Resultate miteinander verglichen. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die zur Vernesschen Reaktion verwendeten Ingredienzien sind keine konstanten Größen. Die Resultate weichen nicht unwesentlich von denen der Wa.R. ab. Die unsichere Wirksamkeit des Schweineserums schließt die Anwendung der Reaktion an Stelle der Wa.R. aus praktischen Gründen aus.

Max Winkler (Luzern).

Brauns, H. Zur Frage der Behandlung der weiblichen Gonorrhöe, insbesondere mit „schaumbildenden“ Stäbchen. Zentralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 1. p. 16.

Mit dem Ansteigen der Gonorrhöe des letzten Jahres ist die Mengesche Schule (die bekanntlich die Uterusinfektion als ein noli me tangere auffaßt, nur die Urethralgonorrhöe lokal behandelt und gegen die Uterusgonorrhöe nur Scheidenspülungen vornimmt) dazu übergegangen, vorübergehend eine aktivere Uterustherapie einzuschlagen. Es wurden die „schaumbildenden“ Stäbchen und zwar Spumanstäbchen, Cholevalstäbchen oder Gonostyli, denen Acid. tartar und Natr. bicarb. (1 + 2) zugesetzt wurden, intracervikal versucht. Es zeigte sich, daß diese Behandlung keinen Fortschritt in der Gonorrhöebehandlung bedeutet — experimentell gelangten die

eingebrachten Mittel nicht in die Taschen und Buchten — und nicht geeignet ist, das bisherige Spülverfahren zu ersetzen. Die Erfolge sind nicht besser, im Gegenteil: durch den Gasdruck kann eine Ascension der Gonokokken propagiert werden.

Zur Kasuistik sei kurz ein Fall erwähnt, bei dem nach 20jährigem Bestehen einer Gonorrhöe massenhaft Gonokokken im Urethralsekret nachweisbar waren. Martin Friedmann (Breslau).

Loeser, A. Der latente Mikrobismus der Scheide und seine Wandlungen bei Genital- wie Allgemeinerkrankungen. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 2. p. 46.

Zweierlei sind die ursächlichen Noxen, die eine Veränderung der wichtigen Vaginalflora veranlassen können:

1. Die herabgesetzte Funktionstüchtigkeit des Scheidenepithels bei konstitutionellen Allgemeinerkrankungen und interkurrenten Infektionskrankheiten. Die normale Scheide reagiert sauer; alkalische Reaktionen des Vaginalsekretes sind untrügliche Zeichen einer Lokal- oder Allgemeinerkrankung der Genitale. Das saure Milieu ist maßgebend für die normale Bakterienflora; es handelt sich in der Scheide um eine Gärungsmilchsäure. Sie kann nur entstehen, wenn in den Vaginalepithelien Glykogen gespeichert ist, was von der normalen Körper- und Zellkonstitution abhängig ist. Veränderungen dieser Glykogenspeicherung z. B. bei Tuberkulose, innerer Sekretionsstörung, Chlorose usw. bedingen also auch eine Änderung der normalen Vaginalflora.

2. Die Ansiedlung andersartiger Außenkeime nichtvaginaler Herkunft in der Scheide und das allmähliche Unterliegen der normalen latenten Scheidenflora z. B. bei Diarrhöen, Oxyuren, Streptokokken des Präputialsackes beim ersten Coitus, Gonorrhöe des Uterus usw.

Beide Male ist die Folge dieser Mikrobenveränderung der Fluor in verschiedener Form. Die Erkenntnis der wahren Ursachen gibt Fingerzeige zu neuer kausaler Fluortherapie.

Martin Friedmann (Breslau).

Loeser, A. Der Fluor, seine Entstehung und eine neue kausale Therapie mittels des Bakterienpräparates „Bazillosan“. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 17. p. 417.

1. Das Scheidensekret ist ein glykogenhaltiges Ernährungstranssudat, in dem durch den normalen latenten Scheidenmikrobismus eine Gärungsmilchsäure entwickelt wird.

2. Die Eigenart und die Menge des Transsudates wie der mit diesem untrennbar verbundene latente Scheidenmikrobismus sind die unbedingten Erfordernisse für den normalen Ablauf der Scheidenfunktionen.

3. Wird die Menge des Transsudates durch eine innere Krankheitsursache (Störung der inneren Sekretion, verminderte Glykogen-deponierung, Stauung usw.) und durch die damit verbundene Veränderung der Scheidenepithelzellenbiologie vergrößert, so entsteht

der vaginale Fluor, mit dem früher oder später ein Umschwung des latenten Scheidenmikrobismus verbunden ist, die Menge des Transsudates kann ebenso durch äußere Krankheitsursachen (Mikrobeninvasion, Fremdkörper, chemische Reizung usw.) vergrößert werden; auch dann wird rückwirkend die Scheidenepithelzellenbiologie beeinflusst.

4. Die Therapie des vaginalen Fluors muß der Scheidenbiologie Rechnung tragen. Sämtliche Spül- und Austrocknungsbehandlungen der Scheide bei Fluor sind daher verfehlt, weil sie der Scheidenbiologie zuwiderlaufen.

5. Das Bazillosan (Kulturen von bestimmten Milchsäurebacillen in Tabletten- oder Pulverform) wirkt im biologischen Sinne desinfizierend und zeitigt Erfolge in der Fluorbehandlung, wie wir sie sonst nicht erreichen.

Martin Friedmann (Breslau).

Vollmer, E. Über einen Todesfall durch Gonorrhöe. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1920. p. 112.

Bei einem plötzlich verstorbenen 19jährigen Mädchen ergibt die Obduktion eine ausgedehnte gonorrhöische Adnexerkrankung, die durch Übergreifen auf das Peritoneum den Tod herbeigeführt hat.

Franz Bacher (Breslau).

Zieler. Wie wird die Heilung des Trippers beim Manne festgestellt? Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

Als zuverlässigste Probe zur Feststellung der Tripperheilung bewährte sich Zieler die Provokation mit den Kollmannschen Dehnern. Vor ihrer Durchführung müssen selbstverständlich alle Komplikationen der Harnröhrenerkrankung sowie Infiltrate beseitigt sein. Verf. fand diese Provokation bedeutend empfindlicher als die Injektionen von Gonokokkenimpfstoffen, beobachtete nur in 1% seiner Fälle einen Mißerfolg und hält daher diese Methode für besonders maßgeblich zur Erteilung des Heiratskonsenses. Max Joseph (Berlin).

Karo. Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen der Harnorgane durch Eucupin-Terpentininjektionen bei interner Verabfolgung von Buccosperin. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 120.

Karo berichtet über günstige Erfolge der von Klingmüller empfohlenen Terpentineinspritzungen bei Gonorrhöe, besonders in Kombination mit Eucupin. $\frac{1}{2}$ –1proz. Eucupinöl (Ol. arachidis od. olivar.) wurde mit 20% Terpentin vermengt und hiervon 1 cm injiziert. Keine unangenehmen Nebenerscheinungen, vereinzelt vorübergehende lokale Infiltrate, Temperatursteigerungen bis 39,8; niemals Abzesse, nie Albuminurie. Nur bei einem Fall von Pyelonephritis kam es nach der Injektion zu einer drei Tage anhaltenden Hämaturie. Für den Leser klingen Karos Erfolge allerdings nicht sehr überzeugend. Nach 5–8 Injektionen (in 3–6 tägigen Intervallen!) wurde ein vollkommenes Sistieren des vorher abundanten Ausflusses beobachtet. In 2 Fällen trat dauernde Heilung auf. In allen übrigen Fällen bestand dann noch immer spärlich schleimiger Ausfluß mit

Gonokokken. Diese Fälle wurden durch lokale antiseptische Behandlung und interne Verabfolgung von Buccosperin „in wenigen Wochen endgültig geheilt“.

Bei unkomplizierter Gonorrhöe wird das Auftreten von Komplikationen verhütet. Gut wirken die Mottel bei Coropiritis, Epididymitis, weniger konstant bei Prostatitis und Spermatocystitis. Fälle von gon. Epididymitis, die vorher vergeblich mit Arthigon behandelt worden waren, gingen nach Terpentininjektionen vollkommen zurück. Bei tuberkulöser Epididymitis keinerlei Erfolg. In einem Falle von Blasentuberkulose hörten wenige Stunden nach jeder Injektion die schmerzhaften Tenesmen auf, der Harn wurde klarer, die Pausen zwischen den Miktionen größer. Walther Pick (Wien).

Heitzmann, O. Doppelseitige Hydronephrose nach doppelseitiger gonorrhöischer Ureterenverengung. Centralbl. f. allgem. Path. u. pathol. Anat. Bd. XXIX. Nr. 2. p. 25.

Heitzmann fand bei der Sektion in der Urethra, der Prostata, in einem Vas deferens und Nebenhoden Veränderungen, die nur auf eine Gonorrhöe zurückgeführt werden konnten, während die Ureterenstrikturen, da an den physiologischen Engen gelegen, zunächst eher an eine angeborene Mißbildung denken ließen. Diese Annahme war jedoch unhaltbar, da sich die Nieren statt hypoplastisch als hydronephrotisch erwiesen und sowohl in der Blase als auch in den Ureteren Zeichen chronischer Entzündung gefunden wurden, für die nach Ansicht des Verf. ätiologisch auch nur die Gonorrhöe in Frage kommen konnte. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Koller, H. Neue Wege in der Behandlung der Gonorrhöe. Schweiz. Rundschau f. Med. 1918. Nr. 9. p. 161.

Nach Verf. muß die Gonokokkeninfektion, wenn sie auch oberflächlich lokalisiert ist, grundsätzlich als interne Krankheit aufgefaßt werden. Die Gonokokken sitzen nur zum Teil auf dem Epithel, sondern ebenso häufig im und unter dem Epithel. Dann in Höhlen, die unserer gewöhnlichen Therapie nicht zugänglich sind, wie Samenhöhlen, Tuben usw. Um eine Heilung zu konstatieren, genügt nach Verf. der negative mikroskopische Befund nicht mehr, er verlangt die Reizbehandlung mit Gonovaccine. Koller selbst bringt die Gonovaccine nach Ponndorf mittels Stichen in die Haut und will mit einigen Tropfen ebenso heftige allgemeine als lokale Reaktionen gesehen haben, wie mit 1 cem subcutan.

Nach diesen theoretischen Erörterungen geht er zur Besprechung der Therapie über. Als interne Krankheit müsse die Gonorrhöe auch intern behandelt werden. Alle 5—7 Tage gibt Koller eine intravenöse Elektrargolinjektion mit 100 Millionen Keimen, dann mit 500 Millionen. Lokal die übliche Injektionsbehandlung; in die Blase Injektionen von Arg. colloidal. Bei Epididymitis, Tubenerkrankung, Samenblasenentzündung werden lokale Injektionen von Elektrargol empfohlen. Zur Behandlung der Vagina, des Cervix, des Endometriums wendet

Verf. die Silber-Iontophorese an in Verbindung mit Trockenbehandlung mittels 1% Protargol, Bolus alba und Carbo animalis aa. Zur Behandlung der goutte militaire und Striktur wendet er die Kathodenmassage angeblich mit gutem Erfolge an.

Die Gefahr der Gonokokkensepsis könne durch die Allgemeinbehandlung vermieden werden.

Der Standpunkt, der hier verfochten wird, macht den Eindruck einer leichten Polypragmasie. Verf. vergißt zu betonen, daß es doch einen großen Prozentsatz von männlichen Gonorrhöen gibt, die auf die Anterior lokalisiert bleiben und mit der gewöhnlichen Injektionsbehandlung zur restlosen Heilung gebracht werden, namentlich unter Zuhilfenahme des leider viel zu wenig angewendeten alten Argentum nitricum zum Schluß der Behandlung, wo es vortrefflich vertragen wird.

Max Winkler (Luzern).

Schmidt, H. E. Über Diathermiebehandlung der Gonorrhöe und anderer Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 8. p. 184.

Verf. verwirft in gleicher Weise den Überschwang der „Diathermie-Apostel“ wie die völlige Ablehnung der Gegner dieser Behandlungsweise. Bei 500 Fällen von Urethral-Gonorrhöe, Gonitis, Epididymitis und Prostatitis sah er gute Erfolge. Dabei handelte es sich um Fälle, die schon anderweitig 2–3 Monate erfolglos behandelt waren. Verf. ist der Ansicht, daß der Prozeß dann fast immer in der Prostata bzw. den Samenblasen lokalisiert ist. 2 Fälle, in denen auch Ureth. ant. bestand, mußten auch nach dreimonatiger Diathermiebehandlung ungeheilt entlassen werden. Häufig sah Verf. aber auch Gonitiden, Epididymit. und Arthritiden unter anderweitiger Wärmebehandlung oder Priessnitz rascher heilen als mit Diathermie. Mit letzterer darf man erst nach dem akuten Stadium beginnen. Abtötung der Go. bewirkt die Diathermie nicht. Sehr enge Strikturen werden durch Diathermie rasch für stärkere Sonden durchgängig. Epididymitis oder Prostatitis entstand durch Anlegen der Innen-Elektrode nicht.

Krakauer (Breslau).

Glück, A. Epithelzelle und Gonokokken. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 3.

Es gelingt mit Hilfe bestimmter Färbemethoden (10–20 proz. Anilinwasser-Säurefuchsinlösung, Differenzierung mit verdünntem Pikrinsäurealkohol) im Plasma der Plattenepithelien gonorrhöischer Sekrete konstant kleinste, wohl charakterisierte, kokkenartige Gebilde nachzuweisen, die Glück für intraepitheliale Initialformen des Gonokokkus hält, während die auch mit den üblichen Färbemethoden leicht darstellbaren und konstant nachweisbaren Epithelzeileinlagerungen als intraepitheliale Degenerationsformen des Gonokokkus anzusehen sind.

Viktor Bandler (Prag).

Gross, S. Zur Behandlung der Zystopyelitis. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 44.

Manche Fälle von Pyelitis und Cystopyelitis, am häufigsten solche gonorrhoeischen Ursprungs, erfahren durch intravenöse Injektionen von Neosalvarsan ($3 \times 0,15$) eine überraschende Besserung und Heilung. Die günstige Wirkung ist auf die Formaldehydkomponente des Neosalvarsans zurückzuführen, sie ist eine vorwiegend flächenhafte. Fälle von Kathetercystitis eignen sich für die Behandlung in hervorragendem Maße, sie heilen häufig nach einer einzigen Injektion. Die Kolierkrankungen der Harnwege scheint durch diese Behandlungsmethode nicht beeinflußbar zu sein. Viktor Bandler (Prag).

Mucha, V., und H. Hofmann. Über Vaccinebehandlung der Gonorrhöe bei Frauen. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 43.

Die intravenöse Vaccinebehandlung liefert bei akuter und subakuter gonorrhoeischer Cervicitis in 35—40% der Fälle prompte Heilerfolge, in weiteren 35% bedeutet sie eine ganz wesentliche Unterstützung der lokalen Behandlung. Bei Erkrankungen der Adnexe und Parametrien zeigt sich in etwa einem Viertel der Fälle prompte Beeinflussung der Erkrankung. Nach den Injektionen treten häufig ausgesprochene Herdreaktionen auf, Zunahme des Sekretes, Auftreten von Gonokokken bei Adnexerkrankungen, Bauchschmerzen, Brechreiz, Manifestwerden der Adnexerkrankung. Provokatorische Vaccineinjektionen scheinen ein wertvolles Hilfsmittel zur Feststellung der Heilung abzugeben. Die Vaccinebehandlung soll möglichst frühzeitig einsetzen. Bei refraktären Fällen kann nach 1—5wöchiger Pause eine neuerliche Behandlungsserie besseren Erfolg haben.

Viktor Bandler (Prag).

Geber, H. Über die Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoeica mit Tierkohle (Merck).

Der Autor spült die Vulva und Vagina mit Hilfe eines Gummikatheters mit Kalihypermang. 1:10 000 aus. Nach Austrocknung der Vagina wird durch einen Harnröhrenspiegel Tierkohle eingeblasen. Die Erfolge waren sehr gut, das Verfahren ist empfehlenswert.

Viktor Bandler (Prag).

Weiss, A. Über intravenöse Vaccinebehandlung gonorrhoeischer Komplikationen. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 20.

Aus den Beobachtungen erhellt, daß die Vaccinationstherapie, speziell das intravenöse Verfahren, einen großen Fortschritt in der Behandlung der Gonorrhöe und deren Komplikationen bedeutet. Die Heildauer der Komplikationen erfährt bei dem intravenösen Verfahren in den meisten Fällen eine wesentliche Abkürzung, wobei auch eine günstige Beeinflussung des urethralen Prozesses zutage tritt.

Viktor Bandler (Prag).

Bucura, C. Zur Diagnose der Gonorrhöe beim Weibe. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 11.

Bucura empfiehlt zu exakten diagnostischen Zwecken mittels

Ureterenkatheters eine Sekretentnahme aus dem Uteruscavum bis hinauf zu den Tubenecken. Dieses aus der Uteruskörperhöhle entnommene Sekretmaterial enthält nach Bucuras Erfahrungen auch dort, wo in den übrigen Genitalabschnitten die Krankheitserreger nicht nachweisbar waren, sehr häufig den Gonokokkus in Reinkultur.

Viktor Bandler (Prag).

Scholtz, W. Über die Feststellung der Heilung der Gonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 32.

Im Gegensatz zu der Erscheinung bei Diphtherie gibt es bei der Gonorrhöe keine Gonokokkenträger, wie Scholtz nachweist, da die Gonokokken stets eiterhaltige Absonderungen hervorrufen. Hingegen kommen schleimige Sekretionen vor, die noch Eiter enthalten oder davon frei sein können. Nur durch die bakteriologische Untersuchung ist festzustellen, ob eine pathologische Sekretion der Genitalschleimhaut eine echte Gonorrhöe darstellt, d. h. Gonokokken aufweist. Das Material hierzu ist nach sorgfältiger Reinigung der Harnröhrenmündung, Fossa navicularis und Portio aus der Tiefe der Cervix oder Urethra zu entnehmen. Eiterhaltige Partien mit gut erhaltenen Leukocyten sind besonders genau zu untersuchen. Findet man keine Gonokokken, so versuche man noch eine Provokationsmethode durch Alkohol, heiße Bäder, Knopfsonde, Massage, Dehnungen mit dem Kollmannschen Dilatator, Spülungen oder Injektionen mit Argent. nitric. oder Perhydrol oder durch Arthigoninjektionen. Chemische, mechanische und Vaccineprovokationen können kombiniert werden. Die Sekrete sind etwa 6 Tage lang nach der Provokation zu untersuchen. Die Untersuchung bei Frauen findet am besten bald nach der Menstruation statt. Max Joseph (Berlin).

Weinberg. Clauden bei Blasenblutungen. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 30.

Bei starker Blasenblutung infolge einer Neubildung tat Fischls Clauden ausgezeichnete Wirkung. Zu 0,5 Clauden wurde 10 g abgekochtes Wasser hinzugefügt und mittels Katheter in die Blase eingespritzt. Das Blut verschwand rasch aus dem Harn. Schädliche Nebenwirkungen traten nicht auf, besonders keine Ätzung. Die hämostyptische Kraft des Claudens scheint nicht auf Anätzung der Gefäßwand wie beim Alaun, Eisenchlorid usw., sondern auf Fermentwirkung zu beruhen.

Max Joseph (Berlin).

Aermi, P. Die Thermopräcipitinreaktion als Diagnosticum bei Gonorrhöe. Schweiz. Rundschau f. Med. 1918. Nr. 14. p. 268.

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche, die in der Berner Frauenklinik gemacht wurden, zum Schlusse, daß das von Schürmann angegebene Verfahren der Thermopräcipitinreaktion als Diagnosticum der Gonorrhöe nicht verwendet werden könne, da es nicht zuverlässige Resultate liefere. Auch mit Serum Gonorrhöe-

kranker und gonorrhöischen und nicht gonorrhöischen Vaginal-extrakten erhielt er negative Resultate. Max Winkler (Luzern).

Marquardt, R. Ormizet in der Therapie der Erkrankungen der Harnblase. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Das von Marquardt als vorzügliches Heilmittel erprobte Ormizet ist eine reizlose klare Lösung der ameisensäuren Tonerde, welche sowohl bei Entzündungen von Haut und Schleimhäuten, als auch bei chronischem Blasenkatarrh ausgezeichnete Erfolge zeitigte. Verf. versuchte das Mittel mit gutem Resultat an sich selbst, da er an einer Jahre lang trotz verschiedenster Behandlung immer rezidivierenden Bakteriurie litt. Einspritzungen von 6proz., später etwas stärkerer Ormizetlösung wurden schmerzlos vertragen und führten zu völliger Heilung.

Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. I. Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Es gelang Blaschko, viele Fälle von frischer Gonorrhöe mit 1 oder 2 Injektionen starker Albarginlösung zu heilen. Vorbedingungen für so günstige Heilerfolge sind aber, daß noch keine Entzündung, keine oder wenig Schmerzen bestehen, das Sekret noch spärlich, nicht eitrig, sondern molkig-schleimig ist und die mikroskopische Untersuchung viele Epithelien und extracelluläre Lagerung der Gonokokken ergibt. Die Inkubation muß kurz, die hintere Harnröhre noch frei sein. Ein Zeitverlust von 24 Stunden kann schon verhängnisvoll sein, man kann daher dem Publikum nicht dringend genug raten, bei dem leisesten Verdacht auf Tripper mit dem Aufsuchen des Arztes nicht zu zögern. Die behandelten Kranken müssen unter Beobachtung gehalten werden, um festzustellen, ob eine wirkliche Heilung erzielt wurde.

Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 40.

Während in manchen Fällen die Selbstheilskraft der Natur die Gonokokken ohne andere Beihilfe zur Ausscheidung bringt, ist doch häufig die Reaktion auf die gonorrhöische Infektion eine viel zu geringe. Der Tripper heilt bei örtlicher Behandlung schneller, schmerzloser und kommt seltener zu Komplikationen. Verf. gibt einen anschaulichen Überblick vom klinischen Verlaufe des Trippers und kommt zu dem Schlusse, daß gerade in der Epoche der Ausheilung nicht eine sichtbare entzündliche Reaktion, sondern eine allmähliche unmerkliche Umwandlung des Gewebes vor sich gehe. Während die Abortivbehandlung die leichte Entzündung absichtlich steigert, sollen die Injektionen auf der Höhe der Erkrankung das entzündliche Stadium mildern und verkürzen. Die oberflächlich sitzenden Gonokokken werden getötet und durch die Durchtränkung der tieferen Epithelschichten auch hier eine Entwicklungshemmung für den Krankheitserreger bewirkt. Die besondere Hartnäckigkeit mancher Tripperinfek-

tionen erklärt sich durch das Eindringen des Virus in Drüsen und Lacunen, die mit dem Medikament schwer erreichbar sind. Dann helfen nur sorgfältigst ausgeführte Spülungen, Dehnungen, Ätzungen dieser Partie und Massage. Oft findet auch eine Gewöhnung der Schleimhaut an die Gonokokken statt. Wenn einzelne Gonokokken liegenbleiben und einheilen, empfehlen sich reizende Injektionen ähnlich wie beim Abortivverfahren. Lugolsche Lösung tut hierbei gute Dienste. Verf. ist der Meinung, daß sich die schließliche Heilung auf gleiche Weise vollziehe, gleichviel ob man durch Entwicklungshemmung der Gonokokken das Abklingen der Krankheit beschleunigte oder ob man den Tripper erst austoben ließ. Für den Schlußakt ist die entzündliche Reaktion des Anfangs- und Höchststadiums nicht mehr maßgebend.

Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Zur Therapie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. III. Die Feststellung der Heilung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41.

In der normalen Praxis hält Blaschko es für geboten, etwa 14 Tage die Behandlung auszusetzen, wenn der Gonorrhöekranke keine klinischen Symptome mehr zeigt und erst dann zu provozieren, da eine zu früh vorgenommene Provokation den Heilprozeß stören und hartnäckige Rückfälle hervorrufen kann. Zur Reizung hat Verf. außer einer Kombination von Arthigoninjektionen mit lokaler Dehnungsmassage besonders auch eine zweimalige Injektion Lugolscher Lösung bewährt gefunden. Treten nach dieser in der reichlichen Sekretion keine Gonokokken mehr zutage, so kann man annehmen, daß der Patient geheilt sei. Besonders erwünscht ist diese Sicherheit in Fällen, wo lange Zeit seit der Erkrankung vergangen ist und behufs Eheschließung die Gesundheit des Patienten festgestellt werden soll. Jedenfalls ist die Provokation unbedingt erforderlich, um die Heilung einer Gonorrhöe einwandfrei zu konstatieren.

Max Joseph (Berlin).

Zieler, K. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Zieler betont, daß der Verlauf des Trippers sich günstiger gestalte, wenn von Beginn der Erkrankung an Mittel angewandt werden, die den natürlichen, als Selbstheilvorgang anzusehenden Entzündungsprozeß wenig beeinflussen, wie z. B. das Protargol und nicht entzündungswidrige Mittel, die einer Einnistung der Gonokokken Vorschub leisten. Zwischen den Verhältnissen auf der Oberfläche und in der Schleimhaut selbst müsse durchaus unterschieden werden.

Max Joseph (Berlin).

Edelmann, Adolf, und Hildegard Lazansky. Über eosinophile Zellen in Harnsedimenten. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Ureteritis membranacea. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41.

Bei verschiedenen Nierenerkrankungen fanden Edelmann und

Lazansky eosinophile Zellen im Harnsediment, einen besonders hohen Prozentsatz, 7—13%, bei akuter hämorrhagischer Nephritis. Diese Eosinophilie im Harnsediment erschien als ein günstiges Anzeichen für gute Prognose des Falls. Bei Asthma bronchiale wurde eine Leukocytenzübung des Harns beobachtet, die zum etwa dritten Teil aus eosinophilen Zellen bestand. In einem Fall von Ureteritis membranacea wurden im Harnsediment 92% eosinophile Zellen gefunden.

Max Joseph (Berlin).

Junghanns. Ein weiterer Fall von Urethritis non gonorrhoeica und septischer Allgemeinerkrankung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 47.

Bei dem 16jährigen, nicht geschlechtskranken Patienten, sowie in zwei einschlägigen Fällen aus der Literatur fand Junghanns Fieber, gonokokkenfreien Ausfluß aus der Harnröhre, Blasenkatarrh, Conjunctivitis, Keratitis und Iritis, Schwellungen mehrerer Gelenke und Herzsymptome. Aspirin erzielte keinen, intravenöse Kollargolinjektion ausgezeichnete Heilerfolge, was für die spezifische Natur der Erkrankung spricht. Bei dem eignen Patienten vermutete Verf. Staphylokokken als Krankheitserreger, die von einem 14 Tage zuvor bestehenden Furunkel aus in den Körper drangen. Doch ließ sich bei kultureller Untersuchung von Blut und Ausfluß nichts Genaues feststellen.

Max Joseph (Berlin).

Zeissl, M. Zur Behandlung des Trippers und der Syphilis. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 44.

Für die Gonorrhöebehandlung empfiehlt Zeissl das Protargol, Albargin und Choleval. In der Syphilistherapie verwendet der Autor mit Vorliebe 5proz. Succinimid-Quecksilberlösungen in Phiolen vorbereitet, ebenso das Luesol, 0,02 g Mercur Benzoat enthaltend; auch das Modenol, Ersatzpräparat für Enesol, hat sich nach Zeissl bewährt.

Viktor Bandler (Prag).

Weiss, A. Über eine kombinierte Proteinkörper-Vaccinetherapie bei gonorrhoeischen Komplikationen. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14.

Nach des Autors Erfahrungen zeitigt die Proteinkörpertherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe Resultate, mit denen man zufrieden sein kann. Weiss kombinierte Protein mit intravenös dargestellter Vaccine, um durch den summatorischen Vorgang der Phagocytose und Antikörperbildung eine erhöhte Wirkung zu erzielen. Der Erfolg ist ein recht ermutigender.

Viktor Bandler (Prag).

Kall, K. Die Cholevalbehandlung der Gonorrhöe. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 7/8.

Choleval ist ein wenig reizendes, aber auch nicht sehr stark baktericides Silberpräparat. Es eignet sich zur Behandlung der ganz frischen Gonorrhöe, sowie zur Nachbehandlung. Bei Posteriorerkrankungen empfiehlt Kall das Choleval in Form 2—5% Instilla-

tionen. Kall warnt vor Scheinheilungen bei Fehlen des Ausflusses und bei klarem Urin (Blender). Viktor Bandler (Prag).

Stümpke, G. Über intravenöse Kollargolinjektionen bei weiblicher Gonorrhöe. Ther. d. Gegenw. 1918. p. 254.

Stümpke hat die von Menzi (Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3) empfohlene Therapie mit jeden 2. Tag vorgenommenen Injektionen von 2–10 cem einer 2proz. Kollargollösung in etwa 50 Fällen versucht und bei der akuten weiblichen Gonorrhöe, besonders der Harnröhre, gute Erfolge gesehen. Bei chronischer Gonorrhöe, trotz zahlreichen Irjektionen — bis zu 15 — kein Effekt. In einzelnen Fällen traten Nebenerscheinungen, wie Fieber bis 40°, tagelanger Kopfschmerz auf. Im allgemeinen erweckt der therapeutische Effekt keine allzu großen Hoffnungen. Walther Pick (Wien).

Friedenthal, H. Über kolloidale Silberlösungen und ihre Anwendungen in der Heilkunde. Ther. d. Gegenw. 1918. p. 231.

Die chemische Darstellung kolloidalen Silbers liefert zwar feinere Teilchen (Dispargen, Kollargol), doch haben die durch elektrische Zerstäubung hergestellten Präparate (Fulmargin, Elektrokollargol) eine noch größere Desinfektionskraft, welche von keinem der zur inneren Desinfektion verwendeten Mittel übertroffen wird.

Walther Pick (Wien).

Böttner, A. Über Kollargolanaphylaxie und ihre Bedeutung für die menschliche Anaphylaxie. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXV. p. 1.

Auf Grund seiner an Matthes Klinik in Königsberg ausgeführten Versuche gelangt Böttner zu folgenden Schlüssen: Mit Kollargol-Heyden läßt sich sowohl aktive, wie auch passive Anaphylaxie beim Meerschweinchen erzeugen. Der dem Kollargol als Schutzkolloid zugefügte Eiweißkörper ist hierfür verantwortlich zu machen. Die nach Überstehen eines Shocks auftretende Antianaphylaxie ist nur eine bedingte. Beim Menschen sind trotz außerordentlich umfangreicher therapeutischer Verwendung von Kollargol-Heyden und selbst bei intravenösen Kollargolinjektionen im typischen Zeitintervall anaphylaktische Zustände bis auf einen fraglichen, von ihm beobachteten Fall, nicht bekannt. Dieses differente Verhalten von Mensch und Tier berechtigt zu der Annahme, daß es auch bei der übrigen Eiweißkörpertherapie unter Einhalten entsprechender, in der Arbeit näher ausgeführter Vorsichtsmaßregeln gelingen muß, das Auftreten anaphylaktischer Zustände zu vermeiden. Menschen mit Basedowscher Krankheit — wie vielleicht überhaupt auch solche mit Störungen der inneren Sekretion und labilem Nervensystem — scheinen bei wiederholter parenteraler Eiweißkörperzufuhr zum Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen disponiert zu sein. P.

Hoffstetter. Erfahrungen mit Choleval. Ther. d. Gegenw. 1918. p. 238.

In 83 Fällen von Gonorrhöe wurde Choleval in schwächerer, in

100 Fällen in stärkerer Konzentration angewandt. Zum Vergleich wurde eine dritte Versuchsreihe mit Albargin, 98 Fälle umfassend, herangezogen. Das Choleval zeigt sich in der Wirkung nicht wesentlich überlegen, hat aber eine gute gonokokkentötende Wirkung und stellt immerhin eine Bereicherung der Gonorrhöetherapie dar.

Walther Pick (Wien).

Frisch. Ist die gewöhnliche Behandlung der akuten Gonorrhöe rationell? Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 12. p. 518.

Frisch meint, daß die Injektionsbehandlung zu verwerfen ist.

Harald Boas (Kopenhagen).

Jessen. Behandlung der akuten Gonorrhöe. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 13. p. 566.

Jessen verwirft die Injektionsbehandlung.

Harald Boas (Kopenhagen).

Jacobsen. Momente der Gonorrhöenbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 14. p. 612.

Bei der akuten Gonorrhöe ist die interne Therapie vorzuziehen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Ingerslev. Die Bedeutung der akuten Gonorrhöe. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 14. p. 613.

Ingerslev verwirft die Injektionsbehandlung.

Harald Boas (Kopenhagen).

Frisch. Die Behandlung der akuten Gonorrhöe. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 14. p. 613—614.

Frisch empfiehlt wieder die interne Behandlung mit Balsamica.

Harald Boas (Kopenhagen).

Frisch. Gonorrhöebehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 17. p. 734.

Frisch empfiehlt zum dritten Male die interne Behandlung der Gonorrhöe.

Harald Boas (Kopenhagen).

Heilbronn. Selbstverstümmelung durch Gonokokkenübertragung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 49. p. 1583.

Ein seit 2 Jahren an chronischer Gonorrhöe leidender russischer Kriegsgefangener diente als Gonokokkenspender bei der Übertragung dieser Krankheit an 4 anderen Russen. Alfred Perutz (Wien).

Lewinski. Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. (Erwiderung auf die Arbeit von Prof. C. J. Gauss in der Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 38.) Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1490.

Polemik.

Alfred Perutz (Wien).

Menzer. Über Gonorrhöeheilung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1489.

Der wiederholt negative Befund von Gonokokken kann niemals berechtigen, mit absoluter Sicherheit von Heilung zu sprechen. Die bisherige Behandlung der Gonorrhöe, welche ein rasches Verschwinden der Sekrete und der Gonokokken anstrebt, verhindert vielfach eine völlig restlose Ausheilung.

Alfred Perutz (Wien).

Rost. Die Heizsondenbehandlung der chronischen Gonorrhöe und der Strikturen der Harnröhre, zugleich eine neue Provokationsmethode. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 41. p. 1345. Feldärztl. Beilage.

An einem großen, gut beobachteten Material geprüft, hat sich die Heizsonde als hervorragendes Mittel zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe des Mannes erwiesen. In gleicher Weise ist sie zur Behandlung gonorrhöischer und chirurgischer Strikturen brauchbar. Infolge der „Ausschwemmung der Gonokokken“ übertrifft die Heizsonde die übrigen Provokationsmethoden. Sie ist leicht anwendbar und gefahrlos.

Alfred Perutz (Wien).

Gauss. Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 38. p. 1228.

Die Forderung einer verschärften Kritik der Gonorrhöeheilung ist berechtigt und notwendig. Nur derjenige Patient kann als geheilt und ungefährlich angesehen werden, dessen Heilung auch den verschärften Kriterien der ärztlichen Untersuchung wirklich standhält.

Alfred Perutz (Wien).

Reiter. Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 50. p. 1610.

Polemik gegen Gauss.

Alfred Perutz (Wien).

Bruck. Über die Bedeutung provokatorischer Arthiginjektionen für die Kontrolluntersuchungen bei der Demobilisierung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 33. p. 1089. Feldärztl. Beilage.

1. Sämtliche während des letzten Jahres an Gonorrhöe Erkrankten sind zwecks Nachuntersuchung einem Speziallazarett zu überweisen.

2. Dasselbst sind Sekret- und Urinuntersuchung (Flocken) vorzunehmen.

3. Alle Leute, bei denen Sekretion, Urintrübung, Prostataveränderungen usw. konstatiert wurden, sind einer provokatorischen Vaccination zu unterziehen.

Alfred Perutz (Wien).

Duncker. Die kombinierte Behandlung der Gonorrhöe mit Heißbädern und Dakinlösung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 25. p. 389. Feldärztl. Beilage.

Eine kombinierte Behandlung der Gonorrhöe mit Heißbädern bis zu 47° C nach O. Weiss und mit Einspritzungen von mit auf 42° C auf die Hälfte verdünnter Dakinscher Lösung führt auch bei älteren unkomplizierten Fällen zu rascher Heilung.

Alfred Perutz (Wien).

Heller. Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvaccinen. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 22. p. 343. Feldärztl. Beilage.

Während Heller die therapeutische Bedeutung der Vaccineinspritzung ablehnt, sind seine Beobachtungen über den diagnosti-

sehen Wert intravenöser Injektionen von Arthigon und Gonargin sehr günstig.

Alfred Perutz (Wien).

Karmin. Beitrag zur Ätiologie der nichtgonorrhöischen Urethritiden. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 18. p. 285. Feldärztl. Beilage.

Im Ausstrich eines aus der männlichen Harnröhre ausgedrückten Sekretes fanden sich grampositive Diplokokken, die sich kulturell als zu der Gruppe der Sarcinen gehörig erwiesen.

Alfred Perutz (Wien).

Lewinski. Beitrag zur Behandlung der Gonorrhöe mit Choleval. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 15. p. 321. Feldärztl. Beilage.

Das Choleval kann als wertvolle Bereicherung unseres Arzneimittelschatzes zur Bekämpfung der Gonorrhöe bezeichnet werden.

Alfred Perutz (Wien).

Friboes. Weitere Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14. p. 441.

Das Choleval kann bei der Behandlung männlicher und weiblicher Personen aufs wärmste empfohlen werden.

Alfred Perutz (Wien).

Wilms. Operative Behandlung der schweren Fälle von gonorrhöischer Gelenkentzündung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 12. p. 177. Feldärztl. Beilage.

Bei Entzündungen mit starkem Erguß Punktion oder Incision. Bei phlegmonösen frischen Kapselentzündungen Incision bis in die Gelenkkapsel. Bei älteren Prozessen, bei denen die Gefahr der Versteifung droht, längere Incision in die Gelenkkapsel und kleine Öffnung des Gelenkhohlraumes.

Alfred Perutz (Wien).

Götze. Die Bewertung der Gonargintherapie und -diagnostik. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 5. p. 74. Feldärztl. Beilage.

Gonargin unterstützt die Therapie bei Nebenhodenentzündung, Blasenkatarrh und Gelenkaffektionen, hat als Diagnosticum aber nur eine beschränkte Bedeutung, da eine Fieberreaktion kein sicherer Beweis für eine noch bestehende Gonorrhöe ist, und umgekehrt bei noch vorhandener Gonorrhöe eine Reaktion ausbleiben kann.

Alfred Perutz (Wien).

Brölemann. Die Behandlung der komplizierten Gonorrhöe des Mannes. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 5. p. 73. Feldärztl. Beilage.

Bei eitriger Trübung der zweiten Urinportion wird mit der Spritzbehandlung ausgesetzt. Hierauf dreimal täglich Blasenspülung. Bleibt der Urin trotzdem trüb Gonokokkenvaccine, innerlich Sandelöl + Formalin-Präparate.

Alfred Perutz (Wien).

Roth, Johannes. Bemerkungen zur Behandlung der Gonorrhöe beim Manne. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 2. p. 48.

Nichts wesentlich Neues.

Alfred Perutz (Wien).

Koller. Die Silberiontophorese in der Therapie der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 2. p. 44.

Es wird zunächst die Möglichkeit einer Silberionenbehandlung tierexperimentell geprüft und an einem kleinen Material die Behandlung mittels Silberiontophorese an Menschen versucht.

Alfred Perutz (Wien).

Stümpeke. Beobachtungen über Rektalgonorrhöe bei Kindern. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 49. p. 1720.

Rektalgonorrhöe bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen kommt häufiger vor, als frühere Autoren beobachteten. Unter 59 Fällen konnten 33 mal Gonokokken aus dem Rektum nachgewiesen werden.

Alfred Perutz (Wien).

Kuznitsky. Über die Behandlung der Frauengonorrhöe mit Protargolsalbe. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 46. p. 1613.

Analog der Neisserschen Novinjektolsalbe bei der Behandlung der männlichen Gonorrhöe wird eine Salbefolgender Zusammensetzung: Protargol 6,00, Aq. destill. 24,00, Eucerini anhydr. Adipis lanæ aa 35,0 für die Frauengonorrhöe angegeben. Von 98 Fällen rezidierten 6 Fälle.

Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Über die Behandlung der kindlichen Gonorrhöe mittels der „Fiebertherapie“ (Weiss). Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 45. p. 1582.

Ein 3jähriges Mädchen, das an akuter gonorrhöischer Vulvovaginitis litt, wurde mit heißen Bädern nach Weiss behandelt. Erfolg ausgezeichnet. Schon am zweiten Tage nach der Behandlung waren nicht nur jede Sekretion (und die Gonokokken), sondern auch die sichtbaren Entzündungserscheinungen geschwunden.

Alfred Perutz (Wien).

Jacobsohn, Julius. Die bimanuelle Untersuchung der Vorsteherdrüse und der Samenblasen und ihre Bedeutung für die Behandlung der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 38. p. 615. Feldärztl. Beilage.

Empfehlung der Kombination bimanueller Untersuchung der inneren Geschlechtsorgane bei der Gonorrhöe des Mannes.

Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Über akute urethritische Prozesse bakterieller (nichtgonorrhöischer) Natur nach abgelaufenem Tripper oder bei chronischer Gonorrhöe und den Streptobacillus urethrae Pfeiffer in ätiologischer Beziehung zu ihnen.

Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 42. p. 1496. Feldärztl. Beilage. Nr. 42. p. 676.

Harnröhren, die eine Gonorrhöe überstanden haben oder chronisch daran erkrankt sind, bieten Gelegenheit für pathogene Einwirkung sonst als Saprophyten beherbergter Keime. Es liegt keine Veranlassung vor, auch bei Fortbestehen der Grundkrankheit den durch solche Keime hervorgerufenen Reaktionen den Charakter echter bakterieller Urethritiden abzusprechen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Vermehrte Sekretion und gesteigerte klinische Erscheinungen sind parallel dem Auftreten einer in Reinkultur sichtbaren und züchtbaren Bakterienart. Der *Streptobacillus urethrae* Pfeiffer kann in dieser Beziehung zuweilen ätiologisch in Frage kommen.

Alfred Perutz (Wien).

Scholtz, W. Über die Fieberbehandlung der Gonorrhöe nach O. Weiss. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 29. (Feldärztl. Beilage Nr. 29.)

Nebst Allgemeinbehandlung wurde die Bäderbehandlung der Gonorrhöe mit gutem Erfolge durchgeführt. Unter 60 derart behandelten Kranken wurden in fast 80% der Fälle Heilung innerhalb 12–14 Tagen und bei 20% der Fälle Rückfälle beobachtet. Anders verlaufen aber hartnäckige Fälle. Unter Kombinationsbehandlung wurden bei diesen Kranken Gonokokken in den Morgenpräparaten nachgewiesen. Bei komplizierten Gonorrhöefällen (Prostatitis, Epididymitis, paraurethrale Infiltrate) beeinflußt die Fieberbehandlung nach O. Weiss kaum wesentlich den Krankheitsverlauf.

Alfred Perutz (Wien).

Weinberg. Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 2.

Für Ausspülung der weiblichen Harnröhre konstruierte Verf. einen Katheter, welcher aus einem undurchlochten Teil zum Hin- und Herbewegen des Katheters, aus einem Siebteil zum Durchfließen der Spülflüssigkeit, aus einem Verschußtrichter, der bei Andrücken des Instruments die Harnröhre schließt und die Flüssigkeit in die Blase lenkt, und einem Ansatzteil besteht. Da das Instrument nicht zu tief einzuführen ist, können es intelligente Patientinnen nach genauer Anweisung des Arztes auch selbst handhaben. Natürlich muß die Flüssigkeit sauber und sorgfältig hergestellt und der Spüler vor dem Gebrauch ausgekocht werden.

Max Joseph (Berlin).

Pürckhauer. Therapeutische Erfahrungen mit Terpentineinspritzungen nach Klingmüller bei Gonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 3.

Das von Klingmüller gegen Gonorrhöe empfohlene Terpentin wirkt nicht direkt baktericid auf Gonokokken, sondern veranlaßt durch seine entzündungerregende Kraft die Bildung von Antikörpern, welche Entzündung und Eiterung abschwächen und somit die Ent-

zündungserreger beseitigen. Pürckhauer wandte bei 150 Gonorrhöefällen Terpentininjektionen von 20proz. Verdünnung in Öl, Einzeldosen von 0,05–0,1 in Pausen von 4–7 Tagen an und sah keine schädlichen Nebenwirkungen. In 71 Fällen blieb die Gonorrhöe auf die Anterior beschränkt, im Durchschnitt war in 57 Tagen die Heilung erreicht. Doch waren die Erfolge besonders bei Komplikationen sehr ungleich, am besten, wenn die Terpentininjektionen erst 2–3 Wochen nach Ausbruch der Krankheit, also nach Abklingen der akutesten Erscheinungen, einsetzte. Alle Fälle wurden nebenher auch lokal behandelt, so daß die Terpentinbehandlung also nicht als neue, allein wirkende Heilmethode, sondern nur als eine Unterstützung anderer Gonorrhöetherapien angesehen werden kann.

Max Joseph (Berlin).

Massini, Rud. Über Gonokokkensepsis. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 1.

Mitteilung der Krankengeschichte eines 25jährigen Mannes aus Stähelins Klinik, der im Militärdienst an einer Art Sepsis mit einem papulo-makulo-petechialen Exanthem ohne Gelenkerkrankungen und ohne Mitbeteiligung der Herzklappen erkrankte. Die Anamnese und die Untersuchung lassen zunächst auf keinen besonderen Erreger schließen, die Blutuntersuchung aber ergibt dreimal Gonokokken. Eine nochmalige ganz genaue Nachforschung ergibt eine leichte Urethritis und Epididymitis dextra. Die Sektion zeigt, daß der Herd, von dem die Gonokokken ins Blut gelangten, eine Thrombose der Vena femoralis dextra war. Das Exanthem erstreckte sich auf die ganze Körperfläche, auch auf die Innenfläche der Hände und die Sohlen, ganz frei war nur der behaarte Kopf; auch auf der Mundschleimhaut, besonders dem weichen Gaumen, fanden sich Flecken. Gelenkschwellungen und Herzerscheinungen fehlten. Das Exanthem erschien in einzelnen Schüben, anfangs fast täglich, ohne Parallelismus mit dem Fieber. Die Polymorphie erklärt sich durch Verschleppung der Gonokokken ins Blut, doch waren in den Hautefflorescenzen keine solchen nachweisbar. Die von der Spermatocystitis ausgehende Thrombose des Plexus spermaticus, welche zu einer ausgedehnten Thrombose der Venen bis zu den Venae femorales geführt hatte und rechts eitrig erweicht war, hatte gar keine lokalen Erscheinungen gemacht, auch Ausfluß fehlte, was die Diagnose sehr erschwerte. Aus den Thrombosmassen gelang die Kultur nicht mehr und der mikroskopische Nachweis erst nach langem Suchen. Die Milz war perkutorisch vergrößert, es bestanden Diarrhöen, gegen das Lebensende starke Leukocytose von polynukleärem Charakter, einige Myelocyten. *Massini* bespricht die Differentialdiagnose gegenüber den Meningokokkenerkrankungen. Eine aus den in seinem Falle gezüchteten Gonokokken dargestellte Vaccine erzeuge bei einem Mann mit gonorrhöischer Epididymitis Fieber. Nachdem er sich durch Arthigon an das Gonokokkengift gewöhnt hat, reagiert der Kranke nicht mehr,

was Massini ebenfalls für die Gonokokkennatur der fraglichen Erreger verwertet. P.

Sutter, Ernst. Über gonorrhoeische Allgemeininfektion. Zeitschr. f. klin. Med. 1919. Bd. LXXXVII. p. 81.

Mitteilung der Krankengeschichte eines 3 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchens, welches aus scheinbar völligem Wohlbefinden erkrankt an einer in Schüben exacerbierenden sepsisähnlichen Affektion mit komplizierender, diffuser Peritonitis, Pneumonie, Pertussis, beiderseitiger Otitis media, Gelenkschwellungen, Stomatitis ulcero-membranosa und einem zu wiederholten Malen auftretenden, teils makulopapulösen, teils erythematösen scharlachähnlichen, teils hyperkeratotischen Exanthem. Nach kurzem eitrigem Ausfluß aus der Vagina zu Beginn der Krankheit sistiert der Ausfluß vollständig. Erst mit Auftreten des scharlachähnlichen Exanthems neuer, gelbeitrigter Ausfluß aus der Vagina und sicherer Gonokokkennachweis im Sekret. Die Blutaussaat ergibt eine Reinkultu von Gonokokken, sie sind auch in dem Sekret der Bauchfistel, dem Ohreiter und den eitrigten Auflagerungen der Stomatitis nachweisbar. Diese kulturellen und mikroskopischen Ergebnisse, sowie die anamnestic erwiesene Tatsache des primär bestehenden Ausflusses aus der Vagina, der klinische Verlauf mit den zahlreichen sekundären Metastasen führten zu der Diagnose einer Gonokokkenallgemeininfektion mit komplizierenden Metastasen, ausgehend von einer Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum als Primärherd. Die Exanthemausbrüche treten immer parallel mit den intermittierenden Fiebersteigerungen auf. Die Kultivierung der Gonokokken gelang sehr gut, auch während Temperaturen über 38°, mit dem Lipschützschon Gonokokkennährboden. P.

Ulcus molle.

Scherber, G. Zusammenfassung der Klinik der pseudotuberkulösen Geschwüre, wie Ulcus acutum vulvae und Mitteilung der gelungenen Reinkulturen der in den Geschwüren vorkommenden Bacillen mittels eigener Züchtungsmethode. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 7.

Bei der Bearbeitung der Balanitis erosiva und der gangraenosa gelang es Scherber einmal eine Reinkultur der anaeroben vibrioförmigen Bacillen zu erhalten, ferner war es möglich, die Spirochäte Balanitis im erstarrten Kaninchenserum zu kultivieren. Bei den pseudotuberkulösen Geschwüren konnte Scherber grampositive Bacillen feststellen. Die Züchtung nahm der Autor mit Stickstoffgas vor. Der Apparat besteht aus der Stickstoffgasbombe mit Manometer, zuführendem Schlauch zur Glasglocke, die in einem ungefähr handbreit hoch mit Ol. Vaseline gefüllten Behälter steht. Die Kulturen erweisen sich als Reinkultur grampositiver Bacillen, die in Ketten angeordnet oder zu langen Fäden auswachsen. Das Wachs

tum in der Stickstoffatmosphäre war ein weit intensiveres sowohl was die Zahl als auch die Größe der Einzelkulturen anbelangt.

Viktor Bandler (Prag).

Lipschütz, B. Über *Ulcus vulvae acutum*. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 17.

Lipschütz bringt in diesem Artikel einige Ergänzungen seiner früheren Arbeiten über das *Ulcus vulvae acutum*. In klinischer Hinsicht betont der Autor, daß das *Ulcus v. ac.* in differentialdiagnostischer Hinsicht auch nicht die geringste Ähnlichkeit mit tuberkulösen Geschwüren auf der Schleimhaut des weiblichen Genitales zeigte. In prognostischer Hinsicht erwähnt Lipschütz die Rezidivfähigkeit, weiter betont er die Häufigkeit des Auftretens bei *Virgines intactae*. Für die von Lipschütz beschriebenen Stäbchen hat er den Namen *Bacillus crassus* vorgeschlagen, eine Autoinoculation ist bisher nicht gelungen.

Viktor Bandler (Prag).

Scherber, G. Über die Beziehungen der in den pseudo-tuberkulösen Geschwüren sive *ulcus ac. vulvae* sich findenden Bacillen zu den Scheidenbacillen Döderleins. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Die morphologische Übereinstimmung der in den Geschwüren sich findenden Bacillen mit den Scheidenbacillen Döderleins wird ergänzt durch die Übereinstimmung der aerob auf Glycerinzuckeragar und der in Stickstoffatmosphäre auf Serumzuckeragar erhaltenen Kolonien. Wie Döderlein für seine Kulturen festgestellt hat, daß deren saure Reaktion auf der Bildung von Milchsäure beruht, zeigten Scherbers Kulturen dieselbe chemische Eigenschaft. Die völlige Übereinstimmung der aus den Geschwüren derart mit den aus dem Scheidensekret früher an Geschwüren kranker *Virgines* gewonnenen und weiter die Übereinstimmung dieser Kulturen morphologisch gleicher Bacillen aus dem Scheidensekret stets gesunder *Virgines*, das gleiche Verhalten aller dieser Stämme im Wachstum auf Glycerinzuckeragar unter aeroben Verhältnissen und auf Serumzuckeragar in Stickstoffatmosphäre berechtigen zu der Annahme, daß es sich im Scheidensekret aller dieser Fälle, wie bei den Bacillen im Geschwürsekret um die Scheidenbacillen Döderleins handelte.

Viktor Bandler (Prag).

Sommer. Über die Erkrankung mit weichem Schanker bei den Soldaten einer Armee im Westen und Vorschlag zur Bekämpfung des weichen Schankers. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 42. p. 1161.

Sommer erklärt das Zunehmen des *Ulcus molle* dadurch, daß bei der Frau gar keine klinischen Anzeichen eines weichen Schankers vorhanden zu sein brauchen, die Frau aber doch Trägerin von *Streptobacillen* ist, daher infektiös ist. Jedes Weib, das als Infektionsquelle für weichen Schanker angegeben wird, ist also weiter zunächst zu internieren.

Alfred Perutz (Wien).

Holzappel Ulcus molle mit Primäraffekt. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 28.

Holzappel rät, jeden Fall von Ulcus molle vorsichtigerweise auf Spirochäten zu untersuchen, da stets eine Mischinfektion, oft ein erkannter syphilitischer Primäraffekt vorliegen könne. Fällt bei Spirochätenbefund die Wa.R. negativ aus, so handelt es sich wahrscheinlich um eine frische Infektion, ist aber beim Fehlen von Spirochäten Wa.R. positiv, so lag wahrscheinlich eine frühere Lues vor, und der Patient ist erst kürzlich mit reinem Ulcus molle infiziert worden. Beide Untersuchungen sollen unter steter Beobachtung der klinischen Symptome etwa 6 Wochen lang fortgesetzt werden.

Max Joseph (Berlin).

Heinsius, Fritz. Beiträge zur Lehre vom Ulcus chronicum vulvae. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 1919. Bd. LXXXII.

Beschreibung von 4 Fällen. Bei 2 Fällen Wa.R. + (1 Fall bessert sich auf antiluetische Kur), bei 1 Fall Gonokokken +, bei 1 Fall kein ätiologisches Moment zu erkennen (Pirquet usw. negativ). Bei 3 von diesen 4 Fällen zugleich Mastdarmstrikturen.

Hammel (Breslau).

Fönss. Das Welandergeschwür. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 36. p. 1411—1416.

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Ulcus vulvae acutum.

Harald Boas (Kopenhagen).

Schneller. Milchinjektionen bei entzündeten Leisten-drüsen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 31. p. 851.

Günstiger Verlauf eines Falles von Bubo inguinalis mit Milch.

Alfred Perutz (Wien).

Reichenstein, G. Über therapeutische Erfolge mit Milchinjektionen bei lokalen Entzündungsprozessen. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 11.

Die Autorin verzeichnet ganz besondere Erfolge bei Bubonen, die nach Milchinjektionen rasch erweichten, wonach eine kleine Incision ohne Enkochleation zur Heilung führte. Auch bei Epididymitis und Erysipel sah Reichenstein rasch eintretende Besserung.

Viktor Bandler (Prag).

Stark, Adolf. Über parenterale Milchbehandlung bei venerischen Bubonen und gonorrhöischer Epididymitis. Med. Klin. 1917. Nr. 50. p. 1317.

Die Technik Starks war folgende: 10 ccm abgekochter, von Gerinnsel durch Filtrieren befreiter Kuhmilch wurden in zwei bis dreitägigen Intervallen in die Gesäßhälften eingespritzt. Außer Kuhmilch wurde auch Frauen- und Kuhmilch verwendet. Was die Behandlung bei Bubonen betrifft, so scheint es nach den Ergebnissen des Verf. bei frühzeitiger Milchbehandlung in der Mehrzahl der Fälle möglich, ohne Operation eine vollständige und rasche Heilung herbei-

zuführen. Die Kuhmilch scheint an resorptiver Wirkung der Frauen- und Ziegenmilch überlegen zu sein. 37 Fälle von Nebenhodenentzündung kamen zur Beobachtung. Das Ergebnis war rasches Zurückgehen der Entzündungserscheinungen und der Schmerzhaftigkeit, doch scheinen zur gänzlichen Aufsaugung der Infiltrate die Gonokokkenvaccinen mehr zu leisten. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Tichy, Hans. Einige Ergebnisse der operativen und der Milchtherapie bei Leistendrüsenerkrankungen. Med. Klin. 1919. Nr. 28. p. 667.

Tichy hatte Gelegenheit, Bubonen verschiedener Ätiologie — Ulcus molle-Bubonen, Bubonen nach Furunkeln und Kratzwunden, Bubonen unklarer Provenienz, die als „Bubonen warmer Länder“ (es handelt sich um die Dobrudscha) aufgefaßt wurden, teils operativ, teils mit Milchinjektionen zu behandeln. Der Vergleich fiel ganz zugunsten der Milchtherapie aus. Tichy ging folgendermaßen vor: Die Vollmilch wurde durch Kochen im Wasserbade 20 Min. lang sterilisiert. Injiziert wurden intragluteal 2 ccm in jede Seite. Nach 5—6 Stunden steiler Temperaturanstieg. Nach 3—4 Tagen Wiederholung der Injektion. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weinberg, Fritz. Die Diagnose und Differentialdiagnose der Lymphdrüsenerkrankungen. Med. Klin. 1918. Nr. 17. p. 409.

Demonstrationsvortrag über die verschiedenen Lymphdrüsenerkrankungen, zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Königstein, H. Einige Erfahrungen über venerische Erkrankungen. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 3.

Königstein beobachtete im venerischen Zentralspital Nyitra eine Ulcus molle-Epidemie mit verschiedenartigen Autoinokulationen; wichtig erscheint ihm der Nachweis der Ducreyschen Bacillen, besonders bei entzündlichen Phimosen, ferner differentialdiagnostisch gegenüber Ulcera pseudovenerea, Tuberk. usw. Die Methode der Inokulation hat Königstein bei tiefen Geschwüren, Ulcera serpigin. und entzündlichen Phimosen angewendet. Bei zerfallenden, phagedänischen Geschwüren, bei Unzugänglichkeit der Substanzverluste und bei vorbehandelten Fällen läßt die bakteriologische Untersuchung im Stich, in diesen Fällen ist man auf die klinische Beobachtung angewiesen. Die Ulcera mollia teilt der Autor in die oberflächlichen und tiefen Geschwüre ein. Die tiefgreifenden Geschwüre werden vielfach für Lues maligna gehalten. Den tiefen Geschwüren schließt sich die serpiginöse Form an. Auffallend ist, daß tiefgreifende Ulcera mollia, sowie gerade die schwersten serpiginösen Formen ohne Drüsenkomplikation verlaufen. Größere Schwierigkeiten in diagnostischer und therapeutischer Beziehung bilden die entzündlichen Phimosen, wenn es nicht gelingt, durch Dehnung des Umschlag-

randes ein Geschwür zur Ansicht zu bringen und andere verwertbare Begleitsymptome fehlen.

Viktor Bandler (Prag).

Kotschwar, A. Ein Fall von nichtspezifischem Vulva-geschwür. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 47.

Bei einer wegen Lues in Behandlung stehenden 22jährigen Patientin entwickelt sich an der Vulva ohne bekannte Ursache und Ätiologie ein Geschwür, das außer großer Progredienz keine typischen Merkmale zeigt; nach $2\frac{1}{2}$ Monaten heilt es ab. Das Geschwür hatte gewisse Ähnlichkeit mit dem Ulcus chron. vulvae (Esthiomene) und dem Ulcus acutum vulvae (Lipschütz) unterscheidet sich aber von dem Ulcus vulvae chronic. durch den Mangel der elephantiasischen Hypertrophie und den benignen Verlauf, von dem Ulcus vulvae acut. durch die längere Dauer und durch das Fehlen der grampositiven Stäbchen.

Viktor Bandler (Prag).

Odstrčil, J. Über moderne Behandlungsarten der Bubonen nach Ulcera molliä. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 52.

Zur nichtoperativen Behandlung von Bubonen empfiehlt Odstrčil Injektionen mit a) Staphylokokkenvaccine, b) steriler Na. nucleinum-Lösung intraglutäal oder intravenös und c) mit steriler Milch. Nach des Autors Meinung kann die temperaturerhöhende und die die Leukocytose fördernde Komponente allein die Heilung nicht bewirken. Es dürften noch andere Faktoren mitspielen.

Viktor Bandler (Prag).

Lenartowicz, J. Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz). Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 9.

Der Autor beobachtete bei einer 16jährigen Virgo ein ungemein schmerzhaftes Geschwür am großen Labium; das Labium war gerötet, das Geschwür mit eitrig schleimigem graugelbem Sekret bedeckt, die Geschwürsränder wie ausgefressen, unterminiert. Andere Geschwüre ähnlicher Art fanden sich am kleinen Labium und der hinteren Commissur. Die Inguinaldrüsen nicht vergrößert. Die mikroskopischen Präparate zeigten grampositive kurze dicke Stäbchen, die teils vereinzelt, teils in kurzen Ketten verstreut dalagen. In keinem Präparate fanden sich Ducreysche Bacillen, Bacilli fusif. oder Spiroch. Vincenti. Die Präparate und der Krankheitsverlauf unterschieden sich nicht von der Beschreibung Lipschütz' über das Ulcus vulvae acutum.

Viktor Bandler (Prag).

v. Zeissl, M. Über die Infektion eines $2\frac{1}{2}$ Jahre alten Knaben mit Ulcus molle. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

Zeissl beobachtete bei einem $2\frac{1}{3}$ Jahre alten Knaben in der Afterkerbe ein Geschwür von 3 cm Länge und 4 cm Breite, über dessen Entstehung die Mutter keine Auskunft geben konnte. Der Rand war unterminiert, das Geschwür sezernierte reichlich und wies die Ducreyschen Bacillen auf. Eine Überimpfung konnte nicht gemacht werden.

Viktor Bandler (Prag).

Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Glingar, A. Zur Klinik und Endoskopie der artifiziellen Urethritis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 11.

Glingar erörtert alle Merkmale der artifiziellen Urethritis, Aussehen des Urins, das mikroskopische Bild des Ausflusses, die endoskopischen Merkmale usw. und gibt hierzu seine Erfahrungen bekannt.
Viktor Bandler (Prag).

Mathes, P. Zur Heilung der Kraurosis vulvae. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Mathes erzielte bei 2 Fällen von Kraurosis durch Behandlung mit dem Glüheisen bis an die gesunde Haut heran vollständige Heilung.
Viktor Bandler (Prag).

Rost. Über Harnverhaltung bei Kindern, ohne mechanisches Hindernis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 1. p. 14.

Die getrennte Lokalanästhesie des N. pudendus an der Spina ischiadica und der sympathischen Äste um die Prostata herum hat sich bei länger dauernder Harnverhaltung ohne mechanisches Hindernis bewährt. Das Hindernis war in einer Funktionsstörung des Sphincter internus zu suchen.
Alfred Perutz (Wien).

Bettmann. Die Käfigsonde und ihre Verwendung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3. p. 77.

Als Käfigsonde wird eine Metallsonde bezeichnet, deren vorderer hohler mit einer großen Zahl Löcher versehener Teil angeschraubt ist. Dieser Käfig dient zur Aufnahme von Medikamenten (Ortizón). Mit Ortizón wird sie als Provokationsmittel empfohlen.

Alfred Perutz (Wien).

Kraepelin. Geschlechtliche Verirrungen und Volksernährung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 5. p. 117.

Unter den geschlechtlichen Verirrungen, d. s. alle Betätigungen des Geschlechtstriebes, die eine Erreichung des Fortpflanzungszieles vereiteln, üben Onanie und Homosexualität einen ungünstigen Einfluß auf die Volksvermehrung aus. Homosexualität kommt bei psychopathischen Individuen durch Einwirkung ungünstiger geschlechtlicher Erlebnisse auf einen unreifen, früh erwachenden, schlecht beherrschten Geschlechtstrieb zustande. Homosexualität und Bisexualität bedeuten das Stehenbleiben der seelischen Geschlechtsentwicklung auf einer der verschiedenen Stufen, die auch das gesunde Geschlechtsleben zu durchlaufen pflegt. Den Austritt zur Entwicklung der Homosexualität gibt die Onanie, Verführung und die Anknüpfung frühzeitiger lebhafter geschlechtlicher Regungen an gleich geschlechtliche Beziehungen. Alkohol wirkt begünstigend.

Alfred Perutz (Wien).

Hesse. Die Bewertung der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 5. p. 130.

Epidurale Injektionen nach Cathelin von 10–30 ccm NaCl-Lösung sind bei allen drei Hauptgruppen der Enuresis (monosymptomatische Hysterie, funktionelles Degenerationsstigma, organische Veränderung) wirksam, weil diese Therapie eine sowohl suggestive als auch eine mechanische Wirkung entfaltet.

Alfred Perutz (Wien).

Steinasch und Lichtenstern. Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 6. p. 145.

Der Einfluß der Pubertätsdrüsen stellt sich als Resultat zweier Leistungen dar: Förderung der homologen und Hemmung der heterologen Geschlechtsmerkmale. Wenn man einem infantilen männlichen Kastraten Ovarien implantiert, so wird er „feminiert“, während umgekehrt ein weiblicher Frühkastrat durch Hodenimplantation „maskuliert“ wird. Es erfolgt aber nicht nur eine Änderung der somatischen Geschlechtscharaktere, sondern auch eine Umstimmung des zentralen Nervensystems, in dem Sinne, als das feminierte Mädchen in weiblicher Richtung, das maskulierte Weibchen in männlichem Sinne „erotisiert“ wird. Wenn Pubertätsdrüsen beiderlei Geschlechts in einem und demselben Individuum zur Entwicklung und zum Einfluß kommen, entsteht ein somatischer und psychischer Hermaphroditismus. Die Unterscheidung des Hermaphroditismus verus vom Pseudohermaphroditismus ist unbegründet. Die verschiedenen Zwittererscheinungen sind auf das Entstehen einer „zwitterigen Pubertätsdrüse“ zurückzuführen, als Folge einer unvollständigen Differenzierung der embryonalen Keimstockanlage. Als praktisches Ergebnis dieser experimentellen Forschung wird die Krankengeschichte eines Homosexuellen mitgeteilt, der psychisch und somatisch durch die Implantation eines gesunden Hodens geheilt wurde.

Alfred Perutz (Wien).

Schmalfuß. Über Persistenz der Spermatozoen nach Kastration. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1919. Heft 21.

Bei der Autopsie eines männlichen 6 $\frac{1}{2}$ Monate vor dem Exitus kastrierten Pseudo-Hermaphroditen wurden in den Samenbläschen noch zahlreiche, im Schnitt gut färbbare Spermatozoen nachgewiesen. Es liegt demnach die Möglichkeit einer Befruchtung durch einen Kastraten auch längere Zeit nach der Operation vor, falls von dem Zeitpunkt der Kastration bis zu dem in Betracht kommenden Beischlaf keine Ejakulation stattgefunden hat. Franz Bacher (Breslau).

Zieler, Karl. Nierenschädigungen ohne Eiweiß. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

In allen unklaren Fällen hält Zieler eine Prüfung der Nierenfunktion durch Wasserausscheidungs- und Konzentrationsversuch für notwendig. Wo die syphilitische Infektion lange zurückliegt, ist

auch die Untersuchung von Herz und Gefäßen, eventuell durch Röntgen geboten. Die bei Hg-Kuren erscheinende umkomplizierte Zylindrurie verschwindet von selbst in 2–3 Monaten, nimmt bei späteren Kuren ab und stellt den leichtesten Grad einer toxischen, durch die Quecksilberausscheidung entstehenden Nierenschädigung dar. Die durch Hg bewirkte Eiweißausscheidung ist hingegen eine ernstere Erscheinung, die auf einer Schädigung des Bezirks der Glomeruli beruht. Verf. pflichtet Tröscher bei, daß in der zweiten Hälfte einer Quecksilberkur der Urinsatz auch mikroskopisch untersucht werden müsse.

Max Joseph (Berlin).

Plehn. Über große Aderlässe, besonders bei Lungen- und Niereninsuffizienz, sowie über diese. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. CXXIV. 1917. p. 321.

Bei Niereninsuffizienz, für die gesteigerter Blutdruck der Indikator ist, haben große Aderlässe gute entgiftende Wirkung. Aderlaß bei allen Nierenschädigungen angezeigt, wenn nicht andere Kontraindikationen vorhanden sind (Anämie). Kurt Wiener (Breslau).

Kirchberg. Erfahrungen bei Blasenschwäche und Harnträufeln mit Hexal Riedel. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 14

Die zahlreichen Fälle von Blasenschwäche, welche Kirchberg als Bataillonsarzt beobachtete, waren durch Kälte und Feuchtigkeit im Graben entstanden. Neben Bettruhe und Wärme tat zur Heilung des Übels Hexal, 4 mal täglich eine Tablette zu 0,5, ausgezeichnete Dienste. Meist schon in 8 Tagen alle Beschwerden behoben. Zur Prophylaxe wurde den Patienten ein Röhrchen mit 20 Tabletten mitgegeben und das Tragen einer wollenen Leibbinde angeraten.

Max Joseph (Berlin).

Kappis, Max. Die nicht spezifische primäre Epididymitis. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 20.

Neben jenen Entzündungen der Epididymis, welche durch Infektionskrankheiten, toxische, traumatische oder nervöse Reize entstehen, sah Kappis etwa 10 Fälle von akuten, subakuten und chronischen Epididymitiden, bei welchen sich die gewöhnlichen Eitererreger fanden, ohne daß ein Ausgangspunkt oder eine Ursache für die Erkrankung zu erkennen war. Die Bakterien, unter denen das Bacterium coli überwog, kamen meist über das Vas deferens aus der Urethra, welche neben harmlosen Keimen stets auch Staphylokokken, Streptokokken usw. beherbergt. Schmerzen in der Appendixgegend und reflektorische Bauchdeckenspannung täuschten manchmal Appendicitis vor. In einem Falle wurde durch sorgfältigste Nachforschung 6 Tage nach der Aufnahme eine 6 Monate zurückliegende, mit Spülungen behandelte Cystitis als Grundursache festgestellt. Therapeutisch sind die gleichen Maßnahmen wie bei anderen Epididymitiden, bei starker Schwellung oder Abszeßbildung Incision, zur Verhütung von Rezidiven Tragen eines Suspensoriums ratsam. Bei subakuten und chronischen Formen muß oft eine Probeincision die

die Diagnose klarstellen. Wenn irgend möglich, vermeide man eine Kastration und versuche durch Resektionen, Röntgenbestrahlung oder Jodkali zu helfen.

Max Joseph (Berlin).

Baetzner, Wilhelm. Beitrag zur südafrikanischen Bilharziosis. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Die Erkrankung begann mit Schmerzen in der Harnblase und der Entleerung sandiger Körper beim Urinieren. Durch Cystoskopie stellte Baetzner am Vertex der Blase in dunkelbrauner Schleimhaut sandartige, hellglänzende, gelbliche Körnchen fest, hinter dem Orificium internum rüdelartige Vorbuckelungen mit schwarzen Gebilden, welche sich als Saugwürmer erwiesen. Die Eierablagerungen derselben bewirkten die pathologischen Veränderungen in Blase und Ureteren. Es handelte sich unverkennbar um eine parasitäre Erkrankung durch das *Distomum haematobium*, um eine Bilharziacystitis.

Max Joseph (Berlin).

Oehler, J. Zur Diagnosenstellung bei vorgeschrittenen Fällen von Nierentuberkulose und ihrer operativen Behandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Zur Feststellung der Nierentuberkulose empfiehlt Oehler nach folgenden Symptomen zu forschen: Wie oft muß der Patient nachts urinieren? (Hauptsymptom der Schrumpfblass.) Ist initiale Blutung im Harn? Schmerzen in der Nierengegend? Hat der Urin weißlich trübes Aussehen mit gelblich grünem eitrigen Sediment? (Mikroskopische Untersuchung ergibt Leukocyten ohne sonstige Formelemente.) Gleichzeitige Palpation der Nieren auf Druckempfindlichkeit. Funktionelle Nierendiagnostik wird mit Indigocarmin oder Kryoskopie des Blutes ausgeführt. Bei der Cystoskopie rät Verf., das doppel-läufige Ureterencystoskop bei nicht genügender Blasendehnung nur mit einer Sonde zu beschicken und den Kanal für die zweite Sonde zur permanenten Irrigation zu benutzen. Ist bei dieser Methode die Diagnostik nicht zu stellen, so greift man zur doppelseitigen Freilegung der Niere. Zweimal beobachtete Verf. bei vorgeschrittener Blasen-tuberkulose eine Perforation der tuberkulösen Schrumpfblass mit dem Cystoskop. Hierbei bewährte sich die Drainage der Blase durch den Ureterstumpf nach der notwendig gewordenen Laparotomie.

Max Joseph (Berlin).

Karo, Wilhelm. Die Tuberkulose der Harnorgane. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 24.

Die Nierentuberkulose ist nach Karos Erfahrungen eine hämatogen entstandene Infektion zunächst einer Niere. Frühzeitige radikale Operation kann daher meist eine Erkrankung der anderen Niere verhüten und den Patienten heilen. Die ersten Symptome sind gewöhnlich Störungen der Harnentleerung, häufiger Harndrang besonders nachts, Polyurie bei klarem Harn, später Brennen und krampfartiges Drängen in der Blase. Das gute Aussehen der Patienten kann oft den Arzt täuschen. Enthält der Harn keine Tuberkelbacillen, so

kann durch subkutane Tuberkulininjektion die Diagnose festgestellt werden, jedoch nur bei fieberfreien Fällen. Das Tierexperiment bleibt häufig negativ. Verf. berichtet über einen Fall, wo der eitrige Harn keine Tuberkelbacillen aufwies, der Kulturversuch negativ verlief, Tuberkulininjektion aber eine deutliche Herdreaktion hervorrief, worauf die Operation vorgeschrittene Tuberkulose der linken Nieren klarlegte. Die Kost der Kranken sei reichlich, gemischt, arm an Salz und Gewürzen, wenig Flüssigkeitszufuhr, kein Alkohol. Als Klima wirkt das Hochgebirge günstig, wenn die erkrankte Niere noch nicht zur Eiterung gekommen ist, aber zur Nachbehandlung operierter Fälle ist spezifische Behandlung mit Tuberkulin, Nastin, Hetol, Chinin, Guajacol oder Lecithin anzuraten. Max Joseph (Berlin).

Neufeld, Ludwig. Über ein hämolytisches Phänomen des Harns bei chronischer Nephritis. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 49. p. 1159.

Bei einem Syphilitiker mit Nephrit. chron. und 7⁰/₁₀₀ Alb. im Harn (Blut Wa.R. ++++) war der Harn aktiv und inaktiv negativ. Es ergab sich, daß er eine stark wirkende hämatotoxische Substanz enthielt, die, auch in Verdünnung mit NaCl, Hammel- und Rinderblut, nicht aber Menschen-, Meerschweinchen-, Kaninchenblut löste. Diese Substanz war hitzebeständig, sogar beim Kochen, dialysabel und durch Alkohol, Äther, Chloroform nicht zu extrahieren. Klinische Beobachtung ergab, daß diese Harnerscheinung nichts mit Syphilis zu tun hat, sich häufig bei schwerer Nephritis findet, nie im normalen Harn, auch nicht nach Medikamenten; meist sind urämische Attaquen vorhanden gewesen, gewöhnlich sehr bedrohlicher Art, so daß die Erscheinung als ominös gelten kann. Es ist noch nicht gelungen, die hämatolytische Substanz zu definieren. Krakauer (Breslau).

Hofmann, Willy. Die Behandlung und die Differentialdiagnose der Harnverhaltungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 4.

Besprechung der einzelnen Ursachen der Harnverhaltung bei beiden Geschlechtern. Bemerkenswert ist im wesentlichen die Empfehlung der Anästhesie mit 3proz. Alypinlösung mit Adrenalin-zusatz vor dem Katheterismus, ferner die Anästhesie mit Eucupin in ölgiger Lösung, das den Vorteil der Gleitwirkung hat. Gelingt der Katheterismus nicht, so wird die capilläre Blasenpunktion warm befürwortet.

Kurt Wiener (Breslau).

Karo, Wilhelm. Konkrementbildung in den Harnorganen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 13.

Fortbildungsvortrag. Zum Referat nicht geeignet. Kurt Wiener.

Adler. Beiträge zur Pharmakologie der Beckenorgane. Untersuchungen an der überlebenden Froschblase. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XXXIII. p. 248.

Nicotin: 1 : 25 000 wirkungslos, 1 : 2500 stark erregend; Cocain 1 : 25 000 stets erregend, 1 : 1000 bis 1 : 3000 stark hemmend.

Atropin sulf. 1 : 250 bis 1 : 5000 erregend (meist nach der Tonussteigerung hochgradige Hemmung). Adrenalin wirkt in großen und kleinen Dosen meist hemmend. Rudolf Spitzer (Breslau).

Ederle. Über Klitoriscarcinom (über einen Fall von primärem Carcinom der Klitoris auf Grund eines 15 Jahre bestehenden Papilloms). Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 1919. Bd. LXXXI.

Beschreibung eines Falles von Klitoriscarcinom bei einer Nulliparen. 15 Jahre vorher Papillom der Klitoris ärztlich festgestellt. Zusammenstellung von in Literatur beschriebenen Fällen, der ätiologischen Momente und der Therapie. Hammel (Breslau).

Landau, Th. Narbenkrebs in der Scheide. Zentrabl. f. Gynäkol. 1919. Nr. 23.

Auftreten eines medullären Carcinoms 24 Jahre nach Radikalooperation wegen eitriger Adnexerkrankung. Besprechung ähnlicher in Literatur beschriebener Fälle. Leo Hammel (Breslau).

Labhardt, A. Zur Frage der Ätiologie der Vaginitis simplex. Zentrabl. f. Gynäkol. 1919. Nr. 47.

Als neues ätiologisches Moment nimmt Verf. eine Dysfunktion der Ovarien an.

1. Übergang abnormer ovarieller Stoffe ins Blut.
2. Abnorm vermehrter Übergang normaler ovarieller Produkte.
3. Fehlender Übergang normaler Stoffe.
4. Kombination dieser Momente.

Fehlen die normal übergehenden Stoffe im Blut, so kann durch Darreichung von Ovarienpräparaten Besserung oder Heilung zu erzielen sein.

Hammel (Breslau).

Norgaard, A. Über eine quantitative Methode zur Bestimmung von Eiter im Urin pyelitiskrankter Kinder mittelst Wasserstoffsuperoxyd. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1916. Bd. XIII. p. 244.

Verf. benutzt die Eigenschaft des in den Eiterzellen enthaltenen Enzyms (Katalase) H_2O_2 zu zersetzen zur quantitativen Bestimmung der im Urin enthaltenen Eiterkörperchen. Die entwickelte Luftmenge ist proportional mit der Anzahl der Zellen. Norgaard empfiehlt zum Nachweise einen Pyrometer, der U-förmig gebogen, aus einem kürzerem und längeren Schenkel und einem gewellten Mittelstück besteht. Mit Leichtigkeit kann er in jedem Spitallaboratorium zusammengestellt werden.

Martin Friedmann (Breslau).

Lohnstein. Urethroskop zur Hochfrequenzbehandlung von Affektionen der Harnröhre und des Blasenhalses. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 11.

Urethroskop nach Goldschmidt mit Hochfrequenzsonde. Angefertigt von der Firma L. H. Löwenstein, Berlin.

Kurt Wiener (Breslau).

Bachem, C. Aphrodisiaca und Antaphrodisiaca (Pharmakotherapie des praktischen Arztes. Med. Klin. 1917. Nr. 33. p. 894.

Auf das vorliegende Kapitel aus Bachems Pharmakotherapie des praktischen Arztes sei an dieser Stelle hingewiesen. Er berichtet mit kurzer Betonung ihrer Bedeutung über die in der Überschrift angeführten Mittel. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Knack, A. V. Über Erkrankungen der ableitenden Harnwege bei Soldaten mit besonderer Berücksichtigung der Nierenfunktion. Med. Klin. 1917. Nr. 46/47. p. 1212 u. 1241.

Knack beschäftigt sich in dem ersten Abschnitt seiner Arbeit mit den Erkrankungen des Nierenbeckens. Sie kommen offenbar nicht zu reichlich vor und ihr Auftreten ist nicht mit dem Kriege in Zusammenhang zu bringen. Knack sah nur zwei Fälle genuiner Pyelitis, für die sich eine vorangegangene Infektion ascendierender oder descendierender Art nicht nachweisen ließ. Bei den übrigen Fällen handelte es sich entweder um Pyelitiden hämatogen bedingter Natur im Verlaufe von Infektionskrankheiten oder um Wiederauf-flackern und Progredientwerden älterer chronischer Leiden.

Eine große Bedeutung beanspruchen auch die Erkrankungen der Harnblasenfunktion bei Kriegsteilnehmern. Man kann diese Fälle in folgendem Schema unterbringen: I. Blasenstörungen aus kongenitaler Ursache. Enuresis. II. Blasenstörungen aus traumatischer Ursache. 1. Direkte Blasenverletzung (Schuß, Stich, Quetschung u. dgl.); 2. Miktionsanomalien nach Traumen, die a) der Blase benachbarte, b) entferntere Körperteile treffen (besonders Schädigungen des Zentralnervensystems). III. Blasenstörungen aus infektiöser Ursache. 1. Cystitis, a) ascendierend, b) descendierend; 2. Miktionsanomalien nach Infektionskrankheiten. IV. Blasenstörungen als Begleitsymptom von nicht traumatischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. V. Blasenstörungen aus nicht bestimmt faßbarer Ursache (Erkältung und Durchnässung). 1. Pollakurie; 2. Harnträufeln; 3. schwere dauernde Inkontinenz. VI. Mischformen. Gruppe I der Fälle, für die Verf. mehrere Beispiele anführt, bietet für den Kenner der einschlägigen Literatur nichts Neues. Regelmäßige Röntgenuntersuchungen gestatteten nur in wenigen Fällen eine Spaltbildung des Kreuzbeines im Sinne von Fuchs und Matta, was zu beobachten.

Besonders die Gruppe V kam häufig zur Beobachtung. Für einen Teil dieser Fälle hat der Erklärungsversuch von Fuchs und Gross Geltung, daß es sich um einen (rheumatisch bedingten) Hypertonus des Detrusors, eine Art Blasenstarre, bei normalem Tonus des Sphinkters handle. Aber es gibt genügend Fälle, bei denen das von Fuchs und Gross angeführte Symptom, der Unmöglichkeit, die Blase mit einer größeren Menge Flüssigkeit zu füllen, nicht festgestellt werden konnte. Zur Feststellung des Grades der Blasenschwäche

empfiehlt sich die einfache Methode der Blasenfüllung mit körperwarmer, nicht reizender Flüssigkeit (2proz. Borwasser, physiologische Kochsalzlösung). Bei der Pollakiurie ist nach Entfernen des Katheters die Blase zunächst kontinent, es stellt sich aber in kurzer Zeit heftiger Urindrang ein, beim Harnträufeln entleert sich die Blase gleich in kleinen abfließenden Portionen, während bei völliger Inkontinenz die injizierte Flüssigkeit sofort in starkem Strahl aus der Blase wieder herausströmt.

Die Beobachtung der Nierenbecken- und Blasenerkrankungen gaben dem Autor die Möglichkeit, Untersuchungen darüber anzustellen, inwieweit die Nierenfunktion durch Erkrankungen der ableitenden Harnwege beeinflußt werde. Geprüft wurde die Wasserausscheidung und Konzentrationsfähigkeit sowie die Stickstofffunktion. Es wurden sowohl bei den Erkrankungen des Nierenbeckens wie bei denen der Blase Nierenfunktionsstörungen meist leichteren Grades beobachtet. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sternheim, Ludwig. Eine seltene Verletzung des Hodens. Med. Klin. 1917. Nr. 14. p. 398.

Der Patient Sternheims stieß sich mit dem Hoden an einen Schranken und bekam an der Stelle der entstandenen Hautwunde einen kirschgroßen sehr empfindlichen Tumor. Der Verf. nimmt an, daß durch den Stoß ein Einriß der Tunica albuginea entstanden ist, durch den sich Hodensubstanz durchgezwängt und abgeschnürt hat.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Praetorius, G. Weiteres über Mammin und Kollargol bei Blasenpapillomen. Med. Klin. 1917. Nr. 13. p. 370.

Es handelt sich bei der von Praetorius beschriebenen Therapie um die intravenöse Applikation von Mammin-Poehl zur Stillung von Blutungen und um die intravesicale Injektion von 20proz. Kollargollösung zum Zwecke der Nekrotisierung ganzer Papillome oder wenigstens eines Teiles der Zotten. Das Mammin wird — nur intravenös — je eine Ampulle an zwei aufeinanderfolgenden Tagen eingespritzt. Das Kollargol injiziert der Verf. an 3 aufeinanderfolgenden Tagen, je mindestens 10 ccm der 20proz. Lösung in die bis auf den letzten Tropfen entleerte Blase. Er läßt es darin mindestens eine Stunde. Besonders bei langen fransenförmigen Papillomen ist die Wirkung eine sehr gute.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wille, Otto. Trichomonas-Kolpitis. Nachbehandlung mit Einpuderung. Med. Klin. 1918. Nr. 21. p. 520.

Wille hat die Angaben von Hoehne (Zentralbl. f. Gynäkol. 1916. Nr. 1; Jahreskurs. f. ärztl. Fortbild. 1916. Juliheft) einer Nachprüfung unterzogen und stellt an seinem Krankenmaterial fest, daß von 183 wegen Scheidenkatarrh untersuchten Frauen, 74 allein ihren Ausfluß durch Trichomonas vaginalis hatten, gegenüber 21, die an Tripper litten oder tripperverdächtig waren. Hoehne behandelt

mit antiseptischen Spülungen und Zurücklassen vom 10proz. Soda- oder Boraxglycerin. Diese Behandlung wirkt zunächst günstig, aber Rezidive folgen bald. Gute Dauererfolge erreicht man durch Nachbehandlung mit Einpuderungen von Natrium bicarbonicum, Bolus alba zu gleichen Teilen. Bei dieser Methode ist eine Wegspülung des Pulvers durch den Irrigator nicht vonnöten, da das Pulver sich im Scheidensekrete löst. Wille läßt die Applikation in dem von ihm angegebenen Siccotubus vor sich gehen. Zur Desinfektion und Reinigung der Scheide gebraucht er nicht mehr Sublimatlösung, sondern die von ihm angegebene Instrumentenflüssigkeit: Borax 10, Ac. carbol. liqu. 30, Formalin, aqu. dest. 1000.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Martenstein, Hans. Induration penis plastica und Dupuytren'sche Contractur. Med. Klin. 1920. Nr. 8. p. 207.

An der Hand zweier Krankenbeobachtungen, die beide neben einer Dupuytren'schen Contractur der Palmaraponeurose eine Induration penis plastica aufwiesen, bestätigt Martenstein den von O. Stein (Wien. klin. Wochenschr. 1909. Heft 52. p. 1820) ausgesprochenen Satz: „Auf Grund des klinischen und pathologisch-anatomischen Befundes besteht zwischen den sklerosierenden Fasciitiden, Induration penis plastica und Dupuytren'scher Contractur, ein sehr naher Zusammenhang. Ihre gemeinsame Ursache ist noch unbekannt. Jedenfalls kommt die Gicht als solche nicht in Betracht.“

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stern, K. Harnverhaltung bei Prostataatrophie. Med. Klin. 1918. Nr. 13. p. 317.

Stern berichtet über zwei Fälle von Harnverhaltung bei Atrophie der Prostata. In beiden Fällen konnte die „atrophische Prostata“ nicht als Ursache der Harnverhaltung angesehen werden, vielmehr wurden die Störungen der Harnentleerung infolge des Prostataschwundes durch Veränderungen in der Drüsenkapsel verursacht. Dieselbe war in beiden Fällen verdickt und vor allen Dingen so starrwandig, daß sie auch nach Spaltung ihrer ganzen vorderen Wand (parallel dem Verlauf der Harnröhre), ihre Kapselform beibehielt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bloch, Iwan. Neue Beobachtungen über die spezifische Wirkung von Testogan und Thelygan. Med. Klin. 1918. Nr. 13. p. 319.

In einer dritten Mitteilung äußert sich Bloch über die Wirkung der Organpräparate „Testogan“ und „Thelygan“. In Betracht kommen sie bei bestimmten Formen der Impotenz, zur Beeinflussung der sekundären Geschlechtsmerkmale, bei bestimmten Menstruationsstörungen, auch bei manchen Erschöpfungsneurosen.

Bei Verwendung von Organpräparaten hat der Arzt auf den Toleranzgrad des einzelnen Patienten und auf eine etwa vorhandene

Idiosynkrasie besonders von seiten des Herzens und der Nieren zu achten.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gross, Oskar. Über scheinbar durch Polyurie hervorgerufene Blasenstörungen. Med. Klin. 1918. Nr. 43. p. 1053.

Gross betont, daß sich bei den wegen sogenannter Blasenschwäche sich krankmeldenden Soldaten, wenn man von den Simulanten absieht und von denen, bei denen organische Veränderungen die Blasenstörungen verursachen, es sich vielfach nicht um Pollakiurie handelt, sondern um Polyurien, daß vielfach diese Kranken nur deswegen so oft urinieren, weil sie sehr viel Urin produzieren. Vielfach ist die Ursache eine Polydypsie, vielfach auch eine, wahrscheinlich funktionelle, Störung der Nieren, bei der es infolge einer Kombination der Verzögerung und gleichzeitigen Vermehrung der Wasserausscheidung zu dem Bilde der Poly-Nykturie kommt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Mohr, Fritz. Über die Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken. Med. Klin. 1918. Nr. 34. p. 831.

Mohr hatte so gute Erfolge mit der von ihm ausgeübten psychischen Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken (Bettnässen, Pollakiurie und verwandte Störungen), daß er es für zweckmäßiger hält, derartige Kranke auf neurologische Stationen zu legen, wo die psychische Behandlung sachgemäß ausgeführt wird. Auch die nicht ganz seltenen Fälle von sexueller Neurasthenie mit Spermatorrhöe, Prostatorrhöe und ähnlichen lokalen, aber im Allgemeinzustand begründeten Symptomen sollen mehr als bisher auf die Nervenstationen gelegt werden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Naber, J. Über Blasenneuosen (Pollakiurie, Inkontinenz, Enuresis, Retentio urinae). Med. Klin. 1918. Nr. 34. p. 832.

Naber behandelte in der Zeit von drei Monaten 50 Blasenfälle bei Soldaten. Von diesen hatten nur drei ein organisches Leiden, die übrigen 47 hatten eine Blasenneurose und zwar 29 Enuresis nocturna, davon 19 angeboren, der Rest litt an Pollakiurie oder Inkontinenz. Nur 4 Pollakiuriker von diesen 47 Kranken bedurften der Lazarettaufnahme, die übrigen wurden ambulant behandelt. Sämtliche 47 wurden geheilt, und zwar durch ein bis drei Sitzungen mit fachmännischer neurologischer Behandlung. Solche Patienten gehören nicht auf die Blasenstation, sondern auf die Nervenstation. Die Behandlung bestand in Psychotherapie mit Faradisation der Blase von außen. Der Hauptwert ist auf die psychische Behandlung zu legen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Paschkis, Rudolf. Urologisch-kasuistische Mitteilungen. Med. Klin. 1918. Nr. 31. p. 756.

Paschkis berichtet über eine Anzahl von ihm beobachteter urologischer Fälle, einige Schußverletzungen des Hodens, einen Fall

von Harninfiltration schwerster Art usw. Von besonderem Interesse ist ein Fall von abscedierender Orchitis bei Gonorrhöe. Den Schluß bildet die Mitteilung eines Falles von akzessorischem Gang an der Unterseite des Penis. Die Länge des Ganges betrug etwa 6 cm.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Werler. Über Blasenneurose, Pollakiurie und Incontinentia vesicae bei Kriegsteilnehmern und ihre Behandlung. Med. Klin. 1917. Nr. 23. p. 637.

Werler hält die Behandlung der Blasenneurose der Kriegsteilnehmer für eine keineswegs undankbare Aufgabe. Das erste ist im Lazarett, dem Kranken alle Vorteile einer rationellen Blasenhygiene und Diätetik zuteil werden zu lassen: Bettruhe, Wärme, Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Gleichzeitig ist Wärme in Form von Thermophoren auf die Blasenegend oder Umschlägen anzuwenden. Die Füße sind auch durch geeignete Maßnahmen warm zu halten. Einen sicheren Nutzen hat auch die Hochstellung des Bettfußendes zur Nachtzeit. Innerlich können Antirheumatica (Acetylen, Aspirin usw.) und Antineuralgica (Pyramidon, Phenacetin usw.) von Nutzen sein. Als Sedativa kommen Brom, Kodein und Opiumtinktur in Betracht. Zu empfehlen sind die von Fuchs erprobten Blasenspülungen mit allmählicher Temperatursteigerung (24—45° C) der Spülflüssigkeit.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hilgenreiner, H. Ein Fall von Hydrocele funiculi communicans mit cystischem Ventilverschluß. Med. Klin. 1917. Nr. 21. p. 575.

Genaue Beschreibung des seltenen in der Überschrift bezeichneten Operationsbefundes. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sieben, Hubert. Die Störung der Blasenfunktion bei Myelodysplasie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 3.

Während die auf nervösen Ursachen beruhende funktionelle Enuresis therapeutischen Maßnahmen, wie Wärme, verminderte Flüssigkeitszufuhr, Bromdarreichung zugänglich ist, trotzen die Fälle von Blasenstörungen, welche von Organveränderungen herühren, wie Sieben an der Hand mehrerer Krankengeschichten nachweist, jeder Behandlung. Man versäume daher nie, nach solchen organischen Schäden zu forschen, ehe man den Patienten mit aussichtslosen Verordnungen quält. Abnormitäten oder Spaltbildungen in der Kreuzbeinengegend, eingezogene runde Grübchen in der Nähe der oberen Sakralwirbel oder des Sakralcoccygealgelenks, die eine rudiementäre Spaltbildung darstellen, deuten auf Myelodysplasie hin, bei welcher der Blasenautomatismus und oft auch die Hypofunktion des Sphincter internus konstant ist. Bei solchen Patienten besteht nicht nur eine unheilbare Enuresis, sondern oft ist auch mit größter Vorsicht und Energie bei Tage das Durchnässen der Kleider nicht zu vermeiden. Eine Analogie zur Myelodysplasie bildet die Kompress-

sionsmyelitis, die zu einer Läsion des spinalen Blasenentrums führt.

Max Joseph (Berlin).

Rohleder. Organtherapie des Prostatismus (Prostatahyper- und atrophie). Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 3.

Das Testogan, welches Extrakte von Hoden, Prostata, Samenblase, Schilddrüse, Nebenniere und Hypophyse mit Yohimbin enthält übte die beste Wirkung im ersten Stadium des Prostatismus bei akuter Harnverhaltung ohne Residualharn. Aber auch im zweiten Stadium verhinderte das in Tablettenform gegebene Mittel das Auftreten von Residualharn und Cystitis und linderte Drang und Miktionsbeschwerden. Das dritte Stadium ließ sich nicht mehr beeinflussen, wurde aber durch frühere Behandlung wesentlich hinausgeschoben. Das Hormospermin, welches die gleichen Extrakte ohne Yohimbinzusatz enthält, wirkte in gleicher Weise wie Testogan.

Max Joseph (Berlin).

Casper, L. Nierenblutungen, ihre Diagnose, Prognose, ihre pathognomonische Bedeutung und Behandlung. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 169.

Lesenswerte Abhandlung, zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Adler, A. Über die Miktion Neugeborener und Kinder in der ersten Lebenszeit. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 185.

Adler berichtet über seine hochinteressanten Versuche, die allmähliche Beherrschung der Urinentleerung klarzustellen. Eine Anzahl Zeichnungen veranschaulichen die Vorgänge, die eingehender in der Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. mitgeteilt sind.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weitz, Wilhelm. Über die Behandlung der Enuresis. Med. Klin. 1919. Nr. 32. p. 761.

Weitz, der sich zusammen mit Götz (Med. Klin. 1918. Nr. 30) über das Zustandekommen der Enuresis geäußert hat, geht in der vorliegenden Arbeit auf die von ihm ausgeübte und bei vielen Fällen recht erfolgreiche Therapie ein. Neben der Flüssigkeitsbeschränkung am Abend erfolgte folgende Behandlung: Nach Einführung eines dünnen elastischen Katheters wurde der Urin abgelassen, die Blase zweimal mit 100 bis 200 ccm Argentum nitricum Lösung gespült und neue Argentum-nitricum-Lösung in einer nach der Größe der Blase variierenden Menge von durchschnittlich etwa 150 ccm einlaufen gelassen. Die Entleerung der Blase von der Argentum-nitricum-Lösung wurde dem Patienten erst eine halbe Stunde nach der Füllung erlaubt. Die Konzentration der Lösung betrug gewöhnlich zu Anfang 1 : 4000, später 1 : 3000, bis unter Umständen 1 : 750. Die Behandlung sollte zweimal wöchentlich erfolgen und ausgesetzt werden, wenn das Bettnässen drei Wochen weggeblieben ist. In Fällen, wo diese Behandlung nicht zum Ziele führt, dürfte es sich empfehlen, Bella-

donna und Atropin zu gebrauchen, in schweren Fällen die epidurale Injektion. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sieben. Die Ursachen und die Behandlung der Enuresis nocturna. Med. Klin. 1919. Nr. 29. p. 687.

Unter Hinweis auf die Feststellungen Adlers (Über den Druck in der Harnblase, zugleich ein Beitrag zur Funktion des Blasenmechanismus, dessen Physiologie und Pathologie. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1918. Bd. XXX. Heft 4/5), welche ergaben, daß der kindliche Miktionsstypus dem Blasenautomatismus bei isolierter corticaler Blasenzentrumstörung gleicht, bemerkt Sieben, daß wir es bei der Enuresis nocturna mit diesem kindlichen Miktionsstypus zu tun haben; es dürfte sich also um ein Hypofunktion des corticalen Blasen zentrums handeln. Es ist nun wahrscheinlich nicht nur das corticale Blasenzentrum ganz oder teilweise außer Funktion gesetzt, sondern auch die übergeordneten Hirnrindenelemente samt ihren Assoziationsbahnen, so daß der Reiz der gefüllten Blase automatisch zur Entleerung führt. Soweit die übergeordneten corticalen Elemente in Betracht kommen, liegt vielleicht ein Ermüdungszustand vor.

Therapeutisch regt der Verf. an, die Flüssigkeitszufuhr herabzusetzen und von 4 Uhr nachmittags an, keine Flüssigkeit mehr zu verabreichen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Harttung, H. Über Perityphlitis und Pyelitis. Med. Klin. 1919. Nr. 28. p. 664.

Harttung beschreibt einen Fall von rezidivierender Perityphlitis. Regelmäßig mit dem Einsetzen einer neuen Infektion in und um den Appendix stellten sich die Zeichen einer Pyelitis ein. „Das nette und interessante Bild wurde zweimal klinisch beobachtet.“ Nach der Appendektomie trat nie wieder eine Infektion des Nierenbeckens auf. Nach der Ansicht des Verf. kam hier der ascendierende Weg der Niereninfektion in Frage.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pophal, Rudolf. Ungewöhnliche Körpergewichtsschwankungen als Folge einer durch die Kriegskosten bedingten Polynykturie. Med. Klin. 1919. Nr. 20. p. 462.

Pophal faßt seine Ausführungen folgendermaßen zusammen: Durch unsere kohlenhydrat-, kochsalz- und wasserreiche Kriegskosten können erhebliche Wassermengen retiniert werden. Diese Wassermengen werden verspätet ausgeschieden und erzeugen so das Symptom der Polynykturie. Diese Polynykturie kann so erhebliche Grade erreichen, daß enorme Gewichtsschwankungen bis zu 15 Pfund innerhalb eines Tages resultieren. Es liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß die durch die Kriegskosten hervorgerufene Störung, die ich kurz Kohlenhydratnährschaden nennen möchte, einerseits dem Mehl-nährschaden des Kindes nahe verwandt ist und andererseits ein Vorstadium der Ödemkrankheit darstellt, zu der fließende Übergänge bestehen. Bei disponierten Individuen kann die Polynykturie zur Enuresis nocturna führen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

von Zeissl, M. Über den Krampf des Sphincter vesicae internus. Med. Klin. 1919. Nr. 1. p. 11.

Kurze Ausführungen über die Innervierung des Blasenverschlusses, und über den Krampf des Sphincter vesicae internus mit Bericht über einen einschlägigen Fall. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weitz, Wilhelm und Otto Götz. Über die Pathogenese der Enuresis. Med. Klin. 1918. Nr. 30. p. 729.

Weitz und Götz haben durch Blasendruckmessungen, wie sie in ähnlicher Weise schon von Genouville (*La contractilité du muscle vésical*. Paris 1894) und Frankl-Hochwart und Zuckerkandl (in Nothnagels spez. Path. Die nervösen Erkrankungen der Blase) gemacht waren, das Verständnis des ja nicht klaren Vorganges der Enuresis augenscheinlich ganz wesentlich gefördert. Ihre Technik war folgende: Ein breiter graduierter Zylinder war durch einen Schlauch mit im Patienten befindlichen Blasenkatheter in Verbindung gebracht. In den Schlauch war ein T-förmiges Glasrohr eingeschaltet, welches mit einem Manometer in Verbindung stand. Der Schwimmer des Manometers zeichnete Schwankungen auf einer rotierenden berußten Rolle ab. Das ganze System war mit körperwarmer 3proz. Borsäurelösung gefüllt. Es ergab sich, daß bei allmählicher Füllung der Blase die Manometersteigung langsam zunahm. Diese Druckzunahme kommt zum Teil durch reine Vermehrung der hydrostatischen Druckes infolge allmählichen Steigens des Blasenscheitels, teils durch Steigerung des allgemeinen Bauchdruckes infolge Verkleinerung des Bauchraumes durch die größere werdende Blase zustande. Während der Blasenfüllung treten von Zeit zu Zeit plötzlich Gefühle starken Harndranges auf (Kontraktionsgefühl), die durchschnittlich 3—4 Minuten anhalten und manometrisch von starken Blasedruckerhebungen begleitet sind. Ist eine größere Flüssigkeitsmenge in die Blase geflossen (etwa 5—600), so tritt bleibender Harndrang ein (Dehnungsgefühl). Bei exzessiver Reizbarkeit der Blase treten die Kontraktionsgefühle sehr rasch nacheinander auf und sind sehr schmerzhaft. Patienten mit wirklicher Enuresis haben keine vermehrte Reizbarkeit der Blase. Die erste Druckwelle tritt erst nach mittlerer Füllung ein, aber sie wird nicht empfunden, im Gegenteil: der Patient entleert sogar seinen Blaseninhalt, ohne es zu empfinden, gegen den hohen Druck des Systems. Die Kontraktion kommt beim Enuretiker nicht zur Kenntnis der Großhirnrinde. Es bleibt infolgedessen die vom Großhirn bewirkte Tonusvermehrung des Sphincters aus; es tritt ein Mißverhältnis auf zwischen der Spannung des Detrusors und der des Sphincters, und es kommt zum Randdurchbruch. Bei ausgesprochener Enuresis besteht tags und nachts dieser Zustand. Bei leichteren Formen wird im wachen Zustande eine schwache Empfindung der Kontraktion übermittelt. Die Fähigkeit, das Kontraktionsgefühl zu erlernen, ist abhängig von der Aufnahmefähigkeit des

Gehirns. Diese Annahme erklärt es auch, daß man unter den Enuretikern so viele Patienten mit Entwicklungsstörungen findet (Spina bifida, Epispadie usw.). Bei diesen Patienten sind offenbar die Bahnen, die die Empfindung der Kontraktion nach dem Hirn leiten, mangelhaft entwickelt. Das Auftreten von Enuresis nach Hernienoperationen spricht dafür, daß bei der Operation wahrscheinlich durch Zerrungen des Peritoneums und der Blase die von der Blase zum Rückenmark laufenden feinen Nerven geschädigt sind. Die Tatsache, daß so viele Soldaten in den Schützengräben nach nassem und kaltem Wetter Erscheinungen von Enuresis aufwiesen, wird durch die Tatsache erklärt, daß Nässe und Kälte besonders an den Extremitäten bei vielen Leuten kontraktionsfördernd wirken. Bei durchnässten und durchkälten Beinen werden auf den sensiblen Bahnen dem Teile des Rückenmarks sehr starke Reize zugeschickt, der auch die von der Blase ausgehenden sensiblen Bahnen in sich aufnimmt. Der Kältereiz überlagert die schon gegenüber der Norm abgeschwächte Empfindung, genau so, wie auch andere von der Genitalgegend ausgehende Reize ein schwach entwickeltes Blasenkontraktionsgefühl überdecken können (bei Balanitis, Phimose, Rhagaden am After, Oxyuren mit Juckreiz usw.). Auch psychische Erregungen wirken in gleicher Weise. Da nun ein großer Teil der hier in Betracht kommenden Leute als Kinder Enuretiker waren, ist das Wiederaufflackern ihrer Erkrankung unter obigen Zuständen um so leichter begreiflich.

Ist nun das Kontraktionsgefühl der Blase eine Zeitlang außer Funktion gewesen, so ist auch den Bahnen und den Zentren die Aufnahme- und Leitungsfähigkeit verlorengegangen und muß, wie beim Säugling wieder erlernt werden. Die Therapie bei der Enuresis besteht also darin, das Kontraktionsgefühl der Blase zu steigern.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pototzky, Carl. Zur Behandlung der Enuresis nocturna (Campher - Therapie, Milieusuggestions - Methode u. a.). Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Da die Enuresis nocturna kein einheitliches Krankheitsbild, sondern stets ein Symptom eines körperlichen oder psychischen Leidens ist, warnt Pototzky eindringlich vor allen brüsken Methoden. Auch Galvanisation und Faradisation führten selten, höchstens wo suggestive Beeinflussung am Platze war, zur Besserung; ebenso wenig empfiehlt sich Hypnose. Manchmal nützt die völlige Veränderung des Milieus, welche eine Ablenkung des Kindes ermöglicht. Sedativ-medikamentöse Einwirkung durch Atropin, Tinct. Rhois, besonders aber durch Campher (Camphora monobromata 0,1 Calcium lacticum 1,0 D. tal. dos. Nr. XX, 2 mal tägl. 1 Pulver) taten gute Heilwirkung. Besonders von der letzten Medikation berichtet Verf. ausgezeichnete Resultate. Darreichung der Speisen in konzentrierter Form und Genuß der Getränke in der ersten Tageshälfte empfiehlt sich in jedem Falle.

Max Joseph (Berlin).

Schiffmann, J. Schweißdrüsenadenocarcinoid der Vulva. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 3. p. 59.

Bericht über einen Fall von Schweißdrüsenadenocarcinoid ([Cyst-] Adenoma tubulare hidradenoides vulvae), der als warzenartiges Gebilde im oberen Drittel der linken großen Schamlippe saß. Die histologischen Details weisen auf beginnende Carcinombildung hin.

Martin Friedmann (Breslau).

Forges, A. Historischer Beitrag zum experimentellen Hermaphroditismus. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 3. p. 87.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß er bereits im Jahre 1902 auf nicht kastrierte junge Hennen Hoden übertragen hatte mit dem Resultat einer kräftigen Entwicklung der Kämme und Bartläppchen. Forges revidiert seine damalige Ansicht über die Ursache der Entstehung.

Martin Friedmann (Breslau).

Schultz. Bemerkungen zur Arbeit von Knud Sand über experimentellen Hermaphroditismus. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. CLXXIX. p. 217.

Polemik über Priorität bei der experimentellen Keimdrüsenverpflanzung.

Rudolf Spitzer (Breslau).

Müller, L. R. Die Blaseninnervation. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXVIII. p. 81.

Müller unterzieht seine seinerzeitigen (1901) Studien über die Blaseninnervation einer neuerlichen Bearbeitung, die vielfach Ergänzungen und Erweiterungen bringt. Als hauptsächlichste Resultate seien erwähnt, daß von den in und an den Blasenwandungen gelegenen Ganglienzellengruppen selbständig Blasenbewegungen ausgelöst werden können. Normalerweise wirkt aber auch das Nervensystem auf diese Ganglien, und zwar das sakralautonome System, indem es über die Nervi pelvici (erigentes) den Entleerungsreflex auslöst, das sympathische, indem es über die Fasern des Grenzstranges und der Plexus hypogastrici den Blasenverschluß und damit die Harnverhaltung bedingt. Blasenkontraktionen kann man durch Reizung der Wandungen des dritten Ventrikels bewirken; auch von der Hirnrinde, namentlich den obersten Teilen der Zentralwindungen wird die Blasenfunktion beeinflusst. Die Blasen Schleimhaut hält Müller für unempfindlich, den Harndrang bewirkt nicht die Spannung der Blasenwand, sondern er wird nur durch die Kontraktionen der Blasenmuskulatur verursacht, welche im Wege der Nervi pelvici übermittelt werden. Bezüglich der Details sei auf die durch instruktive Abbildungen und schematische Darstellungen erläuterte Originalarbeit verwiesen.

P.

Schubert, G. Zur Operation der Phimose. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 19.

Schubert wandte mit gutem Erfolge folgendes Verfahren an. Straffen der Vorhaut über der Glans penis, Ovalärschnitt durch das äußere Blatt des Praeputiums, Auseinanderschieben der Wundränder

durch weiteres Straffen der Vorhaut, welche nun samt dem durch den Schnitt am Dorsum hergestellten Lappen bis in die Höhe der Corona glandis gezogen wird. Störende bindegewebige Stränge werden durchtrennt, der Lappen nach seiner Basis zu abpräpariert und mit der Schere der Rest des äußeren Blattes sowie die in seinem Bezirk liegenden Teile des inneren Blattes entfernt. In den durch Spaltung des inneren Blattes nahe der Corona glandis entstandenen Winkel wird mit Knopfnäht die Spitze des Lappens eingenäht und endlich der ganze Winkel nach Anlegung weiterer Knopfnähte durch den Lappen ausgefüllt. Zirkulär angelegte Knopfnähte vereinigen inneres und äußeres Blatt des Praeputiums mit dem Frenulum.

Max Joseph (Berlin).

Rothschild, Alfred. Plastischer Verschluß größerer Harnröhrenfisteln. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 23.

Nach der Resektion einer Striktur und Heilung von Cavernitis führte Rothschild die Plastik bei zurückbleibender Harnröhrenfistel folgendermaßen durch: Bildung von zwei rechteckigen Hautlappen am Membrum außen von der Fistelgegend, Naht der linearen Vereinigungsränder dieser umgeklappten Lappen mit feinem Catgut und ihre Verbindung mit den Urethralstümpfen durch Naht, Verbreiterung der Wundfläche, ihre Deckung mit ihrer Form angepaßten Hautlappen aus dem Scrotum, Vernähung erst linear, dann nach Drehung des Lappens der Lappenränder mit den Rändern der Wundfläche über dem Urethraldefekt, Gazetampon, Entfernung des Katheters, Verband. In einem zweiten Falle stammte das plastische Material aus dem Oberschenkel, es war hier bereits von anderer Seite eine Plastik vergeblich versucht worden. Beide Patienten kamen zu vollkommener Heilung. Die Hauptbedingungen zum Gelingen der Plastik sieht Verf. im Anlegen einer breiten über den Fistelrand hinausgehenden Anfrischungsfläche am Membrum zur Verklebung für die granulierenden Lappen und in der möglichst Länge und Breite des gestielten Hautlappens, der wie bei der verwandten Oberschenkelhaut keine größeren Gefäße enthalten soll. Max Joseph (Berlin).

Berner, J. H. Ein mit Optochin behandelter Fall von Pneumokokken - Cystitis. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 15

Die 14jährige, stets schwächliche Patientin erkrankte unter Fieber, Rückenschmerzen und häufigem Urindrang an trockenem Husten und Appetitlosigkeit. Der Urin zeigte bei der Untersuchung Albuminreaktion, Eiterreaktion und Guajakreaktion, unter dem Mikroskop erwies sich der Bestand des Urinbodensatzes als Leukocyten und grampositive Diplokokken. Nachdem Salol keine Besserung gebracht hatte, wurde mit Optochin morgens und abends 0,3, im ganzen fünfmal verabreicht, binnen 6 Tagen völlige Heilung erzielt. Die Infektion der Harnwege mit Pneumokokken entstand wahrscheinlich im Anschluß an eine leichte, nicht diagnostizierte Pneumonie.

Max Joseph (Berlin).

Saudek, J. Beitrag zur Therapie der Pollakisurie und Enuresis nocturna. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 41.

Saudek versuchte die Blase allmählich an das Festhalten größerer Flüssigkeitsmengen zu gewöhnen; zur Erreichung dieses Zieles wurde mittels Katheters 30—50 ccm KmnO_4 -Lösung injiziert und der Kranke angewiesen, den Harn möglichst lange zu behalten. Mit der Steigerung der Flüssigkeitsmengen muß man langsam vorgehen und lieber auf ein längeres Behalten in der Blase hinarbeiten. Viktor Bandler.

Blum, V. Zur Theorie des Residualharnes. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 39.

Die cystoskopischen Studien des Autors lehren, daß es sich in den Fällen von Residualharn um eine Dehnung der Scheitelpartie der Blase handelt, um eine Art Urachusdivertikel mit breitem Eingang. Bei Kontraktion des Detrusors weicht der Harn leichter in die gedehnte Divertikelpartie aus als durch den krampfhaft geschlossenen Sphincter in die Harnröhre. Der Kranke uriniert zum Teil in seinen Divertikelsack. So erklärt Blum die Entstehung des Residualurins in diesen Fällen, die Trabekelblase, die Dehnung des Blasen Scheitels zum Urachusdivertikel.

Viktor Bandler (Prag).

Egyedi, D. Das Unvermögen des Harnhaltens aus Gesichtspunkten der Dienstauglichkeit. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 34.

Die cystoskopische Untersuchung von 1200 Enuretikern berechtigt den Autor als Grundsatz aufzustellen, daß die seit einer gewissen und zwar langen Zeit bestehenden und mit vermehrtem imperativem Harndrang kombinierten Blasenneuosen Trabekelblase aufweisen: umgekehrt läßt der Befund einer ausgesprochenen Trabekelblase, bei der mechanische Hindernisse der Harnröhre nicht vorhanden oder vorausgegangen sind, auf imperativen Harndrang schließen und sind diesbezügliche Klagen der Kranken vollauf gerechtfertigt.

Victor Bandler (Prag).

Ullmann, K. Über Enuresis militarium. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 38, 39 u. 40.

Die Ergebnisse der Untersuchungen bei 48 essentiellen Bett-nässern faßt Ullmann in folgenden Punkten zusammen:

Es handelt sich zu einem großen Teile um körperlich kräftige, mitunter aber geistig minderwertige Individuen. Die Stigmata sind überall verteilt, häufig am Schädel, am häufigsten im Nervensystem. Oft ist die Enuresis allein das hereditäre Stigma. Nach Ullmann handelt es sich bei Enuresis nicht um eine Myelodysplasia lumbosacralis, sondern eher um eine Dysplasia totalis, um einen Komplex von Degenerationserscheinungen, bei denen vor allem die Substanz des Zentralnervensystems und zwar nur funktionell mitbeteiligt ist. Die anatomischen Veränderungen der Blasenmuskulatur (Trabekelblase) lassen sich als Ausdruck einer kompensatorischen Arbeitshypertrophie erklären. Auch in der Berufswahl, dem meist verschlossenen Charakter,

dem scheuen Benehmen, auch in der Physiognomie bilden diese Menschen eine Gruppe für sich. Fast alle wählen Berufe, die sie im Freien außer ihrer Behausung beschäftigen. Beim Militär empfiehlt Ullmann eigene Ubikationen mit Schlaf- und Arbeitsräumen innerhalb jeder größeren Garnison für die Bettnässer. Viktor Bandler (Prag).

Saphier, J. Urethritis acuta typhosa. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 48.

Bei einem typhuskranken Soldaten trat während der Continua Schwellung des Hodens und Brennen beim Urinieren auf. Aus dem geröteten und geschwollenen Orificium wurde eitrig-schleimiges Sekret entnommen, das mikroskopisch Eiterzellen und gram-negative intracellulare Stäbchen aufwies. Die Kulturen — von der Prosektur Prof. Paltauf untersucht — zeigten Typhusbacillen. Die Orchitis wurde punktiert und im Eiter Typhusbacillen kulturell nachgewiesen. Nach Urotropin klärte sich der trübe Urin.

Bei einem zweiten Falle wurden ebenfalls im Sekret der Urethra kulturell Typhusbacillen nachgewiesen. Viktor Bandler (Prag).

Fuchs, A., und S. Gross. Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna bei Soldaten. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 47.

Die Autoren sehen die Enuresis nocturna als eine kongenitale Innervationsstörung an und trennen dieselbe von der erworbenen Inkontinenz. Bei dieser kommen als ätiologische Momente Traumen, Kälteeinwirkung und Infektionskrankheiten in Betracht. Diese Kranken zeigen bei dem Versuch der Blasenfüllung und bei dem Versuch der Ausdrückbarkeit eine ausgesprochene Schmerzhaftigkeit, eine verringerte Kapazität und die erschwerte elektrische Reizbarkeit des Blasenfundus. In allen Fällen fanden die Autoren einen Krampfzustand des Detrusors. Die schwersten auch therapeutisch resistenten Fälle möchten die Autoren als Blasenstarre bezeichnen. Weiter wurde konstatiert, daß bei Spülungen die Steigerung der Temperatur des Spülwassers einen Einfluß auf die Kapazität der Blase übt.

Mittels eines Katheter à double courant wird zunächst 24grad. Borlösung eingespritzt und die nächstfolgenden Spritzen allmählich auf eine Temperatur von 45—48° C gesteigert. Fälle mit Pollakisurie und relativer Inkontinenz wiesen die besten Erfolge auf. Auch bei der Enuresis nocturna war Erfolg mit dieser Behandlungsmethode zu verzeichnen.

Viktor Bandler (Prag).

Blum, V. Vorschlag zur Behandlung der Harninkontinenz der Soldaten. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 50.

Blum empfiehlt eine Penisklemme nach Art einer Quetschklemme für Gummischläuche, welche um den mit einer Watte und Bindentour umwickelten Penis in der Mitte seines Schaftes angelegt wird. Durch die Betätigung der zwei Fingergriffe läßt sich einerseits der Druck regulieren, anderseits der Bügel soweit öffnen, daß bei gewollter Harnentleerung der Urinstrom ungehindert abfließt.

Viktor Bandler (Prag).

Mayner. Die Stollenblase. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 51. p. 1220.

Verf. führt die Pollakisurie der Feldtruppen darauf zurück, daß durch die hygienischen Verhältnisse im Graben die Wasserausscheidung der Haut fast völlig aufgehoben ist. Krakauer (Breslau).

Scholz, H. Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Ther. d. Gegenw. 1919. p. 10.

Suggestive Beeinflussung in Hypnose hatte nur in 5 Fällen Erfolg, in ebensoviel Fällen Mißerfolg. In mehr als 20 Fällen ergab die epidurale Injektion von 10—20 cem abgekühlter Kochsalzlösung oder 1proz. Novocainlösung ein gutes Resultat. Schon in der folgenden Nacht blieb die Enurese aus und der Erfolg war, wenn die Kranken nicht zu zeitlich entlassen wurden, meist ein dauernder. Nur in 2 Fällen war die Methode unwirksam. In 6 Fällen wurden subcutane Atropininjektionen (alle 2—3 Tage 1 mg, im ganzen 6—8 Injektionen) mit gutem Erfolge, besonders bei Kranken, bei denen gleichzeitig Pollakisurie bestand, angewendet. Doch gab es auch hierbei noch Mißerfolge.

Walther Pick (Wien).

Wilms. Heilen die Röntgenstrahlen die Prostatahypertrophie? Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 30. p. 1073.

Die bei der Prostatahypertrophie gleichzeitig vorhandenen Reizzustände nach Spasmen werden durch eine Tiefen-Röntgenbestrahlung günstig beeinflusst. Die sonstigen Erfolge beruhen nicht auf einer Verkleinerung der Drüse, sondern auf der Beseitigung dieser Reizzustände.

Alfred Perutz (Wien).

Boenheim, Felix. Über die topische Bedeutung der „dissoziierten Potenzstörung“. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1917. Bd. LVII. p. 36.

Unter Mitteilung dreier eigener Fälle und Zusammenstellung von 17 Sektionsfällen zeigt Boenheim, daß die von Hans Curschmann zuerst beschriebene „dissoziierte Potenzstörung“ — Fehlen des Orgasmus bei erhaltener Libido und Erektion, sowie fehlende oder stark verlangsamte „tropfende“ Ejaculation — einen diagnostischen Anhaltspunkt für Erkrankungen des Conus medullaris bildet. P.

Hautkrankheiten.

Allgemeines, Anatomie, Physiologie, Pathologie.

Riecke, E. Kriegsdermatologie. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 12.

Den Inhalt des anschaulichen Berichtes bilden Erfahrungen, die Riecke in dermatologischen Kriegslazaretten sammelte. Von parasitären Erscheinungen war die Kopflaus selten, eher bei Französinen als bei Soldaten zu finden, öfter kam die Pediculosis pubis