II.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. Neisser in Breslau.)

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Legrain** Émile. Recherches sur les rapports qu'affecte le gonococcus avec les éléments du pus blennorrhagique. — Arch. de physiologie, 15. Août 1887.
2. **Giovanni**. Microbes de la blennorrhagie uréthrale de l'homme. — Union medic., 9. Décembre 1886.
3. **Orcel**. Persistance du gonococcus dans l'urèthre après la miction et le lavage de l'avant-canal. — Lyon médic., 4. IX. 1887.
4. **Denti** S. Sull' infettività della blenorragia. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, 4.
5. **Bories**. Manifestation nouvelle de l'infection blennorrhagique. — La semaine médic. 1887, Nr. 40.
6. **Bockhart** M. Ueber secundäre Infection (Mischinfection) bei Harnröhrentripper. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, Nr. 19.
7. **Bumm** E. Ueber gonorrhöische Mischinfectionen beim Weibe. — Deutsche med. Wochenschr. 1887, Nr. 49, pag. 1057.
8. **Noeggerath** E. Ueber latente und chronische Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht. — Deutsche med. Wochenschr. 1887, Nr. 49, pag. 1059.
9. **Levy** Fr. La gonorrhée latente chez la femme. — Hospitals Tidende (Copenhagen) Nr. 1, 2, 3, 1887.
10. **Prettyman** S. Gonorrhoea in young children. — Medical Record Vol. 32, Nov. 12. 1887.
11. **Abaly** W. C. Boracic acid in gonorrhoea.
12. **Blanc** P. Quelques points du traitement de la blennorrhagie. — Prov. médic. Nr. 44, 1887.
13. **Ledetsch**. Ueber Chinin-Injectionen bei Gonorrhöe. — Prager med. Wochenschr.; Breslauer ärztl. Zeitschr.
14. **Currier** Andrew F. The abortive treatment of Gonorrhoea. — New-York med. Journ., 29. Oct. 1887.
15. **Rose** A. The abortive treatment of Gonorrhoea. — New-York med. Journ., 8. und 22. Oct. 1887.
16. **Osborne** O. T. (New-Haven, Conn.) The abortive treatment of Gonorrhoea. — New-York med. Journ. 1887, Nr. 15, pag. 401.

17. **Otramare** Dr. (Genève.) Les injections et la propagation de la blennorrhagie à l'urèthre postérieur. — *Revue de la Suisse romaine*, Octobre 1886.
18. **Rand.** The treatment of urethral inflammation in the male. — *New-York med. Journ.*, 3. Dec. 1887.
19. **Sperling.** Zur Sondentherapie der Harnröhre. — *Therapeut. Monatsh.* 1887, Nr. 7.
20. **Casper.** Die Salbensonnen bei Behandlung der chronischen Gonorrhöe. — *Therapeut. Monatsh.* 1887, Nr. 8.
21. **Sperling.** Zur Salbensonnenbehandlung der Harnröhre. — *Therapeut. Monatsh.* 1887, Nr. 9.
22. **Tommasoli.** L'iniettore uretrale d'unguenti. — *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle* 1887, 5.
23. **Petersen** O. Der Urethral-Irrigator. — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887, Nr. 20, pag. 906.
24. **Lohnstein.** Ein neuer Spülapparat der Harnröhre. — *Berl. klin. Wochenschr.* 1887, 47.
25. **Groeningen.** Tripperbehandlung mittelst Spülkatheter. — *Berl. klin. Wochenschr.* 1887, 51.
26. **Schütz** J. Ein neuer elektrischer Apparat (Diaphotoskop) zu medizinischen Beleuchtungszwecken, insbesondere zur bequemen Erhellung des endoskopischen Gesichtsfeldes. — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887, Nr. 20, pag. 899.
27. **Allen.** Cases of Urethral-Endoscopy. — *The Boston Medic. and surgic. Journ.*, 1. Dec. 1887, Vol. CXVII Nr. 22.
28. **Friedrich** L. L. (Washington). Vortrag in der „Medical society of the district of Columbia“ vom 20. April 1887 über „Endoskopie“. — *Journ. of the Medic. Association, Chicago* 1887, Nr. 10, pag. 312.
29. **Belfield.** Sudden death after urethral injection. — *The Journ. of the americ. medic. associat.*, 3. Dec. 1887.
30. **Lavaux.** Antisepsie de la vessie et de l'urèthre. Applications au traitement des rétrécissements. — *Le Bullet. médic.* 1887, Nr. 70, pag. 1117.
31. **Hartmann.** Des cystites douloureuses. — Thèse, Paris 1887.
32. **Denny.** (Case of stricture of the urethra; divulsion and cure.) Ein Fall von Stricture der Harnröhre; deren Sprengung und Heilung. — *Northwestern Lancet* 1887, Nr. 3.
33. **Distin-Maddock** E. A new urethral instrument. — *Lancet* 1887, Nr. 3347, pag. 816.
34. **Morton** Edwin (Newark, England). The treatment of stricture of the urethra and urinary penile and scrotal and perineal fistulae by electrolysis. — *Brit. Med. Journ.* 1887, Nr. 1396, pag. 711.
35. **Newman** Robert. Synopsis of the second hundred cases of stricture of the urethra treated by electrolysis. — *The Journ. of the americ. med. associat.*, Nr. 13 and 14, 1887.
36. **Desnos.** Rétrécissement du rectum consécutif à un abcès de la Prostate. — *Gaz. médic.* 1887, Nr. 50.
37. **Wilson** A. H. The prostate gland. A Review of its anatomy, pathology and treatment. — *The Journ. of the americ. med. associat.*, Nr. 13, 1887.
38. **Fenwick** E. Henry. Ueber Thonabdrücke der Prostata an Lebenden. — *Langenbeck's Arch.*, XXXVI, 2.
39. **Newman.** The treatment of enlarged prostate. — *Brit. Med. Journ.*, 1. Oct. 1887.
40. **Thompson** H. Der hohe Blasenschnitt bei Prostatahypertrophie. — *Brit. Med. Journ.*, Nr. 1403, 19. Nov. 1887, pag. 1103.

41. **Thacher.** Periurethral-Abscess. The med. Record, New-York 1887, Nr. 887.
42. **Montaz M.** (Grenoble.) D'un mode fréquent et non décrit de l'orchite épидидymite tuberculeuse aiguë. — Semaine médic. 1887, Nr. 41.
43. **Kadler L.** Schmerzlose Entfernung von spitzen Condylomen. — Medycyna 1887, Nr. 63.
44. **Falcone** Tebaldo. Per la patogenesi del reumatismo articolare. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, 4.
45. **Aubert.** Absence de gonococci dans l'arthrite blennorrhagique. — Le Bullet. médic. 1887, Nr. 50.
46. **Wagner.** Ueber die Elektrotherapie der Spermatorrhöe. — Berl. klin. Wochenschr. 1887, Nr. 51.
47. Behandlung der Impotenz. — The international medical and surgical Synopsis, Vol. 1., Nr. 2. Oct.
48. **Stewart S.** Congenitale Phimose. — The Journ. of the americ. medic. associat.

Legrain (1) bespricht die Eigenthümlichkeiten des Secrets bei acuter Gonorrhöe. Von der Mitte des zweiten Tages an constatirt er eine Abnahme der Epithelzellen, eine langsame Zunahme der Eiterzellen. Von hundert Leukocyten enthalten zwei bis drei Gonococcen. Diese wenigen Elemente liegen dicht aneinander gedrängt, umgeben von Gruppen intacter Zellenmassen. Die Zahl der Mikroben in den einzelnen Elementen ist verschieden; die eine Zelle enthält zwölf, eine andere zwanzig, eine dritte achtzig Gonococcen. Die Cocceninvasion der Zellen geschieht zu verschiedenen Zeiten. Die Propagation der Coccen findet statt in der Contiguität der Zellen; sie dringt vom zweiten Tage an von der Schleimhautoberfläche in die Tiefe des Gewebes ein. Die Zahl der Eiterzellen nimmt im weiteren Verlaufe ausserordentlich zu; die der Epithelien schwindet. Auf der Höhe des acuten Stadiums ist von fünf Leukocyten einer mit Gonococcen behaftet. Das Vorkommen freier Gonococcen leugnet Legrain zwar nicht; jedoch sah er sie nur vereinzelt, niemals in grösseren Haufen. Die Vermehrung der Coccen geschieht intracellulär. Im subacuten Stadium sieht man wieder mehr Epithelzellen mit gequollenem Kern, der mehrere Vacuolen enthält. Coccenhaltig sind die Epithelien jetzt nur selten. Der Zahl nach verhalten sie sich zu den Leukocyten wie 1:8 oder wie 1:10. Im chronischen Stadium dominiren an Zahl die desquamirten und coccentragenden Epithelien. Vereinzelte Gonococcen sieht man vielfach frei. Exacerbirt ein chronischer Tripper, so sieht man zuweilen massenhafte Eiterzellen ohne Gonococcen. Die Epithelien sind oft mit Gonococcen gleichsam überschwemmt. Die Localisation der Erkrankung ist jetzt zum zweiten Male auf der Schleimhautoberfläche. Die verschiedenen Grössenverhältnisse der Mikroben in demselben Secret erklärt Legrain durch ein verschiedenes Verhalten gegen Farbstoffe. Die Coccen in der Tiefe der Zellen und Kerne unterliegen der Tinction schwerer. Der Unterschied gleicht sich aus, wenn man das überaus schnell färbende Carbofuchsin wählt. Es soll ferner nicht gleichgiltig sein, ob die Coccen im oberen Niveau des Präparats, oder in der Tiefe unmittelbar auf dem Objectträger gelegen sind. Die Tinctionsfähigkeit der Zellkerne nimmt ab unter dem Einflusse der in ihnen eingeschlossenen Gonococcen. Hier sieht man die letzteren von einer transparenten Zone umgeben. Diese aber ist ein Ausdruck für die Consumption tinctionsfähiger Substanz durch die Mikroben. Die Kernmasse lockert sich, sie erfüllt fast den ganzen Zellenleib. Das Protoplasma sieht man in hin und wieder nur spärlichen Mengen zusammengedrängt an den Polen der Zelle. Die Zelle scheint schliesslich nur aus Coccen zu bestehen. Die Contouren der Zelle persistiren. Die Zelle selbst

kann an Ausdehnung gewinnen. Man hat wohl ein Recht, den Gonococcen einen Einfluss auf die nutritiven Eigenschaften der Zellen zuzuschreiben. Im chronischen Stadium scheint die Vitalität des Gonococcus abzunehmen, sowie sein Nährboden erschöpft wird. Impfungen von Legrain (aus Culturversuchen) erzielten nur schwache Resultate.

Giovanni (2) behauptet: Aus dem gonorrhoeischen Eiter des Mannes lassen sich fünf Mikroorganismen isoliren, welche differiren sowohl in morphologischer Beziehung als in den Culturen. Zwei Varietäten sind mit denjenigen identisch, welche sich in der normalen männlichen Harnröhre finden lassen: Keines dieser Gebilde gleicht denjenigen, welche die ammoniakalische Gährung im Harne hervorruft. Impfungen unter die Haut, in das Peritoneum von Meerschweinchen liessen einen pyogenen Charakter nicht erkennen. Keiner dieser Mikroorganismen vermochte in der menschlichen Urethra eine Blennorrhöe zu erzeugen. Die Reinculturen misslangen; dieser negative Erfolg schliesst aber die pathogene Bedeutung des Gonococcus nicht aus; er lässt vielmehr nur die Unzulänglichkeit unserer Hilfsmittel für Culturen erkennen.

Orcel (3) behauptet: Der Gonococcus sitzt nicht nur im Eiter, sondern auch in den Geweben selbst. Schabt man die Urethralschleimhaut mit einer 2—3 Ctm. tief eingeführten Harncurette ab, so gelingt der Nachweis, selbst wenn der Kranke zuvor urinirte oder eine Injection empfing. Um den hinteren Harnröhrenabschnitt zu schützen, soll man nur geringe Mengen unter schwachem Drucke injiciren. Die Urinentleerung vor der Einspritzung reinigt erstens die Harnröhre; zweitens macht sie die Schleimhaut in der Folge viel empfänglicher für die medicamentöse Einwirkung; drittens lässt sie einen länger andauernden Contact zu. In den Präparaten, welche Orcel mit der Curette bereitete, sah er die Coccen niemals in Zellen, vielmehr stets frei, sei es zerstreut, sei es in Gruppen. Friedheim.

Denti (4) unterscheidet erstens eine einfache mucöse oder mucopurulente Urethritis, welche nicht contagiös ist und zweitens eine blennorrhagische Urethritis, die direct übertragbar ist und der ein Contagium vivum, der Gonococcus Neisser zu Grunde liegt. Uebrigens macht seine akademische Vorlesung über die Infectivität der Blennorrhagie keinen Anspruch auf Originalität. Dornig.

Bories (5) berichtet, dass er im Verlaufe einer „généralisation blennorrhagique“ auch ein nach seiner Auffassung zweifellos auf die Gonorrhöe zurück zu führendes Glottisödem beobachtet habe. Im Laufe einiger Tage seien bei einer Frau aufgetreten: Endometritis blennorrhoeica mit peritonealer Reizung, multiple Gelenkaffectionen, Glottisödem. In der Discussion bringt Bories für seine positive Behauptung nur die Abwesenheit anderer Ursachen für das Glottisödem (wie Erkältung und Albuminurie) und die Coincidenz der verschiedenen Symptome vor. Jadassohn.

Bockhart (6) fand im Eiter eines suppurativen Tripperbubo und eines Periurethralabscesses nur Staphylococcen und zwar Staphylococcus pyogenes aureus, keine Gonococcen. Auch im Trippereiter fand Bockhart in fünf Fällen von fünfundvierzig Eitercoccen neben den Gonococcen, ausser den Eitercoccen aber stets noch andere Bakterien, so dass die Gelegenheit zu Mischinfectionen hinreichend oft vorhanden ist. Wenn trotzdem die Mischinfectionen nicht so häufig vorkommen, so liegt das daran, dass die im Gewebe der Harnröhrenschleimhaut liegenden weissen Blutzellen einen Wall gegen das Eindringen ebenso der Gonococcen wie der anderen Bakterien bilden.

Bumm (7) weist auf die Häufigkeit der Mischinfectionen bei Gonorrhö hin, d. h. Erkrankungen, welche nicht durch die Gonococcen, sondern durch andere Bacterien hervorgerufen sind, deren Eindringen durch die vorher stattgefundene Gonococceninvasion ermöglicht oder doch begünstigt ist. Hierher gehören die Bartholinitis, die Entzündung der Schleimfollikel der weiblichen Harnröhre, die Cystitis. Bei der Para- und Perimetritis handelt es sich in selteneren Fällen ebenfalls um Mischinfection mit pyogenen Coccen; es gelang Bumm in zwei Fällen von eitriger Parametritis solche im Eiter nachzuweisen. In der Mehrzahl der Fälle gelangt aber das Exsudat nicht zur Schmelzung, hier können daher pyogene Coccen nicht im Spiele sein. In zwei Fällen constatirte er die Abwesenheit von Bacterien im Exsudat, möglicherweise wurden diese gutartigen Fälle von Tripperparametritis überhaupt nur durch das Eindringen chemisch reizender Produkte hervorgerufen, doch sind hierüber noch weitere Untersuchungen anzustellen. In den von der Vulva und Vagina entfernten Theilen des weiblichen Genital-Tractus werden die anderen Bacterienarten immer spärlicher, in den Tuben finden sich andere Bacterien ausser den Gonococcen bei Trippersalpingitis kaum jemals. Nur eine gonorrhöische Mischinfection, nämlich die mit Tuberkelbacillen, kann hier vielleicht in Frage kommen, ähnlich wie die Genitaltuberculose des Mannes im Anschluss an Gonorrhöe, besonders gonorrhöische Epididymitis, vorzukommen scheint, lassen sich vielleicht auch Fälle isolirter Tubertuberculose durch eine solche Mischinfection erklären. Auch beim Tripperrheumatismus handelt es sich wohl zweifellos um eine Mischinfection mit pyogenen Mikroorganismen.

Noeggerath (8) erörtert die Schwierigkeiten der Diagnose weiblicher Genitalerkrankungen als gonorrhöischer. Besonders auf den Gonococcenbefund legt er keinen allzugrossen Werth, da derselbe beim Weibe sehr viel schwieriger zu erbringen sei, als beim Manne und überdies auch bei letzterem in mehr als vierzig Percent der Fälle von chronischer Gonorrhöe sich keine Gonococcen finden. Seinen früheren pessimistischen Standpunkt bezüglich der Unheilbarkeit einer jeden Gonorrhöe hat Noeggerath längst verlassen. Die wichtigsten Merkmale der chronischen Gonorrhöe beim Weibe sind die folgenden: 1. Erkrankung einer gesunden Frau kurz nach der Heirat an einem Leiden der Geschlechtsorgane, welches häufig das Wohlbefinden der Betroffenen in einem Grade alterirt, welcher nicht mit den scheinbar geringen Veränderungen in den Sexualorganen übereinstimmt. 2. Eitriger Ausfluss bei Abwesenheit tiefer Ulcerationen, Granulation, Sarkom oder Carcinom oder glasiges, spärliches Secret mit schmaler, hochrother Erosion am Muttermunde. 3. Katarrh der Ausführungsgänge der Vulvo-Vaginaldrüsen. 4. Kleine spitze Condylome in verschiedenen Localitäten des Scheideneinganges. 5. Ein Kranz von kleinen spitzen Condylomen im Rectum dicht oberhalb des Orificium ani. 6. Die Gegenwart einer Kolpitis granulans. 7. Nachweis einer Salpingo-Perimetritis oder 8. einer Ovariitis glandularis. Lesser.

Levy (9) bespricht zunächst die Symptome der Gonorrhöe und deren Complicationen bei der Frau, sowie die Therapie, speciell die intra-uterine Behandlung mit Injectionen von Sublimatlösungen (1:4000), und mit Auskratzung mittelst scharfen Löffels und nachfolgender Aetzung mit Jodtinctur, Liquor ferri sesquichlor. oder Arg. nitr. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Der Gonococcus Neisser ist das specifische, ansteckende Agens. 2. Man findet die Gonococcen sowohl bei den acuten, wie bei den chronischen Formen. 3. Das Auftreten der Gonococcen in den Secreten ist ein wechselndes. 4. Die Intensität der Gonorrhöe steht nicht immer im Ver-

hältniss zu der Zahl der Gonococcen. 5. Das normale Aussehen der Urethra beweist nicht, dass die Gonorrhöe geheilt ist. Jacobi.

Prettyman (10) berichtet über echte gonorrhöische Urethritis bei zwei Brüdern von neun und elf Jahren, welche dieselben sich durch Cohabitationsversuche mit einer siebzehnjährigen Negerin zugezogen hatten. Zwei Monate später kam demselben Arzt ein Fall von gonorrhöischer Vulvitis und Urethritis bei einem neunjährigen Mädchen der besten Gesellschaft zu Gesicht. In allen drei Fällen hätten die Hausärzte das Leiden verkannt und als Balanitis und Eczem der Vulva behandelt, weil sie Gonorrhöe bei so jungen Kindern nicht vermutheten. Arning.

Mit gutem Erfolg will Abaly (11) eine Mischung von einem Theil Borsäure zu drei Theilen Glycerin bei Gonorrhöe verwenden. Er führt einen Gummikatheter bis zur Pars prostatica, armirt ihn aussen mit einer Pravaz'schen Spritze und füllt beim Zurückziehen die Harnröhre mit obiger Lösung an. Löwenhardt.

Blanc (12) verlangt für die Behandlung der acuten Gonorrhöe allgemeine Ruhe des Körpers, Immobilisirung der Genitalien (Suspensorium). Bettlage hält er nicht für nöthig. Er verbietet Alcoholica; Thee und Kaffee erlaubt er nur mit Einschränkung; in dem massenhaften Wassertrinken sieht er eher Schaden als Nutzen. Auf das Wärmste empfiehlt er lauwarne Vollbäder. Gegen Erectionen lässt er kalte Umschläge, Irrigationen machen; er verbietet Rückenlage und zu weiche Lagerung des Patienten. Unter den innerlichen antigonorrhöischen Mitteln hebt er das Antipyrin hervor. Er ist ein Anhänger der Balsamica im initialen Stadium; er gibt sie mit dem Essen. Eine Abortivbehandlung (Arg. nitr. 1·0—10·0/1000·0) reservirt er nur für wohlerrahene Kranke, die ein gewisses Verständniss für die Krankheit besitzen. Das subacute Stadium steht unter dem therapeutischen Regime der Adstringentien. Die gesammte Tripperbehandlung beschliesst Blanc nicht ungern mit Bismuthum subnitr. 10·0/125·0. Im Ganzen leitet er die Injectionsbehandlung möglichst früh ein. In technischer Beziehung verlangt er grösste Peinlichkeit. Viele der protrahirten, sogenannten unheilbaren Fälle führt er auf Nachlässigkeit in der Unterweisung, auf mangelhafte Ausführung der Injectionen zurück. Besteht am Ende nur noch Ausfluss, so sucht er eine Palpation der Urethra diagnostisch und therapeutisch zu verwerthen, dann hält er sorgsame, vorsichtige Bougirung und Katheterismus der Harnröhre für indicirt. Friedheim.

Ledetsch (13) empfiehlt namentlich für Gonorrhoea chronica Injectionen von Chininum bisulphuricum 1·0, Glycerin 25·0, Aq. dest. 75·0. Er injicirt zuerst dreimal, dann zweimal, schliesslich nur einmal täglich. Er rühmt die Erfolge seiner Therapie. Friedheim.

Currier (14) erklärt sich entschieden gegen die abortiven starken Injectionen bei Gonorrhöe. Er sah von schwachen Hüllensteinslösungen vortrefflichste Erfolge. Currier ist überzeugt, dass Argentum nitricum die Gonococcen sicher tödtet. Wismuthpräparate wendet Currier gern zur Tamponade bei Blennorrhöe der Vagina an; gleichzeitig aber ist sich Currier wohl bewusst, dass hierdurch die Gonococcen nicht getödtet werden, vielmehr, dass nur ein für die weitere Entwicklung günstiger Nährboden diesen letzteren geraubt wird. Der Aufsatz ist gegen Osborne gerichtet. Friedheim.

Osborne bezweifelt die Behauptung Currier's, dass Wismuth-Injectionen die Gonococcen nicht tödten, sondern ihnen nur den Nährboden rauben. Dahingegen erinnert A. Rose (15) an eine hieherbezügliche Beobach-

tung Küchenmeister's, der im Initialstadium der Gonorrhöe Injectionen von Kalkwasser 1 : 4 empfahl. Kalkwasser wirkt wie bei der Diphtherie so auch hier auflösend auf die Schleimhaut; die entzündete Membran wird bis zu einem gewissen Grade abgelöst, den Coccen somit ihr eigentlicher Grund entrissen. Diese Kalkwasserinjectionen, welche stündlich zu machen sind und schmerzlindernd den Entzündungserscheinungen entgegenwirken, führen schon nach ein bis zwei Tagen die Kranken in das subacute Stadium hinüber. Letzteres lässt die Anwendung von Adstringentien zu. Ganz ähnlich wirken nur auf den Schleimhautgrund, also nur indirect auf die Mikroorganismen selbst, Natrium bicarbonicum, Zinkoxyd, Wismuth und Jodoform ein. Nach König sterilisirt Jodoform die Wunde zwar, nimmt den Mikroorganismen die Bedingungen, unter denen sie sich zum Schaden des Körpers weiter entfalten könnten — es tödtet sie aber nicht. Aus seinen eigenen Erfahrungen empfiehlt nun Rose für die Abortiv-Behandlung der Gonorrhöe auf das wärmste den Thallin-Antrophor, d. h. den Antrophor von P. Francke — eine Röhre, die aus spiralig aufgewundenem, vernickeltem Draht besteht. Das eine Ende dieser biegsamen Röhre ist halbkugelig, das andere trägt als Handhabe einen Ring. Ein Finnis von Schellack schützt sie gegen die Einwirkung der Medicamente. Man taucht die Röhre in eine Mischung von Gelatine und Glycerin, man desinficirt sie durch eine zweipercetige Carbollösung. Hat man sie mit dem Medicament imprägnirt, so erhitzt man sie bis zu 86° F. und lässt sie dann erkalten. Das überaus geschmeidige Instrument passirt die Engen der Urethra. Rose wendet als Medicament eine fünfpercetige Shallinmasse an. Rose betont, dass diese Application im Gegensatz zur analogen gleich starken, selbst schwächeren Injection den Vorzug der Schmerzlosigkeit habe, längere Zeit, bis zu 30 Minuten, getragen werde und sich ganz vortrefflich für das acute Stadium der Gonorrhöe eigne.

Friedheim.

Osborne (16) bringt eine kurze und übersichtliche Zusammenstellung der Aeusserungen zahlreicher Syphilidologen, Chirurgen, Gynäkologen und Pathologen aller Länder über Ursache, Beschaffenheit und Behandlung der Gonorrhöe. Danach allein, ohne eigene Erfahrungen ins Feld zu führen, kennzeichnet er den heutigen Stand dieser Frage, durch folgende Thesen: 1. Die Gonorrhöe ist eine spezifische Entzündung. 2. Sie wird aller Wahrscheinlichkeit nach durch einen specifischen Mikroorganismus verursacht. 3. Der Gonococcus Neisser's ist fast ohne Zweifel der specifische Mikroorganismus der Gonorrhöe. 4. Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe mit ätzenden Einspritzungen ist weder gerechtfertigt, noch befriedigt sie. 5. Die einzige Abortivbehandlung sollte in milden, antiseptischen Einspritzungen bestehen, verbunden mit constitutioneller Behandlung.

Block.

Unter den Schädlichkeiten, welche die Gonorrhoea posterior hervorgerufen, erwähnt Otramare (17) in erster Linie die Injectionen. Otramare verwirft durchaus die indifferenten, beruhigenden etc. Injectionen. Abgesehen vom abortiven Verfahren lässt Otramare in den acuten Fällen niemals einspritzen. Vor jeder einzelnen Injection lässt er die Patienten den Eiter aus der Urethra herausdrücken und uriniren.

Friedheim.

Rand (18) hält an einer specifischen (Gonococcus Neisser) und nicht specifischen Form der Gonorrhöe fest. Er betont für die Therapie den allgemeinen Körperzustand, die Reaction des Harns (Hyperacidität u. s. f.). Er spricht sich gegen die starken Diuretica aus und lobt auch als Diureticum ausserordentlich die Milch. Im acuten Stadium reicht er kräftigen Leuten täglich salinische Abführmittel. Ist das Uriniren schmerzhaft, so empfiehlt er eine combinirte innerliche Darreichung von Extractum

Hyoscyami und Oleum Santali. Als internes Mittel namentlich bei gleichzeitiger Cystitis — empfiehlt Rand vor Allem Oleum Santali. Im acuten Stadium lässt Rand nur dann injiciren, wenn die reizende Wirkung der Injectionen durch ihren therapeutischen Erfolg entschieden überwogen wird, und beginnt dann am liebsten mit Blei- und Zinklösungen, denen er Extractum Belladonn. und Opium zusetzt. Rand glaubt, dass Epididymitis unter dem Einflusse der Injectionstherapie seltener auftritt, als während einer durchaus internen Behandlung. Mit der Behandlung der Gonorrhöe hört Rand erst dann auf, wenn keinerlei Veränderung an dem Meatus urethrae (Ausfluss, Verklebung) wahrzunehmen, wenn längere Zeit hindurch keine Spur von Schleim und Eiter im Harn zu constatiren ist. In der Discussion betont Wackernaghen die antiseptischen Principien (Sublimatinjectionen, häufiger Wechsel der Wäsche, Sitzbäder, Carbolsäure innerlich). Chochraw empfiehlt für das acute Stadium Tinct. Conii, von der er zugleich annimmt, dass sie die Chorda verhindert.

Friedheim.

Empfehlung der Salbensonde bei „sexueller Neurasthenie“ und chronischer Gonorrhöe zur gleichzeitigen Erreichung der Adstringirung und mechanischen Compression. Sperling (19) bestreicht das Bougie mit einer zähen, ein- bis anderthalbprocentigen Arg. nitr.-Salbe (aus 4·0 Cera alba zu 20·0 Lanolin) und glättet, die rauhe Aussenseite nivellirend, mit Mandelöl; Dauer der Application fünf bis fünfzehn Minuten.

Casper (20) vertheidigt seine cannelirten Neusilbersonden gegenüber den Einwänden von Unna und hebt hervor, dass sie leichter und schonender eindringen, als die glatten Salbensonnen, dass, da die Salbe schmilzt, auch die gesammte Harnröhrenwand tangirt wird, endlich, dass ihre Starrheit, gegenüber den biegsamen Zinnsonden, kein Nachtheil ist, da eine mittlere Krümmung in fast allen Fällen ausreichend ist. Casper wendet sich auch gegen Sperling, weil dieser bei Empfehlung der Salbensonde gar nicht erwähnt, dass die Methode längst von anderer Seite angegeben worden ist.

Sperling (21) führt Casper gegenüber aus, dass die cannelirte Sonde nur die mit den Metallflächen direct in Berührung kommenden Theile der Urethra comprimiren kann. Je dünner also die Metallrippen sind, desto geringer ist die Compression, je stärker dieselben sind, je weniger Raum also zwischen ihnen für Salbe bleibt, je geringer die Adstringirung. Zur gleichzeitigen Erreichung beider Zwecke also ist die cannelirte Sonde nicht geeignet.

R. Kohn.

Tommasoli (22) demonstirte in der Section für Dermatologie und Syphilis des medicinischen Congresses in Pavia eine nach seiner Angabe construirte Urethraspritze, die den Zweck hat, Medicamente in Salbenform in jeder beliebigen, auch der kleinsten Menge in die Harnröhre einzuführen. Diese Salbenspritze ist dem bekannten Ultzmann'schen Harnröhreninjector nachgebildet und besteht aus einem Metallkatheter Nr. 18 der Charrière'schen Scala, der 16 Ctm. lang ist und an seinem urethralen Ende eine ungefähr 3 Mm. weite centrale Oeffnung besitzt. In diesem leicht gekrümmten Katheter läuft ein mit Leder überzogener Stempel an einer mehrgelenkigen metallnen Stempelstange, die an ihrem äusseren Ende eine Scala trägt, mittelst welcher die zu injicirende Salbenmenge genau bestimmt werden kann — jeder Theilstrich entspricht dem Fünftel eines Cubikcentimeters. Der Katheter ist mit einer bequemen Handhabe aus Hartkautschuk versehen, die durch einen Einschnitt anzeigt, auf welcher Seite sich die Katheterkrümmung befindet. Zur Füllung der Spritze genügt, wenn die Salbe weich ist, die Aspiration des Stempels; wendet man dagegen eine

consistentere Salbenmasse an, so geschieht die Füllung dadurch, dass die Salbe mittelst einer gewöhnlichen Glasspritze durch die Katheteröffnung eingetrieben und gleichzeitig der Stempel langsam herausgezogen wird. Tommasoli versuchte seine Salbenspritze während eines längeren Aufenthaltes in Wien in Gemeinschaft mit Docent Dr. Finger in zahlreichen Fällen von chronischer Urethritis und erzielte damit sehr befriedigende Resultate. Als Salbenconstituens verwendet er ausschliesslich Lanolin. Die bis nun angewendeten Salben sind folgende: 1. Nitras argenti 0·1–1·0, Lanolin 45·0, Ol. olivarium 5·0. Alle Vortheile, welche die Salben bei der localen Therapie überhaupt bieten, und speciell jene des Lanolins, welches an der Schleimhaut durch längere Zeit fest adhärirt und selbst durch den Harn nicht so leicht fortgespült werden kann, wodurch eben der Contact des Medicamentes mit der erkrankten Schleimhaut ein viel innigerer und länger dauernder wird, als bei Anwendung flüssiger Medicamente, lassen sich, wie Tommasoli hervorhebt, durch seine Salbenspritze erzielen. Weitere Vortheile des Instrumentes sind seine fast absolute Reizlosigkeit, sowie die Möglichkeit, die Salbe an jede beliebige Stelle der Urethral-schleimhaut zu appliciren.

Dornig.

Petersen (23) empfiehlt an Stelle der Tripperspritze einen Irrigator, welcher aus einem am unteren Ende mit einer ausgezogenen Oeffnung versehenen Probirgläschen besteht. Ueber die Oeffnung wird ein Gummischlauch gestülpt, der am anderen Ende eine der Urethralöffnung des Patienten angepasste Glasolive trägt. (Der Vorschlag ist keineswegs neu. Ref.)

Lesser.

Das von Zuelzer (24) angegebene Instrument besteht aus einer hut-artig die Glans penis bedeckenden Glocke, in welcher sich Oeffnungen für zwei concentrische Röhren befinden, die für die Harnröhre bestimmt sind. Die äussere derselben besitzt schlitzförmige Oeffnungen, um den Flüssigkeitsstrom herauszulassen, und dient gleichzeitig als Abflussrohr. Aussen an der Glocke befindet sich je ein mit den beschriebenen Röhren communicirendes Zu- und Abflussrohr. Der Apparat, durch welchen täglich zwei bis drei Liter einer 6‰ Kochsalzlösung in die Harnröhre irrigirt werden, dient dazu, die Harnröhre vor der medicamentösen Behandlung von dem schleimigen Secrete zu befreien.

Der Apparat Groeningens (25) besteht nicht wie der von Lohnstein (Berl. klin. Wochenschr. 21. Nov. 1887, cf. Ref. in dieser Zeitschrift) beschriebene aus zwei concentrischen Röhren, sondern aus einem Katheter, dessen eichelförmiges proximales Ende an zwei gegenüber liegenden Stellen seiner Basis je eine Oeffnung für den rückläufigen Strom besitzt. (Ein besonderer Vorzug vor einem gewöhnlichen Katheter ist nicht einzusehen. Ref.)

Herxheimer.

Schütz (26) hat zu medicinischen Beleuchtungszwecken, ganz besonders für die Endoskopie, einen neuen Beleuchtungsapparat angegeben, bei welchem das Glühlicht — „schwimmgürtelartig“ — in der Mitte durchbohrt ist. Dieses Glühlicht ist an einem Reflector mit Handgriff, respective einer Stirnbinde befestigt und das beobachtende Auge sieht durch die centrale Oeffnung hindurch. Die Erwärmung wird durch Anbringung von Luftzugcanälen verhütet.

Lesser.

Allen (27) berichtet über die Resultate, welche er bei der endoskopischen Untersuchung von fünf Fällen chronischer Gonorrhöe (zum Theil mit beginnender Stricture) mit einem von Klotz angegebenen Endoskop aus Silber erhalten hat; als Lichtquelle wurde ein Argand-Brenner benutzt, dessen Licht mittelst eines am Kopfe angebrachten Spiegels reflectirt wurde;

am vorderen Ende des Endoskops war eine Guttaperchaplatte angebracht, um die Reflexion des Lichtes zu verhindern und zugleich das Präputium zurückzuhalten. Der Verfasser berichtet über mehr oder minder hochgradige Congestion der Urethralschleimhaut, Gefässinjection, Starrheit der Urethralwände, die er mit dem Endoskope constatirt und unter Hilfe des Endoskops mit ein- bis dreiprocentigen Arg. nitr.-Lösungen behandelt habe; die Fälle, welche Verfasser beschreibt, bieten nichts Besonderes dar; auch die Heilerfolge sind, wie sich Allen nicht verhehlt, keine besonders grossartigen. Ob sich dasselbe Resultat in den beschriebenen Fällen nicht auch mit anderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hätte erreichen lassen, bleibt unerörtert. Jadassohn.

Friedrich (28) empfiehlt eindringlich den Gebrauch des Endoskops in allen hartnäckigen Fällen von Urethritis behufs Diagnose und Therapie (localer Aetzung). Er bevorzugt einfache Röhren aus Metall oder Hartgummi. Er verkennt nicht die Schwierigkeit der endoskopischen Diagnose, doch Uebung gebe schliesslich auch darin Sicherheit. Zur Illustration erwähnt er zwei Fälle aus seiner Praxis. Beide litten an eitrigem Ausfluss und Schmerzen beim Uriniren, keine periurethrale Schwellung, kein schmerzhafter Punkt, kein Blut im Secret. Sie wurden erfolglos antigonorrhöisch behandelt. Das Endoskop zeigte bei dem einen ein Geschwür auf der oberen Harnröhrenwand, einen Zoll hinter der Mündung; später sicherten Lymphadenitis und spezifisches Exanthem die endoskopische Diagnose: syphilitischer Primäraffect. Bei dem anderen machten erst die constitutionellen Symptome auf den Irrthum aufmerksam; das Endoskop zeigte die Narbe des urethralen Primäraffectes. Block.

Belfield (29) bougirte einen Patienten mit Strictura urethrae. Er gab dem Kranken zuvor eine Injection von vierprocentigem Cocain in die Urethra und führte die Sonde dann mühelos ein. Am siebenten Tage nach diesem Eingriff wurde der Patient sehr reizbar und schlief mehrere Nächte nicht. Am neunten Tage sollte das Verfahren in gleicher Weise wiederholt werden. Unmittelbar nach der Injection klagte der Kranke über Schwindel und fiel plötzlich todt in den Stuhl zurück. Die Autopsie ergab zwei blutstrotzende Nieren. Belfield nimmt an, dass der Kranke urämisch war, und die einfache mechanische Reizung der Urethra die Todesursache abgab. Friedheim.

Lavaux (30) kommt in seiner Arbeit über die „Antisepsis der Blase und der Urethra“ zu folgenden Schlüssen: 1. Die permanente Ausspülung des vorderen Theiles der Urethra und die intra-vesicalen Injectionen ohne Sonde bieten ein einfaches, und unschädliches Mittel, die Urethra und die Blase vollständig zu desinficiren. 2. Dieses Mittel ist bei den meisten Stricturen der Urethra anwendbar. 3. Dank dieser vollständigen Antisepsis und der antiphlogistischen Wirkung der heissen Injectionen in die Blase, sind die der „rapiden Dilatation“ zugeschriebenen Complicationen jetzt sehr selten. 4. Bei der Behandlung der einfachen und leicht zu dilatirenden Stricturen soll die „rapide Dilatation“ überhaupt an die Stelle der allmähigen Dilatation treten, die selten zu Recht besteht. 5. Die ohne Sonde gemachten intra-vesicalen Injectionen genügen, um die Weite der dilatirten Urethra zu erhalten. 6. Die Indicationen zur Urethrotomia interna werden bis aufs Aeusserste hinausgeschoben. 7. Die permanente Bespülung des vorderen Theiles der Urethra und die Blaseninjectionen ohne Sonde müssen, da sie gestatten diese Theile vollständig zu desinficiren die gewaltsame Dilatation und die Urethrotomia interna zu einem weit leichteren Eingriff machen. Jacobi.

Hartmann (31) scheidet aus den ätiologisch verschiedenen Cystitiden die besonders schmerzhaften und vor Allem schwer zu behandelnde Fälle als: „Cystite douloureuse“ aus und bespricht ihre Aetiologie, ihre Symptome, ihren Verlauf, die Diagnose und speciell im zweiten Theile ihre Behandlung: die medicamentöse, die „chirurgische ohne Operation“ (Cocain), Borsäure etc., bezw. Arg. nitr.-Lösungen — alle Auswaschungen aber sollen nur mit geringen Quantitäten von Flüssigkeiten vorgenommen werden; ein weicher Verweilkatheter stellt die Blase ganz ruhig und gibt oft schnelle Erfolge, und endlich die operative Behandlung. Die Dilatation des Blasenhalses bei der Frau ist erfolglos bei der tuberculösen Cystitis und bei schweren Fällen, sie heilt nur die mittelschweren. Das letzte Mittel ist die Anlegung einer Blasen-Scheidenfistel (Bozeman, Emmet), für welche der Verfasser eine etwas modificirte Methode mittelst eines eigens construirten cannelirten Katheters angibt; durch diese Fistel wird dann die medicamentöse Behandlung der Blase vorgenommen; erst wenn diese vollständig abgeschlossen, darf man die Fistel sich schliessen lassen. Jadassohn.

Denny (32) veröffentlicht die Heilung einer Urethralstricture durch Sprengung. Der dreissig Jahre alte Patient hatte acht Jahre vorher eine Gonorrhöe acquirirt, zu welcher sich eine Stricture hinzugesellte. In Folge ungeschickter Versuche, diese zu erweitern, entstanden zwei Urinfisteln, welche durch Operation geschlossen werden mussten. Seitdem war der Urinstrahl immer dünner geworden. Ausser einer leicht durchgängigen Stricture, 2 Zoll vom Orificium entfernt, fand sich eine zweite in der Entfernung von $5\frac{1}{2}$ Zoll, welche zunächst nicht einmal die dünnste Sonde durchliess. Nach verschiedenen Sitzungen und nachdem er die Urethra bis zur Stricture mit dünnen Sonden angefüllt hatte, gelang es Denny zuerst eine ganz dünne Fischbeinsonde und über diese hinweg Gouley's Hohlsonde Nr. 4 und 2 (englisch), später auch einen sehr dünnen Gummikatheter (Nr. 4) durchzuführen, durch welcher letzteren der Urin langsam abträufelte. Die Stricture in 2 Zoll Entfernung vom Orificium konnte bald mit Nr. 17 (französisch) überwunden werden, während die in $5\frac{1}{2}$ Zoll Entfernung stets nur Nr. 2 (englisch) durchliess. Verfasser schritt nun zur Sprengung der Stricture. Der Urin wurde normal befunden. Nach Injection einer vierprocentigen Cocainlösung führte Denny über die Fischbeinsonde hinweg den von Gouley modificirten Thompson'schen Dilatator durch die Stricture hindurch, zog die Fischbeinsonde zurück und öffnete den Dilatator plötzlich so weit als möglich. Dann zog er ihn zurück, führte ihn wieder ein und dilatirte die Stricture auch in querrer Richtung. Es erfolgte keine bedeutendere Blutung. Der Patient musste nach der Operation das Bett hüten und erhielt ein Suppositorium aus Chin. sulph. und Morph. sulph. Am nächsten Morgen kein Fieber, keine Schmerzen; Urin blutig. Der Patient blieb fünf Tage zu Bett; er befand sich ganz wohl; der Urin wurde mit Leichtigkeit im dicken Strahle entleert. In der ersten Zeit nach der Operation wurde mit Nr. 17 (französisch) bougirt. Zwei Wochen nach der Operation zeigte sich eine geringe Neigung der Stricture, sich wieder zu verengern. Denny liess jetzt den Patienten alle vierzehn Tage Nr. 12 (englisch) einführen, was den Erfolg hatte, dass die Stricture dreiviertel Jahre später noch ebenso durchgängig war, wie kurz nach der Operation. Denny schliesst aus diesem Fall, dass für tiefsitzende Stricturen in der Nähe und in der Pars membranacea die Sprengung ebenso ausreichend, ausserdem viel sicherer ist, als die Urethrotomia interna, weil bei der ersten Operation die Gefahr einer bedeutenderen Blutung äusserst gering ist. Die Urethrotomia externa sollte nur ganz ausnahmsweise angewandt werden. Bei Vornahme der Sprengung sind nach Denny folgende Punkte besonders zu beobachten:

1. Die Entfernung der Stricture vom Orificium muss genau festgestellt werden. 2. Der Punkt der grössten Ausdehnungsfähigkeit muss genau in die Stricture zu liegen kommen. 3. Die Dilatation muss schnell, nicht allmählig geschehen. Ausserdem empfiehlt es sich, die Urethra nach zwei Richtungen hin zu dehnen. 4. Vor dem Zurückziehen des Dilatators muss derselbe zuerst nach der Blase zu vorgeschoben werden, indem man dabei zuzuschrauben beginnt. Dann ziehe man das Instrument heraus, wobei man durch langsames Zuschrauben die Branchen des Instrumentes einander nähert, dadurch vermeidet man, dass sich die Schleimhaut zwischen den Blättern des Dilatators verfängt und beim Herausziehen desselben gezerzt wird. 5. Ein Suppositorium aus Chinin und Morphinum ist ein ausgezeichnetes Prophylacticum gegen Urethralfieber. — Nach allen Operationen von lange bestehenden traumatischen Stricturen muss eine Sonde erst alle vierzehn Tage, später alle Monate einmal einige Jahre lang eingeführt werden. Dieselbe soll so dick genommen werden, als es das Orificium des Patienten gestattet. Zum Schluss kommt Denny noch auf die von Dr. R. Newman in New-York empfohlene Elektrolyse der Stricturen zu sprechen. Falls sich die Empfehlungen bewahrheiten, würde in Zukunft wohl ausschliesslich diese Methode angewandt werden. Die Art der Anwendung hat Dr. Newman in dem diesjährigen Journal of the American Medical Association ausführlich beschrieben.

Zeising.

Eine ältere Idee in vielleicht praktischerer Form hat Maddock (33) ausgebildet. — Um die vor der Verengerung gelegenen Partien der stricturirten Harnröhre vor unnöthigen Insulten bei schwer zu sondirenden Stricturen zu schützen, schiebt er eine hohle silberne, mit leichter Krümmung versehene Leitsonde bis an die Stricture vor und durch diese die feineren Bougies oder Katheter. Die centrale Oeffnung gestattet einem Katheter von Nr. 2 englischer Scala den Durchtritt, einige engere Hohlräume in der Wand des Instrumentes erleichtern das Sondiren engster Stricturen mit Darmsaiten oder feinsten Bougies. Das Instrument kann bezogen werden von Walters & Co., 29 Moorgate Street, London.

Morton (34) plaidirt für die durch Stevenson und Bruce Clarke in England eingeführte elektrolytische Behandlung der Harnröhrenstricturen. Einen seit einem Jahre wegen schwerer Cystitis mit Urinfisteln am Schaft des Penis, des Scrotums und Perineums vergeblich behandelten Patienten gelang es mit dieser Methode innerhalb vier Wochen vollständig zu heilen. Die den negativen Pol repräsentirende Bougieelektrode (Nr. 7 englische Scala) wurde mit einer Stromstärke von 8–9 Milliampère (höhere Ströme nicht empfehlenswerth) bis an die Stricture gebracht und gleitet nach 5 bis 6 Minuten schmerzlos hindurch. Die Anode wird dabei indifferent aufgesetzt. Im ferneren Verlauf der Behandlung gelang es in sechs weiteren Sitzungen durch Application der Kathode in den tieferen Partien der Urethra und der Anode an den äusseren Fistelöffnungen, sämtliche bereits stark callösen Fistelgänge zu erweichen und ohne andere Medication complet auszuhellen.

Arning.

Einen Beweis für die Brauchbarkeit der elektrolytischen Behandlung der Urethralstricturen liefert Newman (35) mit einer sehr sorgfältigen und kritischen Zusammenstellung des zweiten Hundert derartig gebesserter und geheilter Fälle, dass er die Elektrolyse für eine völlig ungefährliche und gerade in den Fällen, wo andere innere Dilatationsverfahren nicht mehr möglich sind, vorzügliche Methode erklären kann. Erst die jahrelange Beobachtungsdauer des in jeder Richtung sorgsam geschichteten Materials entscheidet die definitive Heilung. Die genauere Besprechung einzelner,

recht interessanter Fälle muss im Originale nachgelesen werden, die Hauptregeln der Behandlung lassen sich in Folgendem zusammenfassen: 1. Es sollen möglichst schwache Ströme angewendet werden, damit eine langsame „chemische Absorption“ der Stricture erzielt wird („keine Cauterisation?“). 2. In Contact mit der Stricture kommt das eiförmige Metallende der im Uebrigen isolirten Bougies (mit kurzer Krümmung). 3. Bei der Operation wird die grösste Vorsicht angewendet um event. Shok zu vermeiden. Man steigt langsam von Element zu Element, um die Empfindlichkeit des Patienten auf elektrische Ströme zu prüfen, wiederholt Sitzungen erst nach einigen Tagen, wendet niemals zwei Elektroden-Bougies hinter einander an. Die Bougies müssen die Stricturen ohne die geringste gewaltsame Beihilfe passiren. 4. Anaesthetica sind contraindicirt, da der Patient gerade fühlen soll. Bei Entzündungsvorgängen wird die Elektrolyse ausgesetzt. 5. Der Strom wird erst geöffnet, wenn die Bougies bereits eingeführt sind und geschlossen, ehe sie entfernt werden. 6. Jede Stricture kann auf diesem Wege passirt werden. Löwenhardt.

Desnos (36) berichtet über folgenden anamnestisch und klinisch interessanten Fall: Ein Mann von zweiundfünfzig Jahren hat vor zweiunddreissig Jahren eine ohne Einspritzungen behandelte, sehr lange währende Gonorrhöe gehabt; seitdem völlige Gesundheit. 1885 zwei Monate lang Entleerung von Eiter aus dem Rectum ohne sonstige Beschwerden, einige Monate darauf Bildung eines Abscesses, der nach der Incision mit Hinterlassung einer Fistel heilte. Im December 1886 begannen Defäcationsbeschwerden; im Jänner 1887 Bildung eines neuen Abscesses links am Perineum, dicht am Scrotum; die frühere Fistel bestand noch immer; sie war ebenfalls nach der linken Seite des Perineums gerichtet — vom Rectum durch eine dichte Gewebsschichte getrennt. Die geschilderten Erscheinungen konnten weder vom Rectum noch von dem Knochen ausgehen; dagegen bestand eine Urethralstricture in der Gegend des Bulbus urethrae und gleich hinter der Analöffnung konnte eine klappenartige, das Rectum verengernde Vorwölbung im Niveau der Basis der Prostata constatirt werden — oberhalb derselben fand sich nur eine fibröse Induration — vom Drüsengewebe der Prostata keine Spur. Es muss sich also um einen der bei Stricturen gar nicht seltenen Prostataabscesse gehandelt haben, der sich nach aussen entleert und zu einer Zerstörung der Prostata geführt hatte. Der Abscess wurde gespalten, eine kleine Fistelöffnung blieb zurück. Im September 1887 kam der Patient wieder ins Hospital. Er hatte jetzt eine am Rectum hinauf führende Fistel und die Rectalstricture hatte sehr zugenommen; von der Prostata war nichts zu fühlen. Der Verfasser macht auf die Seltenheit des Falles aufmerksam. Die Prostataeiterung war nach seiner Anschauung die Ursache der Rectalstricture gewesen; nur noch ein ähnlicher Fall ist ihm bekannt; Tuberculose glaubt er ausschliessen zu können. Die Erfolge der Behandlung — Spaltung der ganzen Fistel — werden noch nicht mitgetheilt. Jadassohn.

Eine kurze und klare Uebersicht gibt Wilson (37), indem er sich an die Untersuchungen von Cruveilhier, Mercier etc. und besonders an Thompson hält. Eine eingehende Berücksichtigung findet in der Betrachtung der pathologischen Zustände nur der sogenannte „mittlere Lappen“, besser mittlere Partie genannt, da er keinen isolirten Theil darstellt, dessen senile Vergrösserung mit gewissen Involutionsvorgängen des Uterus verglichen wird und keinerlei entzündliche Vorgänge darbietet. Einen operativen Eingriff hält Verfasser nach Erschöpfung sämtlicher Palliativ-Massnahmen für angezeigt und spricht sich im Allgemeinen auch gegen die partielle Excision des Lappens aus, wie sie jetzt von Landerer (Deutsche

Zeitschr. f. Chir.) mit Hilfe des medianen Perinealschnittes ausgeführt wurde und früher schon von Mercier geübt ist. Drei Patienten des Letzteren hatte Guyon Gelegenheit nach längerer Zeit zu untersuchen und war mit den Resultaten nicht zufrieden. Erwähnt wird noch die elektrische operative Behandlungsmethode Bottin's, der guten Erfolg hatte.

Um dem Mangel eines vergleichenden Massstabes für die Beurtheilung der Prostatagrösse und -Veränderungen abzuhelfen, fertigt Fenwick (38) Thonmodelle an. Während der Zeigefinger der rechten Hand Stück für Stück genau die hintere Blasenwand und Prostata abtastet, fährt der linke Index in gleicher Weise über den vorher verfertigten provisorischen Thonabdruck. Durch die gleichmässige Bewegung der beiden tastenden Finger sollen überraschend genaue Abdrücke hergestellt werden können.

Newman (39) war beständig bemüht, die von ihm erfundene und im Juni 1886 in St. Louis der amerikanischen medicinischen Gesellschaft vorgeführte galvanokaustische Sonde zu verbessern, um für Blasen- und Urethraloperationen ein brauchbares Instrument zu erhalten. Die genaue Beschreibung muss im Original nachgelesen werden. Das kurz gekrümmte katheterförmige, handliche Instrument ist gefenstert; in diesem Fenster befindet sich eine galvanokaustische Schlinge. Die wesentlichen Vorzüge bestehen in der constanten Controle des Stromunterbrechers durch den Zeigefinger, dem exacten Arbeiten der Platinschlinge, welche nicht durch Gewebstrümmer isolirt werden kann, da die Katheterhöhle gefüllt, und der leichten Handhabung ohne Assistenten. Wie Referent schon Gelegenheit hatte, bei Besprechung der vorzüglichen Resultate der elektrolytischen Behandlung der Stricturen auseinander zu setzen, verlangt Newmann eine besondere Fürsorge für die elektrischen Apparate; auch für die Galvanokaustik ist eine gewisse Controle nöthig, so dass im Augenblick des Stromschlusses eine Rothglühhitze eintritt, welche kurz vor der Weissglühhitze ist. Für die galvanokaustische Prostatotomie zieht Verfasser den hohen Steinschnitt deshalb vor, weil eine Verletzung der Ureteren nicht vorkäme, einer Perinealfistel vorgebeugt würde, die Nachbehandlung und der Blasenkatarrh besser behandelt werden könne, besonders aber der Operateur sieht, was er thut, und nicht im Dunkeln arbeitet. Es ist hier nicht der Ort, die schon oft discutierte Frage, ob Perinealschnitt oder Sectio alta vortheilhafter, zu beleuchten. Jedenfalls gewährte auch dem Dr. Lange (Ann. of Surgery, Vol. V, pag. 558) die Sectio alta mit nachfolgender galvanokaustischer Prostatotomie bei einem sechzigjährigen Manne ein vorzügliches Resultat. Der Fall war noch durch die Anwesenheit von zwei Steinen complicirt.

Löwenhardt.

Thompson (40) berichtet in der Sitzung der Clinical Society of London vom 11. November 1887, über einen Fall von enormer Prostatahypertrophie mit multiplen freien und abgeflachten Blasensteinen. Jahrelanger Katheterismus war vorausgegangen, der vierundsechzigjährige Patient sehr heruntergekommen. Der freie Stein wurde in einer Sitzung lithotripsirt, die abgesackten durch den medianen Perinealblasenschnitt entfernt. Da die Reizerscheinungen fort dauerten, machte Verfasser ein halbes Jahr darauf den hohen Blasenschnitt, reinigte die Blasenschleimhaut gründlich von fest adhärirendem, fibrinösem, mit Phosphaten durchsetztem Belag, und entliess den Patienten, der sich rasch erholte, mit einer silbernen Bauchplatte, welche ein in die Blase reichendes weiches Katheterstück und daran befestigt ein Receptaculum urinae trug. Patient befindet sich jetzt nach anderthalb Jahren kräftig und wohl; der Urin ist klar und normal. Thompson empfiehlt das neue Verfahren sehr warm für derartige schwere Fälle. In derselben Sitzung berichtet dann Gill über drei Fälle von hohem

Blasenschnitt und Resection der hypertrophirten Prostata vom Inneren der Blase aus. Alle drei Fälle verliefen mit ausgezeichnetem Erfolge; der Urin wurde gewöhnlich schon am Tage nach der Operation klar, die Bauchwunde heilte ohne Fistel und der Urin konnte in allen Fällen trotz vorherigen jahrelangen Gebrauches des Katheters gut retinirt und spontan entleert werden. Auch Barwell berichtete über günstige Resultate dieser Operation in einer Reihe von Fällen. Thompson drückte seine grosse Freude über die Erfolge aus, doch meinte er, dass man nicht in allen Fällen, wo jahrelanger Katheterismus vorausgegangen, auf die Herstellung der musculären Function der Blase rechnen dürfe und dann, dass seine Methode der permanenten Drainage der Blase durch den hohen Schnitt die Vortheilhafteste sei. In der Discussion äusserte sich die allgemeine Stimmung für das Verlassen der Operation der Prostatahypertrophie vom Damme aus und für das Freilegen des Operationsfeldes von der Blase aus. Arning.

Thacher (41) stellte einen — zum Theil in der Prostata gelegenen Urethralabscess vor; es fanden sich ferner folgende Veränderungen: Chronische Cystitis, Hypertrophie der Blase, Dilatation des einen, Verdickung des anderen Ureter, eitrige Nephritis und Pyelitis — zum Theile diphtheritischer Natur — in der einen Niere. Klinisch war nur Schmerz in der Nieren- und Blasengegend und Incontinenz beobachtet worden. Keine Stricture. Näheres über die Aetiologie ist in dem kurzen Referat nicht angegeben.

Jadassohn.

Montaz (42) macht auf eine neue acute Form von Tuberculose des Hodens und Nebenhodens aufmerksam, die sich im Anschlusse an acute oder chronische Blennorrhöe entwickelt. Sie gleicht anfangs der blennorrhöischen Affection, doch bleibt trotz aller Behandlung auch nach Wochen noch der Hoden geschwollen, wenn auch schmerzlos. Schliesslich bilden sich Erweichungsherde und Abscesse; das Bild der tuberculösen Orchitis ist fertig. Verfasser meint, dass Tripperkranke tuberculöser Hodenerkrankung stets ausgesetzt sind, besonders wenn es sich um hereditär oder anderweitig tuberculös belastete Individuen handelt.

Block.

Kadler (43). Es werden Pinselungen der Feigwarzen mit Sublimatcollodium als etwas Neues empfohlen.

Falcone (44). Ein Schiffskoch erkrankte nach einem unvorsichtig genommenen kalten Bade an einer rheumatischen Affection der unteren Extremitäten, verbunden mit sehr heftigen Schmerzen längs der Wirbelsäule. Die Erkrankung liess eine Parese der unteren Extremitäten zurück, die eine neunmonatliche Behandlung nothwendig machte. Zwei Jahre darauf, nachdem der Kranke längst wieder hergestellt war, acquirirte er eine Urethritis, zu welcher nach wenigen Tagen neuerdings eine schmerzhaftes Schwellung der Gelenke an den unteren Extremitäten trat. Nach der Ansicht Falcone's hat die Blennorrhagie durch Reizung der nervösen Centren auf reflectorischem Wege die Arthritis hervorgerufen. Für ihn steht es ausser Zweifel, dass im vorliegenden Falle die vorhergegangenen spinalen Störungen, zur Entwicklung der Arthritis blennorrhagica wesentlich beitrugen.

Dornig.

Bei einer eitrigen Kniegelenksentzündung, welche das Recidiv einer vor zwei Jahren zuerst aufgetretenen gonorrhöischen Gonitis darstellte, fand Aubert (45) in dem mittelst Pravaz'scher Spritze entnommenen Eiter keine Gonococcen und schliesst daraus, dass diese bei allen derartigen Gelenksaffectionen fehlen.

Jacobi.

Wagner (46) benutzte in zehn Fällen von Spermatorrhöe den elektrischen Strom mit im Allgemeinen günstigem Erfolg. Den faradischen Strom

empfiehlt Verfasser besonders bei Onanisten und dergleichen, den galvanischen bei Spermatorrhöe auf gonorrhöischer Basis, und zwar soll man die Anode in der Gegend des Lendenmarks, die Kathode auf dem Damm aufsetzen.
Herxheimer.

Nachdem man als die Ursache der Impotenz eine ausserordentliche Hyperästhesie der tieferen Theile der Urethra entdeckt hat, muss dieselbe entweder durch Sedativa oder Gegenreize beseitigt werden. Zu dem Zwecke kann man entweder Zuggpflaster oder Blutegel zu beiden Seiten der Raphe des Perineums appliciren; ferner Morphium, Belladonna, Cocain, Eis oder Eiswasserinjectionen ins Rectum, oder wenn das nicht hilft, kann man die drei genannten Medicamente in die Urethra injiciren und alle paar Tage eine stählerne Sonde von starkem Kaliber einführen. Sobald die Reizbarkeit der tieferen Theile der Urethra sich gemildert hat, muss man eine Elektrode in Gestalt eines Bougies in die Urethra einführen, während man die andere auf die Wirbelsäule aufsetzt. Phosphorigsaures Zink, Strychnin oder Canthariden sind nur von Vortheil bei vorhandener Anästhesie der Nerven.

Zeising.

Stewart (48). Die congenitale Phimose, welche meist mit dem Eintreten der Erectionen des Penis verschwindet, ist ein sehr häufiges Vorkommnis und die Quelle mannigfaltiger Leiden der Kinder. Bei der Untersuchung findet man die Glans gewöhnlich vollständig versteckt, an ihrer ganzen Oberfläche mit der Schleimhaut des Präputiums verwachsen, dazwischen hie und da kleine harte und reizende Substanzen von käsiger Beschaffenheit eingebettet, hinter der Corona eine noch grössere Anhäufung dieser Massen. Dabei ist die Oeffnung des Präputiums zuweilen nur stecknadelkopfgross. In Folge davon uriniren die Kinder häufiger, die Windeln sind beständig nass, der Penis und die umgebenden Theile gereizt und entzündet. Besonders ist letzteres der Fall an der Mündung der Urethra, wodurch beim Urinlassen die heftigsten Schmerzen entstehen, welche die Kinder durch lautes Schreien zu erkennen geben. Die Phimose kann nun die Veranlassung zur Onanie werden und so auf das Allgemeinbefinden nachtheilig einwirken. Aber auch andere, auf dem Wege des Reflexes zu Stande kommende Störungen können mit Phimose in Zusammenhang stehen, z. B. Krämpfe, welche gewöhnlich auf das Zahren, Verdauungsstörungen und Eingeweidewürmer zurückgeführt werden. Stewart führt einen Fall von Krämpfen mit nachfolgender Lähmung der einen Körperhälfte und der Sprache an, den er durch Circumcision der bestehenden, bedeutenden, starke Entzündungserscheinungen verursachenden Phimose geheilt hat, nachdem innerliche Medication gar keinen Erfolg gehabt hatte. Da nun aber bei den meisten Eltern, besonders bei den Müttern der Vorschlag einer blutigen Operation fast stets auf Widerspruch stösst, so hat Verfasser eine neue Methode der Behandlung ersonnen. Bei der Phimose ist die äussere Haut des Präputiums schlaff und frei, die Schleimhaut dagegen hängt häufig mit der ganzen Oberfläche der Glans penis zusammen. Selbst nach der Circumcision kann in diesen Fällen die Vorhaut nicht zurückgezogen werden, wenn man nicht die Schleimhaut abreisst oder zuvor spaltet. Um nun das Präputium durch unblutige Operation zurückbringen zu können, hat Stewart ein Instrument erfunden, welches mit seinen vier Blättern die Theile der Schleimhaut gleichmässig dehnt und zu gleicher Zeit die Adhäsionen allmählig löst. Hat man so den vorderen Theil der Glans blossgelegt, so kann man, falls sehr feste Verwachsungen vorhanden sind, dieselben bis zur Corona hin mit dem platten Ende einer Sonde zerreißen. Dabei findet man hie und da stecknadelkopfgrosse harte Granulationen zwischen Glans und Schleimhaut des Präputiums eingelagert, welche als Fremdkörper nach-

theilig wirken; hinter der Corona in der Regel eine grössere Anhäufung von Smegma. Dann werden die Theile mit einer Salbe eingefettet, die Vordrüse vorgezogen und die Operation ist ohne oder nur mit ganz minimaler Blutung vollendet. Die Anästhesie wird durch zehn Percent Cocain bewirkt. Beim Einführen des von Stewart sogenannten „Präputialdilators“ in die Oeffnung des Präputiums muss man sich versehen, dass das Instrument nicht in das Orificium urethrae gelangt, weil sonst beim Auseinanderweichen der Blätter eine Zerreißung der Urethra erfolgt. Das Präputium darf nicht plötzlich gedehnt werden, damit weder Schleimhaut noch Haut einreißt und so bei der Heilung durch Narbencontraction wieder eine Verengerung entsteht. Besser ist es, besonders in schwierigen Fällen, von Zeit zu Zeit die Operation zu wiederholen, bis sie vollständig gelungen ist. Das Stewart'sche Instrument besteht in einer über die Fläche gebogenen Scheere, welche vier Blätter hat, die sich beim Schliessen der Scheerengriffe von einander entfernen. Zwischen letzteren befindet sich die Feder, welche den Zweck hat, im Ruhezustande die Griffe auseinander-, die Blätter dagegen zusammenzuhalten.

Zeising.

Venerische Helkosen.

1. **Ingria V. E.** Ulcere non infettanti della vagina. — Gazz. degli ospitali 1887, 83.
2. **Mannino L.** Un nuovo mezzo di cura abortiva dei bubboni. — La riforma med. 1887.
3. **Heath.** Concerning the treatment of bubo by extirpation of the Glands. — Buffalo, Medical and Surgical Journ. Nr. V, December 1887.

Entgegen den Behauptungen Rollet's, Fournier's, Profeta's und Gamberini's beweist Ingria (1) an der Hand eines reichen klinischen Beobachtungsmateriales, dass das Vorkommen venerischer Helkosen an der Vaginalschleimhaut kein gerade seltenes ist, und unter hundert Fällen ungefähr vierzehn Mal beobachtet wird. Die Helkosen haben ihren Sitz zumeist an der hinteren Wand im unteren Drittel der Vagina; im oberen Drittel findet man sie gewöhnlich am Scheidengewölbe, im mittleren sind sie am seltensten. Wie Ingria hervorhebt, findet seine Beobachtung in den Angaben Andronico's, Rasumow's und Jordan's ihre Bestätigung.

Mannino's (2) Abortivcur der Bubonen besteht darin, dass in die Abscesshöhle der einfachen oder entzündlichen Bubonen wenige Tropfen einer einprocentigen Sublimatlösung mittelst der Pravaz'schen Spritze injicirt werden. Die Injectionen müssen wenigstens zweimal in Intervallen von zwei Tagen wiederholt werden. Nach dem Ausziehen der Nadel, die sehr dünn sein muss, wird die Einstichöffnung mit Bruns'scher Baumwolle bedeckt, worauf ein entsprechender Verband angelegt wird. Dornig.

Exstirpation der Drüsen beim sogenannten Bubo hält Heath (3) für indicirt 1. bei den unregelmässigen Ulcerationen mit unterminirten Rändern und allen Zeichen des Zerfalls; 2. bei den chronisch entzündlichen Schwellungen mit Drüsen in den verschiedenen Stadien der Hyperplasie und des Zerfalls mit periglandulärer Induration und Eiterung, mit Fistelgängen; 3. bei den sogenannten indolenten Tumoren; 4. bei alten indurirten, sinuösen Bubonen; 5. beim serpiginösen Bubo; 6. bei den Drüsen-schwellungen im primären und secundären Stadium der Syphilis. Der Eingriff ist nach Heath weder schwierig noch gefahrlos: er coupirt den weiteren Verlauf der Erkrankung, er verhindert Recidive. Mit scharfem Löffel und Messerstiel ist alles Nekrotische zu entfernen; die unterminirten

Ränder müssen mit der Scheere abgetragen werden. Die Exstirpation soll so früh als möglich geschehen, gleichviel ob eine Eiterung nachzuweisen ist oder nicht. Alte Fisteln spaltet man und ätzt man. Die Exstirpation syphilitischer Bubonen ist nur für gewisse Fälle und Individuen, namentlich scrophulöse, indicirt. Der Hautschnitt soll möglichst in der Längsaxe des Gliedes gemacht werden. Nach der Operation selbst empfiehlt Heath eine Aetzung mit Chlorzink, Jodoform, antiseptische Gaze, Sublimat-Holzwole und festen Verband. Die tiefe Fascie schützt alle wichtigen Gebilde. Die von Winslow und Jones dreimal beobachtete consecutive Gangraena scroti ist nach Heath ein unerhörtes Vorkommniss. Er glaubt eher an eine trophische Ursache (Läsion des N. ilio-inguinalis), als an eine Fortsetzung der Entzündung. Und Heath erinnert sich hiebei an eine Radicaloperation von einer irreponiblen Hernie; auch hier folgte eine Gangraena scroti mit tödtlichem Ausgange nach. Die Wunde selbst hatte ein ganz normales Aussehen und granulirte kräftig. Auch hier hält Heath eine trophische Störung nach analoger Nervenverletzung für sehr wahrscheinlich.

Friedheim.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Brouardel.** Differential-Diagnose zwischen Schanker und Herpes, über Vulvitis aphthosa und diphtherica, über Schwierigkeiten in der Untersuchung. — Gaz. des Hôp., 20 October 1887.
2. **Palmer.** Periscope of syphilology. — American Practitioner and News, 25. Juni 1887.
3. **Fournier.** Document statistique sur les sources de la Syphilis chez la femme. — La semaine médic. 1887, Nr. 43.
4. **Diday.** États morbides suite de syphilis, non syphilitiques. — Le Bull. médic. 1887, Nr. 50.
5. **Carleton.** Communicability of Syphilis through the saliva. — British Medic. Journ., Nr. XII, 1887.
6. **Moffet E.** Communication of Syphilis by tatooing. — Lancet 1887, Nr. 3349, pag. 910.
7. **Porter.** Communicability of Syphilis through the Saliva. — British Medic. Journ., 10. December 1887.
8. **Lewentaner M.** Ueber Beschneidungssyphilis. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, Nr. 20, pag. 904.
9. **Dietrich.** Die Palpation der Lymphdrüsen. — Aus den Sitzungsberichten der physikal. medic. Societät zu Erlangen, 19. Juli 1886.

Brouardel (1) recapitulirt das Schema Fournier's; er betont am Herpes: 1. die polycyclische Anordnung; 2. die Abwesenheit von Drüsenaffectionen; 3. die fehlende Härte des Grundes; 4. die geringe Tiefe der Ulceration; 5. das Jucken, die Kratzeffecte; 6. die mangelnde Contagiosität. Die Vulvitis aphthosa zeigt eine deutliche Tendenz zur Geschwürbildung wie zur Gangrän. Dasselbe behauptet Brouardel von der Vulvitis diphtherica: die Vaginalschleimhaut ist ein Prädislocationssitz der Diphtherie. Brouardel erwähnt die Schwierigkeiten, welche durch die Untersuchung venerischer Kranker erwachsen können. Brouardel hält eine Uebertragung blennorrhöischer Secrete, welche mehrjährigen Krankheitsherden entstammen, für absolut unmöglich und wirkungslos. Weiterhin erinnert er an diejenigen Fälle von Syphilis, in denen das Krankheitsstadium des Inficirenden ein viel früheres zu sein scheint, als dasjenige der inficirten Person. Ein solcher Fall kann eintreten, wenn beide Individuen in nicht grossen zeitlichen Abständen erkrankten, wenn die Syphilis bei dem einen (zuletzt inficirten) Individuum stürmisch verläuft. Brouardel zählt die Bade-

schwämme zu den gefährlichsten Infectionsträgern der Syphilis. Er spricht über die gewaltsame Schändung, über die extragenitalen Symptome derselben. Je brutaler der Gewaltact ist, je verzweiflungsvoller das Opfer sich wehrt, um so mehr springen jene letzteren hervor. Man findet sie im ganzen selten, dann aber charakteristisch ausgebildet in der Umgebung der Genitalien, an Arm- und Handgelenk, an Knie und Oberschenkeln. Wohl zu unterscheiden sind die bedeutungslosen Pigmentirungen der Inguinalregion. Diagnostisch wichtig sind hingegen die Ecchymosirungen der Brüste. Brouardel citirt den Fall Tardieu's, in dem der Busen des Weibes von den Zähnen zerfleischt war. Die oberflächlichen Verletzungen ziehen, falls sie blutig sind, unmittelbar die Blutung nach sich; die tieferen Läsionen führen oft erst nach Tagen zur deutlichen Wahrnehmung einer Hämorrhagie. Brouardel berührt sodann flüchtig die Blutungen der Simulanten etc., welche zumeist durch Ansaugung entstehen. Er wendet sich zu den Rupturen der Scheide. Solche hält er für möglich einmal in Folge roher Digitalexploration, sodann bei älteren Frauen, welche geboren haben, als Folge einer brutalen Cohabitation. Den Jungfrauen ist ein Schutz gegeben gegen Vaginalperforation durch die Hemmung im Introitus vaginae, durch die consecutive Abschwächung des Anpralls, den die Scheidenwand durch den Penis erleidet. Hämorrhagien, Metrorrhagien, retro-uterine Hämatocelen, Beckenperitonitiden können für einen Gewaltact sprechen. Beim Lustmord findet die Schändung des Opfers theils vor theils nach dem Tode desselben statt: bald sieht man die Spuren der Strangulation, bald Schnittwunden. Ein sicherer Beweis für Cohabitationen intra vitam liegt in Blutungen des Hymen. Von juristischer Bedeutung für den Nachweis von Cohabitationen kann die Auffindung von Spermatozoën innerhalb der Scheide sein; man hat solche noch acht Tage nach dem Tode der Frau in lebhafter Bewegung gesehen.

Friedheim.

Palmer (2) lieferte ein Referat über die während der letzten zwölf Monate interessirenden und discutirten Punkte, betreffend die venerischen Krankheiten. In Boston stellten sich, wie Grunough berichtet, unter 1593 in städtischen Hospitälern behandelten Fällen 391 als Ulcer. dura, 219 als Ulcer. mollia, 931 als zweifelhaft und 52 als Herpes progenital. heraus, also ein Verhältniss, der Ulcer. mollia zu den anderen Processen wie 1:4, während in der Privatpraxis das Verhältniss sich 1:10 stellte. Es stellt sich dabei wiederum eine Abnahme der Zahl der weichen Schanker heraus. Dr. Arthur stellte aus der militär-ärztlichen Praxis durch Beobachtung an 33.000 Menschen während zehn Jahren einundvierzig Fälle von Entstehung des Primäraffectes auf secundärem Wege zusammen; in zwölf Fällen von Lippenschanker glaubt er an directe Uebertragung von der Vulva. Es folgt die Erörterung der Fournier'schen Frage: Kann der Vater das Kind inficiren, die Mutter aber gesund bleiben? Ferner wird erörtert: die Beziehung der Syphilis zur Eheschliessung. Ein grosses Interesse wendet man der Behandlung der Gonorrhöe zu. Die Entfärbung des Gonococcus durch die Gram'sche Methode, wie sie Roux jetzt wieder als Kriterium aufgestellt hat, wird besprochen. Als bestes Mittel empfiehlt sich warme Irrigation mit Sublimatlösung und Borsäure; auch Hydronaphthol und Thallin sulf. werden als Anisepctica gerühmt. Dr. Brever verlangt für die Behandlung einer frischen Gonorrhöe zwei Wochen, eine Zeit, die durch zweckmässige, hygienische Massregeln noch verkürzt werden könne. Die Zahl der Complicationen ist bei der Behandlung mit reichlicher Irrigation bedeutend vermindert. Vor der Urethrotomie empfiehlt sich die innerliche Verabreichung von 0.6 Gr. Acid. boric., um den Urin steril zu machen.

Löwenhardt.

Fournier (3) gibt, um zu zeigen, wie gross der Percentsatz der „Syphilis des innocents“ ist, eine sorgfältige Statistik über 887luetische Frauen seiner Privatpraxis, über die er genauere Aufzeichnungen gemacht hat. Darunter sind 842 Fälle von auf sexuellem Wege acquirirter Lues, 45 (also fünf Percent) von anderweitiger zufälliger Infection (sieben hereditäre Lues, vier zufällige Infection im Kindesalter, acht durch Säuglinge inficirte Ammen, fünf bei Ausübung ihres Berufes angesteckte Hebammen, zwölf Infectionen durch Ammen, Dienstmädchen etc., zwei durch Vaccination, zwei durch Katheterismus der Tuba Eustachii, einer durch Nothzucht, vier auf unbekanntem, aber sicher nicht geschlechtlichem Wege erworbene). Von den 842, durch sexuellen Verkehr inficirten Frauen waren 220 verheiratet; auf Grund einer sehr sorgfältigen Beachtung aller — bei solchen Aufzeichnungen natürlich sehr grossen — Fehlerquellen berechnet Fournier, dass 19–20 Percent aller dieser Frauen in der Ehe durch ihre Gatten inficirt seien; er betont, dass diese Zahl ein — sicher zu kleines — Minimum sei, zu dem jedenfalls noch die fünf Percent der zufälligen Infectionen hinzuzurechnen seien. Also in der Privatpraxis Fournier's kamen auf 100 syphilitische Frauen 24–25 „ohne Schuld“ inficirte. Mit Recht hebt der Verf. hervor, dass diese abschreckend grosse Zahl, über die er selbst erstaunt gewesen ist, in der That auch Diejenigen auf die Nothwendigkeit sorgfältigster Prophylaxe hinweisen müsse, welche noch auf dem Standpunkte ständen, dass die Lues eine verdiente Strafe für Ausschweifungen sei.

Jadassohn.

Diday (4) bespricht die von Fournier als „recidivirender Herpes an der Zunge Syphilitischer“ beschriebene Erkrankung. Verf. hat diesen Herpes schon vor längeren Jahren beschrieben, aber inzwischen seine Meinung über die Unschädlichkeit aufgegeben, da er in zwei Fällen die spezifische Natur der Affection durch Uebertragung auf die Frauen der betreffenden Kranken constatiren konnte. Verf. hält die Erkrankung nicht für einen echten Herpes und meint, dass in solchen Fällen die Heirat nicht zu gestatten sei.

Jacobi.

Carleton (5) publicirt einen Fall von Syphilis-Uebertragung durch den Speichel, der demjenigen von Porter (British Medical Journal, 10. December 1887) analog ist. Es handelt sich um eine Tätowirung. Der Operateur war im tertiären Stadium der Syphilis. Der Tätowirte bekam zwei Schanker auf den tätowirten Vorderarmen. Ein Bubo axillaris vereiterte, bevor die localen Symptome an den Armen hervortraten. Der Operateur hat, wie man sicher beobachtete, mehrmals auf die Arme bei dem Acte selbst gespien, wahrscheinlich, um das Blut mit dem Speichel abzuwischen. Die antispezifische Cur des Tätowirten war erfolgreich.

Friedheim.

Moffet (6) berichtet über drei Fälle von Uebertragung von Syphilis durch Tätowirung. Bei allen drei Patienten, Soldaten, war frühere Infection ausgeschlossen, und ein typischer Primäraffect auf der Tätowirungsstelle mit sich anschliessenden Allgemeinerscheinungen vorhanden. Sehr merkwürdig erscheint die bei allen Fällen auffallend lange Incubationszeit (circa fünf Monate); Moffet will diesen Umstand durch Nichtbeachtung der ersten Symptome erklären.

Arning.

Porter (7) erzählt folgenden Fall von Syphilis-Uebertragung durch den Speichel. Ein englischer Corporal wurde im Hospital zu Dover wegen zweier Ulcerationen des linken Vorderarmes behandelt. Eine Woche vor der Entlassung liess er sich von einem Kameraden, der nachweislich syphilitisch war, tätowiren. Die Vorderarm-Geschwüre vergrösserten sich; sie

zeigten keine Tendenz zur Heilung; sie glichen schliesslich Schankergeschwüren. Die Axillardrüsen schwellen gross und hart an. Ein charakteristisches Exanthem folgte nach. Der Patient gab an, dass sein Kamerad, der ihn tätowirte, wiederholt bei diesem Act auf seinen Arm gespieen und den Speichel auf letzterem verrieben habe, um das Blut abzuwischen. Der Patient wurde antisypilitisch behandelt. Der Erfolg der Therapie war langsam eintretend, aber deutlich. Die constitutionelle Erkrankung des Inficirenden war durch das Hospital, in dem er früher antisypilitisch behandelt worden war, sicher constatirt. Friedheim.

Lewentaner (8) berichtet über einen äusserst fragmentarisch beobachteten Fall, von welchem es dem Verf. nicht zweifelhaft ist, dass es sich um acquirirte und zwar durch die Beschneidung übertragene Syphilis handelt, während dem Ref., soweit es nach den wenigen mitgetheilten Erscheinungen zu beurtheilen ist, nicht einmal die Diagnose Syphilis festzustellen scheint. Lesser.

Dietrich (9). Die unter Prof. Penzoldt angefertigte fleissige Arbeit, welche, obwohl statistischer Natur (die zahlreichen Tabellen müssen im Original nachgelesen werden), durch die überraschenden Resultate durchaus nicht trocken erscheint, sondern in hohem Grade anregend wirkt, behandelt im I. Theil die Palpation der Lymphdrüsen bei Gesunden. Bei 439 Gesunden (Soldaten und Realschülern) fanden sich in 99 Percent palpable Drüsen, und zwar waren palpabel Occipitaldrüsen in 2·2 Percent, Halsdrüsen (Cervical- und Supraclaviculardrüsen) in 79·4 Percent, Axillardrüsen in 72·4 Percent, Cubitaldrüsen in 82·6 Percent und Inguinaldrüsen in 92·9 Percent. Auch wenn man diejenigen Fälle ausschaltet, wo begleitende Hautaffectionen (121 Fälle) vorhanden waren, und diejenigen, die einige Zeit vor der Untersuchung eine Krankheit überstanden haben (98 Individuen), Verhältnisse, die auf die Drüsenvergrösserung vielleicht von Einfluss waren, so waren bei den restirenden 220 gesunden Individuen immer noch in denselben obigen Percentsätzen Drüsen fühlbar. Soviel steht also fest, dass fast alle gesunden Menschen in irgend einer Körperregion palpable Lymphdrüsen haben. Inguinal-, Cubital- und Halsdrüsen sind in der Mehrzahl der Fälle beiderseits vorhanden, Axillardrüsen eben so oft einseitig als doppelseitig, Occipitaldrüsen meist einseitig. Kinder bis zum zwölften Lebensjahre zeigen häufiger palpable Drüsen als Erwachsene. Die Anzahl der in den verschiedenen Körperregionen palpablen Drüsen ist an den Stellen am grössten, wo überhaupt die meisten Lymphdrüsen liegen, sie nimmt übrigens mit dem zunehmenden Alter ab. Ihre Grösse ist unabhängig vom Alter, durchschnittlich lins- bis bohngross. Der II. Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Palpation der Lymphdrüsen bei Syphilis (und Diphtherie, welch letztere wir hier übergehen). Unter 50 Patienten mit florider, secundärer Syphilis hatten palpable Occipitaldrüsen 8 Percent, Halsdrüsen 98 Percent, Axillardrüsen 90 Percent, Cubitaldrüsen 72 Percent und Inguinaldrüsen 100 Percent; im Vergleich zu Gesunden ist also der Percentsatz der überhaupt fühlbaren Lymphdrüsen erhöht, auch ihre durchschnittliche Zahl in den einzelnen Regionen und ihr durchschnittliches Volumen ist, wie weitere Tabellen zeigen, erhöht. Dagegen ist — entgegen der Annahme der meisten Autoren, conform aber der Ansicht Bäumler's — die Cubitaldrüsenanschwellung nicht charakteristisch für allgemeine Syphilis, da weder die Anzahl noch die Grösse der Cubitaldrüsen bei Syphilis vermehrt gefunden wurde; ja es fanden sich sogar dieselben (wohl zufällig) seltener palpabel bei Luetischen als bei Gesunden. Kohn.

Syphilis. Haut und Schleimhaut.

1. **Cant.** Clinical observations on „Induration“ in the primary lesion of syphilis in Women. — Medico Chirurgial Transactions 1887.
2. **Moure E. J.** Sur un cas de chancre induré de la fosse nasale droite. — Bullet. gén. de thér. 9, 1887.
3. **Sherwell.** Double chancre of the nipple. — Journ. of cut. and genito-urin. dis. 1887, Nr. 8, p. 311.
4. **Balzer.** Végétures syphilitiques. — La semaine médicale 1887, Nr. 44.
5. **Salsotto G.** Di una forma non ancora descritta di sifilide cutanea. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, 5.
6. **Horand M.** Syphilide acnéique du nez. — Lyon médical Nr. 42, 1887.
- 6a. **Ehrmann.** Ueber die Hautentfärbungen im Frühstadium der Syphilis. — Internat. klin. Rundschau, 1887, 27 — 33.
7. **Klotz Hermann G.** On the occurrence of ulcers resulting from spontaneous gangrene of the skin during the later stages of syphilis, and their relation to syphilis. — New-York Medical Journal 1887, Nr. 43, pag. 395.

Die Induration als Symptom des syphilitischen Primäraffectes ist nach Cant (1) bei Frauen im Ganzen weniger häufig und weniger deutlich ausgebildet, als bei Männern. Das Verhältniss ist ungefähr derartig, dass in einem Drittel der Fälle die Induration sehr deutlich, in einem zweiten Drittel nur mässig stark, im letzten Drittel aber fast gar nicht mehr wahrnehmbar ist. Die syphilitische Induration beim Weibe besitzt durchaus nicht immer jene auf die Basis des Primäraffectes beschränkte, von der Umgebung scharf abgegrenzte Localisation. Die Masse des Infiltrats nimmt zu von der dünnen Pergamentsklerose bis zu mächtigen Tumoren. Die Schwere der constitutionellen Erkrankung ist ganz unabhängig von diesen Differenzen. Die Induration beim Weibe ist oft eine progressive Infiltration nach Cant; der typische Hunter'sche Knöten ist beim Weibe selten. Am wenigsten ist die Induration ausgebildet an den Primäraffecten des Orificium vaginale. Die Verdickung tritt ein vom vierten bis vierunddreissigsten Tage an nach Ausbildung des Geschwürs. In einem Falle beobachtete Cant sieben Tage nach Heilung des initialen Geschwürs selbst die Verdickung nur in der Umgebung desselben. Der histologische Charakter des Zellinfiltrats ist meist derjenige einer chronischen oder subcutanen, selten einer acuten Affection. Die Verhärtung ist am deutlichsten auf der Höhe der Geschwürsbildung, sehr oft in der zweiten Hälfte der Ulcerationsperiode oder später selbst. Die Frage, ob jeder syphilitische Schanker hart sein muss, beantwortet Cant dahin, dass ausgesprochene Induration ebensovienig den specifischen Charakter der Affection beweist, als eine fehlende Induration einem primären Geschwür denselben raubt. Friedheim.

Bei dem höchst seltenen Sitz des Primäraffectes in der Fossa nasalis ist die Mittheilung von Spencer Watson, welcher über eine einunddreissigjährige durch einen luetischen Säugling infectirte Amme berichtet, von Interesse. Der Schanker sass an der Innenseite des linken Nasenflügels und der Fall hatte grosse Aehnlichkeit mit dem von Moure (2) beobachteten Patienten. Der rechte Nasenflügel ist durch das 2 Ctm. breite, dem Septum aufsitzende Ulcus abgehoben. Bei dem Infectionsmodus sei jedenfalls zu berücksichtigen, dass ausser der directen Uebertragung durch sexuelle Excesse noch an die Möglichkeit der Ansteckung durch den Finger zu denken ist, mit dem Patient die Gewohnheit hatte, sich die Nase zu reinigen. Differentialdiagnostisch hebt Verfasser im Gegensatz zum Sarkom etc. hervor, dass die Drüenschwellung charakteristisch sei und

frühzeitiger eintrete. Der Erfolg der antisypilitischen Therapie wird schliesslich in zweifelhaften Fällen entscheiden müssen.

Löwenhardt.

Sherwell (3) berichtet über einen doppelseitigen Schanker der Brustwarze, der durch das Säugen eines hereditär-syphilitischen Kindes entstanden ist.

Lesser.

Balzer (4) berichtet über zwei Fälle von syphilitischen Striae, die er in einem Fall bei einer Gravida, im anderen, ohne dass Gravidität bestand, beobachtet hat. Diese Striae charakterisiren sich dadurch, dass sie an den Stellen, an welchen vorher ein papulöses Exanthem bestand, auftreten und unterscheiden sich von den Striae gravidarum durch ihre runde Form und ihren Sitz. — In der sich hieran anschliessenden Debatte in der „Société médicale des hôpitaux“ wollen Millard, Guyot und Lallier für diese „Narben“ die Bezeichnung Striae nicht gelten lassen. Merklen meint, dass sie mit den von Fournier sogenannten „maculae atrophicae“ identisch sind.

Jacobi.

Salsotto's (5) Arbeit hat eine, wie er glaubt bisher noch nicht beschriebene syphilitische Hautmanifestation zum Gegenstande, die ihren Sitz ausnahmslos im Gesichte hat und zwar an den Wangen, Nasenflügeln und Lippen, am häufigsten jedoch längs der Nasolabialfalten und im Sulcus mentolabialis. Dieses Syphilid besteht in schwach erhaltenen, hirsekornbis linsengrossen Papeln von kupferrother Farbe. Sitzen sie in den erwähnten Hautfalten, so zeigen sie eine lineare Anordnung, die der Richtung der Falten selbst folgt; in diesem Falle confluiren sie wohl auch und bilden dann etwas erhabene Leisten von homogenem Aussehen. Die Papeln bedecken sich alsbald mit dünnen Schuppen, welche sich rasch abstossen, um einer neuen Schuppenbildung Platz zu machen. Die Desquamation hält bis zum totalen Schwinden des Syphilides an, dessen früherer Sitz noch für längere oder kürzere Zeit durch einen mehr weniger intensiv gefärbten kupferrothen Fleck markirt bleibt. Salsotto schlägt für die in Rede stehende luetische Erscheinung den Namen „papulo-squamöses Gesichtssyphilid“ vor. Unter 500 weiblichen Kranken beobachtete er dieses Syphilid dreieundfünfzigmal, d. i. ein Verhältniss von 10·6:100; bei Männern sah er es niemals. Alter, Constitution und Hautcolorit der Kranken scheinen darauf keinen Einfluss zu üben. Das papulo-squamöse Gesichtssyphilid zeigt sich stets in der Frühperiode der Syphilis, in der Regel im ersten Jahre der Infection. Salsotto glaubt sich zu der Annahme berechtigt, dass die von ihm beschriebene luetische Manifestation eine besondere Form der Hautsyphilis darstelle und nicht als eine zufällige Localisation der Syphilis cutanea papulosa im Gesicht aufzufassen sei — eine Ansicht, die jeder stichhaltigen Begründung entbehrt.

Dornig.

Horand (6) bringt aus der Zahl von dreizehn Beobachtungen einer syphilitischen Erkrankung der äusseren Haut der Nase zwei Fälle, einen bei einem Manne von achtunddreissig Jahren, der fünfzehn Jahre vorher syphilitisch inficirt war und einen zweiten bei einer Frau von zweiundfünfzig Jahren beobachteten, bei welcher die Zeit der syphilitischen Infection nicht genau bestimmt werden konnte. Verfasser beschreibt diese seltene, von ihm innerhalb achtzehn Jahren nur dreizehnmal beobachtete, immer dem Spätstadium angehörige Erkrankung folgendermassen. Es entwickeln sich auf der äusseren Haut der Nase, selten auf den Wangen und der Oberlippe Acnepusteln, die entweder mit Eiter gefüllt oder von schwärzlichen Borken bedeckt sind. Sie stehen entweder vereinzelt ohne irgend welche Anordnung, oder confluiren und bilden grössere Geschwüre.

Zwischen ihnen finden sich nach längerer Zeit Narben, die an Blatternarben erinnern und von geheilten Pusteln stammen. Die Nase erscheint im Ganzen geröthet und etwas angeschwollen, ist dabei aber immer schmerzlos. Ein Uebergreifen auf die Schleimhaut findet niemals statt, ebensowenig wie eine Anschwellung benachbarter Lymphdrüsen. Sehr charakteristisch für diese Erkrankung ist, dass sie jeder localen Behandlung hartnäckig widersteht, dagegen einer specifischen Cur sofort weicht, wie dies in den vom Verfasser behandelten Fällen geschah, die nach kürzerem oder längerem Gebrauch von Jodkali vollständig heilten. Die Differentialdiagnose zwischen Acne syphilitica und Acne rosacea, Acne indurata, Impetigo, Lupus und Cancroid der Nase ist nicht sehr schwierig, wenn man die Entstehung, den Sitz und die Beschaffenheit der Pusteln, sowie vor allen Dingen die Erfolglosigkeit aller Heilverfahren, mit Ausnahme einer antisymphilitischen Behandlung in Betracht zieht.

Jacobi.

Ehrmann (6a) hat bei der mikroskopischen Untersuchung des Leukoderms gefunden, dass eine grosse Anzahl der Infiltrationszellen in den Papeln mit Pigment versehen ist und dieses in die Epidermis transportirt; in den späteren Stadien gehen die an der Grenze des Papillarkörpers und des Epithels gelegenen sternförmigen Pigmentzellen zu Grunde und versorgen die Epidermis nicht mehr wie gewöhnlich mit Pigment; ist so die letzte pigmentfrei geworden, so erscheint die betreffende Stelle weich, auch wenn in dem Corium sich noch Pigment vorfindet. Bei den höheren Stadien der luetischen Infiltrationen schwinde in Folge der daraus resultirenden Circulationsstörung das — normalerweise aus den rothen Blutkörperchen entstehende — Pigment. Bei den stärker papulösen Syphiliden soll nach den Untersuchungen des Verfassers das Keratohyalin schwinden und in Folge dessen eine schiefergraue Färbung auftreten.

Jadassohn.

Klotz (7) hat in einigen Fällen von Spätsyphilis das Entstehen meist recht ausgedehnter Ulcerationen an den unteren Extremitäten beobachtet, ohne dass gummöse Neubildung vorausging. Vielmehr entstand ohne alle Schwellung ein dunkelgrüner Fleck, der sich allmähig in einen Brandschorf verwandelte, ablöste und ein scharfrandiges Geschwür mit flachem Rande, dunkelgrünem unebenen Grunde und seröser übelriechender Secretion zurückliess, welches demnach mehr einem Ulcus chron. cruris simplex, als einem syphilitischen Geschwür ähnelte. Stets bestand dabei bedeutendes Oedem der Extremität nebst beträchtlichen Schmerzen. Die antisymphilitische Therapie erwies sich in zwei Fällen als machtlos; in dem einen derselben erfolgte Tod durch Sepsis, der andere lebt noch, ist aber dauernd unfähig seine Beine zu brauchen; bei einem dritten endlich trat völlige Genesung ein. Verfasser hält, wohl mit Recht, das Krankheitsbild für das einer spontanen Gangrän und vermuthet als Ursache Endarteriitis obliterans syphilitica. Dass die antisymphilitische Behandlung wenig oder nichts nützte, erklärt sich alsdann daraus, dass es sich hier eben nicht um Syphilis selbst, sondern um eine Folge der Gefässverstopfung handelte. Verfasser bedauert, dass er nicht durch eine Obduction seine Vermuthung bestätigen kann, und will eben darum durch diesen auf dem internationalen medicinischen Congress zu Washington gehaltenen Vortrag die in jener Beziehung besser gestellten Collegen auf solche Fälle aufmerksam machen.

Block.

Viscerale Syphilis.

1. Aikman John. Illustrations of syphilitic disease in the nervous system. — Glasgow Medical Journal, October 1887, pag. 258.

2. **Guder.** Beiträge zur Aetiologie der Geistesstörungen. — Aus dem Bericht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde 1875—1887.
3. **De Renzi E.** La sifilide dei centri nervosi. — La riforma med. 1887, 45.
4. **Bianchi L.** Patogenesi della tabe con speciale riguardo alla sifilide. — Giorn. internaz. d. sc. med. 1887. (Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, 4.)
5. **Neumann H.** Zur Frage über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis (aus dem städtischen Krankenhaus Moabit in Berlin). — Berliner klin. Wochenschr. 1887, Nr. 43.
6. **Naegeli.** Ueber die Beziehungen der Lues zur Tabes dorsalis. — Inaug.-Dissertation, Zürich 1887.
7. **Bauer.** Syphilitic Apoplexy etc. — The internat. Medic. and Surgic. Synopsis, Vol. 1, Nr. 2, October 1887.
8. **Hobbs A. G.** (d'Atlante, Georgia A. U.) Denudation des faisceaux antérieurs de la moëlle consécutive à une ulcération syphilitique du pharynx. — Annal. des malad. de l'oreille etc. T. XIII, Nr. 10, 1887.
9. **Schmick.** Ueber einen Fall von chronischer syphilitischer Leptomeningitis cereбрalis. — Inaug.-Dissertation, Berlin 1887.
10. **Laudet R.** Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique. — Annal. des malad. de l'oreille etc. T. XIII, Nr. 12, 1887.
11. **Buck Albert H.** A case of rapid and almost total loss of hearing in a child, seven years of age; inherited syphilis apparently the cause; marked improvement following the use of the iodide of potassium. — Medical Record 1887, pag. 453.
12. **Gradenigo G.** Zur Lehre der primären Otitis interna. Die Otitis interna bei hereditärer Syphilis. — Arch. f. Ohrenheilkunde XXV. Bd., 3. u. 4. H., 1887.
13. **Theobald.** Affection syphilitique du labyrinthe. Compte rendu de la société d'otologie d'Amérique. — Rev. mensuelle de laryngol. etc. 8. année, Nr. 10, 1887.
14. **Holm.** Nogle Tilfaelde of anosmia syphilitica. — Hospitals-Tidende 1886, Nr. 27.
15. **Massei.** Due noteooli casi di aderenza del velo alla parete faringea. — Suppl. della gazz. degli ospitali 1887, 2.
16. **Scarenzio Angelo.** La iritide sifilitica considerata quale sintoma tardivo anzichè di ricaduta della sifilide. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, 4.
17. **Lucas Robert.** Case of syphilitic gumma situated in the trachea successfully treated by large doses of iodide of potassium. — British Medical Journal, Dec. 24., 1887, N. 1408.
18. **Curtin Roland G.** The influence of sea-air on syphilitic phthisis. (Der Einfluss der Seeluft auf syphilitische Phthise.) — Philadelphia med. Times Vol. XVIII, N. 522.
19. **Fraenkel Eug.** Ueber Tracheal- und Schilddrüsen-Syphilis. — Deutsche med. Wochenschr. 1887, Nr. 48, pag. 1035.
20. **Sokolowski A.** Ueber syphilitische Verengerung der Trachea und der Bronchien. — Gazeta Lekarska 1887, Nr. 35 u. 36.
21. **Heller A.** Die Lungenerkrankungen bei angeborener Syphilis. — Deutsches Arch. f. klin. Medicin, Band 42, Heft 1—3.
22. **Devic.** De la syphilis du poumon. — Province médicale, 10., XII., 1887.
23. **Schuchter F.** Ueber das Verhalten der Milz und Niere bei frischer Syphilis. — Wiener med. Blätter Nr. 41 u. 42, 1887.

24. **Tommasoli.** Contributo allo studio della milza in rapporto colla sifilide. — Gazz. degli ospitali 1887, 89.
25. **Mauriac** Ch. Diagnostic et pronostic du sarcocèle syphilitique. — Gaz. des hôpit. Nr. 131. 1887.
26. **Jäger.** Zwei geheilte Fälle von syphilitischer Pseudo-Paralyse. — Revue mensuelle des malad. de l'enfance 1887, Juli, pag. 322 u. f.
27. **Cazin et Iscovesco.** Des rapports du rachitisme avec la Syphilis. (Memoire couronné par l'Académie de médecine, prix de l'hygiène de l'enfance. — Arch. gén. de méd. 1887, Sept., Oct., Nov.
28. **Suckling.** Syphilitic Epiphysitis. — British Medical Journal, 24, XII., 1887.
29. **Eschle.** Beiträge zur Casuistik der syphilitischen Dactylitis. — Langenbeck's Archiv, Bd. XXXVI, 2.
30. **Sakotski.** Chronic glanders simulating Syphilis. — Lancet 17, XII, 1887.

Aikman (1) berichtet etwas unklar über drei Fälle, die er als typisch für die Syphilis des Nervensystems bezeichnet. Bei dem ersten, einer vierzigjährigen Patientin von liederlichem Lebenswandel mit syphilitischer Anamnese, begann die Krankheit mit Kopfschmerz, bald zeigten sich Zeichen von Verrücktheit, Paralysen und Paresen verschiedener linksseitiger Muskelgruppen, besonders stark am linken Arme ausgebildet, Fehlen des Kniephänomens beiderseits und totale Incontinenz der Blase und des Rectum. Verf. vermuthete eine Affection der Hirnarterien, ohne sich über deren Localisation zu äussern, und sah von Jodkali (6½ Jd. pro die) schnellen Erfolg. — Dass in dem zweiten Falle selbst die strengste anti-syphilitische Cur nichts half, erscheint selbstverständlich, da sich derselbe nach des Verf. eigener Schilderung als Tabes dorsalis darstellt, die man, auch wenn der Patient einmal syphilitisch war, doch nicht schlechtweg als Nervensyphilis bezeichnen darf. — Vom dritten Falle wird erzählt, dass der Patient, ein Militärarzt im indischen Dienst, durch angebliches klimatisches (Peschawer-) Fieber und Chiningebruch zum Skelet abgemagert war und insbesondere Atrophie der linken Extremitäten aufwies. Verf. vermuthete gleich Syphilis (?), Fingerinfection wurde zugestanden, und in der That verschwand unter Jodkaligebrauch das Fieber und die Ernährung hob sich sichtlich.

Block.

Guder (2) hat das Actenmaterial von 1200 Geisteskranken der Ueckermünder Anstalt durchgesehen, und von somatischen Ursachen, ausser auf die acut-fieberhaften Erkrankungen auf Lues geachtet. Er fand dieselbe bei 18 Frauen und 36 Männern, es sind aber hier nur diejenigen Fälle berücksichtigt, in denen schon in der Anamnese Lues ausdrücklich erwähnt war. Es entspricht also die Zahl durchaus nicht den wirklichen Verhältnissen, zumal die Anamnese bei vielen früher vagabundirenden oder aus Correctionsanstalten stammenden Kranken nur mangelhaft war, abgesehen noch davon, dass sie aufgenommen wurde zu einer Zeit, in der der Frage nach Lues im Vorleben weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Unter diesen 54 syphilitischen Kranken befanden sich 45 Paralytiker (10 weibliche und 35 männliche). Da im Ganzen in dem betreffenden Zeitraume 40 Frauen und 153 Männer wegen Paralyse aufgenommen wurden, so ergibt sich also bei 25 resp. 23 Percent Lues. — Die antisiphilitische Behandlung ist in keinem Falle von Erfolg gewesen. — Eine Anzahl kurzgefasster Krankengeschichten ist beigegeben.

Kohn.

De Renzi (3). Die Localisation der Syphilis im Centralnervensystem lässt sich in der Regel auf bestimmte prädisponirende oder occasionelle Momente zurückführen, die mit der luetischen Infection in keinem directen

Zusammenhänge stehen. Dahin gehört vor Allem eine neuropathische Constitution, ferner Hirncongestionien in Folge gesteigerter Hirnthätigkeit, wie z. B. bei angestrengter geistiger Arbeit, dann Kopftraumen, der Alcoholismus und kalte Bäder (sic!). Was die Therapie der Hirnsyphilis betrifft, empfiehlt Verf. in erster Linie das Quecksilber in Form von Einreibungen oder Injectionen, ferner Dampfbäder zur Erzielung einer reichlichen Diurese, Jodkali und als Nachcur Thermal- und Mineralbäder.

Bianchi (4) zieht aus einer längeren Beobachtungsreihe von Tabesfällen den Schluss, dass die Syphilis nur eine indirecte und mittelbare Ursache der Tabes dorsalis sei, besonders dann, wenn die Kranken hereditär neuropathisch sind. Dornig.

Neumann (5) fand unter 861 meist dem Arbeiterstande angehörigen männlichen Kranken 147, also 17.2 Percent, welche angaben, an Lues oder Ulcus molle gelitten zu haben; unter diesen waren wieder 76, also 8.8 Percent, bei denen sicher oder sehr wahrscheinlich secundäre Syphilis vorhanden gewesen ist. — Unter den sämtlichen 861 Kranken waren 17 Tabesfälle = 2.0 Percent, unter den 147 mit weichem oder hartem Schanker Inficirten 12 Tabesfälle = 8.2 Percent, unter den 76 sicher Syphilitischen befanden sich 9 Tabische = 11.8 Percent. — Unter 20 Tabesfällen (zu den obigen 17 kamen noch 3 hinzu, die ausserhalb der fortlaufenden statistischen Erhebung standen) fand Verf. 13 mit Schanker = 65 Percent, von denen 10 sicher syphilitisch waren, also 50 Percent Syphilis bei Tabes.

Naegeli (6) hat bei 46 Tabikern aus der Praxis von Prof. Bernhardt (Berlin), die in Bernhardt's Arbeiten über denselben Gegenstand noch nicht veröffentlicht sind, 60 Percent Luetische gefunden, also dieselbe Zahl, zu der Bernhardt in seinen früheren Publicationen gelangt ist. Dagegen fand Verf. unter 150 Patienten, die nicht tabisch und nicht manifest syphilitisch waren, nur 5.3 Percent sicher Luetische und 11.3 Percent Verdächtige, höchstens also 16.6 Percent. — In einer überaus fleissigen Zusammenstellung der gesammten Literatur über die betreffende Frage (das Literaturverzeichnis umfasst 51 Nummern) fand Verf. in 1403 bisher veröffentlichten Tabesfällen 46.1 Percent sicher Luetische, 14.5 Percent auf Lues Verdächtige, zusammen also 60.6 Percent. Im Gegensatze hierzu fanden sich unter den bisher veröffentlichten 1450 Nicht-Tabikern, die auf frühere Syphilis geprüft wurden, nur 9.5 Percent sicher Luetische und 12.7 Percent Verdächtige, zusammen also nur 22.2 Percent. Kohn.

Bauer (7) berichtet über folgenden Fall: Ein vierundzwanzigjähriger Mann, der ein Jahr vorher eine Initialsklerose acquirirt hatte, bekam plötzlich eine sehr schwere Apoplexie; er war zwei Wochen komatös, dabei Lähmung der ganzen rechten Seite; Incontinentia urin. et alv. — Sogleich Einleitung einer Schmiereur; nach vierzehn Tagen auch Jodkali; nach Rückkehr des Bewusstseins zeigte sich, dass der Patient total anaurotisch und aphasisch war. Nach sechs Wochen war nur ein Gedächtnisdefect für gewisse Worte und Begebenheiten zu constatiren; nach 3 Monaten war der Patient total geheilt. — Während seiner Krankheit gebar seine Frau congenital-luetische Zwillinge — sie selbst soll bis jetzt (drei Jahre lang) vollständig gesund geblieben sein. Jadassohn.

Hobbs (8) fand bei einem jungen Ochsenhirten aus Texas, der angeblich nie syphilitisch inficirt war, ein grosses Geschwür im oberen Theile der hinteren Rachenwand. Verf. entfernte mehrere kleine Knochenstückchen und konnte dann mit seinem Zeigefinger bis zur ersten Phalanx

in eine tiefe Höhle eindringen, ohne auf Knochen zu stossen. Der Kranke klagte über Abmagerung, Schlaflosigkeit, constanten Schmerz im Hinterkopf und hält den Kopf nach der einen Seite geneigt. Während einer localen Behandlung der Wundhöhle (Application von Höllenstein in die gut gereinigte Höhle) bekam der Kranke plötzlich eine Lähmung der rechten Körperhälfte ohne Bewusstseinsstörung. Die Lähmung dauerte eine halbe Minute, dann kehrte unter dem Gefühl eines Frémissement die Beweglichkeit wieder. Der gleiche Lähmungsanfall wurde in ähnlicher Weise noch einmal auf der linken Seite hervorgerufen. Zwei Wochen später, als die Heilung durch den Gebrauch von Jodkali und entsprechender Localbehandlung bereits vorgeschritten war, traten beim Auswaschen der Höhle mit Watte Zuckungen der Extremitäten ein; später wurde durch Druck nur das Kriebelgefühl (Frémissement) erzeugt. Bei den hemiplegischen Anfällen hatte Verf. auch Erweiterung der Pupillen beobachtet. Nach längerer Behandlung völlige Heilung. Verf. glaubt, dass das Rückenmark blossgelegt habe und dass durch die Manipulationen in der Wundhöhle vielleicht ein lockeres Knochenstück gegen das Rückenmark gedrückt worden sei.

Kayser.

Der interessante Fall aus der Abtheilung Leichtenstern's in Köln, über den Schmick (9) ausführlich berichtet, verlief folgendermassen: Patient, der Lues leugnet, litt seit 1870 an häufig exacerbirenden Kopfschmerzen, seit 1885 an einer zu vollständiger Amaurose sich steigenden Herabsetzung des Sehvermögens; dabei normale Pupillenreaction, „Hippus“, hochgradige Stauungspapille mit beginnender Atrophie, schwankender Gang, zuerst sehr verminderte, dann aufgehobene Patellarreflexe; anfallsweise (nur drei Mal) sehr heftiges Erbrechen mit Convulsionen; endlich (August 1886) sehr intensive Steigerung der Kopfschmerzen, Fieber, häufiges Erbrechen, Nackenstarre — Pupillarreflex noch erhalten — Tod nach acht Tagen. Die Section ergab Hydrocephalus internus, starke Hervorwölbung des dritten Ventrikels, durch die das Chiasma plattgedrückt war, schwache eitrige Infiltration der Pia an der Basis; starke fibröse schwartige Verdickung der Pia im Bereiche der Art. fossae Sylv. und der Art. commun. post. und chorioid., dadurch Druck auf die Pedunculi und besonders die Tractus optici. Die stärkste dieser — mit eingesprengten käsigen Herden versehenen — Platten liegt auf der Tela chorioid. des mittleren Ventrikels, die Vena Galeni stark comprimirend und dadurch den Hydroceph. int. bedingend; Ependymitis granulosa an der Oberfläche des Corpus striat. und Thalam. opticus. Rückenmark normal. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass diese Platten überall im Anschluss an die Gefässe entstanden waren; die Intima und vor Allem die Adventitia der letzteren stark verdickt und zum Theil hyalin degenerirt. Im Chiasma hochgradige Degeneration der Nervenfasern, obenan die Tractus optici; die Optici selbst wurden leider nicht genauer untersucht. Verf. deutet diesen Befund als das Resultat einer chronisch syphilitischen, fibrös-käsigen Meningitis, zu der eine acute eitrige Basilarmeningitis getreten war; ohne auf diese Frage näher einzugehen, behauptete er, dass diese Affection syphilitischer Natur gewesen sei und dass der acut-eitrige Process sich angeschlossen habe, wie Hautgummata etc. vereitern — ein Analogieschluss, welcher, in dieser Weise ausgesprochen, wohl keine allgemeine Billigung finden wird. In sehr ausführlicher Weise wird dann das Zustandekommen der einzelnen nervösen Störungen aus dem Sectionsbefunde heraus analysirt und zu erklären versucht.

Jadassohn.

Laudet (10) berichtet über folgende zwei Beobachtungen: Der erste Fall betrifft eine zweiunddreissigjährige Frau, die wiederholt normal

entbunden hat, früher nie krank gewesen ist, nur vor vier Jahren vorübergehend Sehstörungen (Doppeltsehen) hatte. Nach ihrer letzten Entbindung vor achtzehn Monaten begann sie heftigen Kopfschmerz zu empfinden, später zeigten sich Schwierigkeiten beim Kauen und Schlingen, die Stimme veränderte sich. Schliesslich trat sie wegen Geschwürsbildung am Gaumen in Behandlung. Es zeigten sich in der That am hinteren Ende des harten Gaumens eine grössere und mehrere kleinere Ulcerationen, ausserdem besteht vollständige Atrophie der rechten Zungenhälfte, totale Lähmung des rechten Stimmbandes, Hypertrophie und Hypersecretion der Nasenschleimhaut. Schwellung der Submaxillardrüsen, der Geruch ist völlig aufgehoben, Geschmack ist vermindert auf der atrophischen Zungenhälfte, die auch schwache fibrilläre Zuckungen zeigt. Im Uebrigen ist insbesondere das Nervensystem in keiner Weise erkrankt, Pupillen- und Sehnenreflexe ganz normal. Nach Jodkaliumgebrauch heilen die Geschwüre, Geruch und Geschmack kehren wieder, aber die Atrophie und die Stimmbandlähmung bleiben unverändert. — Im zweiten, weniger genau beobachteten Falle handelt es sich um einen Schauspieler, der vor fünf Jahren Syphilis acquirirt hatte, welcher seit einem halben Jahre an Atrophie der linken Zungenhälfte und linksseitiger Posticiuslähmung im Kehlkopfe leidet: auch hier sind alle sonstigen nervösen Functionen, insbesondere die Reflexe völlig unversehrt. Verf. schliesst hieran eine sehr eingehende Besprechung der halbseitigen Zungenatrophie. Bemerkenswerth ist das nahezu constante Vorkommen dieser Atrophie zugleich mit gleichseitiger Kehlkopfknuskeellähmung. Verf. betont vor Allen, dass diese Erkrankung durchaus nicht immer Theilerscheinung der Tabes zu sein braucht, sondern wie in den mitgetheilten Fällen ohne jegliches tabetisches Symptom auf syphilitischer Grundlage auftreten kann. Die Erkrankung beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf Degeneration der bulbösen Kerne, hervorgerufen durch syphilitische Erkrankung des entsprechenden Zweiges der Art. vertebralis. Kayser.

Buck (14) berichtet über einen etwas dunklen Fall von plötzlicher und fast völliger Taubheit beider Ohren bei einem siebenjährigen Kinde, entstanden im Anschlusse an einen Croupenfall. Er hielt anfangs die Affection für einen Mittelohrkatarrh mit consecutiver Labyrinthaffection, weil ausser Schwellung der inneren Trommelfellschleimhaut nichts objectiv zu finden war. Bald aber erschienen symmetrisch an der hinteren oberen Wand der beiden äusseren Gehörgänge unmittelbar am Trommelfell circumscribed geröthete Flecken (Periostitis), die er als auf tuberculöser Basis beruhend ansah und durch Trepanation und Tamponade des Mastoideusfortsatzes behandelte, doch ohne Erfolg. Später machte ihm die nachträglich bekannt gewordene Syphilis der Eltern diese Diagnose wahrscheinlicher, sicher aber keineswegs, da sich einigermaßen sichere Kennzeichen dieser Krankheit an dem Kinde nicht fanden, auch keine Zahndiiformitäten (nur eine Keratitis zweifelhafter Art kam später). Unter dauerndem internen Jodkaliumgebrauche trat nach einigen Wochen Besserung, später völlige Wiederherstellung des Hörvermögens ein. Buck bezeichnet diese fragliche hereditäre Syphilis als tardiv; da er aber selbst angibt, dass er nur sehr ungenügend über das Vorleben seines kleinen Patienten unterrichtet ist, so hat er dazu sicherlich kein Recht. Block.

Gradenigo (12) hat das Gehörorgan eines fünfzehnjährigen, an Phthise verstorbenen taubstummten Mädchens secirt, über dessen Vergangenheit nichts zu eruiiren war. Er fand im Wesentlichen beiderseitige vollständige Zerstörung des häutigen Labyrinths, Neubildung von Faser- und Knochengewebe, besonders links, wo auch eine eitrige chronische Mittelohrentzündung vorhanden war. Verf. glaubt hauptsächlich wegen Unversehrtheit

der Meningen und der Nerven (Acusticus und Facialis) auf eine primäre Otitis interna schliessen zu dürfen, auch die links bestehende chronische Mittelohrereiterung scheint ihm secundärer Natur zu sein. Diese primäre Otitis habe sich extraterin auf Grund hereditärer Syphilis entwickelt. Verf. theilt noch mehrere (fünf) Beobachtungen mit, wo es sich seiner Ansicht nach um primäre Otitis interna auf hereditär-syphilitischer Grundlage handelte. In drei derselben bestand zugleich Iritis oder Keratitis interstitialis, welche er in Parallele zur Otitis interna stellt. Symptomatisch hervorzuheben ist, dass die Krankheit vorwiegend das weibliche Geschlecht im Alter von zehn bis zwanzig Jahren befällt. Es werden immer beide Ohren zugleich oder kurz nacheinander befallen. Das Gehörvermögen wird rasch sehr erheblich vermindert und geht häufig im Laufe der Zeit in völlige Taubheit über. Beachtenswerth sind ganz unmotivirte aber sehr beträchtliche Gehörsschwankungen von einem Tag zum andern. Locale und allgemeine Reactionerscheinungen fehlen bei Erwachsenen. Kinder haben zuweilen dabei Fieber, continuirliches Sausen fehlt fast nie; Schwindel ist nicht immer und selten intensiv vorhanden; zuerst wird die Perceptionsfähigkeit für hohe Töne vermindert. Das Mittelohr ist anfangs normal, später kann es zu Trommelfell-Trübungen, auch zu Otorrhoe kommen. Verf. glaubt die von manchen Seiten gemachte Annahme, die syphilitische Taubheit beruhe auf nervöser oder centraler Erkrankung entschieden zurückweisen zu müssen. Die Doppelseitigkeit des Leidens begründet eine solche Annahme ebenso wenig, wie die doppelseitige Keratitis. Vielmehr handle es sich eben um eine primäre Otitis interna, die als solche bisher stets nur bei Syphilis (hereditärer und erworbener) nachgewiesen sei. Der Lymphraum des inneren Ohres sei auch eine Prädispositionsstelle für das syphilitische Virus. Die Therapie ist fast immer ohne jeden Erfolg, nur im Anfangsstadium bietet eine energische antisiphilitische Behandlung einige Aussicht auf Besserung.

Kayser.

Theobald (13). Ein vierundzwanzigjähriger Mann mit hereditärer Syphilis ist auf dem einen Ohre vollständig taub, das andere Ohr zeigt einen merkwürdigen plötzlich eintretenden Wechsel von deutlicher Taubheit und nahezu normaler Hörfähigkeit. Jodkali blieb ohne Wirkung, wirksamer erwies sich Sublimat, combinirt mit Salmiak.

Kayser.

Holm (14) veröffentlicht zwei Fälle von rein centraler Anosmie bei zwei im Spätstadium der Lues befindlichen, auch sonst cerebrale Symptome darbietenden Patienten; — die Sinnesläsionen wurden durch specifische Curen gebessert.

Ja dassohn.

Massei (15) beobachtete zweimal im Gefolge von gummoser Verschwärung der Rachengebilde narbige Adhärenz des Velums und der Arcus palato-pharyngei an die hintere Rachenwand; daraus resultirten Sprach- und Gehörstörungen, sowie Respirationsbeschwerden. Durchtrennung der Anwachsungen mit dem Thermokauter und graduelle Dilatation brachten vollständige Heilung herbei. Derartige Folgezustände der Syphilis können, wie Massei hervorhebt, durch rechtzeitige Isolirung der Reste des Gaumensegels von der hinteren Pharynxwand verhindert werden.

Das zuweilen beobachtete späte Auftreten der syphilitischen Iritis, sowie die Hartnäckigkeit, durch welche sich diese luetische Manifestation auszeichnet, sucht Scarenzio (16) aus der anatomischen Lage und aus der Structur des Auges zu erklären, welche zwei Momente einerseits dem Eindringen des syphilitischen Virus bedeutende Hindernisse entgegenzusetzen und andererseits dessen Eliminirung, wenn es einmal eingedrungen ist, wesentlich erschweren.

Dornig.

Lucas (17). Patientin, eine Frau im mittleren Lebensalter, sieben Jahre verheiratet, ohne Kinder, welche über heftige Schmerzen spontan, besonders aber auf Druck, in der Trachea dicht unterhalb des Larynx, ferner über zeitweise auftretende Dyspnoe, etwas Husten und Auswurf klagte, hatte sich elf Jahre zuvor luetisch infectirt und einen rothen Ausschlag, Aufspringen und Schmerzhaftigkeit der Hände, Schmerzen im Halse und Ausfallen der Haare beobachtet. Nachdem sie damals behandelt worden, war sie bis zu ihrer jetzigen Erkrankung gesund geblieben. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand Lucas einen gerötheten, fast das ganze Lumen der Trachea dicht unterhalb des Kehlkopfes einnehmenden Tumor. Da er denselben für luetisch hielt, so verordnete er Jodkalium in Dosen von 0.3 und Leberthran, ferner Inhalationen von Kreosot mit Morphium gegen die localen Beschwerden. Als trotzdem keine Besserung eintrat, fing er auf Anrathen von Dr. Mc. Bride in Edinburg, welcher gleichfalls den jetzt in seinem Centrum verkästen Tumor für ein Gumma hielt, grössere Dosen Jodkali zu geben an, und stieg im Laufe von zwei Monaten bis zu 4.25, dreimal täglich, musste dann aber wegen Kachexie der Patientin aussetzen. Unter dieser Behandlung waren Schmerzen und Tumor verschwunden, so dass Dr. Mc. Bride bei einer zweiten Untersuchung nur eine geringe Verengerung des Lumens der Trachea in der Gegend der beiden ersten Ringe constatiren konnte. — Unter den seltenen Fällen von gummosen Tumoren der Trachea war dieser Fall wegen des gänzlichen Mangels anderer Erscheinungen der Syphilis besonders auffallend. Semon hat im St. Thomas-Hospital, Reports, Vol. XIII, auch einen Fall veröffentlicht, der, was den laryngoskopischen Befund anlangt, mit dem oben geschilderten grosse Aehnlichkeit zeigt, sich jedoch durch das Vorhandensein tertiärer Erkrankungen des harten und weichen Gaumens unterscheidet. Da der oben beschriebene Tumor bis auf den Punkt gekommen war durchbrechen, so würde, falls es zur Ulceration gekommen wäre, eine Narbe und dadurch unvermeidlich eine Strictur der Trachea entstanden sein.

Curtin (18). Obwohl einige Aerzte die Seeluft als sehr geeignet zur Behandlung der Phthise hinstellen, ist doch die Majorität entschieden gegen eine solche Therapie, weil zwar für einige Wochen, vielleicht in Folge der Luftveränderung, des Wechsels in der Ernährung und Scenerie eine Besserung, dann aber bei der geringen Widerstandsfähigkeit gegen die dichte, feuchte, aufregende Salzluft eine um so bedeutendere Verschlimmerung in dem Befinden der Patienten eintritt. Curtin beschreibt fünf Fälle von Lungensyphilis, in denen die Seeluft sehr günstig wirkte. Dass er es in diesen Fällen wirklich mit syphilitischer und nicht tuberculöser Erkrankung der Lunge zu thun hatte, dafür sprachen die sechs Symptome, welche Porter für diese Erkrankung als charakteristisch hinstellt, nämlich: 1. Der massenhafte Auswurf ohne irgend ein Zeichen von Einschmelzung des Lungengewebes; 2. der Schwächezustand ohne besondere Abzehrung; 3. ausgesprochene Dyspnoe ohne irgend welches Hinderniss der Circulation von Seiten des Herzens oder der Lunge; 4. der eigenthümliche Schmerz und die Reaction bei Druck auf das Sternum und die Cristae tibiae; 5. die schnelle Besserung bei antiluetischer Behandlung; 6. vor allen Dingen das Fehlen der Tuberkelbacillen. — Die Seeluft unterscheidet sich dadurch von der Höhenluft, dass sie mehr Feuchtigkeit enthält, dass sie dichter ist, dass sie mit Salz geschwängert ist, und dass sie eine geringe Menge Jod enthält. Die dichtere, feuchte, salzhaltige Atmosphäre würde bei tuberculöser Erkrankung der Lunge wahrscheinlich die Circulation des Blutes in dieser und den Zerstörungsprocess beschleunigen, während hingegen bei der Lungensyphilis die beschleunigte Blutcirculation

einen günstigen Einfluss ausübt, indem sie die Ernährung der Lunge bessert. Die constante Inhalation geringer Mengen Jod wird wohl ebenfalls auf die Krankheit günstig einwirken. Zeising.

Fraenkel (19) fand bei der Section einer einundvierzigjährigen Frau im unteren Abschnitt der Trachea eine Anzahl von theilweise ulcerirten Gummaknoten, in den Bronchien eine Anzahl strahliger Narben, ebensolche waren neben den Knoten auch in der Trachea vorhanden. Beide Bronchien waren von infiltrirtem, starrem Bindegewebe umgeben, am meisten der linke, welcher fest an den Aortenbogen adhärirt, und in diese Adhäsionen ist der linke Nervus recurrens einbezogen, der plattgedrückt und grau erscheint (während des Lebens bestand vollständige Lähmung des linken Stimmbandes). Die Bindegewebsinfiltration erstreckt sich, wenn auch in etwas geringerem Grade, bis zum unteren Drittel der Trachea hinauf. Ausserdem fand sich ein gummöses Infiltrat in der Schilddrüse, Gummata der Leber und einer Niere, Defecte und Auflagerungen an den Schädelknochen. — Die diffuse indurative Peritracheitis und Peribronchitis, die allerdings kein constanter Begleiter der gummösen Trachealsyphilis ist, ist wichtig als neues ätiologisches Moment der peripherischen Recurrenslähmungen. Fraenkel hebt ferner hervor, dass der Ausgang der Trachealsyphilis keineswegs immer Stricturbildung ist, sondern dass entweder wie im obigen Falle die Induration des umgebenden Bindegewebes das gefährdende Moment abgibt, oder dass durch Uebergreifen ulcerirter Trachealgummata auf die Nachbarschaft (grosse Gefässe, Oesophagus) oder durch die Entwicklung von Mediastinalabscessen der ungünstige Ausgang bedingt werde. — Verfasser macht schliesslich auf die Seltenheit syphilitischer Erkrankungen der Thyreidea, besonders bei acquirirter Syphilis, aufmerksam, und ganz besonders ist noch hervorzuheben, dass sich in obigem Falle in dem Gumma der Schilddrüse die Lustgarten'schen Bacillen fanden. Lesser.

Sokołowsky (20). Erst in den letzten Jahren wurde diesem Gegenstande vom klinischen Standpunkte mehr Aufmerksamkeit geschenkt, und zwar gebührt in dieser Beziehung das Hauptverdienst Gerhardt (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1877), wonach die Beobachtungen von Riegel, Vierling (der sechsundvierzig derartige Fälle zusammenstellte), Berger und Anderen folgten. Das Leiden tritt hauptsächlich bei Männern im Spätstadium der Syphilis auf, in Folge von ulcerösen sich hier abspielenden Processen. In der Mehrzahl der Fälle ist dabei der Larynx auch in Mitleidenschaft gezogen, selten leiden die Bronchien daran allein. Im Verlaufe der Krankheit werden drei Perioden unterschieden: das Reizungs-(Ulceration), Verengerungs- und Suffocationsstadium. Das erste ist wenig, die beiden anderen durch das Auftreten von beständiger Athemnoth recht charakteristisch. Im Gegensatz zu ähnlichen im Larynx localisirten Processen wird eine Verminderung der respiratorischen Bewegungen der letzteren betont. Der Ausgang ist meist ein ungünstiger: die Patienten ersticken gewöhnlich in Folge von Verlegung der Bronchien mit eingedickten Schleimpfröpfen oder gehen zu Grunde an profusen Bronchialblutungen, durch Arrosion grösserer arterieller Aeste. Im Anschluss beschreibt Verf. zwei recht interessante, letal verlaufene Fälle, an denen beiden wegen Athemnoth die Tracheotomie ausgeführt wurde, und die alle beide mit einer Lähmung des Musc. crico-arytenoidei postici complicirt waren. Als Ursache dieser letzteren wird der Druck seitens hypertrophirter und krankhaft veränderter Lymphdrüsen auf den Nervus recurrens angegeben, was in einem Falle auch durch die Section bestätigt wurde. v. W.

Heller (21) unterscheidet drei Arten congenitaler Lungensyphilis: 1. die gummöse Form, 2. die weisse Pneumonie nach Virchow, 3. die

interstitielle syphilitische Pneumonie. Beide letztere Formen kommen nebeneinander vor. Weisse Pneumonie fand Verf. nur bei todtgeborenen oder bei solchen Kindern, welche kurz nach der Geburt starben. Kinder, welche mindestens stundenlang lebten, zeigten nur die interstitielle Form. Die weisse Pneumonie ist sehr selten. Die Lungen sind gross, weiss, grauweiss oder röthlich marmorirt. Sie lassen ohne Gewalt sich nicht aufblasen. Pleura, Pericard, Thymus können ecchymosirt sein. Die erweiterten Alveolen sind mit desquamirten theils verfetteten, theils zerfallenen Epithelien überfüllt. Die Kinder sind nicht lebensfähig. Die interstitielle Pneumonie ist vorwiegend um Bronchien und Gefässe localisirt — bald herdförmig, bald diffus. Die Lungen sind gross, derb, lufthaltig, dunkel oder blass. Das interalveolare Gewebe ist verbreitert, überaus reich an Bindegewebsfasern, Rundzellen und Capillaren. Die Alveolen sind eng, die Epithelien gequollen pigmentirt. Das interlobuläre Gewebe ist rundzellenarm, breit, fibrös. Das rechte Herz kann hypertrophiren. Das ganze Bild erinnert an die von Virchow beschriebenen indurirten und pigmentirten Lungen von erwachsenen Mädchen. Virchow nahm in allen diesen Fällen Syphilis congenita an. Die Pneumonie beginnt zumeist fötal: sie kann vor der Geburt schon sehr ausgebildet sein. Längeres Leben ist dann ausgeschlossen. Den Erstickungstod weisen Ecchymosen in Pleura, Pericard und Thymus nach. Geringere Processe lassen fortleben bis über die Pubertätszeit zu. Die interstitiellen Processe können mit dem Lungenwachsthum selbst zunehmen. Vielleicht beziehen sich als Spätstadien manche Fälle von Lungenschrumpfung hierauf. Todesursache sind meist Bronchitis, Pleuritis, Alveolar-Pneumonie, Magen- und Darmkatarrh. Atrophisch sind keineswegs alle derartigen Kinder. Eine gleichzeitige Tuberculose sah Heller nie. Genaue Kenntniss der weissen und interstitiellen Pneumonie ist für den Gerichtsarzt unerlässlich. Friedheim.

Ziegler erwähnt eine Form von syphilitischer Pneumonie des Neugeborenen, charakterisirt durch eine fettige Entartung des Lungen-Epithels und durch überall hinlaufende Infiltrationszüge. Forster spricht sich über die Verbreiterung des interstitiellen Gewebes sehr reservirt aus, da er solche auch unter vielen anderen Umständen fand. Cornil unterscheidet eine trockene opake rundzellenreiche und eine feuchte Epithelialzellenreiche Hepatisation bei Lungensyphilis. Depaul leugnet das Lungengumma der Neugeborenen. Ziegler glaubt im Gegentheil es viel häufiger sogar bei solchen letzteren als bei Erwachsenen gefunden zu haben. Fournier findet in frühen Stadien eine grosse Ähnlichkeit mit Lungeninfarkt oder mit metastatischen Lungenabscessen. Lancereaux nimmt zwei Formen von Pneumonia syphilitica an: 1. eine diffuse, 2. eine umschriebene. Letztere ist seltener; sie entspricht dem Gumma syphiliticum. Auch hier kommt es zu Nekrose, fettiger Degeneration der Elemente. Es kann Resorption eintreten, häufiger wird das gummöse Gewebe ausgehustet. Dann bleibt eine Caverne zurück. Die Caverne kann narbig ausheilen. Carlier unterscheidet: 1. eine hyperplastische sklerotische (cf. diffuse nach Lancereaux), 2. eine gummöse Form. Ranvier und Cornil heben für die Pneumonia alba die Abwesenheit von Pigment hervor. Die interalveolären Zellen sind rundlich und jung; die Alveolen verkleinert, aber durchgängig, und mit Pflasterepithelien ausgekleidet. Die freien Epithelzellen sind granulirt und verfettet. An der Lungenoberfläche sieht man zuweilen Gummata, d. h. kleine harte vereinzelte oder gruppenartig angeordnete Tumoren von der Grösse einer Linse bis zu der einer Wallnuss, von röthlicher oder grauer Farbe mit feinen weisslich-gelblichen Punktierungen. In einer zweiten Reihe von Fällen beobachtete Lancereaux

walnussgrosse typische Gummata, theils mit Narbenbildung, theils mit centralem Zerfall, mit reichlichem Granulationsgewebe u. s. f. Cornil hebt für manche Fälle die Uebereinstimmung mit den gummosen Bildungen beim Erwachsenen hervor. Nach Fournier ist charakteristisch für das Gumma: 1. das vereinzelte Vorkommen ohne Prädisposition für die Spitzen, 2. die gelblich-weiße, nie durchscheinende Farbe, 3. eine gewisse, selbst im Stadium des Zerfalls, persistirende Härte des Gewebes — gegenüber dem Tuberkel. Hierzu kommt nach Baumgarten 4. die Abwesenheit der Tuberkelbacillen, das Verhalten der Gefässe. Die anatomische Differentialdiagnose ist nach Devic für gewisse Fälle geradezu unmöglich. Und für die klinische ist das sicher beobachtete nicht zu seltene gepaarte Vorkommen von Syphilis und Tuberculosis pulmonum nicht zum mindesten Theile verhängnissvoll. Devic (22) hebt nun klinisch 1. diejenigen Fälle hervor, bei denen alle Respirationstörungen fehlten. Die jüngeren sklerosirten Partien sind nach Fournier vorgewölbt, die älteren sind eingesunken. Da nun aber die graue Induration der Lunge nicht selten, bei alten Leuten überhaupt, speciell ferner bei Alkoholikern, bei herabgekommenen Individuen, bei solchen, die an Albuminurie litten, beobachtet worden ist, da anderseits fibröse Züge, Narbengewebe, Cavernen nach abgelaufener und bei progressiver Tuberculose geradezu typisch sind, so glaubt Devic nach Tripier, mit der Diagnose Syphilis nach derartigen Befunden nicht vorsichtig genug sein zu können. Die Diagnose wird noch unsicherer durch die verschiedenartigen interstitiellen nicht syphilitischen Pneumonien, Bronchiectasien u. s. f. Fünf Fälle von Lungengumma führt Devic an; und er erwähnt das Vorkommen der Riesenzellen besonders bei denen, wo der Nachweis von Gumma pulmonis ein zufälliger war (cf. Cholera-Epidemie 1865 nach Ranvier), 2. diejenigen von tertiärer Syphilis mit Respirationstörungen. Das wichtigste Symptom ist die Dyspnoe — zurückzuführen nach Rollet 1. auf Verkleinerung der Oberfläche, 2. Retraction der Bronchien, 3. complicirende Katarrhe, 4. alveoläre Infiltration. Die Dyspnoe kann sich bis zur Orthopnoe steigern. Der Husten ist anfangs trocken, am stärksten Nachts. Der Auswurf ist schleimig, eitrig nur bei Ulcerationen in der Trachea, bei Cavernenbildung. Im Auswurf sind gummiöse Fetzen nach Cube charakteristisch. Hämoptysen sind selten. In den vorgeschrittenen Stadien sind die Kranken sehr kachectisch. Belin unterscheidet 1. eine leichte klinische Form mit den Zeichen der Bronchitis, 2. eine mittelschwere mit abgeschwächtem Vesiculärathmen, aber umschriebener Localisation, hin und wieder mit Cavernensymptomen bereits, 3. die schwere Form mit Fieber und Nachtschweiss. Die Lungenveränderungen gehören der Tertiärperiode an. Hin und wieder hat Fournier in der secundären Periode Dyspnoe beobachtet — ohne nachweisliche Processe in der Lunge selbst. Fournier hat Lungensyphilis bei Lues hereditaria tarda beobachtet. Die Fälle von Lungengumma sind sehr selten und stets von tertiären Processen in anderen Organen begleitet. Jedenfalls trifft Lungensyphilis ebenso wohl Erwachsene wie Neugeborene — beide aber sehr selten. Die sogenannten therapeutischen Erfolge beziehen sich gewiss zum grössten Theil auf reparable tuberculöse Veränderungen syphilitischer Personen.

Friedheim.

Schuchter (23) hat zweiundzwanzig Kranke, die theils „mit der syphilitischen Initialsklerose behaftet waren, theils an den frischen Formen constitutioneller Syphilis“ litten, in Hinblick auf Veränderungen der Milz einer genauen klinischen Beobachtung unterzogen. In sechs Fällen war jede andere Ursache eines Milztumors ausgeschlossen. In drei Fällen aus letztgenannter Zahl war ein maculöses oder papulöses Exanthem ausgebildet. In einem Falle war es möglich, das Wachsthum des Tumors zu beobachten.

Zu Grunde legte Schuchter ein Normalmass von $5 - 5\frac{1}{2}$ Ctm. für den Breitendurchmesser des Organs. Dieses Mass wurde bis um 3 Ctm. (im Ganzen $= 7\frac{1}{2} - 8$ Ctm.) überschritten. Nach vorn überragte der Tumor die Linea costoclavicularis. In zwei Fällen schwand der Tumor auf antiluetische Behandlung hin. In einem Falle war letztere auf den Tumor ohne Einfluss geblieben. In weiteren drei Fällen von frischer Syphilis waren die Kranken gleichzeitig stark anämisch. Durch antiluetische Therapie wurden Milztumor und Anämie beseitigt. Verf. schliesst auf einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Milztumor und Anämie. In Betreff der Nierenaffectionen schliessen sich die Angaben Schuchter's an diejenigen von Descourt, Perroud, Lancereaux und Wagner an. Von den Kranken mit Anschwellung der Milz wurden siebzehn auf Albuminurie geprüft. An zwei Kranken gelang es eine Nierenaffection nachzuweisen. In einem Falle hielt die Albuminurie dreizehn Tage an — im Sediment fanden sich Plattenepithelien — im zweiten Falle nahezu sieben Wochen. Hier war eine gewisse Empfindlichkeit in der Nierengegend zu bemerken, zeitweise abendliche Temperatursteigerungen (bis zu 38.4°), Vermehrung des specifischen Gewichts, beträchtlicher Gehalt an Albumen. Im Sediment sah man theils platte theils geschwänzte Epithelzellen, hyaline und granulirte Cylinder. Die Harnmenge blieb annähernd normal. Auch in diesen Fällen war die antiluetische Cur nach der speciellen Richtung hin erfolgreich.

Friedheim.

Tommasoli (24) beobachtete bei einem neunmonatlichen, hereditär syphilitischen Kinde die Entwicklung eines enormen Milztumors, welcher fast die ganze linke Hälfte der Bauchhöhle einnahm. — Tommasoli ist geneigt anzunehmen, dass die im Verlaufe der Lues auftretenden krankhaften Veränderungen der Milz, der Leber und der Nieren auf die toxische Wirkung des Syphilisfermentes (?) auf das Blut und mittelst des Blutes auf die Baueingeweide zurückzuführen seien; er stellt somit die viscerele Syphilis in eine Linie mit den Erkrankungen der grossen Bauchdrüsen, die bei gewissen Vergiftungen, z. B. mit Alkohol, Phosphor u. s. w. beobachtet werden.

Dornig.

Die Diagnose einer syphilitischen Hodenerkrankung wird nach Mauriac (25) hauptsächlich durch drei Factoren gesichert. Erstens finden sich immer mehr oder weniger ausgeprägte luetische Allgemeinerscheinungen, dann ist der Nebenhoden, der bei den meisten Erkrankungen des Hodens stark in Mitleidenschaft gezogen ist, bei einer syphilitischen Orchitis meist frei und schliesslich gibt, wie bei jeder Erkrankung auf syphilitischer Grundlage, der Erfolg der antiluetischen Therapie den Ausschlag. Der Verfasser unterscheidet zwei Formen: eine sklero-gummöse und eine gummo-skleröse. Bei ersterer Form schwillt der Hoden bis zu Hühnereigrösse, ist gleichmässig hart, wie von Holz, mit glatter Oberfläche oder geringen Erhabenheiten. Die meist beiderseitig auftretende Anschwellung ist nicht schmerzhaft. Differentiell diagnostisch kommen das Lymphadenom des Hodens, sowie das Carcinom in Betracht, die indessen wegen des meist einseitigen Sitzes, sowie wegen des Fehlens anderer luetischer Erscheinungen ziemlich leicht auszuschliessen sind. Bei der zweiten Form, in der die Syphilis den Hoden befällt, der gummo-sklerösen, entwickelt sich aus einer Beule an der vorderen Seite des Hodens ein kraterförmiges Geschwür, welches seröse Flüssigkeit und „nassem Flachs oder Stockfischfleisch“ ähnliche Massen entleert. Hierdurch und durch das alleinige Befallensein des Hodens unterscheidet sich diese Form von der Tuberculose des Hodens, die fast immer Nebenhoden, Samenwege und Prostata in Mitleidenschaft zieht. Von schweren Folgen für den Gesamtorganismus ist die Syphilis

des Hodens gewöhnlich nicht begleitet. Was die Zeugungsfähigkeit betrifft, so ist dieselbe selten alterirt und dann weniger wegen Unterganges des Hodenparenchyms, welches wohl nie ganz zerstört wird, als wegen eines Gumma, das den Spermatozoën den Weg nach den Samenbläschen verlegt. Doch ist auch in einer Anzahl von Fällen derartiger Azoospermie durch eine antisyphilitische Cur die geschlechtliche Function vollständig wiederhergestellt worden. Jacobi.

Im Anschluss an die kurz zuvor erschienene Arbeit von Laffitte bringt Jäger (26) zwei weitere Fälle von Pseudo-Paralyse zur Veröffentlichung, in denen der Erfolg ein günstiger gewesen ist. Beide Kinder sind im Alter von zwei Monaten und haben deutliche Zeichen von hereditärer Lues; im ersten Falle ist nur der rechte, im zweiten beide Arme von Pseudo-Paralyse befallen. Töplitz.

Cazin und Iscovesco (27) erörtern in einer sehr ausführlichen, mit einer sehr gründlichen Kenntniss der französischen, englischen und deutschen Literatur geschriebenen Arbeit die Beziehungen zwischen Syphilis und Rachitis. Nach einer historischen Einleitung besprechen sie zunächst die Anatomie der Knochenveränderungen bei hereditärer Syphilis und unterscheiden hierbei nach dem Vorgange Wegner's drei Arten, respective Grade oder Stadien: 1. Bei Föten und im ersten Kindesalter sind die Knochen dünner, das Periost ungleichmässig adhärent, auf der Oberfläche der Knochen finden sich Osteophyten, deren bisher bekannte histologische Structur nichts Charakteristisches hat, deren multiples Auftreten aber besonders an den Röhrenknochen, an der Scapula und am Kopf fast pathognostisch ist; das symmetrische Auftreten derselben, auf welches Parrot grosses Gewicht gelegt hat, konnten die Verfasser nicht constatiren; im Innern des Knochens ist die Verknöcherungszone höher, weicher, durchscheinender und unregelmässiger als in der Norm; das spongiöse Gewebe hat ein „granitartiges“ Aussehen. 2. Das zweite Stadium (oder die zweite „Varietät“), das meist mit zwei Monaten beginnt, ist ausgezeichnet durch „die gelatiniforme Atrophie“ Parrot's, deren histologische Deutung bei den verschiedenen Autoren noch eine verschiedene ist, bei welcher aber auch nach der Anschauung der Autoren das entzündliche Element, die Granulationsbildung das Primäre bildet; sie localisirt sich vorwiegend in der Nähe der Epiphysen, die Knochen werden weicher, wenn auch die „Osteophyten“ noch fortbestehen; die Epiphysen verbreitern sich: häufig kommt es zum spontanen Epiphysenbruch. Auch hier ist nicht das histologische Bild — das z. B. bei Tuberculose ein ganz ähnliches sein könne — das charakteristische, sondern die Localisation, vor Allem das multiple Auftreten („Pseudoparalyse“ Parrot's bei multiplem Epiphysenbruch); die Craniotabes wird in Uebereinstimmung mit den deutschen Autoren (im Gegensatz besonders zu den Engländern) als im Allgemeinen nicht luetischer Natur angesehen. 3. Das dritte Stadium beginnt etwa nach sechs Monaten. Die Osteophyten werden poröser. Reichliche Vascularisation, Proliferation von Mark, Entkalkung, Bildung von Lücken mit reichlichen Markzellen in dem Knochengewebe findet sich im Knochen; neuer Knochen lagert sich auf der Oberfläche der Osteophyten ab; endlich bildet sich „spongoides Gewebe“, auf welches die Verfasser ein besonderes Gewicht legen. Dasselbe erscheint zuerst weich, gefässreich, einem feinen Schwamme ähnlich; dann verkalkt es und neigt zu einer fibrösen Transformation des Markes. Bei dem Vergleich der syphilitischen und der rachitischen Veränderungen der Knochen (auch auf die letzteren gehen die Verfasser näher ein) zeigt sich zunächst, dass zwischen den beiden ersten Stadien der congenitalen Knochenlues und zwischen Rachitis keinerlei Analogie

besteht. Im dritten Stadium käme nur das bei beiden Krankheiten vorhandene spongoide Gewebe in Frage, das freilich an luetischen Knochen viel härter ist, als an rachitischen; aber dieses Gewebe ist für keine von beiden Affectionen charakteristisch; die Verfasser haben es auch in mehreren tuberculösen Knochen gefunden — es ist also überhaupt nichts Pathognomonisches. Der anatomische Theil der vorliegenden Arbeit schliesst mit dem Satze: „Die syphilitischen Knochen zeigen niemals spongoides Gewebe mit den Eigenthümlichkeiten des Sitzes etc. bei der Rachitis, auf der anderen Seite bieten die rachitischen Knochen niemals Osteophyten dar mit den Charakteren des Sitzes etc. bei der Syphilis: es gibt also keine Beziehungen zwischen der frühzeitigen congenitalen Knochensyphilis und zwischen der Rachitis.“ In dem zweiten — klinischen — Theile wird zunächst der Werth der äusseren Zeichen für überstandene congenitale Lues besprochen und in einer sehr ausführlichen und durchaus berechtigten Weise gegen den Standpunkt Parrot's polemisiert, welcher alle möglichen Hautnarben, die verschiedensten Veränderungen der Zähne (nicht blos die typischen Hutchinson'schen), die „crâne natiforme“ in jedem Falle für pathognomonische Zeichen der Lues ansieht und auf diese Weise zu colossalen Zahlen gelangt — eine Polemik, die in Deutschland nicht eingehender referirt zu werden braucht. Es wird dann aus dem in der französischen, englischen und deutschen Literatur zusammengestellten Material, und aus eigenen Beobachtungen an 107 rachitischen Kindern, deren Einzelheiten nichts Besonderes darbieten, der Schluss gezogen, dass — wie ja selbstverständlich — syphilitische Kinder auch rachitisch werden können, dass sich aber unter rachitischen Individuen solche mit sicheren Zeichen vorangegangener Lues nicht häufiger finden, als unter der gleichen Anzahl nicht rachitischer. Dass Syphilis zugleich mit Rachitis vorkommen, dass sie sogar eventuell prädisponirend für die letztere wirken könne, leugnen die Verfasser nicht; wie wenig aber ein causal Zusammenhang zwischen beiden Affectionen besteht, beweisen sie durch einige Fälle, in denen Eltern, die zunächst rachitische Kinder erzeugten, sich nachträglich inficirten und dann sogar nichtrachitische Kinder hatten; sie citiren endlich noch Beobachtungen, welche zeigen, dass sich rachitische Individuen syphilitisch inficiren können — was jedenfalls in Analogie mit der Seltenheit der Reinfektion — dann ausserordentlich selten sein müsste, wenn die Rachitis wirklich eine luetische Affection wäre. Am Schlusse ihrer Arbeit betonen Cazin und Iscovesco, dass es allerdings eine „syphilitische Pseudo-Rachitis“ gebe, die sich aber von der eigentlichen Rachitis unterscheide: durch die Inconstanz und Seltenheit der Epiphysenverdickungen, durch die Asymmetrie der Knochenveränderungen überhaupt, durch die winkligen Knickungen der Röhrenknochen — im Gegensatz zu den curvenartig gebogenen Gliedern Rachitischer, durch die multiplen Osteophytenbildungen etc. Dieses Krankheitsbild wird noch durch einen Fall illustriert.

Jadassohn.

Suckling (28) demonstriert in der pathologisch-klinischen Section zu Birmingham (28. I. 1887) ein Kind mit Epiphysitis syphilitica. Dasselbe ist fünf Wochen alt. Die unteren Enden beider Radien sind hochgradig angeschwollen. Gleiche Schwellungen sind auch an den unteren Extremitäten beobachtet. Das Kind schreit bei der leisesten Berührung; es ist unfähig, die Glieder zu bewegen.

Friedheim.

Eschle (29) berichtet über vier Fälle luetischer Knochenerkrankungen der Finger, in denen sich an zwei Individuen der Process als Osteomyelitis (Kinder), an den beiden andern als Periostitis mit secundärer rareficirender Ostitis und Nekrose (Erwachsene) manifestirte. Verfasser

glaubt im Gegensatz zu Lewin welcher in seiner sorgfältigen Statistik (Char. Annal., Berlin 1879) die schon früher von Chassaignac, Taylor, Riset etc. publicirten Fälle sichtete und in der Nomenclatur eine Phalangitis syphilitica im Gegensatz zu Erkrankungen der Weichtheile differenzirt wissen will — aus einem Falle der Ansicht Bäumler's beitreten zu müssen, dass die Phalangitis auch secundär von Erkrankungen der Weichtheile herrühren könne. In der That wird nach Analogie anderer pathologischer Processe die Eventualität nicht geleugnet werden können. Bestätigt wird durch vorliegende Krankengeschichten der Satz Lewin's, dass bei Kindern mehr die osteomyelitische, bei Erwachsenen mehr die periostale Form der Dactylitis syph. in die Erscheinung tritt. Eigenthümlich erscheint, dass in zwei Fällen (Mutter und Kind) Exarticulation der betreffenden Glieder nöthig wurde, da antiluetische Therapie völlig erfolglos war, auch war bei der Mutter Hämoptoe und bei dem Kinde Dämpfung einer Lungenspitze zu constatiren. Auf Tuberkelbacillen wurden die Präparate nicht untersucht, deren eines ein Rundzellengewebe mit spärlich eingelagerten gefaserten Knochenlamellen erkennen liess. Die zahlreichen Blutgefässe zeigten verdickte Intima und Adventitia. Löwenhardt.

Sakotski (30) berichtet von einem jungen Soldaten mit Ulcerationen des Gaumens und consecutiver Zerstörung der unteren Muscheln. Es bildete sich ein Tumor über dem Auge; der Patient bekam Schmerzen im Knie- und Fussgelenk, eitrigen Ausfluss aus dem linken Ohr und einen metastatischen Abscess auf dem Rücken der rechten Hand. Zwei Jahre glaubte man, dass es sich um Syphilis handle. Es bildeten sich jetzt Knoten im Gesicht; dasselbe wurde ödematös. Man vermuthete Rotz. Der Kranke starb an allgemeinem Marasmus. Vigandt untersuchte Knötchen und Geschwürseiter mikroskopisch: er fand Bacterien, die er mit denjenigen von Löffler und Schütz identificirte. Friedheim.

Hereditäre Syphilis.

1. **Abner Post.** Cases illustrating the late manifestations of congenital syphilis. — Boston med. and surg. journ. 1887, Nr. 21.
2. **Baratoux J.** De quelques alterations de l'oreille interne dans la Syphilis héréditaire. — Le Progrès médic. 1887, Nr. 44.
3. **Kraus Ed.** Statistische Beiträge zur Pathologie der Lues congenita. — Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. IX, Heft 2, pag. 81 ff.
4. **Moucorvo.** Die Aetiologie der multiplen Herdsklerose im Kindesalter und insbesondere über den pathogenen Einfluss der hereditären Syphilis. — Revue mensuelle des maladies de l'enfants, Juin 1887, pag. 241 ff.
5. **White Hale.** Congenitale Syphilis mit amyloider Entartung der Viscera. — Lancet-Clinic 1887, Nr. 3351, pag. 1015.
6. **Pedicini M.** Nuove ricerche sulla sifilide placentare. — Progresso med. 1887, pag. 2—18.

Abner (1). Bei den hereditär syphilitischen Kindern verschwinden die Krankheitserscheinungen gewöhnlich noch vor Ende des zweiten Lebensjahres, um bei den einen nie, bei anderen erst in der Pubertät oder noch später wieder aufzutreten; bei einer dritten Gruppe offenbart sich die Erkrankung in mehr oder weniger häufigen, in unregelmässigen Zwischenräumen sich zeigenden Eruptionen. Die zwei ersten Jahre umfassen die Frühformen der Syphilis hereditaria; die später auftretenden Formen kann man als Syph. her. tarda bezeichnen. Die Diagnose derselben kann gestellt

werden aus Zeichen früherer Erkrankungen, aus dem Zurückbleiben im Wachstum und aus den gegenwärtig vorhandenen Symptomen. Es kommen jedoch, ebenso wie bei der acquirirten Syphilis, Spätformen der Erkrankung vor, ohne dass sich frühere Erscheinungen derselben eruiren lassen. Die Spätformen der Syphilis hereditaria tarda sind sehr mannigfaltig und bereiten zuweilen dieselben Schwierigkeiten in der Diagnose, wie die der acquirirten. Abner führt nun einige Fälle an, um die Eigenthümlichkeiten des Spätstadiums der Krankheit und den Einfluss der Behandlung zu illustriren. Fall I. Achtjähriges Mädchen. Vater vor Geburt desselben luetisch. Patientin in der Entwicklung zurückgeblieben. Periostitiden an verschiedenen Knochen, in Folge derselben entstandene ulceröse Processe, welche zur Ausstossung von Knochentheilen führten, nicht adhärente und adhärente Narben, von denen die älteste auf dem Handrücken befindliche von einer im eilften Monate vorhanden gewesen Erkrankung herrühren soll. Radiär verlaufende, feine Narben an den Mundwinkeln. In Folge antiluetischer Behandlung heilen die Geschwüre, die Periostitiden verschwinden. Nach Aufhören der Behandlung Auftreten einer Nekrose des Oberkiefers, von dem ein Theil mit den Zähnen entfernt werden muss. Wiederaufnahme der Behandlung mit Jod und Quecksilber, unter welcher Fissuren an der Nase, rheumatische Schmerzen, ein leichter Vaginalkatarrh, kleine Periostitiden, welche inzwischen aufgetreten waren, sehr bald verschwinden, die durch Entfernung von Theilen des Oberkiefers gesetzte Wunde verheilte und das Mädchen entwickelte sich kräftig. Dieser Fall zeigt, dass es nur dann zu Knochennekrosen kam, wenn die Periostitis nicht behandelt wurde. Fall II. Siebzehn Jahre altes Mädchen. Vater an allgemeiner Paralyse gestorben. Seit dem vierten Lebensjahre schmerzhaftes Periostitiden an den verschiedensten Knochen, an beiden Tibiae Exulcerationen und Exfoliationen von Knochen. Patientin in der Entwicklung zurückgeblieben. Therapie: Grosse Dosen Jod, kleine Mengen Quecksilber. Die Schmerzen verschwanden, die Geschwüre vernarbten, Patientin konnte wieder gehen. Sie weigert sich, Jod weiter zu nehmen. Bald Periostitis und nachfolgende Destruction der Stirnknochen. Hereditäre Belastung in diesem Falle zwar nicht ganz sicher, trotzdem Diagnose bei der gleichen Erkrankung zahlreicher Knochen nicht zweifelhaft. Fall III. Zwölf Jahre altes Mädchen. Mutter tuberculös. Geschwister gesund. Als kleines Kind luetisches Exanthem und rheumatoide Schmerzen gehabt, im Alter von zehn Jahren periostitische Schwellungen an den unteren Enden beider Humeri, von denen eine aufgebrochen war und zu einer Fistel geführt hatte. Entwicklung die eines sechsjährigen Kindes. Tubera frontalia stark hervortretend. Kindliche Gesichtszüge. Nasenbeine platt. Trübungen der Corneae. Erkrankung eines Ohres. Verschiedene Abnormitäten der Zähne. Periostitis an den Humeri besteht noch. Nervöse Attacken, welche dreimal wöchentlich, stets bei Nacht auftraten und eine Stunde anhielten, bestehend in Schwindelgefühl, dem Uebelkeit und Erbrechen folgte. Bewusstsein während der Anfälle erhalten. Verschwinden derselben mit Jodkali, ebenso Nachlassen der plötzlichen Anfälle von Taubheit, welche bisweilen auftraten. Patientin entwickelt sich von da an gut. Fall IV. Patientin gesund bis zum achtzehnten Jahre. Plötzlich Nachts epileptischer Anfall mit Bewusstseinsverlust und Krämpfen im linken Arm und Bein. Wiederholung der Anfälle nach einiger Zeit. Zurückbleiben von Schmerzen im linken Arm und Bein und unregelmässigen krampfhaften Bewegungen der linken Hand. Zuckungen der Muskeln am linken Mund- und Nasenwinkel beim Herausstrecken der Zunge. Reflexe normal. Untersuchung ergab zarte radiär verlaufende Narben an den Mundwinkeln. Zahlreiche Narben an den verschiedenen Körpertheilen. Hutchinson'sche Zähne durch den Gebrauch

abgenützt. Die unteren Zähne zeigten einen Substanzverlust wie bei einem fünfzigjährigen Manne. Patientin blieb nun ein halbes Jahr gesund. Dann Auftreten von Tumoren im Nacken, auf dem Kopf, an der Clavicula, an anderen Körpertheilen, besonders gross auf der Stirn, welcher etwas schmerzhaft war. Urin jetzt trübe, zeigte Spuren von Eiweiss und hyaline und granulirte Cylinder. Vierundzwanzigstündige Menge steigt im Laufe der Zeit von 1350 auf 3810 Gramm, spezifisches Gewicht sank von 1010 auf 1004.5. In Folge von Behandlung verkleinerten sich einige Tumoren, andere vereiterten. Zunächst Besserung des Allgemeinbefindens, dann Verschlimmerung: Ulcerationen an den Beinen, Verlust des Gehörs, fortwährendes Kopfweh, Erbrechen, Exitus lethalis. Autopsie nicht gestattet. Die Narben an den Mundwinkeln, die abgenutzten Hutchinson'schen Zähne sprechen für hereditäre Lues. Gummöse Periostitis kommt dabei seltener vor, ebenso Epilepsie häufiger bei acquirirter Lues. Der Zusammenhang der Nierenerkrankung mit Lues lässt sich bestreiten. Fall V. Kate C., zehn Jahre alt. Vater zeigt Parese beider Arme. In der Familie keine venerische Erkrankung. Vier ersten Kinder im siebenten und achten Monate todt geboren. Fünftes Kind war Patientin. Als Kind immer kränklich, besonders an Verstopfung der Nase leidend. Sechstes und siebentes Kind gesund. Das Nervenleiden des Vaters, die Reihe der Aborte, welche der Geburt des ersten lebenden Kindes vorausgehen, beweisen Lues zwar nicht, machen sie aber wahrscheinlich. Patientin zeigt Nekrose der Tibiae. Trübungen der Corneae. An den mittleren oberen Schneidezähnen an Stelle der Hutchinson'schen Einkerbung eine dunkel gefärbte Substanz, Dentin, nicht von Schmelz bedeckt. Der vordere Theil des oberen Alveolarfortsatzes fehlt, so dass beim Schliessen des Mundes zwischen den Schneidezähnen der beiden Kiefer eine bedeutende Lücke bleibt. Erysipel, Furunkel. Auch in diesem Falle ist die Knochenkrankung primär, die der Ulceration der Haut secundär. Fall VI. M. D. Syphilis beim Vater nicht sicher nachzuweisen. Mutter an Phthise gestorben. Im Alter von zweieinhalb Jahren zeigte Patient Dactylitis des rechten und linken Mittelfingers und des linken Daumens. Auf den Armen weisse, unter dem Niveau der Haut liegende unregelmässig runde Narben. Im Gesicht, Nacken, auf der rechten Wange, dem Rücken der linken Hand, auf den Armen, an den Unterschenkeln Ulcerationen, zum Theil mit dicken, dunkelfarbigten Krusten bedeckt. Linkes Fussgelenk stark geschwollen, an der Innenfläche geröthet, an der Aussenfläche mit dicken Krusten bedeckt. Tibiae verbreitert. Leberthran ohne Erfolg angewendet. Die Knochenläsionen an den Fingern, die Ulcerationen, die Krusten und die Narben, der Misserfolg mit dem Leberthran machen die Diagnose Syphilis wahrscheinlich. Innerlich Jodkali. Behandlung der Wunden mit Quecksilberpflaster. Langsame Besserung sowohl der localen Erscheinungen, wie des Allgemeinbefindens. Nach fünfmonatlicher Aussetzung der Behandlung keine Verschlimmerung. Fall VII. Localisation der Erkrankung hauptsächlich im Halse. Haut und Knochen zur Zeit frei. S. J., zwölf Jahre alt. Vater an Phthise gestorben, Mutter der Lues verdächtig. Patient hatte, drei Monate alt, Schnupfen; zwei Jahre alt, Halsschmerz und Kurzathmigkeit; ein Jahr später Verlust der Stimme, zu Zeiten etwas Besserung. Status: Entwicklung gut. Tubera frontalia stark hervortretend. Nase leicht abgeflacht. Rechter mittlerer oberer Schneidezahn leicht eingekerbt. Beim Schliessen des Mundes geringer Zwischenraum zwischen den Schneidezähnen. Feine, radiär verlaufende Narben an den Mundwinkeln. Narben über dem linken Tuber frontali, an den unteren Partien des Rumpfes und am Steiss, weiss, unregelmässig rund, $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ Zoll im Durchmesser. Leichte Trübungen der Corneae. Taubheit auf dem rechten Ohre. Heisere, kaum vernehmbarer Stimme. Beschleunig-

nigte Respiration, etwas Dyspnoe. Ausgedehnte Narbenbildungen im Pharynx und Larynx, Schwellung und Ankylose beider Arythaeonoidknorpel. Verfasser schliesst aus diesen Fällen Folgendes: Wie Fall V zeigt, besitzen die Hutchinson'schen Zähne nicht immer die typische Einkerbung, sondern die Stelle, an der später eine solche entsteht, ist ausgefüllt von einer unvollkommenen und verfärbten Zahnmasse. Fall IV beweist, dass in späteren Jahren durch Abnützung der Zähne die Einkerbung verschwindet. Fall V und VI zeigen eine zuerst von Colman und Hutchinson erwähnte, sehr häufig vorkommende Eigenthümlichkeit, nämlich ein Zurückbleiben in der Entwicklung des vorderen Alveolartheils des Oberkiefers, so dass beim Schliessen des Mundes zwischen den Schneidezähnen eine Lücke bleibt. — Kleine Kinder von einigen Wochen haben oft Erosionen an ihren Lippen, deren Secret gelbe Krusten bildet. Diese oberflächlichen Veränderungen hinterlassen keine Spuren. Nach drei Monaten aber treten meist zu beiden Seiten der mittleren Hervorragung der Oberlippe und in der Mitte der Unterlippe Fissuren auf, welche 1–2 Mm. tief sind. An den Mundwinkeln sind die Substanzverluste ausgedehntere. Die daraus resultirenden Narben sind kaum sichtbar und oft nur bei ganz genauer Untersuchung zu finden. Die Narben an den Mundwinkeln sind besonders charakteristisch für hereditäre Syphilis. Es kommen aber auch Fälle vor, in denen dieselben eine andere Aetiologie haben, dann fehlt aber stets die für Lues charakteristische lineare Form der Narben. Für Erkrankungen mehrerer Knochen ist hereditäre Lues die häufigste Ursache, besonders wenn symmetrische Knochen und hier wieder die äussersten Enden der langen Knochen ergriffen sind. Obgleich in Fall IV trotz der Behandlung der Patient wegen der Schwere der Erkrankung zu Grunde ging, so sind doch gewöhnlich die Erfolge ausgezeichnete, und zwar empfiehlt es sich; wie bei der tertiären Lues, Jodpräparate, und zwar in schweren Fällen in grossen Dosen, zusammen mit Quecksilber anzuwenden. Zeising.

Baratoux (2) berichtet über die anatomischen Befunde im Gehörorgan von 43 hereditär-luetischen Kindern, von denen 19 todt geboren waren, 24 einige Stunden bis vier Jahre gelebt hatten. Er fand 27 Mal Veränderungen der Paukenhöhle, 4 Mal solche des Labyrinths, 12 Mal solche an beiden Theilen. Waren Mittelohr und Labyrinth afficirt, so hatte sich entweder die Eiterung vom ersteren auf das letztere fortgesetzt oder die Gebilde des Labyrinths waren wenigstens injicirt, mit Rundzellen infiltrirt und mit serös-hämorrhagischer Flüssigkeit gefüllt. Besonders hervorzuheben aber sind die Beobachtungen, welche der Verfasser am Gehörorgane von Kindern machte, bei denen ausschliesslich das Labyrinth afficirt war. Hier fanden sich nämlich an den sehr reichlich entwickelten Gefässen Verdickung ihrer Wandungen mit nachfolgender Obliteration und zum Theil recht reichlichen Hämorrhagien, welche den Corti'schen Canal stellenweise ganz ausfüllten. Es kommen also im Labyrinth dieselben Veränderungen vor, wie sie auch in den anderen Organen hereditär-luetischer Kinder constatirt worden sind. Jadassohn.

In einer statistischen Uebersicht aus der poliklinischen Abtheilung des Prof. Monti sucht Kraus (3) eine Reihe auf die ererbte Syphilis bezüglicher Fragen zu beantworten. Die Frequenz betrug in fünfzehn Jahren 316 auf circa 50.000 behandelte Kinder, d. i. 0·68 Percent; in den einzelnen Jahren schwankt die Zahl zwischen 0·29 und 1·49 Percent. Knaben und Mädchen waren in gleicher Anzahl vertreten. Dem Alter nach entfielen dreiviertel der Fälle (nach Abzug der Recidive) auf die drei ersten Lebensmonate. Die Recidive treten zu ganz verschiedenen Zeiten, meist aber erst nach dem vierten Lebensmonate ein und betreffen nach der

Statistik ungefähr die Hälfte aller beobachteten Fälle. Der Form nach war bei Ersterkrankungen das maculöse Syphilid das Häufigste; ihm folgten der Reihe nach das papulöse, das maculo-papulöse, das pustulöse Syphilid und die Psoriasis. Unter den Recidiven überwiegen bei weitem die Condylome. Auch was den Termin des ersten Auftretens der Syphilis betrifft, ist das maculöse Syphilid an erster Stelle zu nennen; von 48 Fällen wurden 40 innerhalb des ersten Quartales beobachtet. Milztumoren fanden sich in 20·36 Percent, Knochensyphilis (mit Einschluss der Pseudoparalysen) in 7·24 Percent aller Erkrankungen. Leberschwellung im Ganzen nur vier Mal. Die Sterblichkeit betrug, soweit das poliklinische Material hierin Aufschluss gibt, 43 Fälle, von denen 21 im ersten Quartal des Lebens standen. Die häufigste Todesursache war Pneumonie und Bronchitis (zwölffmal), sowie Enterokatarrh und Enteritis (zehnmal). Zum Schluss zeigt uns eine kleine Tabelle die Fälle von Hydrocephalus und Rachitis als Nachkrankheiten der Lues congenita; es fand sich: Rachitis in 24 Fällen, Hydrocephalus in 16, beide zugleich in 7 Fällen. Weitere Schlussfolgerungen sind aus der Statistik nicht gezogen.

Töplitz.

Moncorvo (4) hat schon im Jahre 1884 einen klinischen Vortrag über die multiple Sklerose veröffentlicht, in welchem er drei Fälle dieser seltenen Krankheit beschreibt. Schon damals sprach er die Vermuthung aus, dass unter den ätiologischen Momenten wohl auch die hereditäre Syphilis eine Rolle spielen könne. Ein neuer (IV.) Fall veranlasst ihn nun, dies Moment noch mehr hervorzuheben. Ein dreijähriges Mädchen, dessen Vater eingestand, an Syphilis gelitten zu haben, zeigte von Geburt an eine langdauernde Coryza, verschiedene Exantheme, sonst war sie bis zum Ende des dritten Jahres zwar schwächlich, aber gesund. Um diese Zeit fing sie an, sich völlig zu verändern; sie wurde reizbar, heftig, ungehorsam, der Gang unsicher, taumelnd; Gegenstände, die sie in der Hand hielt, liess sie fallen und hörte auf zu gehen. Wollte sie ohne Unterstützung gehen, so brachen die Beine unter ihr zusammen und sie setzte sich zur Erde. Eine zweimonatliche antisiphilitische Behandlung beseitigte alle diese Erscheinungen. Zweieinhalb Jahre darauf, während welcher Zeit sie angeblich vollkommen gesund gewesen war, erkrankte sie unter denselben Erscheinungen von Neuem; Verfasser fand die gleichen Störungen des Ganges und der allgemeinen Stimmung. Dazu kam aber häufiges Aufschrecken im Schlafe, Störungen der Intelligenz und der Sprache, welche letztere langsam und scandirend geworden war, und endlich ein ausgesprochenes Intentionszittern der Hände. Nach einer kurzen fieberhaften Erkrankung (Endocarditis rheumatica) trat eine schnelle Besserung aller nervösen Erscheinungen ein; der Gang besserte sich, die beängstigenden Träume verschwanden, die Sprache wurde leichter, das Zittern geringer. Unter energischer Behandlung mit Jodkalium abwechselnd mit innerlicher und äusserlicher Anwendung von Quecksilber ging die Besserung weiter vorwärts, und nach neun Monaten war bis auf geringe Spuren des Tremors nichts Abnormes mehr nachzuweisen. Ein Jahr darauf war die Heilung noch von Bestand. Aus dem Fehlen eines jeden anderen ätiologischen Momentes, aus den sicheren Anzeichen vorausgegangener Lues und aus dem Erfolg der specifischen Behandlung schliesst Verfasser, dass es sich in der That hier um eine syphilitische Gefässveränderung gehandelt habe, welche das Bild der multiplen Herdsklerose erzeugt hat, und fordert auf, bei den immerhin seltenen Fällen von Sklerose im Kindesalter die Syphilis als ätiologischen Factor nicht zu übersehen.

Töplitz.

In der Novembersitzung der pathologischen Gesellschaft zu London berichtet White (5) über folgenden Fall, als Beweis für das Vorkommen

ausgedehnter amyloider Entartung bei kindlicher congenitaler Syphilis. — Die Patientin war sieben Jahre alt, beide Eltern litten an Syphilis, sie selbst zeigte fast alle Zeichen der congenitalen Lues. Der Leberand war als harter runder Wulst oben über dem Darmbein kaum fühlbar, die Milz reicht bis an den Nabel. Der Unterleib war empfindlich, das linke Auge zeigte die Erscheinungen der disseminirten Choroiditis und Neuritis optica. Die Drüsen der rechten Axilla waren vergrößert und ein schmerzhafter Knoten fand sich über dem Kopf der Tibia; der Urin war eiweisshaltig und dies brachte die Diagnose auf Amyloidentartung. Unter specifischer Behandlung erholte sich zunächst Patientin etwas, erlag dann aber einem Anfall von acuter Tonsillitis. Die Leber wog bei der Section 1830 Gramm, sie war hart und stark gewölbt, mit cirrhotisch-fibrösen, radiär über die ganze Oberfläche laufenden Einziehungen. An der Vorderfläche fand sich ein wallnussgrosses Gumma. Leber, die stark vergrößerte Milz und die Nieren zeigten alle hochgradige Amyloidentartung. Auch Dünndarm und Halsdrüsen zeigten Amyloid. Es fanden sich auf alte Peritonitis deutende Stränge, nirgends aber Spuren einer etwa überstandenen Eiterung. In der Discussion wurde auch von anderer Seite auf die grosse Seltenheit eines solchen Befundes aufmerksam gemacht.

Arning.

Pedicini (6) theilt die auf Syphilis beruhenden krankhaften Veränderungen der Placenta ein in chronische indurative Entzündungsprocesse (Placentarsklerose) und in eigentliche Placentargummen. Erstere erscheinen in zwei Hauptgruppen, einer circumscripiten oder nodulären und einer diffusen. — Bei der circumscripiten oder knotenförmigen Placentarsklerose findet man das Gewebe der Placenta von gelblich-weissen Knötchen durchsetzt, die sich in die Masse der Cotyledonen einsenken. Auf Schnitten zeigen diese Knötchen ein fibröses Aussehen, sie sind zum Theil compact, zum Theil bergen sie in ihrem Inneren kleine Höhlungen mit hämorrhagischem Inhalt. Je älter der Process ist, umso resistenter und derber sind die Knötchen. Mitunter erscheint die uterine Oberfläche der Placenta vollkommen gesund, während sich an der fötalen unter dem hie und da getrübt und verdickten Chorion die erwähnten knotenförmigen Verdickungen in variabler Anzahl vorfinden; mitunter ist auch das Umgekehrte der Fall. In anderen Fällen beobachtet man an sorgfältig angefertigten Schnitten, dass das Placentargewebe, speciell die einzelnen Zottenbündel und Zweigchen mit einander verschmolzen sind, wodann sie graulich-gelbe, verschieden consistente Massen bilden, die strahlenförmige Fortsätze in ihre Umgebung aussenden. Es ist dies ein jüngeres Stadium der früher beschriebenen Erkrankung. Eine bisher noch nicht beschriebene Form der circumscripiten Placentarsklerose ist durch die Bildung zahlreicher äusserst kleiner Noduli charakterisirt, die bei oberflächlicher Betrachtung eine diffuse tuberkelartige Infiltration vortäuschen können — miliariforme Infiltration. Es ist dies ein Process, der mit der Schwere der secundärsyphilitischen Manifestationen auf der Haut und auf den Schleimhäuten gleichen Schritt hält. Auf die Frage, ob aus den in Rede stehenden Placentarveränderungen ein Schluss gezogen werden könne, ob die Syphilis väterlichen oder mütterlichen Ursprungs sei, antwortet Verfasser, dass an vollkommen entwickelten Placenten dies absolut nicht möglich sei. Lediglich die Lamina cuticularis s. epithelialis externa der Zotten sei mütterlichen Ursprungs; alles übrige sei eine Masse von fötalen oder Chorionzotten und nur die dazwischen liegenden Räume seien die Repräsentanten der mütterlichen vasculären Sinus. Sei das Virus mütterlichen Ursprungs, so könne es nur den Weg der genannten Sinus einhalten, und wenn diese allein alterirt wären, nur dann könnte man mit Sicherheit von mütter-

lichem Einfluss reden und somit das Contagium des Eies unter ausschliessliche Abhängigkeit davon setzen. — Die diffusen Formen der chronischen Placentarsklerose kann man nach ihren gröberen anatomischen Charakteren auch diffuse chronische Placentitis nennen. Der Process ist durch die Entwicklung einer diffusen Bindegewebswucherung ausgezeichnet, die in verschiedenen, zum Theil strahlenförmigen Zügen das Organ durchsetzt, und hat eine nicht zu verkennende Aehnlichkeit mit jener Erkrankung der Leber, die unter dem Namen Hepatitis syphilitica lobata bekannt ist. Der Beginn des Processes lässt sich bereits mit freiem Auge erkennen. Er verbreitert sich von der Umgebung der Gefässe und von diesen selbst, besonders von den subchorialen Aesten, welche die dicksten und häufig auch die am meisten alterirten sind. Die Verdickung der Gefässwände ist im vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung selbst an den kleinsten Gefässen der Cotyledonen zu erkennen. Kleine Zottenzweige fühlen sich wie dünne Schnüre an und zeigen auf Querschnitten einen kleinen weissen Kreis mit einem centralen schwarzen Pünktchen, dem Gefässlumen. Die Hauptzweige der Nabelschnurgefässe, die sich auf der fötalen Oberfläche der Placenta und unter dem Chorion verschlingeln, sind jene, an denen die Sklerose den höchsten Grad erreicht; sie stellen dicke, harte, geschlingelte Stränge dar, welche an jenen Stellen, wo sie sich an die dicotyledonären Lappen ansetzen, eine directe Verbindung mit der erwähnten Bindegewebsneubildung zeigen. Viele dieser Gefässe sind auf weite Strecken thrombosirt. Setzen sich die Thromben in die eigenen Nabelstranggefässe fort, so ist der Tod des Fötus die unausbleibliche Folge davon. Die Stenose der Nabelstranggefässe ist bei den Früchten syphilitischer Mütter ein häufiger Befund und neben den Veränderungen der Intima ein sicheres Zeichen der Syphilis. Andererseits lässt sich nicht leugnen, dass bei ausgesprochener Syphilis der Frucht und bei entsprechenden krankhaften Veränderungen der Placenta die Umbilicalgefässe auch vollkommen gesund befunden werden können. — Viel deutlicher als die vorher beschriebenen Placentarveränderungen documentiren die sogenannten Granulome oder Gummien der Placenta ihre essentiell syphilitische Natur. Die Grösse der Placentargummien ist verschieden. Die kleinen Gummien zeigen häufig centrale nekrotische Herde, umgeben von den charakteristischen runden granulösen Elementen, die wegen ihrer enormen Hinfälligkeit leicht zerfallen und die sogenannte Zone käsiger Erweichung bilden. Ihre Entwicklung beobachtet man hauptsächlich an jungen Placenten. Die kleinen granulösen Herde sind mitunter diffus; diese Form dürfte auf das Confluirn mehrerer einzelner Knötchen zurückzuführen sein. Verfasser machte öfters die Beobachtung, dass in der Decidua serotina die grossen Zellen durch eine parenchymatöse Degeneration oder durch eine nekrotische Colliquation zerstört werden. Sie verlieren ihren Kern und zerfallen in eine käsige Masse. Es handelt sich da nicht um neoplastische Herde, vielmehr sind es die Deciduazellen selbst, die, ohne Zweifel in Folge von Ernährungsstörungen, deren Natur nicht bekannt ist, auf diese Weise zu Grunde gehen. Grosse Gummien gehören zu den seltenen Befunden und werden hauptsächlich in der syphilitischen Spätperiode angetroffen. — Bezüglich der Placentarhämorrhagien oder Apoplexien bemerkt Verfasser, dass sie bei syphilitischen Weibern sehr häufig sind, namentlich in der Periode der Virulenz. Die Ansicht sei irrig, dass die sklerotischen Knötchen und die partiellen oder diffusen Indurationen eine Folge der Hämorrhagien seien. Dies anzunehmen heisse Ursache und Wirkung verwechseln. Die gefährlichsten Blutungen seien jene, die in der Decidua serotina, und zwar am häufigsten im dritten Schwangerschaftsmonate vorkommen. Ausser der grossen Zerreisbarkeit der Gefässe und ihrem

beträchtlichen Volumen sei die gummöse Degeneration der Elemente der Decidua die Hauptursache der schweren Blutungen. Bei älteren Placenten werden die Hämorrhagien häufig durch Arteriosklerose bedingt, wohl auch durch fettige Entartung der Capillaren. — Die Unterbrechung der Gravidität bei syphilitischen Weibern darf, wie *Pedicini* betont, nicht für alle Fälle als Resultat pathologischer Processe der Placenta angesehen werden: denn, wenn auch in den meisten Fällen der Abortus in Folge Ruptur der Utero-Placentargefäße erfolgt, kann die syphilitische Infection auch direct auf den Fötus übertragen werden, welcher dann abstirbt und vor der Zeit ausgetrieben wird. Oedem der Zotten, cystoides Myxom, fettige Degeneration und ausgebreitete Verkalkungen des Zottenparenchyms, Hydrops placentaris u. s. w. können die von Syphilis abhängigen Placentarveränderungen begleiten, haben jedoch mit der Placentarsyphilis nichts zu schaffen. Dornig.

Therapie der Syphilis.

1. **Barduzzi D.** Del salolo nella terapia locale delle malattie veneree e cutanee. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, 4.
2. **Verneuil.** Sur le traitement de la syphilis. — *Bullet. gén. de théér.*, 30. October 1887.
3. **Galliot.** Nouveaux faits en faveur de l'emploi des injections hypodermiques de vaseline médécinale avec calomel ou oxyde jaune dans le traitement de la syphilis. — *La semaine médicale* 1887, Nr. 50.
4. **Morrow A.** An Appreciation of the modern method of treating syphilis by hypodermic injections. — *New-York, Acad. of Medicine*, 6. October 1887. *Med. Rec.* 884, 1887.
5. **Wachsner.** Die Wirkung des elektrischen Inductionsstromes auf subcutane Einspritzungen. — *Deutsche med. Wochenschr.* 1887, Nr. 51, pag. 1099.
6. **v. Watraszewski.** Ueber Behandlung der Syphilis mit Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze. — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887, Nr. 22, pag. 989.
7. **Garnett A. S.** A few practical observations upon the treatment of the late neoplasms of syphilis. — *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1887, Nr. 8, pag. 307.
8. **Stefanoff.** Dry Hot-tir Baths for syphilitic patients. — *The Lancet*, 25. Juni 1887.
9. **Guinon.** Hystérie Mercurielle. — *Gaz. méd. de Paris* 48, 1887.
10. **Morrow A.** Idiosyncrasy as affecting the specific treatment of syphilis. — *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1887, Nr. 8, pag. 289.

Barduzzi (1) rühmt in einer vorläufigen Mittheilung die Wirksamkeit des Salols als eines der werthvollsten antiseptischen Mittel bei der Behandlung der venerischen Geschwüre, der ulcerösen Syphilide u. s. w. Das Salol spalte sich nicht nur im Dünndarm, wie *Nencki* gezeigt hat, sondern auch dann, wenn es mit lebenden Geweben in Berührung kommt, in Salicylsäure und in Phenol. Darin allein schon liege die Bürgschaft für die therapeutische Wirksamkeit des Salols. Dornig.

Die Grundsätze, welche **Verneuil** (2) über die Behandlung der Lues resumirt, bringen nichts Neues, sondern im Wesentlichen nur ein kurzes Résumé seiner bereits früher (*Soc. de Chir.* 1867) ausgesprochenen Vorliebe einer sofortigen dauernden (zwei Jahre) Hg-Behandlung in kleinen Dosen in der Form von Protojodur innerlich. Löwenhardt.

Galliot (3) berichtet über die ausserordentlich günstigen Resultate, welche er mit Injectionen von Calomel und Hydrargyrum oxydat. flavum, suspendirt in reinem Vaselineöl (nach Balzer) an mehr als hundert Syphilitikern (mit 450 Injectionen) erhalten hat. Er hat beide Präparate zuerst in der Einzeldose von 0.15, dann von 0.1 angewendet, beide mit ungefähr gleichem Erfolge, nur dass das Hydrargyrum oxyd. flavum, als das feinere Pulver die Canule weniger leicht verstopfte. Besonderen Werth legt der Verf. auf die Wahl der Injectionsstelle: er empfiehlt zwei Finger breit über dem Trochanter major und vier Finger breit hinter seinem Kopfe, an der Grenze des äusseren und mittleren Drittels einer vom oberen Ende der Analfurche nach aussen gezogenen Horizontalen, einzustechen, und sich diese Stelle, wenn man die Injection im Liegen macht, vorher bei aufrechter Stellung zu fixiren. Die heftigen Schmerzen, welche bei manchen Patienten nach Injectionen an anderen Stellen auftreten, sollen hier immer ausbleiben; nur eine geringe Unbequemlichkeit („gêne“) am dritten, oder nach stärkeren Bewegungen am zweiten Tage, soll die Folge sein; ein im Ganzen unbedeutendes Infiltrat im subcutanen Gewebe besteht 8–10 Tage; einen Abscess hat der Verf. — bei peinlicher Innehaltung der antiseptischen Cautelen — nicht beobachtet. Zweimal bildete sich an der Einstichstelle eine „Hämatocèle“, d. h. eine geringe Ansammlung dickflüssigen Blutes dicht unter der Haut, nach deren Entleerung keine Störung mehr eintrat. Galliot erklärt diese Erscheinung als auf einer Ruptur der in dem entzündlichen Knoten eingeschlossenen Gefässe beruhend; die Injection war bei diesen beiden Patienten nicht tief genug gemacht worden. Die curative Wirkung der Injectionseur tritt auch nach den Erfahrungen Galliot's sehr schnell und sicher ein; Salivation wurde — bei gleichzeitiger innerlicher Anwendung von 4 Gr. Kal. chlor. pro die — besonders beim Quecksilberoxyd fast gar nicht beobachtet. Die Zahl der applicirten Injectionen betrug niemals unter drei; dieselben wurden in Zwischenräumen von je einer Woche vorgenommen; bei hartnäckigeren Formen wurde die Zahl der Einspritzungen gesteigert. Das casuistische Material, welches der Verfasser anführt, soll nur dazu dienen, die Schnelligkeit der Wirkung der Injectionen zu demonstrieren. In den Schlussbemerkungen werden mit Recht die ausserordentlichen Vortheile dieser Methode für die Privat- wie die Hospitalpraxis hervorgehoben: die Abtheilung des Verf. in Brest ist jetzt leerer als je zuvor, weil die — früher Monate lang dort behandelten — hartnäckigen Formen jetzt in wenigen Wochen zur Heilung kommen. Die Frage der Recidive wird mit einigen Worten über die „Kraft der weissen Blutkörperchen“ (in Anlehnung an Metschnikoff) gestreift, ohne dass der Eindruck, den der Verf. gehabt hat, dass die Recidive nach der neuen Behandlung länger ausbleibt, durch Thatsachen gestützt wird. Jadassohn.

Nach einer etwas breiten Einleitung über Fortschritte in der Luesbehandlung bespricht Morrow (4) in seinem Vortrage eigentlich nur die subcutane Calomelbehandlung der Syphilis, und hier hauptsächlich oder fast allein die Methode derselben, welche die Franzosen üben und ihre Ansichten über dieselbe, wie sie uns genugsam bekannt sind, und wie sie längst in deutschen Arbeiten ihre „Vorbestätigung“ oder Zurückweisung gefunden haben. Sehr richtig wendet er sich gegen die in französischen Veröffentlichungen ständig wiederkehrende Phrase, dass man mit 40 Centigramm Calomel oder 25 Centigramm Bichlorid die Syphilis heilen könne, was wohl nie im Ernst gemeint ist. Stomatitiden, deren Vorkommen ihm bei seinem Besuche in Frankreich allgemein bestritten wurde, hat er selbst in zwei Fällen dort constatiren können. Sehr aufgefallen ist ihm und er-

scheint ihm gewichtig, dass der Verdauungstractus bei Injectionen des unlöslichen Salzes von mercuriellen Störungen ständig verschont schien. Man habe demnach bei dieser Methode der Behandlung nicht nur die Möglichkeit, sondern die Sicherheit einer Einwirkung interner Roborantien und einer rationellen Diät, deren man bei interner Darreichung von Hg leicht verlustig gehe, und die sehr hoch anzuschlagen sei — und die in der That hoch anzuschlagen ist. Er schliesst: „Die subcutane Calomelmethode wird die üblichen Methoden (vorwiegend innere Medication) nie verdrängen.“ Sie bietet aber doch ein ausgezeichnetes Hilfsmittel bei Allgemeinerkrankungen der Verdauungsorgane und bei Idiosynkrasie derselben in gesunden Verhältnissen gegen Hg; sie verdient deshalb mehr Beachtung, als sie bis jetzt erfahren. In der anschliessenden Discussion empfiehlt Taylor mit Einschränkungen die subcutane Behandlung, Sturgis ebenso, erklärt sich aber mehr für Calomel als Sublimat, während Bulkley sich überhaupt gegen die Injectionscuren wendet. Als Einleitung der Discussion hatte Dr. Bronson berichtet, dass er mit Sublimat schlechte Erfahrungen gemacht habe, schlechtere mit Calomel. Auch in der Theorie könne er den subcutanen Injectionen seinen Beifall nicht bewilligen: — „ein Depositum für den Körper zu geben im Körper, um von da aus eine Krankheit zu heilen, scheine ihm zu geschäftsmässig, um rationell und wissenschaftlich zu sein.“

Harttung.

Wachsner (5) empfiehlt nach subcutanen Injectionen die Injectionsstelle etwa vier bis fünf Minuten zu faradisiren und zwar durch Streichen mit der negativen Elektrode, während die positive Elektrode an einer beliebigen Stelle aufgesetzt wird. Hierdurch werden die darunter liegenden Muskeln zur Contraction gebracht und der sich contrahirende und wieder erschlaffende Muskel wirkt nach Art einer Saugpumpe und befördert die injicirte Flüssigkeit von der Injectionsstelle fort, so dass keine Anhäufung derselben stattfindet. In Folge davon fehlen bei derartig gemachten Injectionen die Reactionerscheinungen, wie sich Wachsner bei mehr als tausend Injectionen mit Sublimat, Kampher, Arsenik und Ergotin überzeugen konnte. Einige Kranke hatten vorher Injectionen erhalten, die im Gegensatz zu den von Wachsner gemachten schmerzhaft waren. Einige Male unterliess er versuchsweise die Faradisirung, stets waren diese Injectionen schmerzhaft. Dreizehn Krankengeschichten über Fälle von Syphilis und Sublimatinjectionen und von Blutungen verschiedener Art mit Ergotinjectionen behandelt, sind beigelegt.

v. Watraszewski (6) hat mit einer Reihe verschiedener unlöslicher Quecksilbersalze therapeutische Versuche angestellt. Bei gleicher Menge des eingespritzten Medicaments steht die Wirkung im Allgemeinen im directen Verhältniss zu den in demselben enthaltenen Quecksilberprocenten. Die Calomelinjectionen haben entschieden die meiste Neigung, Abscesse hervorzurufen. Den stärksten Quecksilbergehalt haben die Oxyde, daher genügen von diesen auch die relativ kleinsten Mengen. Ganz besonders zufrieden war Watraszewski mit dem Hg. oxyd. flav., von welchem 4—6 Injectionen à 0.04—0.06 in wöchentlichen Intervallen gemacht, in der Mehrzahl der Fälle sowohl von früher wie von später Syphilis ausreichend sind. Bei der Injection muss die Glutäalmusculatur völlig erschlaft sein, die Injectionsflüssigkeit muss ungefähr Körpertemperatur haben, nach der Injection muss durch Druck auf die Einstichstelle das Eintreten von Flüssigkeit in den Stichcanal verhütet und durch rotirende Bewegung der aufgelegten Hand (nicht Kneten oder Massiren) für Vertheilung der Flüssigkeit gesorgt werden.

Garnett (7) empfiehlt dringend die energische Behandlung der Syphilis überhaupt und besonders der späten Stadien. Er gibt 35—60 Gramm Jodkalium täglich und hat gefunden, dass diese hohen Dosen oft besser vertragen werden, als die niedrigen. Ausserdem empfiehlt er die Bäder von Hot springs. Zur Bestätigung werden zwei geheilte Fälle (Paralyse, Aphasia und geistige Schwäche) angeführt. Lesser.

Stefanoff (8) hat wieder einen heizbaren Kasten construiert, in dem der Patient als Vorbereitung zur Schwitzcur „gebacken“ wird, wodurch die Haut zur Aufnahme späterer Quecksilberbehandlung wieder fähig gemacht werden soll, nachdem die Syphilis auch noch auf Hg oder J reagirt hatte.

Guinon (9). Die Existenz hysterischer Zustände im Verlaufe chronischer Intoxicationen steht unzweifelhaft fest (Blei, Quecksilber, Alkohol und vielleicht auch Syphilis), aber die Beziehungen der Intoxicationen und der Hysterie werden verschieden interpretirt; und es bleibt noch immer fraglich, ob die nervösen Störungen wirklich einer Quecksilbervergiftung des Nervensystems (Achar, Debove, Bucquois) zugeschrieben werden müssen, oder sich unter dem Einflusse des Giftes als Gelegenheits-Ursache bei prädisponirten Individuen die Psychopathie entwickelt (Letut, Potin, Charcot). Diese Controverse ist analog der Frage über die Tabes (Charcot contra Erb und Leyden). Guinon bringt nun eine genaue Krankengeschichte von einem Spiegelarbeiter, in der die Hysterie allein das directe Resultat der Intoxication ist, kurz, dass ohne Prädisposition eine rein toxische, symptomatische Psychopathie durch Hg hervorgerufen ist. Löwenhardt.

Morrow (10) unterscheidet drei Arten von Abweichung, welche die Wirkung der zur Behandlung der Syphilis gebrauchten Specifica (Quecksilber, Jod) von der gewöhnlichen Art der Wirkung haben kann: erstens ungewöhnliche Empfindlichkeit für die physiologischen oder toxischen Wirkungen der Mittel, zweitens Hervorrufung unangenehmer Nebenerscheinungen auf Haut oder Schleimhäuten oder in anderen Organen, drittens Unempfindlichkeit des Organismus gegenüber der curativen Wirkung. Ausbleiben derselben. Bei grosser Empfindlichkeit gegen Quecksilber hilft es nichts, die Dosis des Mittels zu verringern, denn es handelt sich um eine Idiosynkrasie und der Organismus reagirt auch auf die kleinsten Quantitäten. Während die einfacheren Joderuptionen keine Contraindication für Weitergebrauch des Mittels abgeben, steht es anders mit den schweren Fällen von Joderuptionen. Morrow führt die Krankengeschichten zweier solcher Fälle an. Bei dem einen traten um ein syphilitisches Geschwür und auch an anderen Stellen in Folge des Jodgebrauchs starke Schwellungen auf, die in Erweichung übergingen und grosse Aehnlichkeit mit syphilitischen Eruptionen hatten. Gleichzeitig stellten sich Schwäche, Schlaflosigkeit, starke Kopfschmerzen und heftige Schleimhautkatarrhe ein. In diesen Fällen muss man von der specifischen Behandlung absehen und neben allgemeiner tonisirender Behandlung ist besonders sorgfältige Localtherapie am Platze. Morrow empfiehlt bei stark eiternden syphilitischen Geschwüren besonders das Wasserstoffsuperoxyd. In Fällen, wo die Wirkung der Specifica eine abnorm geringe ist, wird man weniger nach Surrogaten für jene Mittel zu suchen haben, als die Darreichungsweisen der Medicamente zu verbessern und zu vervollkommen. Schliesslich warnt Morrow dringend vor jedem Schematismus bei der Syphilisbehandlung. Lesser.