Der Verf. schlägt vor, den Kranken konzentrierte 5 bis 10% Lösungen zu verschreiben und ihnen selbst die Verdünnung der Injektionsflüssigkeiten zu überlassen.

5. *Petrow, W. R.* Ein Fall von schwerer mer-
kurieller Dermatitis. p. 626.

Eine 30jährige Frau bekam nach 26 Einreibungen mit Ung. hg. cin. (à 3·0) ein diffuses Erythem, z. T. mit urtikariellen und vesikulösen Effloreszenzen, Salivation und Fieber bis zu 39·2° C. Genesung nach 1½ Monaten.

S. Bogrow (Moskau).

Geschlechts-Krankheiten.

Syphilis. Allgemeiner Teil.

Macalister, Ch. J. Die Beeinflussung der venerischen Krankheiten. The British Medical Journal. 1913. Dezember 13. p. 1526.

Ausführlicher Vortrag, der sich mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschäftigt, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Schalek, Alfred. Die Prophylaxe der Syphilis und die professionelle Ethik. Medical Association of the Southwest. Medical Record. 1913. November 1. p. 819.

Vortrag mit anschließender Diskussion, nichts neues enthaltend.

Fritz Juliusberg (Posen).

French, H. C. Syphilis; ihre Gefahren für die Allgemeinheit und die Frage der staatlichen Kontrolle. The Lancet. 1913. September 27. p. 914. Oktober 4. pag. 990.

French beschäftigt sich im ersten Teile seiner Arbeit, die auf einer gemeinsamen Sitzung der Sektionen für Dermatologie und für gerichtliche Medizin auf dem internationalen Kongreß zu London vorgetragen wurde, mit den Gefahren der Syphilis für die Allgemeinheit, deren Darstellung sich auf verschiedene Statistiken der englischen Armee stützt. Er kommt dann zur Besprechung der Notwendigkeit einer staatlichen Kontrolle.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bachmann, R. A. Geschlechtliche Prophylaxe einst und jetzt. Medical Record. 1913. Oktober 4. p. 602.

Im Anschluß an eine Übersicht über die Geschichte der geschlechtlichen Prophylaxe beschäftigt sich Bachmann

speziell mit der Prophylaxe in der Marine. Er äußert sich über seine eigenen dahingehenden Bestrebungen in eingehender Weise.

Fritz Juliusberg (Posen).

Reckzeh. Beeinflußt eine syphilitische Infektion die Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit?

R. beurteilt die Syphilis vom Standpunkt des Versicherungsarztes aus, denn für eine Lebensversicherung ist es natürlich von großer Wichtigkeit zu wissen, ob der Versicherte die Gewähr in sich bietet, möglichst lange zu leben. Die Schwierigkeit bei dieser Frage ist die, daß man es einem Syphilitiker nicht ansehen kann, ob er im späteren Verlauf eine Paralyse, eine Tabes oder irgendeine Herz- oder Gefäßaffektion erwerben wird. Nach einer ganzen Anzahl von Statistiken ist es zweifellos, daß eine Reihe von Luetikern an den Folgen der Lues zum Teil arbeitsunfähig werden und zum Teil daran sterben. R. schlägt vor, daß es zur Aufnahme in eine Versicherung genügt, wenn 4 oder mehr Jahre nach der Infektion verflossen, wenn die Behandlung ausreichend war und in dieser Zeit keine Erscheinungen mehr aufgetreten sind.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Kassel, Karl. Die Bekämpfung der venerischen Seuche. Ein Erinnerungsblatt aus dem ehemaligen Südpreußen. Arch. f. Geschichte der Naturwissensch. u. der Technik. 1913.

Belanglose und undurchführbare Bestrebungen zur Prophylaxe der Syphilis, die anfangs des vorigen Jahrhunderts von den Behörden der Stadt Posen und Umgebung eingeleitet wurden. Zum Schluß einige gewöhnliche und ungenau beschriebene Krankheitsfälle und ihre Behandlung aus jener Zeit.

J. K. Proksch (Wien).

Waldstein, E. und Ekler, R. Der Nachweis resorbierten Spermas im weiblichen Organismus. Wiener klinische Wochenschr. 1913. Nr. 42.

Die Autoren ziehen aus ihren Tierexperimenten, die ausführlich geschildert werden, den Schluß, daß im Anschlusse und als Folge der Kohabitation im weiblichen Organismus ein spezifisch auf Hodensubstanz eingestelltes Ferment gebildet wird. Somit muß Sperma und zwar in nicht vollkommen abgebautem Zustand zur Aufnahme gelangt sein; auch während der Gravidität fiel die Reaktion positiv aus. Aus diesen Befunden glauben die Autoren schließen zu dürfen, daß durch den Begattungsakt eine materielle Beeinflussung des weiblichen Individuums stattfindet, daß Substanzen, welche bis dahin dem femininen Organismus fehlten, von diesem resorbiert werden. Diese resorbierten Substanzen erzeugen Fermente, welche gleichfalls für den weiblichen Organismus etwas Neues bedeuten.

Viktor Bandler (Prag).

Copelli, M. und Marziani, A. Über die Übertragung der Syphilis aufs Kaninchen. Boll. d. Soc. med. Parma. Heft V. 1913.

Nach Copelli und Marziani ist ein positives Resultat der Inokulation um so leichter zu erhalten, je mehr man in den Passagen hinaufsteigt; von der zwölften Passage an war das Resultat fast in 100% positiv.

Sowohl für den Affen als auch für das Kaninchen war für die Dauer der ersten Inkubation eine progressive Abkürzung dieser Periode nachzuweisen.

Bei den zwölf ersten Passagen zeigte die Initialsklerose die Charaktere eines großen napfförmigen Syphiloms mit tiefergehender Ulzeration, von der 12. bzw. 15. Passage die eines leicht ulzerierten Knötchens; von der 15. Passage an zeigte sie sich wie ein nicht ulzeriertes Knötchen; bei der 17. und 18. Passage überschritt dieses Knötchen nicht das Volumen eines Hanfkorns.

Man bemerkte eine progressive Rapidität in der Evolution der Passagen. Bei der 18. Passage hatte die Initialsklerose nur ganz kurze Dauer (etwa eine Woche).

Nicht konstant bei den ersten Passagen hat sich die Drüenschwellung fast konstant von der 12. Passage an gezeigt.

Die Reinokulation wurde beständig etwa zwei Monate nach dem Verschwinden der Initialsklerose ausgeführt. Sie ergab häufig negatives Resultat während der ersten Passagen; konstant war sie negativ nach der 15. Passage.

In bezug hierauf ist zu bemerken, daß sie konstant negativ war bei jenen Tieren, die Zeichen allgemeiner Syphilis darboten.

In den Fällen mit Sekundärerscheinungen variierte die Dauer der zweiten Inkubation von 2 bis zu 5 Monaten.

Bei den ersten 14 Passagen hatte man unter 35 inokulierten Kaninchen 6 Fälle von generalisierter Syphilis. In 5 von diesen Fällen manifestierten sich wahrscheinliche, in einem Falle sichere Zeichen von sekundärer Syphilis. Von der 14. Passage an sah man konstant die sekundären Symptome der Initialsklerose folgen; bei sieben Tieren hatte man sieben positive Fälle. Und zwar fand man bei zwei Tieren wahrscheinliche und bei fünf zweifellose Zeichen von generalisierter Syphilis.

Als wahrscheinliche Zeichen wurden angesehen: Abmagerung, Alopie, krustöse oder tubero-krustöse Läsionen, Verfall und oft Tod, als zweifellose Zeichen: die vorher angeführten Tatsachen in Verbindung mit papulösen, papulo-krustösen, papulo-erosiven disseminierten oder an Prädilektionsstellen (Mund-, Genital-, Perianalregion) lokalisierten Eruptionen oder mit anderen Alterationen, bei denen es möglich war, die Spirochaeten nachzuweisen.

Bei den ersten 14 Passagen folgte (wenn die Resultate kurz zusammengefaßt werden) der Initialsklerose eine generalisierte Syphilis, und mit aller Wahrscheinlichkeit wurde eine konstante Reproduktion dieser jenseits der 14. Passage erhalten.

J. Ullmann (Rom).

Fontana, A. und Sangiorgi, G. Positiver Spirochaetenbefund im Gehirn eines syphilitischen Kaninchens. *Pathologica*. Nr. 121. 1913.

Bei einem von zwei mit syphilitischem Virus am Skrotum inokulierten Kaninchen konnten die A. im Stirnlappen des Gehirns eine Spirochaeta pallida nachweisen.

J. Ullmann (Rom).

Uhlenhuth und Mulzer. Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. *Berl. klin. Woch.* 1913. Nr. 44.

Verf. kommen zu folgenden Ergebnissen: Bei bisher latenter Lues keine Infektiosität des Blutes durch Hodenimpfung bei Kaninchen. Positive Impfresultate mit Blut Tertiärsyphilitischer sind selten. Speichel- und Urinverimpfungen rezent Syphilitischer mit manifesten Symptomen gaben negatives Resultat.

Spinalflüssigkeit einer frischen Lues konnte in 2 Fällen auf den Kaninchenhoden mit Erfolg verimpft werden. In einem Falle konnte durch Verimpfung von Hirnbrei eines frischen Paralytikers in den Kaninchenhoden ein spirochaetenhaltiges Hodensyphilom erzeugt werden.

Max Leibkind (Dresden).

Frühwald, R. Über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer. *Wiener klin. Wochenschr.* 1913. Nr. 42.

Die ausführlichen Untersuchungen zeigen, daß Blut syphilitischer Menschen ein hochinfektiöses Agens ist, deshalb muß allen, die mit Syphilitikerblut in Berührung kommen, die höchste Vorsicht anempfohlen werden. Das Blut ist schon im Primärstadium infektiös, ferner finden sich Spirochaeten im Blut bei regionär zirkumskripten Syphiliden und schließlich kann das Blut auch im Latenzstadium infektiös sein. Andererseits kann sich das Virus im Blute wie im Blutserum bei Zimmertemperatur und im Eisschrank 1—2 Stunden und 4 Tage im Brutschrank lebend erhalten. Zur Infektion scheinen größere Mengen Blutes (1 cm^3 im Tierversuch) notwendig zu sein, daher Berufsinfektionen nicht so häufig.

Viktor Bandler (Prag).

Arzt, L. und Kerl, W. Experimentelle Kaninchensyphilis. *Wiener klin. Wochenschr.* 1913. Nr. 39.

Die Autoren zeigen in ihren Experimenten, daß es gelingt, bei Verwendung von menschlichem Luesmaterial und subkutaner Impfung in die Skrotalhaut eine Generalisierung des

Virus im Kaninchen zu erzielen. In einem Falle sahen die Autoren 5 Monate nach der Infektion des Kaninchens das Auftreten eines Knotens mit massenhaften Spirochaeten und 15 Monate nach der Impfung tumorartige Gebilde an der Übergangshaut des Anus, die am ehesten mit den breiten Kondylomen der menschlichen Syphilis in Einklang zu bringen waren. Bei einem 2. Kaninchen beobachteten die Autoren nach beiderseitiger subkutaner Impfung in das Skrotum eine Impfsklerose mit positivem Spirochaetenbefund. Die papelähnlichen Ulzerationen am Skrotum, die kondylomatösen Wucherungen am Präputium, die reichlich Spirochaeten enthalten, sind als Symptome einer Generalisierung zu erklären. Das Auftreten von Erscheinungen der späten Sekundärperiode fordern demnach eine jahrelange Beobachtung der Versuchstiere.

Viktor Bandler (Prag).

Buschke, A. Über die Beziehung der experimentell erzeugten Tiersyphilis zur menschlichen Lues. Dtsch. med. Woch. Nr. 37. 1913.

Noch einwandfreier wie Metschnikoff gelang es Buschke die Infektion eines Menschen durch syphilitisches Kaninchenvirus festzustellen. Er bezweifelt aber, daß mehrfache Passagen durch den Kaninchenkörper die Virulenz des Syphiliskontagiums derart abschwächen, daß auf diesem Wege ein Vakzine herzustellen sei. In weiteren Erörterungen macht Verf. auf die Infektionsgefahr durch solche Fälle aufmerksam, die nach Salvarsan schnell symptomlos, aber nicht völlig geheilt wurden und warnt vor dem Gebrauch zu hoher, nervenschädlicher Dosen Salvarsan im Frühstadium der Syphilis.

Max Joseph (Berlin).

Steiner, G. Moderne Syphilisforschung und Neuropathologie mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Histologie des Zentralnervensystems syphilitischer Kaninchen. Arch. f. Psychiatrie. Bd. LII. p. 1. 1913.

Verf. gibt eine ausführliche Übersicht über den heutigen Stand der Forschung auf diesem Gebiete. Von den eigenen experimentellen Untersuchungen ist besonders bemerkenswert, daß an syphilitischen Kaninchen Veränderungen des Zentralnervensystems beobachtet wurden, die histologisch mehr der sogenannten „Metalues“ als den tertiärsyphilitischen glichen.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Chieffi. Untersuchungen in bezug auf die Spirochaeta pallida bei Spätsyphilis. Giorn. internaz. d. Scienze med. Heft 22. 1913.

Seine Untersuchungen führten Chieffi zu folgenden Schlüssen:

1. Die Untersuchung auf *Spiroch. pall.* in den verschiedenen Organen von Individuen mit Spätsyphilis ist immer negativ ausgefallen.

2. Negativ war sie auch in den Organen mit amyloider Degeneration, bei Nieren mit chron. Nephritis, die aber nicht direkt auf Syphilis bezogen werden konnte, bei den atrophischen Lymphdrüsen der Spätsyphilis.

3. In der spätsyph. Leber, den Nebennieren, in den Gefäßalterationen, bedingt durch vorausgegangene Syphilis, in einem Fall von progr. Paralyse war das Resultat ebenfalls negativ.

4. Auch in der Milz, dem Knochenmark, dem Hoden, in denen die Spirochaete nach der Ansicht mancher Autoren, besonders Fingers, sich lange Zeit in saprophytischem Zustande erhalten kann, wurden keine Spirochaeten gefunden.

5. Wenn man nicht die jüngsten Forschungen in Zweifel ziehen will, die mit relativer Häufigkeit das Vorkommen der Spirochaeten im Gehirn und Rückenmark bei Paralysis progr. und Tabes dorsalis demonstrieren, so muß man annehmen, daß in den Organen von Spätsyphilitikern, bei denen die Untersuchung auf die Parasiten negativ ausfällt, diese wahrscheinlich in einer besonderen, noch nicht erkannten Form persistieren.

J. Ullmann (Rom).

Graves, William. Können Kaninchen direkt durch das Blut von Paralytikern syphilitisch infiziert werden? Beobachtungen über die Erkennung des Virus in den späteren Krankheitsstadien. *The Journal of the American Medical Association.* 1913. Oktober 25. p. 1504.

Graves hat bei etwa 500 Fällen von Syphilis Blut und Zerebrospinalflüssigkeit auf Spirochaeten untersucht; er hat nur in einem Falle bei Lues spinalis Spirochaeten im Lumbalpunktat mittelst der Dunkelfeldmethode gefunden; im Blute fand er zweimal Spirochaeten im eruptiven Stadium. Er geht dann auf die Bedeutung der von Noguchi erwähnten Granula über, um am Schluß über zwei positive Impfresultate mit Blut von Paralytikern auf Kaninchen einzugehen. Im ersten Falle ging die Impfung nach 66, im zweiten Falle in 48 Tagen an. Unter diesen Umständen kann die in der Überschrift angeführte Frage bejaht werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Noguchi, H. Progressive Paralyse und Syphilis. *Presse méd.* 1913. Nr. 81.

Die Paralysis progressiva ist Äußerung und Folge der Syphilis, einer aktiven Syphilis! Dies war aus klinischen Beobachtungen (der juvenilen Form bei Lues congen., Gleichzeitigkeit von Paresen und Syphiliden, Nichtinfizierbarkeit der

Paralytiker) zu vermuten, aber beweisen ließ sich diese Genese nur durch Auffindung der Spiroch. pall. in den Hirnen von Paralytikern. Sie gelang in 48 von 200 Fällen. Nachdem so der kausale Zusammenhang zwischen Lueserreger und Paralyse festgestellt war, galt es, die Wirkungsweise zu ermitteln. Noguchi berichtet: Man kann kurz sagen, daß es sich um eine diffuse Spirochaetose des ganzen Gehirns handelt. In der Pia mater wurden trotz starker zelliger Infiltration Spiroch. bisher noch nicht entdeckt, und auch die Wände der Gefäße zeigten sich intakt. Aber man sieht oft, daß die Nervenzellen 1—2 Sp. enthalten. Deren Anwesenheit im Parenchym erklärt einen großen Teil der histopathologischen Veränderungen wie auch der im Krankheitsverlauf beobachteten Symptome. Der Aktivität der Sp. pall. müssen die Neubildung der Kapillaren, die Vermehrung der Glia-Stützelemente, das Schwinden der nervösen Elemente und die Infiltration der Gefäßwände zugeschrieben werden. — Weiter bemühte sich Noguchi, auf experimentellem Wege eine Antwort auf die Frage zu finden, weshalb die Parasyphilis erst spät nach der Infektion auftritt und zwar vorzugsweise bei Personen, die in den ersten Jahren wenig Erscheinungen, scheinbar eine günstig verlaufende Lues, gehabt hatten. Wird die Paralyse von einer besonderen Art von Sp. pall. ausgelöst, von einem Virus nervosum? Tierexperimente zeigten, daß tatsächlich eine Differenz bestehen dürfte. Der Impfung von Kaninchen in Skrotalhaut und Testis mit Sp. pall., die aus Paralytikerhirnen gezüchtet waren, folgte die primäre Induration erst nach 3—3½ Mon., während diese sonst nach 6—8 Wochen, selten nach 2 Mon. entsteht. Sp. aus Paralysehirnen sind also für Kaninchen zwar infektiös, aber nur von geringer Virulenz. Eine Aufklärung über das so späte Eintreten der Parasyphilis beim Menschen (im Durchschnitt 8—12 Jahr p. inf., während andere Nervensyphilis, die Lues cerebialis und cerebrospinalis sich oft schon in den ersten Jahren einstellen) war damit noch nicht gewonnen. Bei Tieren (Kaninchen und Affen) erwies sich das Hirn bisher stets refraktär gegen die Sp. pall., wenn diese direkt ins Zerebrum inokuliert wurde. Die Tiere blieben nach dieser Hirnimpfung immer gesund, unendlich lange Zeit. Noguchi nahm deshalb an, daß eine Sensibilisation vorangehen muß, ehe die Sp. pall. das Hirn zu infizieren vermag, und folgender Versuch spricht für die Richtigkeit dieser Hypothese. Wiederholt injizierte er 12 Kaninchen lebende und tote Sp. intravenös und dann, nach einem Intervall von 5 Mon., impfte er die so sensibilisierten Tiere subdural mit Partikelchen eines besonders sp.-reichen Hodensyphiloms (vom Kaninchen). Alle blieben 2 Mon. scheinbar gesund, dann aber wurden einige stumpf, träge, mager, leicht ataktisch, der Gang

spastisch. Diese Erscheinungen nahmen in der Folgezeit konstant zu. Nach 3—5 Mon. konnten sie nicht mehr hüpfen und WR. war positiv geworden. Die Sektion ergab Meningit. exsud. non purul. diffus. bei 3, atroph. unilateral. der Stirnlappen und kleinste gelbliche Plaques im Schläfenlappen je einmal; mikroskopisch wurden bei einem Teil der Tiere endotheliale Wucherung, perivaskuläre Infiltration und Vermehrung der Gliazellen, also identische Veränderungen wie bei progr. Paral., konstatiert, die Nervenzellen aber intakt gefunden. Einige Kontrolltiere, die ohne vorhergehende Sensibilisation gleichzeitig mit den 12 subdural geimpft worden, waren gesund und WR. bei ihnen negativ geblieben.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Geber, Benedek und Tatár. Vorkommen von Spirochaeten bei Dementia paralytica progr. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 38.

Die Autoren untersuchten 15 Gehirne von Paralytikern und fanden in einem Falle in Schnitten Spirochaeten im Rindengewebe, weit entfernt von den Gefäßen, in der Nähe der Ganglienzellen.

Viktor Bandler (Prag).

Geber, H. und Benedek, L. Vorkommen von lebenden Spirochaeten bei Paralysis progress. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 40.

Die Autoren fanden bei einem Paralytiker, der im deliranten Stadium gestorben war, 8 Stunden nach dem Tode im Hirnbrei aus dem Gyrus centr. anter. im Dunkelfeld lebende, etwas träge, aber sich typisch bewegende Spirochaeten.

Viktor Bandler (Prag).

Geber, János. Das Vorhandensein von Spirochaeten bei Dementia paralytica progressiva. Gyógyászat. 1913. Nr. 37.

In 15 Fällen wurden nach Noguchis Vorschrift Gehirnschnitte untersucht und in einem Falle Spirochaeten gefunden. Die Spirochaeten befanden sich vorwiegend in der Rindensubstanz.

Alfred Roth (Budapest).

Noguchi, H. Dementia paralytica und Syphilis. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 41.

Spirochaete pallida wurde lebend in einem Paralytikergehirn im Dunkelfeld gefunden. Übertragung von Spirochaete pallida vom Gehirn eines Paralytikers auf Kaninchenhoden nach einer Inkubation von 97 bzw. 102 Tagen.

Max Leibkind (Dresden).

Bañkowski, J. Die Anwesenheit der syphilit. Spirochaeten im Gehirn bei Paralysis progressiva und ihr Zusammenhang mit der Ätiologie und Therapie dieses Leidens. Przegląd lek. 1913. Nr. 43, 44.

Der Verf. hat 24 Gehirne untersucht, welche längere Zeit

in Formalin aufbewahrt wurden und unter Anwendung der Levaditischen Imprägnationsmethode nur zweimal die Spirochaeten gefunden. In anderen acht Fällen, bei welchen das Material möglichst frisch aus den Leichen gewonnen wurde, wurde die Anwesenheit der Spirochaeten im Gehirnbrei durch Ultramikroskop und die Silbermethode nach Fontana-Tibondeau in allen nachgewiesen. Die Krankheit wurde in allen Fällen ebenso klinisch, wie anatomisch (Meningoencephalitis diffusa) ganz bestimmt konstatiert. In drei Fällen waren die Spir. sehr reichlich, in drei anderen ziemlich reichlich und in zwei nur spärlich zu finden. In den meisten Fällen sind sie in den vorderen Lobi (gyr. front. I., II., gyr. Rolandi, f. Sylvii) und vornehmlich in den Rindenschichten gefunden worden; nur einmal hat sie B. in der Flüssigkeit aus den Gehirnkammern gesehen. Die Spirochaeten lagen in der Nähe von Gehirnzellen, zuweilen in der Umgebung der Gefäße; in den verdickten Gehirnhäuten wie auch in den degenerierten Gehirnpartien waren keine zu finden. — Auf Grund seiner Untersuchungen wie auch derer von Noguchi und Marinescu kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß die progressive Paralyse durch die unmittelbare Wirkung der Spirochaeten hervorgerufen wird und daß sie im unmittelbaren Zusammenhange mit der Entwicklungsweise dieser Parasiten in der Gehirnrinde steht. Der Verf. nimmt daher eine zyklische Entwicklung der Spirochaeten an, wodurch immer neue Bezirke des Gehirns durch neue Spirochaetengeneration eingenommen werden und wodurch auch Gehirnschläge zustande kommen können. B. meint auch, die Spirochaeten seien ein Virus des Nervengewebes par excellence, weshalb für die Prophylaxe der Nervenleiden bei Syphilis eine energische Behandlung von Anfang an und eine genaue Untersuchung des Nervensystems die wichtigsten Momente sind.

F. Krzysztalowicz (Krakau).

Mc. Intosh, James und Fildes, Paul. Die Pathologie des als Parasyphilis bezeichneten Zustandes. The Lancet. 1913. September 27. p. 921.

Der vorliegende Artikel stellt eine Übersicht dar über die von Head, Fearnside und Mc. Intosh und Fildes ausgeführten Untersuchungen über die Natur der Parasyphilis, die im Brain erscheinen werden. Die Autoren unterscheiden zwei verschiedene Formen der Syphilis des Zentralnervensystems: die eine beschränkt sich vor allem auf die Gewebe der Lymphgefäße, die andere auf die Hirnsubstanz selbst. Bei jeder der beiden Formen wird die verschiedene Menge der Spirochaeten und die verschiedene Empfindlichkeit des Gewebes Veränderungen von verschiedener klinischer Bedeutung hervorbringen. Diese werden bei den vaskulären Geweben von einer leichten

Meningitis bis zu gummösen Prozessen variieren, beim Gehirn von einer leichten Meningo-Enzephalitis bis zur tertiären Enzephalitis (*Dementia paralytica*). Diese Ansichten sind zwar teilweise hypothetisch und nicht auf eine große pathologisch-anatomische Erfahrung gegründet. Sie resultieren aus dem Faktum, daß heute (durch die Wassermannreaktion und den Spirochaetenbefund) als Enzephalitis anerkannte Fälle früher als nichtsyphilitisch aufgefaßt wurden. Die „zerebrale Syphilis“ der Literatur beschränkt sich praktisch auf die gummösen Prozesse. Fritz Juliusberg (Posen).

Erb. Neue Wendungen und Umwertungen der Tabeslehre. 38. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen. Baden-Baden. 1913. Arch. f. Psych. Bd. LII. H. 2.

E. erörtert eingehend die allmähliche Aufdeckung der Tabes und Paralyse als echt luetische Erkrankungen. Wenn auch schon durch Lumbalpunktion mit Liquoruntersuchungen nach Wassermann und Nonne mit fast absoluter Sicherheit der Nachweis gebracht war, so hat doch erst Noguchi mit seinem Spirochaetennachweis endgültig die schon stets von Erb vertretene Ansicht von der luetischen Natur jener Erkrankungen bestätigt. Die Tabes und Paralyse sind also jetzt als eine Form der echten Syphilis aufzufassen. Ehrlich nimmt eine Modifizierung der Spirochaeten in ihren biologischen Eigenschaften und ihren pathogenen Wirkungen an, die sich hauptsächlich ausdrückt in einer ausgesprochenen Neurotropie der metaluetischen Spirochaeten. Die Tabes ist ein Symptomenkomplex der Metalues, und zwar der der Metalues des Rückenmarkes, ebenso wie die Paralyse den Symptomenkomplex darstellt, den gewöhnlich die Metalues des Gehirnes auslöst. Außer diesen Symptomenkomplexen gibt es noch einzelne Symptome der Metalues des Zentralnervensystems, die auch isoliert vorkommen können, ohne daß es deshalb berechtigt wäre, von rudimentären (monosymptomatischen) Tabes- oder Paralyseerkrankungen zu sprechen.

Alfred Stühmer (Breslau).

Moerchen, F. Zur Frage der „Lues nervosa“. Med. Kl. Nr. 43.

M. führt aus eigener Beobachtung zwei Fälle an, die in der Tat zu beweisen scheinen, daß diejenigen nicht so ganz Unrecht haben, die behaupten, daß es ganz bestimmte Spirochaetenstämme sein müßten, die die Paralyse, Tabes und Gehirn-lues erzeugten.

Fall I. Es handelt sich um einen höheren Beamten, der an einer Paralyse starb. Ganz im Anfang der Anstaltsbehandlung, als das Sensorium noch relativ frei war, berichtete der Patient, daß er sich als junger Student mit noch vier anderen

Kommilitonen luetisch infiziert habe, und daß die anderen jetzt ebensolche Erscheinungen bekommen hatten wie er.

Fall II. 40jähriger Offizier wird ebenfalls wegen Paralyse aufgenommen. Nach Bericht des Bruders hat der Patient acht Jahre vorher mit noch 10 anderen jungen Offizieren bei derselben Puella die Lues akquiriert und alle 10 seien ebenfalls an Paralyse erkrankt und teilweise schon daran gestorben.

Solche Beobachtungen sind allerdings im Verein mit solchen von Fischer, Mendel, Régis, Nonne, Erb, Brosins, Imms und Arndt wohl geeignet, die Ansicht von einer bestimmten Infektion, die zur „Lues nervosa“ führt, zu festigen. Moerchen macht dann noch darauf aufmerksam, daß es sich nach seiner Beobachtung bei der „Lues nervosa“ meist überhaupt um solche Fälle handle, bei denen die Lues im Beginne recht wenig Erscheinungen gemacht habe.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Pick, W. Über die Bedeutung der Infektionsquelle für den weiteren Verlauf der Syphilis. Wiener medicin. Wochenschr. 1913. Nr. 38.

Die Möglichkeit, daß es sich bei der Lues maligna um eine Abart des Syphiliserregers handelt, ist nicht von der Hand zu weisen. Allerdings muß man annehmen, daß es sich hierbei um eine erworbene Eigenschaft des Virus handelt, welche es bei weiterer Passage wieder verliert. Das sich vorläufig bloß durch seine höhere Affinität zum Nervensystem charakterisierende Virus nervosum stellt eine konstant bleibende Art des Syphiliserregers dar. Viktor Bandler (Prag).

Ferrier, David. Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Gesunden und Kranken. The Lancet. 1913. Oktober 18. pag. 1107.

Zusammenfassende Darstellung über die Zerebrospinalflüssigkeit und ihre diagnostische Bedeutung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mattauschek und Pilcz. Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälle luetischer Infektion. Med. Kl. Nr. 38.

Nachdem die beiden Autoren in zwei früheren Aufsätzen untersucht hatten, wie viel Prozent progressive Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis unter 4134 luetisch infizierter Offiziere vorkamen, haben sie das weitere Schicksal dieser Luetiker verfolgt. Sie konnten dabei folgende Tatsache feststellen.

Von 4134 in den Jahren 1880—1900 an Syphilis erkrankten Offizieren sind bis zum 1. Januar 1912 198 paralytisch geworden, 113 tabisch, 132 erkrankten an Lues cerebrospinalis, 80 an verschiedenen Psychosen, darunter 8 an arteriosklerotischen, 147 starben an Tuberkulose, 17 an Aortenaneurysmen,

101 erkrankten, beziehungsweise starben an Myodegeneratio cordis und an arteriosklerotischen Veränderungen, wenn man 12 Fälle von chronischer Schrumpfniere hinzurechnet; die unmittelbare Todesursache bildete die Syphilis in 20 Fällen. Die Angabe einer Reihe hieher gehöriger Arbeiten erläutert die Ausführungen in wirksamer Weise.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Gamper, E. und Skutezky. Liquorstudien bei Syphilis. Wiener medicin. Wochenschr. 1913. Nr. 38 und 40.

Die Autoren konnten in der Hälfte der Fälle frischester Lues zu einer Zeit, wo eben die ersten Hauterscheinungen sichtbar wurden, krankhafte Veränderungen im Liquor feststellen, Veränderungen, die sich allerdings vorwiegend in mäßigen Grenzen hielten, in manchen Fällen aber doch zu erheblichen Werten anstiegen. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist nach den Befunden der Autoren ein gewisser Parallelismus zwischen Liquorbefund und den Symptomen von Seiten des Zentralnervensystems vorhanden.

Viktor Bandler (Prag).

Szécsi, St. Eine neue Methode zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. 1913.

Szécsi suchte festzustellen, wie sich die Oxydase-Reaktion in jenen Lumbalfüssigkeiten verhält, die histogene Lymphozytose aufweisen. Diese Zellen ergaben eine positive Oxydasereaktion, erwiesen sich also nicht als Lymphozyten, sondern als Vorstufen myeloischer Zellen. Bei weiteren Versuchen ließ sich eine gewisse Gesetzmäßigkeit im Auftreten der Oxydasereaktion bei gewissen Krankheiten feststellen. Positiv reagierten alle Fälle mit Mikrolymphoidozyten, Mikroleukoblasten bzw. histiogenen entzündlichen Gewebslymphozyten, also Dementia paralyt. und Tabes. Negative Reaktion zeigten akut entzündliche Meningitis, Lues cerebri, bei denen im Liquor eine Polynukleose oder rein hämatische Lymphozytose besteht. Die Methode ist folgende: Der noch feuchte Ausstrich wird mit der beschickten Seite nach unten auf Formalin gehalten, so mit den Dämpfen 5 Minuten fixiert, die an der Luft getrockneten Ausstriche 3—5 Minuten in eine gleiche Mischung von 2% wässriger Lösung von β -Naphtholnatrium und 1% wässriger Lösung von Dimethylparaphenylendiaminchlorhydrat gebraucht. Das nun dunkelblaue Präparat wird unter Wasser im Mikroskop untersucht.

Max Joseph (Berlin).

Bergl, Klemens. Neue Instrumente zur Lumbal- und Venaepunktion. Dtsch. med. Woch. Nr. 49. 1913.

Der Unbequemlichkeit eines zu kleinen, wenig handlichen Kopfes an den Lumbalpunktionskanülen suchte Bergl abzu-

helfen, indem er an dem Mandrin eine hellergroße, solide Kopfplatte zum Auflegen des Daumens anbringen ließ. Ferner erleichtert ein kreuzförmiger Griff an dem Nadelkonus das Halten. Der Kanülenhalter verhindert eine erhebliche Abnützung des Instruments und gestattet eine leichte und kunstgerechte Ausführung des Eingriffs. Verf. gibt mehrere Abbildungen seines Apparats und eine genaue Anweisung zu dessen Handhabung. Max Joseph (Berlin.)

Landau, W. Untersuchungen über eine Reaktion luetischer Sera mit einem Jodöl-Reagens. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 42.

Der Autor teilt das Ergebnis einer Reihe von Versuchen über das Verhalten luetischer Sera gegenüber Halogenen, insbesondere gegenüber Jod mit. Die Versuchsanordnung bestand in dem Zusatz eines Jodölreagens mit wechselnden Jodmengen zu normalen und luetischen Seren unter Beobachtung der hierbei auftretenden Veränderungen im Reagens und Serum. Zur Anstellung des Versuches ist erforderlich: 1. Blutserum des zu untersuchenden Patienten. 2. Das Jodölreagens, frisch bereitet, aus 0.025 Jod in 50 cm³ weißem Paraffinöl (Ol. Vaseline). 3. Die als Indikator dienende Stärkelösung.

Die Versuchsanordnung ist folgende: In mit einer Marke entsprechend 2.7 cm³ versehene Eprouvette kommt 0.2 Serum, welches mit 2.5 Reagens überschichtet wird. Die Eprouvette wird nun kräftig geschüttelt und dann im dunklen Raum horizontal gelagert. Nach 2—4 Stunden werden einige Tropfen Stärkelösung zugesetzt, wobei normale Seren tief blauschwarz, luetische unverändert hellgelb erscheinen.

Viktor Bandler (Prag).

Bang, Henrik und With, Carl. Präzipitationsreaktionen mit Natrium glycocholicum bei primärer Syphilis. Ugeskrift for Læger. 1913. Nr. 50. p. 1971—1981.

Die Herman-Perutzsche Reaktion kann im allgemeinen bei Indurationen früher konstatiert werden als die Wassermannsche Reaktion. Harald Boas (Kopenhagen).

Kallós, Josef. Über die Herman-Perutzsche Syphilisreaktion. Dtsch. med. Woch. Nr. 39. 1913.

Die Untersuchungen von Kallós ergeben, daß die Herman-Perutzsche Reaktion für Lues spezifisch sei, ihr positiver Ausfall weist auf eine syphilitische Infektion hin. Man verwendet dabei eine Alkoholcholesterinsuspension und eine 2% mit Wasser verdünnte Glykocholsäure-Natriumlösung. Diese Stammlösung wird mit destilliertem Wasser zu einer 20fach verdünnten Lösung verarbeitet. Die glykocholsaure Na-Lösung muß stets frisch bereitet werden. Im uninaktivierten Serum ist die Präzipitation meist deutlicher und kann leichter beurteilt

werden. Diese Reaktion tritt bei primärer Lues schneller auf als die W. R., gibt aber bei sekundärer Lues seltener einen positiven Ausfall. Sie ist daher nicht zum Ersatz, wohl aber zur Kontrolle der W. R. zu empfehlen.

Max Joseph (Berlin).

Bang, Henrik und *With*, Karl. Untersuchungen über Präzipitationsreaktionen mit Natrium glycocholicum (Ellermann: Methode 14). Ugeskrift for Läger. 1913. Nr. 50. p. 1981—1988.

Die Ellermannsche Modifikation der Herman-Perutzschen Reaktion ist praktisch nicht verwendbar.

Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald und *Neve*, Georg. Untersuchungen über die Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit. Hospitalstidende. 1913. Nr. 49. p. 1447—1457.

Unter 11 Patienten mit akuten Meningitiden mit reichlichem Hämolysingehalt im Serum ließ sich im Liquor 6 mal sowohl Ambozeptor als Komplement nachweisen, 3 mal nur Ambozeptor.

Unter 68 Paralytikern mit Hämolysingehalt im Serum ließen sich 55 mal Ambozeptoren und 6 mal auch Komplement im Liquor nachweisen. 13 Patienten hatten keine Hämolysine im Liquor.

Außerdem wurden unter 4 Tabikern mit Hämolysingehalt im Serum 3 mal Ambozeptoren und 1 mal zugleich ein geringer Komplementgehalt im Liquor gefunden.

Unter 19 Patienten mit sekundärer Syphilis mit Hämolysingehalt im Serum ließen sich 5 mal Ambozeptoren im Liquor nachweisen, 1 mal zugleich ein geringer Komplementgehalt. 2 von diesen Patienten hatten sehr starke Kopfschmerzen, 2 hatten „Neurorezidive“. In diesen letzteren 2 Fällen schwand die Weil-Kafkasche Reaktion prompt während einer anti-syphilitischen Behandlung.

41 Kontrollfälle mit Hämolysingehalt im Serum zeigten keine Spur von Hämolysinen im Liquor.

Harald Boas (Kopenhagen).

Saenger, A. Über den Wert einiger Modifikationen (Cholesterin-Herzextrakt- und Kältemethode) der Wassermannschen Reaktion für die Neurologie. Neurol. Zentralbl. 1913. p. 1410.

Der Cholesterin-Herzextrakt eignet sich nur zur Untersuchung von Blutserum nicht von Liquor cerebrospinalis, da hier unspezifische Hemmungen auftreten. Im übrigen sind diese und die Kältebindungsmethode nach Jacobsthal zur Untersuchung bei Paralyse und anderenluetischen Erkrankungen des

Zentralnervensystems zu empfehlen, da sie feinere Resultate geben als die alte Wassermannsche Methode.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Mensi, E. Die Wassermannsche Reaktion und Salvarsan bei hereditärer Syphilis. Gazz. d. Osp. e d. Clin. Nr. 99. 19. Aug. 1913.

Die W. R. wurde von Mensi bei 10 Kindern ausgeführt, von denen 7 wegen klinischer oder anamnestischer Daten syphilisverdächtig waren, 3 Zeichen manifester Lues darboten; in den ersten Fällen war die Reaktion immer negativ, in den letzteren positiv. Die Behandlung mit Salvarsan erstreckte sich auf vier Kinder mit sicheren syphilitischen Erscheinungen; das Resultat bestand in einer evidenten Wirksamkeit und absoluten Unschädlichkeit des Mittels. J. Ullmann (Rom).

Pisani. Adenopathien und Wassermannsche Reaktion. Riv. Crit. di Clin. med. Nr. 16. 1913.

Pisani studierte das Verhalten des oberflächlichen Lymphapparates bei Individuen, bei denen er die W. R. ausführte. Er fand sehr häufig (92%) die Drüsenschwellung bei Personen, die sich mit Syphilis infiziert hatten, und die am meisten betroffenen Territorien sind gewöhnlich der Nacken und die Regio suprahyoidea (80%). Die Epitrochleardrüsen sind deutlich fühlbar in 45% der Fälle von vorausgegangener Syphilis, in 10% bei tuberkulösen und in 6% bei Individuen ohne irgendwelche krankhafte Präzedentien. Jede Reaktion der oberflächlichen Drüsen kann durch eine banale Entzündung im Ursprungsgebiet der Vasa afferentia bedingt sein. Die topographischen und palpatorischen Daten sind deshalb unzureichend, um uns die syphilitische Natur einer Adenopathie erkennen zu lassen. Zu diesem Zwecke ist dagegen die rigoros ausgeführte und richtig interpretierte Wassermannsche Reaktion sehr nützlich. J. Ullmann (Rom).

Rabinowitsch. Beitrag zur Frage über das Wesen der Syphilisreaktion. Zentralblatt für Bakteriologie. Bd. LXXII, p. 102.

Zusammenfassung: 1. Die Wassermannsche Syphilisreaktion ist eine fermentative Reaktion, die dadurch bedingt wird, daß im Luesserum ein dem antitryptischen ähnlicher fermentativer Bestandteil, der in jedem Normalserum vorhanden ist und die Komplementbindung oder Vernichtung verhindert, inaktiv wird. 2. Diese Inaktivierung des Antifermentes ermöglicht die fermentative Wechselwirkung zwischen dem Komplement, dem Organextrakte und dem inaktiv gewordenen Serum, durch die das Komplement gebunden oder vernichtet wird. 3. Derselbe Prozeß, kann auch bei einigen anderen Erkrankungen, während der Narkose in den Leichensenis, wie auch in den

Normalseris, die längere Zeit aufbewahrt werden, Platz haben, und deshalb müssen diese ähnlichen Umstände bei der Syphilisreaktion, die keine spezifische Immunitätsreaktion ist, berücksichtigt werden. 4. Da aber die bekannten anderweitigen Fälle, bei denen die Syphilisreaktion zu stande kommt, nur sehr spärlich sind und bei der Syphilis sie meistens zum Vorschein kommt, so hat sie trotzdem einen großen, mit Recht allgemein anerkannten praktischen Wert. Walther Pick (Wien).

Leredde und Rubinstein. Komplementbindungsreaktion und hämolytisches Vermögen der menschlichen Sera. Wassermannsche Reaktion und Hecht-Weinbergische Modifikation. Zeitschrift f. Immunitätsf. Bd. XIX. H. 5.

Die Verf. haben durch eigene Untersuchungen bestätigt, daß durch den Gehalt der Patientensera an Normalambozeptoren gegenüber Hammelblut gelegentlich positive Reaktion verschleiert werden können.

Die Bestimmung der hämolytischen Kraft des inaktivierten und des frischen Serums gestattet die Komplementbindungsreaktion unter den genauesten Bedingungen auszuführen und positive Reaktionen festzustellen in Fällen, in denen der originale Wassermann negativ bleibt. Für die Untersuchung mit aktivem Serum verwenden die Verf. mit einigen Modifikationen die Hecht-Weinbergische Methode, die zuerst die hämolytische Wirksamkeit von jedem Serum feststellt, um dann je nach der Stärke der Hämolyse entsprechende Dosen von Hammelblut hinzuzufügen.

Die Komplementbindungsreaktion muß gleichzeitig mit frischen und erhitzten Seren ausgeführt werden.

Die Verwendung frischer Sera bewirkt eine positive spezifische Reaktion dort, wo die Wassermannsche Reaktion negativ ausfällt.

Die Bestimmung des hämolytischen Index der frischen Sera gestattet in gewissem Grade die Spezifität der gewonnenen Resultate zu beurteilen.

Es besteht kein Parallelismus zwischen der hämolytischen Fähigkeit der Seren (gegenüber Hammelblut) und der Wassermannschen Reaktion. Marg. Stern (Breslau).

Leschly, W. und Boas, H. Untersuchungen über eine Modifikation der Herman-Perutzschen Reaktion. (Ellermann: Methode 14). Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XIX. Nr. 6.

Die Methode 14 gibt mit syphilitischen Seren mehr positive Reaktionen als die Herman-Perutzsche und die Wassermannsche Methode; da sich unter dem untersuchten Kontrollmaterial jedoch mehrere unspezifische Reaktionen

zeigten, ist sie nach Ansicht der Verf. für die klinische Anwendung nicht zu empfehlen. Marg. Stern (Breslau).

Rossi, O. Einige Bemerkungen über die Arbeit von O. Stiner „Über die Modifikationen der Wassermannschen Reaktion nach Mintz und Rossi“. Zeitschrift f. Immunitätsf. Bd. XIX. H. 6.

Besprechung der teilweise divergierenden Resultate bei der Stinerschen Nachprüfung. Marg. Stern (Breslau).

Ivey, R. R. Die Wassermannreaktion bei den geisteskranken Negeren von Alabama. Medical Record. 1913. Oktober 18. p. 712.

Die Statistik Iveys betrifft das Material des Irrenhauses zu Alabama und erstreckt sich auf 706 Insassen, 349 Frauen und 357 Männer. Von den Frauen reagierten 102, d. h. 29%, von den Männern 90, d. h. 25% positiv. Unter diesen Fällen sind 17 von progressiver Paralyse, die sämtlich positiv reagierten. Unter den 90 Männern mit positiver Reaktion zeigten 48 klinische Zeichen von Syphilis, so Adenopathien, Pigmentation der Haut, Exostosen etc., unter den Frauen mit positiver Reaktion wiesen 49 ähnliche Erscheinungen von Syphilis auf.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wesener, F. Zweijährige Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 33.

Verf. ließ 249 Fälle an verschiedenen Anstalten gleichzeitig serologisch untersuchen mit dem Ergebnis, daß in 204 Fällen konforme, in 24 Fällen aber total entgegengesetzte Resultate festgestellt wurden, während in den übrigen Fällen nur Abweichungen der Ergebnisse bestanden. Aus diesem Grunde empfiehlt Verf., einer serologischen Untersuchung nur dann Wert beizumessen, wenn sie mehrfach und vorwiegend an solchen Instituten angestellt wird, bei denen die Untersuchungen in großer Anzahl und mit wenigstens 3 Extrakten angestellt werden.

Dem positiven Befund mißt er eine so hohe Bedeutung, wie dies von Seite der Dermatologen geschieht, nicht bei, möchte ihn nur im Verein mit dem übrigen klinischen Untersuchungsergebnis verwertet wissen.

Die Anschauung des Verf., daß der Ausfall der Reaktion bei Vorliegen einer syphilitischen Infektion keinen Schluß über die Ansteckungsfähigkeit der betreffenden Person zuläßt, wird wohl allgemein geteilt. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bitter, Ludwig. Ein brauchbarer, leicht zu beschaffender Organextrakt zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 33.

Bitter verwandte als Antigen einen Extrakt aus den

tuberkulösen Lebern von Meerschweinchen und Rindern und erhielt damit befriedigende Resultate.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Scheller und Miyaja. Sind die bakteriziden und die komplementbindenden Substanzen identisch? Zentralbl. für Bakteriologie, p. 429.

Die Autoren kommen auf Grund ihrer Versuche zu dem Resultate, daß die beiden Substanzen nicht identisch sind, daß aber beide meistens zur selben Zeit ihre Höchstwerte erreichen, und daß daher dort, wo eine Titration der bakteriziden Substanzen unmöglich ist, die Bestimmung des Komplementbindungstiteres immerhin gewisse Schlüsse gestattet.

Walther Pick (Wien).

Kitt. Pipettengummisauger. Zentralblatt für Bakteriologie. Bd. LXX. p. 447.

Ein durch die Firma Lautenschläger (Berlin-München) zu beziehender Gummisauger für Pipetten, der sterilisierbar ist und ein exaktes Aufsaugen gestattet.

Walther Pick (Wien).

Guladse. Die Wassermannsche Reaktion in der pathologischen Anatomie. Zentralblatt f. Bakteriologie. Bd. LXXI. p. 329.

Schlußsätze: 1. Die W. R. am Leben und nach dem Tode bei demselben Individuum ausgeführt, gibt gleichartige Resultate. 2. Das Leichenserum ist für die Ausführung der W. R. brauchbar. 3. Die Zerebrospinal-, Perikardial- und Aszitesflüssigkeiten sowie das Pleuritisexsudat sind für die W. R. brauchbar und geben fast mit dem Blutserum identische Resultate. 4. Das Blut verfaulten Leichen ist für die W. R. gänzlich unbrauchbar. 5. Die Modifikation der W. R. nach Wolff (Bearbeitung des Serums mit frisch gefälltem BaSO_4) verdient weitere Nachprüfung an der Leiche. 6. Für syphilitische Leichen ist die W. R. spezifisch. 7. Tuberkulose, Sepsis und Tumorkachexien geben an der Leiche oft positive Reaktionen. 8. Die W. R. hat eine große Bedeutung für die pathologische Anatomie im Besonderen für Krankheiten mit dunkler, luesverdächtigter Ätiologie.

Walther Pick (Wien).

Isawolinsky. Zur Frage über die Konservierung der roten Hammelblutkörperchen. Zentralblatt für Bakteriologie. Bd. LXXI. p. 542.

Die Zufügung von 0.1 ccm 2%iger Formollösung zu je 1 ccm gewaschener roter Hammelblutkörperchen ist imstande, dieselben während 25—30 Tagen zu konservieren und für die Komplementbindungsreaktion brauchbar zu erhalten. Toluol hatte sich nicht bewährt.

Walther Pick (Wien).

Louste und Montlaur. Cholesterin bei der Wassermannschen Reaktion. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 32. 13. Nov. 1913.

L. und M. machten zahlreiche Blutuntersuchungen, wobei sie zu jedem Serum als Antigen bald den Extrakt von hereditär syphilitischen Lebern, bald cholesterinisiertes Antigen nach Desmoulières benützten. Die antihämolytische Wirkung dieser in vivo cholesterinisierten Seren vermochte 24 Stunden nach einer genügenden Cholesterininjektion den normalen Verlauf der Wassermannschen Reaktion zu hemmen, gleich wie es bis Cholesterinämie der Fall ist. Ernest Spitzer (Wien).

Thibierge. Der Wert der neuen Methoden für die Diagnostik der Syphilis in der gerichtlichen Medizin. Journ. d. méd. de Paris. 1913. Nr. 42.

Auch für die gerichtliche Medizin ist die Wassermannsche Reaktion ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, aber die Basis für ein Gutachten muß die ärztliche Beobachtung bilden, wenn sie gestützt ist durch histologische, bakteriologische oder experimentelle Untersuchungen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Blackfan, K. D. und Nicholson, S. T. Wassermannreaktion bei einhundert Kindern. American Journal of diseases of children. 1913. Sept. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1067.

Kurze Statistik über 100 nach Wassermann untersuchte Kinder, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Holt, L. E. Die Wassermannreaktion bei hereditärer Syphilis, bei kongenitalen Deformitäten und verschiedenen anderen Zuständen der Kindheit. American Journal of diseases of children. 1913. Sept. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1067.

Das wichtigste Ergebnis der Arbeit von Holt ist, daß die Wassermannreaktion bei Syphilis hereditaria nur bei ganz besonders energischer Quecksilberbehandlung negativ wird. Nach Salvarsan wird die Reaktion viel schneller und regelmäßiger negativ, aber auch hier sind mehrere Einspritzungen erforderlich.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mc. Ilroy, A. L., Watson, H. F., Mc. Ilroy, J. H. Die Bedeutung der Wassermannreaktion bei gynäkologischen Fällen, mit besonderer Berücksichtigung der uterinen Hämorrhagie. British Medical Association. 1913. Section of Gynaekology. The British Medical Journal. 1913. Oktober 18. p. 1002.

Mc. Ilroy und ihre Mitarbeiter stellen durch Untersuchung

von 100 Fällen fest, daß sich bei gynäkologischen Fällen, besonders den mit uteriner Hämorrhagie vergesellschaftigten, sehr häufig eine Syphilis findet. Die Fälle mit einer Metrorrhagie oder Menorrhagie sind immer auf Syphilis verdächtig. Oft fehlen dabei jede andere Anzeichen für Syphilis und nur die Wassermannreaktion gestattet die Feststellung dieser Krankheit.

Fritz Juliusberg (Posen).

Müller, R. und Stein, R. O. Kutireaktion bei Lues. Wiener medicin. Wochenschr. 1913. Nr. 38 und 40.

Der praktische Wert der Kutireaktion liegt hauptsächlich im Ausschlusse des Tertiärstadiums durch eine negative Reaktion; deutliche positive Reaktion mit Organluetin spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für tertiäre Lues. Im positiven Impfaffect sehen die Autoren den Ausdruck einer Umstimmung der Gewebe bei Luetikern, speziell bei Tertiärluetikern gegenüber gewissen Eiweißsubstanzen.

Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. und Stein, R. O. Bemerkungen zur Kutireaktion bei Lues und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 47.

Verf. erhielten mit einem Organextrakt ausluetischen Lymphdrüsen fast ausschließlich in Fällen tertiärer Lues deutliche Reaktionen. Sekundäre Fälle reagierten nur bei Lues maligna. Ferner fanden sie positive Reaktion bei Lues congenita. Fälle, die die Fähigkeit haben Reagine zu bilden, die also bei manifesten Erscheinungen nach Wassermann positiv reagierten, während sie zur Zeit der Anstellung der Kutireaktion negativen Wassermann hatten, gelang es, für den Fall, daß die Kutireaktion deutlich positiv ausfiel, zum Umschlag in einen positiven Wassermann zu bringen.

Max Leibkind (Dresden).

Baermann, G. und Heinemann, H. Die Intrakutanreaktion bei Syphilis und Framboesie. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 281.

Verf. berichten über Erfahrungen mit Luetin (Noguchi) und „Frambötin“, einer Reinkultur von Framboesiespirochaeten aus geschlossenen Papeln. In einer ganzen Reihe von Fällen manifesten oder latenten Syphilis oder Framboesie ergaben sich sichere positive Resultate. Der Prozentsatz der positiven Reaktionen steigt mit dem Alter der Erkrankung und der Beschränkung der Erkrankungsherde, ferner mit der Intensität der antiluetischen Behandlung.

Die Reaktion ist für Syphilis und Framboesie spezifisch, sie kann selbst bei wiederholten Reaktionen bei sicher Gesunden nicht ausgelöst werden, sie zeigt weitgehende Analogien mit der Tuberkulinreaktion. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Desneux, J. Die Kutireaktion mit Noguchis „Luetin“ bei Syphilis. Journ. méd. de Bruxelles. Nr. 42. 16. Okt. 1913.

D. wandte bei 198 Patienten mit einem aus Noguchis Kulturen erzeugten Luetin intrakutane Injektionen an. Die Einzeldosis betrug 0·07 ccm. Kein einziges Mal konnte irgendwelche schädigende Wirkung beobachtet werden. Von den untersuchten Personen waren 113 Syphilitiker, 85 Nichtsyphilitiker. Von 16 Fällen tertiärer Syphilis mit gummösen Erscheinungen gaben 15 positive und 1 zweifelhafte Kutireaktion; von 9 Fällen tertiärer Syphilis des Nervensystems — mit Ausnahme von Tabes und Paralyse — waren 8 positiv, 1 negativ. Was diese tertiären Syphilisformen mit gummösen Erscheinungen anbelangt, so kann man sagen, daß bei ihnen die Kutireaktion verlässlicher ist, als die Wassermannsche Blutuntersuchung. Unter obigen 23 positiven Kutireaktionen ergaben bei der Kontrolle nach Wassermann 4 Fälle negativen Befund. In seltenen Fällen erzeugt auch bei der Kutireaktion die Kontrollflüssigkeit eine heftige Reaktion, die aber nicht an die durch Luetin erzeugte pustulöse Form heranreicht.

Ernest Spitzer (Wien).

Weil Mathieu-Pierre und Giroux, R. Vergleichende Beobachtung über die Wassermannsche und Noguchische Reaktion bei Erwachsenen ohne syphilitische Manifestationen. Bull. de la soc. méd. des Hôp. de Paris. Nr. 29. 23. Okt. 1913.

An 43 Personen angestellte Wassermannsche und Luetinreaktionen ergaben bei 35 Personen gleichlautende Resultate und zwar 33 + und 2 —. Von den 8 differenten Befunden war nach Wassermann der Befund 7 mal positiv, wo die Kutireaktion negativ war. Ein Fall zeigte + Kutireaktion und — Wassermann. Die Autoren, die stets eine Kontrolle der Noguchischen Reaktion mit physiologischer Lösung machten, weisen im besonderen auf die Schwierigkeit hin, die manchmal besteht, eine Luetinreaktion für positiv oder negativ anzusprechen und auf die bedeutende Hautempfindlichkeit bei stark positiver Kutireaktion selbst auf der mit physiologischer Lösung initiierten Kontrollseite. Ernest Spitzer (Wien).

Noguchi. La luétine-réaction (cuti-réaction de la syphilis). Presse méd. 1913. Nr. 76.

Mit Noguchis aus Spirochaetenreinkulturen hergestelltem Luetin vermag man Syphilis in chronischen oder latenten Fällen nachzuweisen, wenn klinische Symptome nicht vorhanden und auch Wassermann schon lange negativ reagiert. Es gibt, in die Haut des Armes Erwachsener zu 0·7, Kindern zu 0·5 ccm injiziert, diesen Nachweis durch eine lokale Reaktion

in Form einer Papel oder Pustel, die ehestens nach 48 St., bisweilen aber erst ganz plötzlich nach 2–3 Woch. (torpide Form) an der Einstichstelle auftritt. Primäre und sekundäre Syph. reagieren nicht oder nur leicht, nervöse (zerebrospinale, Tabes und auch progr. Paral.) inkonstant, nur tertiäre zeigt deutliche positive Reaktion. Weniger beschränkt wie für die Diagnose, und erheblicher ist der Wert hinsichtlich der Prognose. Bisweilen sieht man während einer energischen Kur, die bei L. R. — W. R. + begonnen wurde, L. R. immer stärker positiv werden im Gegensatz zu W. R. und L. R. am intensivsten im Momente, wo W. R. ganz verschwindet. Daraus kann man schließen, daß Virus noch vorhanden ist. Denn in 5 Fällen, bei denen W. R. schon 15—22 Mon. negativ, L. R. aber positiv war, sah N. später manifeste Erscheinungen und Rückfall von W. R. ins Positive. Andererseits dürfte, wenn L. R. negativ ausfällt und auch nach provokatorischer Salvarsaninj. W. R. negativ bleibt, Heilung anzunehmen sein, doch ist in 5 Fällen dieser Art für weitere Beobachtung zu sorgen. Bei 4 chronisch Syphilitischen, die schon 15—19 Mon. W. R. —, L. R. + hatten, trat Reaktivierung der Komplementfixation ein. Hier zeigte sich also, daß die einfachere Luetinreaktion mindestens ebenso sensibel ist wie das kompliziertere Verfahren der reaktivierten Wassermannschen Reaktion. Endlich ist L. R. — für die Prognose von Wichtigkeit bei schweren luetischen Erscheinungen mit W. R. +, z. B. bei Paral. progr. Dann liegt, wie der baldige Exitus und der Nachweis sehr vieler Spirochaeten in solchen Fällen bezeugten, ein durchaus ungünstiger Prozeß vor und die Prognose ist als schlecht zu bezeichnen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Truffi, M. Über die Schnelligkeit des Überganges des syphilitischen Virus auf die Lymphdrüsen. *Pathologica*. Nr. 110. 1913.

Truffi hat durch eine Reihe von Experimenten an Kaninchen zu bestimmen gesucht, in welchem Augenblicke der Übergang des syphilitischen Virus von der Inokulationsstelle auf die benachbarten Lymphdrüsen stattfindet.

Aus den Beobachtungen geht hervor, daß das pathogene Agens der Syphilis sehr schnell von der Impfstelle auf die Lymphdrüsen übergeht. In einem Falle fand dieser Übergang am fünften, in zwei anderen Fällen am zwölften Tage statt.

Die Invasion der Lymphdrüsen kann also der ersten Manifestation an der Haut lange vorangehen. Die Inkubation dauerte bei dem Virus, dessen sich Truffi bediente, 14–24 Tage; am vierten bis achten Tage jedoch nach der Impfung konnte man schon die Hyperplasie der Inguinaldrüsen palpieren. Dies stimmt auch mit der klinischen Beobachtung am Menschen

überein, daß nämlich, sobald das Initialsyphilom zu diagnostizieren ist, die Lymphdrüsen der Region konstant betroffen sind.

Der Spirochaetennachweis in den Lymphdrüsen ist Truffi nicht gelungen. Der positive Spirochaetenbefund, wie ihn zuerst Ossola erhielt, ist eben nicht konstant.

Untersuchungen nach der Methode von Ross zum Nachweis rundlicher Körperchen, die eine andere Entwicklungsform des Parasiten (Makrogameten) darstellen sollen, ergaben gleichfalls negatives Resultat. J. Ullmann (Rom).

Brown, A. Die Luetinprobe in der Kindheit. American Journal of diseases of children. 1913. Sept. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. Sept. 27. p. 1067.

Vergleiche zwischen dem Ausfall der Wassermannreaktion und der Luetinprobe, nicht zum kurzen Referate geeignet. Fritz Juliusberg (Posen).

Steinhardt, E. Eine vorläufige Mitteilung über die Spirochaeta pallida und lebende Gewebszellen in vitro. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 15. p. 1810.

Wie Steinhardt hervorhebt, hat er Präparate im hängenden Tropfen von Kaninchenhoden gemacht, die mit Spirochaeten geimpft waren und Kaninchenplasma hinzugefügt. Die Präparate kamen in den Brütöfen bei 37°. Mikroskopisch waren in den Präparaten, bevor sie in den Brütöfen kamen, Spirochaeten nicht zu finden. Nach 25 Tagen ergab eine Untersuchung der Präparate zahlreiche sehr bewegliche Pallidae.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hata. Beitrag zur Kultur der Spirochaeta recurrents. Zentralblatt f. Bakteriologie. Bd. LXXII. p. 107.

Hata hat den Spirochaetennährboden von Noguchi dadurch modifiziert, daß er dem Pferdeserum statt Kanincheniere Stücke des weißen Blutgerinsels zusetzte. Die Spirochaeten zeigten in diesem Nährboden eine viel länger erhaltene Virulenz, als in jenem von Noguchi.

Walther Pick (Wien).

Noguchi, H. Die Züchtung der Spirochaeta pallida. Wiener medicin. Wochenschr. 1913. Nr. 41.

Der Nachweis, die Spirochaeta pallida in Reinkultur zu erhalten, ist Noguchi im Jahre 1911 gelungen und zwar durch eine spezielle Methode strikt anärober Züchtung. Hat man unreine Kulturen erhalten, so läßt sich das Wachstum der Pallida durch den positiven Ausfall der Verimpfung solcher Kulturen auf Tiere erweisen. Die ganz reinen Pallidakulturen bewirken keine faulige Zersetzung des Nährbodens; jede Kultur, die morphologisch der Pallida gleichende Spirochaeten enthält,

die ferner für Tiere pathogen ist, aber einen merklichen Geruch entwickelt, muß als unrein bezeichnet werden. Produziert die Kultur jedoch einen fauligen Geruch und ist sie außer des nicht pathogen, dann ist die Identifizierung derselben am Pallidakultur überhaupt unmöglich.

Viktor Bandler (Prag).

Bayon, H. Eine neue Art von *Treponema*, gefunden in genitalen Wunden von Kaninchen. The British Medical Journal. 1913. November 1. p. 1159.

Bayon beschreibt eine *Spirochaete*, welche der *Pallida* in jeder Hinsicht außerordentlich ähnelt, die er und vor ihm schon Ross (B. M. J. 1912. Dez. 14. p. 1653) in eigenartigen genitalen Papeln von Kaninchen gefunden hat. Es handelt sich um eine übertragbare Erkrankung mit einer Inkubationsdauer von 25 Tagen, die Ross als natürliche Kaninchensyphilis bezeichnet hat.

Fritz Juliusberg (Posen).

Balfour. A Contribution to the life-history of *Spirochaetes*. Zentralblatt f. Bakteriologie. Bd. LXX. p. 182.

Diskussion zu der Arbeit von Gleitsmann.

Walther Pick (Prag).

Gleitsmann. Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der *Spirochaeten* (Borrelien). Zentralblatt für Bakteriologie. Bd. LXX. p. 186.

Schlußwort.

Walther Pick (Wien).

Meirowsky. Beobachtungen an lebenden *Spirochaeten*. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 34.

Meirowsky machte seine Studien an lebenden *Spirochaeten* mittels einer von ihm zu diesem Zwecke hergestellten Boraxmethylmethylviolettlösung. Die Mund- und Refringensspirochaete färbt sich damit sofort, auch die Kulturspirochaete, während der Farbstoff in die *Spirochaeten* der luetischen Effloreszenzen langsamer eindringt. Nach einem ganzen Tag erscheint die *Spirochaete* darin zart gefärbt. Er fand hiebei im *Spirochaeten*leib spindelförmige Auftreibungen mit Verlust des Färbevermögens. Es findet färberisch anscheinend ein Schwund der *Spirochaeten*wand statt, ohne daß eine Trennung der *Spirochaete* herbeigeführt wird.

Er entdeckte ferner Körperchen, die stets nur seitlich von der *Spirochaete* lagen, nie in der *Spirochaete* selbst, und faßt diese Körperchen als „*Spirochaetenknospen*“ auf; diese sind teilungsfähig, es können aus einer Knospe eine ganze Reihe neuer Knospen sich entwickeln.

Er sah ferner „endständige *Spirochaetenknospen*“, die sich ebenfalls durch Teilung vermehren können.

Diese Knospen verhalten sich also wie der Kern einer echten Zelle, sie teilen sich in 2, 4 oder mehrere Teile, und

aus diesen Teilstücken entwickeln sich neue Spirochaetenknospen.

Ist die Spirochaete ausgereift, so kann sie den noch sichtbaren Teil der ehemaligen Spirochaetenknospe verlieren und ein strukturloses Aussehen annehmen. Treten aber progressive Erscheinungen zu tage, so reagiert die Spirochaete wieder mit Bildung einer end- oder seitenständigen Knospe.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Syphilis. Symptomatologie.

Guszmann, Josef. Seltenerer Formen der extragenitalen Primäraffektionen. Budapesti Orvosi Ujság. 1913. Nr. 42. (Beilage.)

Über 3 seltene Formen der extragenitalen Primäraffektionen berichtet G. Im ersten Falle war die Sklerose am Scheitel, im zweiten Falle auf der rechten Seite des Halses, im dritten Falle fanden sich 7 Sklerosen auf beiden Brüsten einer Frau.

Alfred Roth (Budapest).

Spratt, Charles Nelson. Die primäre Syphilis der bulbären Konjunktiva. The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1179.

Spratt hat unter Mitteilung einer eigenen Beobachtung 21 Schanker der bulbären Konjunktiva zusammenstellen können, von denen nur drei am Limbus lokalisiert waren. Sie beginnen gewöhnlich in Form einer milden konjunktivalen Irritation mit lokalisierter Röte. Schmerz bestand nur in den Fällen, bei denen der Schanker am Limbus lokalisiert war. Die Röte geht in eine papelähnliche Bildung über, deren Zentrum nekrotisch wird, so daß ein Ulkus entsteht. 10 Tage bis 2 Wochen nach Beginn ist der Zustand charakterisiert durch Chemose; durch eine von einem roten, erhabenen, indurierten Wall umgebene Ulzeration, durch eine Vergrößerung der präaurikularen und oft der submaxillaren Drüsen. Die Diagnose ist im ersten Stadium schwierig und die Affektion kann als Konjunktivitis, Episkleritis und Phlyktaene aufgefaßt werden. Am Ende der zweiten Woche ist die Diagnose gesichert. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Ulcus molle (keine Induration um das Ulkus, scharf geschnittene Ränder, mehr oder weniger Juckreiz, reichliche Sekretion mit Unna-Ducreyschen Bazillen), Tuberkulose (entweder mehrere rundliche Herde, Phlyktaenen ähnlich, oder multiple kleine Ulzera. Spärliche Sekretion. Keine Chemose. Keine harte Infiltration der Ränder der Ulzera. Die Krankheit ist chronisch und langdauernd. Tuberkulinproben, Nachweis der Bazillen, positive Tierimpfung), Skleritis (eine Form der Tuberkulose, charakterisiert durch ein leicht erhabendes, violett

verfärbtes Gebiet. Keine Ulzeration, keine Chemose oder Adenopathie), Herpes (Bläschen, die viel Schmerz verursachen). Phlyktaene (gewöhnlich multiple, häufig bei Kindern), Gumma (erscheint als runde Masse. Wenn Ulzeration vorhanden, ist diese tief, zirkulär und grau). Sekundäre syphilitische Papeln. Tumoren. Diphtherie. Parinauds Konjunktivitis. Die Arbeit enthält die Zusammenstellung aller in das Gebiet schlagenden Fälle. Fritz Juliusberg (Posen).

Ayala, G. Ein Fall von Initialsyphilom der behaarten Kopfhaut und statistischer Beitrag zu den extragenitalen Syphilomen. Giorn. internaz. d. Scienze med. Heft 18. 1913.

Nach seinen Beobachtungen kommt Ayala zu folgenden Schlüssen:

1. Die extragenitalen in der Poliklinik von De Amicis zu Neapel von 1880—1912 konstatierten Syphilome belaufen sich auf 387, und in bezug auf die genitalen figurieren sie in der Proportion von 2·67%.

2. Wenn man der aus den bibliographischen Daten resultierenden Zahl (3119) die von A. erhaltene (387) hinzufügt, so wird klar demonstriert, daß das Initialsyphilom der behaarten Kopfhaut in bezug auf die extragenitalen Syphilome einen Prozentsatz von 0·31% stellt.

3. Der gegenwärtige Fall bildet die zwölfte bislang zitierte klinische Beobachtung (oder die 22. nach den Angaben von Weiss).

4. Der Kranke hat sich dadurch infiziert, daß er das Bett mit einem Bruder teilte, der an syphilitischen Läsionen der Spätperiode litt (gummöse Ulzerationen und pustulo-ulzeröses Syphiloderm an den Beinen), und zwar in der Art, daß er durch die Bettwäsche oder die Finger infektiöses Material auf eine durch einen Kamm hervorgerufene Läsion der Kopfhaut transportiert hatte.

5. Die klinische Beobachtung zeigt von neuem, daß die syphilitischen Läsionen des Spätstadiums in gegebenen Fällen kontagiös sein können, ein Faktum, das bis vor kurzer Zeit für unmöglich gehalten wurde.

6. Die der Heilung des Initialsyphiloms an der Kopfhaut folgende Alopie ist permanent wegen der durch die tiefgehenden Alterationen der Gefäße bedingten Atrophie der Haarpapillen.

7. Die Injektionen von Neosalvarsan zeigten schnelle und maximale Wirkung. J. Ullmann (Rom).

Biach, M. Reinfektio syphilitica nach 3½ Monaten. Wiener klinische Wochenschr. 1913. Nr. 34.

Im beobachteten Falle zeigte der Patient 3½ Monate

nach seinem klinisch und bakteriologisch sichergestellten ersten Primäraffekt und nach intensiver Neosalvarsanbehandlung einen klinisch einwandfreien spirochaetenhaltigen zweiten Primäraffekt, der 6 Wochen nach der Infektion noch negative Wassermannsche Reaktion zeigt, um nach 7 Wochen unter deutlicher Zunahme typischer Drüenschwellung positiv zu werden und der genau nach der regulären Inkubationszeit ein immer reichlicher werdendes Exanthem mit den charakteristischen Zeichen eines Erstlingssyphilides darbot. Viktor Bandler (Prag).

Milian. Melanose der Mundschleimhaut syphilitischen Ursprunges. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 28. 16. Oktob. 1913.

M. weist auf schwarz pigmentierte Flecken der Mundschleimhaut (Lippen) vermischt mit weißen Leukoplasieherden bei Syphilis hin, ein Bild, wie wir es ähnlich am Halse in der Form des Leukoderma und der Syphilis pigmentaire finden.

Ernest Spitzer (Wien).

Graves, William W. Über das klinische Erkennen von sogenannten latenten Syphilitikern. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. XLIX. Bd. 3. Heft.

Der amerikanische Neurologe Graves (St. Louis) sucht in dieser Abhandlung die herrschenden Anschauungen bezüglich der klinischen Erscheinungen, Heilbarkeit und Übertragbarkeit der Syphilis und die üblichen Methoden des Studiums von Syphilitikern einer Kritik zu unterziehen. Besonderer Wert müsse darauf gelegt werden, daß die Untersuchung des kranken Individuums auch auf dessen Eltern und sämtliche Nachkommen ausgedehnt wird. Aus dieser Vertiefung der Untersuchung, die sich natürlich auch aller klinischen, serologischen und mikroskopischen Hilfsmittel zu bedienen habe, werde zugleich für die Prophylaxe der Syphilis mancher Fortschritt zu erzielen sein.

Der Syphilidologe wird diesen Ausführungen recht geben, sofern sie die besondere Wichtigkeit der Erkennung latenter Fälle betonen. Wenn Graves freilich Erscheinungen wie Unwohlsein, Schmerzen — bald hier bald dort — Einredbarkeit, Schwindel, die ungefähr 6—12 Wochen post infectionem auftreten, als besonders leicht übersehbare Merkmale in Zeiten sogenannter „Latenz“ mit aufführt, so kann dies wohl nur in beschränktem Maße Geltung haben; ihre Bedeutung auch in späteren Perioden der Krankheit dürfte — der Mahnung des amerikanischen Autors entsprechend — wohl längst von jedem guten deutschen Praktiker gewürdigt werden. Dasselbe gilt von den anämischen Zuständen, den Pigmentierungen usw. Die fortschreitende Schulung des deutschen Arztes auf dem Gebiete der Syphilidologie darf sich dieses Verdienst wohl beimessen.

Damit sei nicht gesagt, daß die aus einem reichen Er-

fahrungsschatze geschöpften Ausführungen Graves nicht eine Fülle lesenswerter Betrachtungen für jeden deutschen Mediziner, auch den Syphilidologen, enthalten. Ganz besonders gilt dies von den neurologischen Mitteilungen des Verfassers. Auch anscheinend geringfügigen, bisweilen vorübergehenden, Pupillenstörungen mißt er große Bedeutung bei, u. a. auch der abnormen Enge der Pupillen (Erbs „spinaler Myosis“), die oft auch mit träger Reaktion und Argyll-Robertson'schem Symptom verbunden beobachtet werden könne. Häufig übersehen würden Sensibilitätsstörungen (Hyp- und Analgesien) in der sekundären Periode, auch in der Zeit der „Latenz“, auf die schon Fournier aufmerksam gemacht habe; ebenso hat G. Fehlen der Schmerzempfindung in den hypalgetischen Zonen nicht selten nachweisen können. Diese Erscheinungen können sich bei sekundär Syphilitischen während der Behandlung auch ganz zurückbilden, im Gegensatz zur *Tabes dorsalis*. Endlich verweist G. auf gewisse Störungen der physiologischen Reflexe bei „latenten“ Fällen, wie gleichmäßige und ungleichmäßige Steigerung, Unproportioniertheit und Dissoziation, während gleiche und ungleiche Verminderung und vollständiges Verschwinden weniger oft vorkommen sollen.

Fritz Callomon (Bromberg).

Babonneix, L. Aneurysma der Arteria vertebralis und interstitielle Nephritis bei einer syphilisverdächtigen jungen Frau. (Anévrysme de l'artère vertébrale et néphrite interstitielle chez une jeune femme. Syphilis probable.) *Gaz. de hôp.* 1913. p. 1253.

21jährige Frau ging unter Tachykardie, psychischen Störungen und Urämie zu grunde. Die Sektion ergab den in der Überschrift genannten Befund.

F. Lewandowsky (Hamburg).

D'Antona, S. Die arteriosklerotischen und syphilitischen Verdickungen der Aortenintima. *Arch. per le Scienze med.* Heft 3. 1913.

Aus den eingehenden Untersuchungen D'Antonas lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Die arteriosklerotische Verdickung ist bedingt durch eine zellulo-fibrilläre Proliferation, die zuerst in den tiefen Schichten der Intima auftritt, indem sie deren Hyperplasie und die Auseinanderzerrung und Entfaserung der präexistierenden elastischen Elemente hervorruft; in der Folge wird die Proliferation an der Oberfläche deutlicher, wobei neugebildete, regelmäßig über einander gelagerte Schichten entstehen. Bei der arteriosklerotischen Verdickung beobachtet man neben der Bindegewebsneubildung eine beträchtliche elastische Neubildung.

2. Die arteriosklerotische Plaque tritt immer in einer

schon diffus verdickten Intima auf; an einer Stelle der so alterierten Intima beginnen die Zellen sich mit einer weit größeren Aktivität zu vervielfältigen als an den benachbarten Stellen, indem sie eine Erhebung nach dem Gefäßlumen hervorgerufen (gelatinöse Plaque). Sukzessiv treten Fibrillen auf, die nach und nach in das ganze Gewebe der Plaque eindringen (fibröse Plaque). Dann kommt es zu Degenerationserscheinungen in Form von hyaliner Homogenisierung (hyaline oder kartilaginöse Plaque), mukoider und fetter Degeneration (atheromatöse Plaque) und Verkalkung.

3. Bei der arteriosklerotischen Verdickung kommt oft eine Degenerationsform vor, die hauptsächlich das kollagene Element betrifft und deren histologische Charaktere sehr schlecht definiert sind; von den meisten wird sie muköse Degeneration des Bindegewebes genannt; aber obschon das Degenerationsprodukt analoge Reaktionen wie Mucin darbietet, so kann es doch nicht gänzlich mit dieser Substanz identifiziert werden; da man also über die wahre Natur des Degenerationsprozesses nichts sicheres weiß, so ist es zweckmäßig mit Thorst von mukoider Degeneration zu sprechen. Sie ist bei der arteriosklerotischen Verdickung viel frühzeitiger und ausgedehnter, als man im allgemeinen annimmt.

4. Das reziproke Verhalten der hyperplastischen und degenerativen Phänomene, die man bei der arteriosklerotischen Verdickung findet, spricht nicht für die Priorität der einen oder der anderen; in einigen Fällen hat man ausgesprochene Degenerationserscheinungen mit wenig verdickter Intima, in anderen ist die Verdickung erheblich, während die Degenerationserscheinungen kaum angedeutet sind.

5. Die Stellen fetter Degeneration, die man bei jungen Individuen findet, müssen von der Arteriosklerose unterschieden werden.

6. Es ist, wenigstens im Beginn möglich, die syphilitische Verdickung von der arteriosklerotischen zu unterscheiden, wenn wir als differentielles Kriterium die Art, wie sich die zellulofibrilläre Proliferation entwickelt, annehmen. Bei der arteriosklerotischen Verdickung hat diese einen regelmäßigen, progressiven Gang mit der Tendenz die normale Struktur der Intima zu bewahren, bei der syphilitischen Verdickung ist dagegen die Proliferation stürmisch und unregelmäßig.

7. Das Verhalten des elastischen Gewebes als differentielles Kriterium zwischen arteriosklerotischer und syphilitischer Verdickung hat bei der Aorta keinen reellen Wert.

J. Ullmann (Rom).

Lenzmann. Beobachtungen über syphilitische Erkrankungen innerer Organe. Med. Kl. Nr. 45.

L. führt aus eigener Beobachtung eine Reihe von Krankheitsfällen an, bei denen im ersten Augenblick die Diagnose auf alles andere eher hindeutete als auf eine luetische Affektion. Er rühmt die Wassermannsche und Nonnesche Reaktion, die doch in einer großen Anzahl von Fällen die Diagnose sichern können. So berichtet L. über zwei Fälle von Lebererkrankung bei älteren Frauen. Der ganze Krankheitsverlauf und der ganze Befund deutete auf eine karzinomatöse Affektion hin. Mehrere Aborte in beiden Fälle scheinen auf Lues hinzudeuten, eine Diagnose, die durch die Wassermannsche Reaktion bestärkt wurde. Eine antisypilitische Therapie hat dann auch den Erfolg, daß beide Patientinnen genosen.

L. weist ferner darauf hin, daß Magen- und Darmerkrankungen im Verlaufe der Lues auftreten können. So können nach seiner Ansicht Schleimhautveränderungen des Magens schon bei frischer Lues vorkommen. Er weiß ferner von einem Pleusfall zu berichten, bei dem die Sektion nachher strahlige, narbige Veränderungen am Jejunum ergab, die nach der Anamnese nur als luetisch gedeutet werden konnte, denn der Patient soll 25 Jahre vorher an einem Halsleiden und Hautausschlag gelitten haben, die durch eine schnupfenbewirkende Medizin vertrieben wurde. Nierenerkrankungen der verschiedensten Art können bei der Lues vorkommen, ebenso retroperitoneale und mesenteriale Affektionen auf luetischer Basis. Daß anämische Blutveränderungen im Verlaufe einer Lues sich einstellen können, ist bekannt. Ob die Blutveränderung durch syphilitische Toxine oder auf noch bestehende Spirochaetenherde zurückgeführt werden muß, ist nicht ganz klar. L. glaubt jedoch annehmen zu müssen, besonders dann, wenn die Blutveränderung progressiv weiterschreitet, daß wohl noch Spirochaetenherde vorhanden sein müssen.

Eine Späterscheinung der Lues ist die Erkrankung des Zirkulationsapparates, die vor allem in der Erkrankung der Aorta ascendens und der Koronargefäße ihren hauptsächlichsten Ausdruck findet. Die Hirnlues bedarf hier nur einer Erwähnung und die Unterscheidung mit einer progressiven Paralyse ist nicht immer leicht; vor allem im Beginne der Erkrankung.

L. weist dann auf die neueste Tatsache hin, daß man mit der Entdeckung Noguchis den Begriff der metaluetischen Affektion in bezug auf Paralyse und Tabes aufräumen müsse, sondern daß die Affektionen als echte luetische Erkrankungen anzusehen seien.

Zum Schluß betont der Autor nochmals, daß luetische Erkrankungen innerer Organe viel häufiger vorkämen als allgemein angenommen würde. Selbst beim Fehlen jeglicher

Anamnese können uns die serologischen Untersuchungsmethoden wertvolle Aufschlüsse geben. Ist dann die Diagnose gesichert, so muß man so lange mit den gebräuchlichen Mitteln behandeln, bis die Wassermannsche Reaktion negativ wird. Daß dies bei solch veralteten Fällen — denn um solche handelt es sich hier wohl meistens — nicht immer in kurzer Zeit möglich ist, leuchtet ein. Daher ist nur jedem Luetiker anzuraten, sich so lange behandeln zu lassen, bis die Seroreaktion ein negatives Resultat ergibt. Aber daß wir Ärzte hier wie so oft gegen die Unvernunft der Patienten kämpfen müssen, die nicht einsehen wollen, daß sie auch ohne sichtbare Zeichen, noch bei ungenügender Behandlung den Keim der unheilvollen Krankheit in sich tragen, muß der Autor zum Schlusse zugeben.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Eisler, Fritz und *Kreuzfuchs*, Siegmund. Die Röntgen-diagnose der Aortensyphilis. Deutsche med. Woch. Nr. 44. 1913.

Eisler und Kreuzfuchs gingen bei ihren Untersuchungen zunächst von anamnestisch, klinisch und serologisch klargestellten Luesfällen aus. Hingegen begegneten ihnen im weiteren Verlaufe ihrer Erfahrungen auch Fälle, welche keinerlei Anhaltspunkte für die bestehende Atemnot und Oppressionsempfindung boten, und für welche nur der Röntgenbefund den erwünschten, diagnostischen Aufschluß gab. Verf. rät bei Männern in mittleren Jahren, welche über solche Beschwerden klagen, stets mittels Röntgenaufnahme auf Lues zu untersuchen, ehe man leichthin eine Herzneurose annimmt. Ein Kennzeichen für Aortensyphilis ist eine deutliche partielle Erweiterung und diffuse Dilatation der Aorta, ein Bild, welches dem Aortenaneurysma sehr ähnlich sieht. Die 3 Formen der Aortenlues, den Aszendens-, Arkus- und Deszendensstypus, werden eingehend beschrieben und als Röntgenbild illustriert. Bei einigen Fällen von Aortenlues mit diffuser Dilatation der Aorta konnte die Spezifität der Erkrankung nicht aus dem Röntgenbilde erkannt werden.

Max Joseph (Berlin).

Brooks, N. Das Herz bei Syphilis. American Journal of Medical Sciences. 1913. Oktober. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. November. 8. p. 1755.

Brooks weist auf die Häufigkeit der syphilitischen Herzkrankungen hin. Er betont die Notwendigkeit einer energischen antisymphilitischen Behandlung dieser Fälle. Dech soll man die Rücksicht auf die Zirkulationsstörungen nicht außer acht lassen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Beck, Joseph. Die Diagnose und Behandlung der syphilitischen Laryngitis. The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1217.

Wie Beck hervorhebt, ist die kongenitale Syphilis des Larynx sehr selten und wird in der Regel erst post mortem diagnostiziert. Bei der Syphilis hereditaria findet man Veränderungen fast stets an der Epiglottis.

Die Syphilis acquisita befällt den Larynx sehr selten als Primäraffekt. Dieser ist fast immer an der Epiglottis lokalisiert.

Die syphilitische Laryngitis, als konstitutionelle Affektion kann eingeteilt werden in die 1. erythematöse, 2. papulöse, 3. kondylomatöse, 4. diffuse Infiltration, 5. in die noduläre, 6. gummöse — diffuse oder solitäre — Form, 7. in die vereiternde oder nicht vereiternde Perichondritis und schließlich 8. in die Narbenformen.

Das Erythem kann man als katarrhalischen Zustand auffassen, es trägt oft ödematösen Charakter. Auch die Papeln sind eine frühe Form der syphilitischen Laryngitis. Kondylome sind selten und gehören auch zu den frühen Erscheinungen, obgleich auch ein Fall 9 Jahre post infectionem bekannt ist. Sie sitzen meist symmetrisch an den Seiten der Stimmbänder. Die nodulären Formen sind selten und erinnern an Lupus des Larynx. Eine eigenartige Form ist die sog. Parasyphilis des Larynx, die durch eine allgemeine Narbenbildung charakterisiert ist, welches das Kehlkopflumen verengert.

Fritz Juliusberg (Posen).

Benario, J. Zur Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus. Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr. 32.

Benario berichtet eingehend über 7 Fälle aus der Literatur, die folgendes Gemeinsames haben: Bei allen handelte es sich um Diabetes insipidus, alle wiesen einen positiven Wassermann auf, in 4 Fällen bestanden Zeichen noch bestehender, bez. abgelaufener luetischer Erkrankung.

6 Fälle wurden mit Salvarsan behandelt mit dem Erfolg, daß die Krankheitserscheinungen, wie es scheint, dauernd zurückgingen.

Verfasser beschäftigt sich nun eingehend mit der Art des Zustandekommens der Erkrankung und kommt zum Schluß, daß hierbei der Hinterlappen der Hypophyse von Bedeutung ist. Die Störungen in der Hypophyse sind auf gummöse Prozesse zurückzuführen. Der Wechsel und die Schwere der Symptome sind abhängig von dem Charakter des gummösen Prozesses, seiner Entstehung, der Ausdehnung und Beeinflußbarkeit durch antiluetische Behandlung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Brown, Percy. Knochensyphilis. American Roentgen Ray Society. 1913. Oktober 1.—3. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 8. p. 1743.

Brown weist darauf hin, daß die fusiformen subperiostalen Wucherungen, die meist in der Nähe der Gelenke sitzen, die häufigsten Befunde bei Knochensyphilis darstellen. Öfters sieht man die sog. „blister“ Codmans. Sie stellt einen kleinen Bezirk im Knochen dar, wo die Infektion besonders schwer ist und das darüberliegende Periost vom Knochen abgehoben erscheint.

Fritz Juliusberg (Posen).

Weicksel, Johannes. Über luetische perniziöse Anämie. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 30.

Bericht über das Sektionsergebnis eines mit Salvarsan behandelten Falles von perniziöser Anämie.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Khoury, Alfred. Negativer Wassermann bei einem Fall von Pagetscher Knochenkrankung. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 32. 13. Nov. 1913.

Der Inhalt des in Syrien beobachteten Falles ist im Titel ausgedrückt.

Ernest Spitzer (Wien).

Vanzetti, F. Experimentelle syphilitische Periostitis mit Knochenkaries des Schädeldaches. VIII. Vereinig. der ital. Gesellschaft für Pathologie. Pisa 1913.

Infolge Einbringung von Stückchen eines Seriensyphiloms unterhalb der Dura mater eines Kaninchens beobachtete Vanzetti nach 35 Tagen eine unregelmäßige Usur der Schädelskalotte vom Durchmesser $11 \times 9 \text{ mm}$ mit sinuösen, gezähnelten Rändern und Erweichung des Knochens.

In Korrespondenz dieser Usur zeigte sich das Periost verdickt, speckig, von elastisch-kartilaginöser Konsistenz, und die Dura mater erschien an der äußeren Oberfläche ebenfalls verdickt und speckig. Sowohl im frischen Präparat bei Dunkelfeldbeleuchtung als auch in den Schnitten konnte in dem verdickten Periost eine große Quantität von Schaudinnischen Spirochaeten demonstriert werden.

Die Inokulation von Stückchen des Periosts ins Skrotum eines Kaninchens brachte ein typisches Syphilom hervor.

Es handelte sich also um eine Periostitis und Pachymeningitis mit Knochenkaries. Dieses Resultat dient dazu, die Kenntnis der biologischen Eigenschaften der Spirochaeta pallida zu erweitern und das Studium der syphilitischen Alterationen des Knochengewebes auf den experimentellen Weg zu leiten.

J. Ullmann (Rom).

Pellegrini, R. Beitrag zur Kenntnis der Leuko-enzephalitiden bei hereditärsyphilitischen Neugeborenen. VIII. Vereinig. der it. Gesellsch. für Pathologie. Pisa. 1913.

Pellegrini illustriert den Fall eines sicher syphilitischen Neugeborenen. Der anatomische Befund bestand in einer Osteo-

chondritis der langen Knochen und der Rippen, in Myokarditis und Hepatitis interstitialis diffusa und auch im Vorkommen der *Spirochaeta pallida* in fast allen inneren Organen. A. bespricht ganz besonders die Alterationen des Gehirns; es bestand eine auf beide Hemisphären ausgedehnte Leukoencephalitis mit positivem Spirochaetenbefund.

J. Ullmann (Rom).

Skillern, P. G. Syphilis bei der Ätiologie der fibrösen Osteitis. American Journal of Medical Sciences. 1913. Oktober. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. November 8. p. 1745.

Fibröse Osteitis ist nach Skillerns Ansicht, wenigstens bei einigen Fällen, identisch mit später hereditärer Syphilis des Knochens.

Fritz Juliusberg (Posen).

Babonneix, L. Über die Rolle der Syphilis bei der Erzeugung foetaler Mißbildungen. (Du rôle de la syphilis dans la production des malformations foetales.) Gaz. des hôp. 1913. p. 2237.

In einer syphilitischen Familie kam in der ersten Generation ein Fall von Zyanose, in der zweiten ein Fall von Mißbildung des Magens und einer von kongenitaler Anomalie des Herzens vor.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Lefour und *Ballard*. Über identische angeborene Mißbildungen bei syphilitischen Zwillingen. Gazette médicale de Paris. 1913. Nr. 217. p. 314.

Verf. berichten über ein Zwillingspaar männlichen Geschlechtes mit einem Gewicht von 3220 g bzw. 2270 g; beide Kinder hatten Hydrozephalus, Spina bifida, Pesequino varus rechts. Da die Mutter positive Wassermannsche Reaktion zeigte — bei den Kindern war dieselbe negativ — sehen die Verfasser die Syphilis als Ursache der Mißbildung an.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Riehl, R. Über einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem hereditär-luetischen Kinde. Wiener mediz. Wochenschr. 1913. Nr. 39.

In dem beschriebenen Falle bestand neben Effloreszenzen der Urticaria pigmentosa ein sicheres luetisches Exanthem, insbesondere beim Rückgange der luetischen Symptome trat dieser Unterschied noch deutlicher zutage. Eine sichere Entscheidung brachte die histologische Untersuchung der Effloreszenzen.

Viktor Bandler (Prag).

Osler, William. Über einen Fall von kongenitaler Syphilis der Leber mit dem Bilde der Bantischen Krankheit. Royal society of medicine. Medical section. 1913. Okt. 28. The Lancet. 1913. November 1. p. 1255.

Bei dem Falle Oslers handelt es sich um einen 11jähr.

Knaben, der 6—7 Jahre beobachtet werden konnte. Erst handelte es sich nur um eine Milzvergrößerung; zwei Jahre später traten sichere Zeichen von Syphilis, mit einer Vergrößerung der Leber und leichtem Ikterus auf. Die Milz war sehr groß und nahm das ganze linke Abdomen ein. Unter dem Rippenrande fühlte man einen glatten Tumor, offenbar den vergrößerten Teil des rechten Leberlappens. Der Patient kam zu exitus, nachdem sich Aszites, Hämatemesis, Meläna und ausgesprochene Anämie entwickelt hatten. Bei der Sektion fanden sich kleine Gummen im Lebergewebe. Wassermannreaktion negativ.

Fritz Juliusberg (Posen).

Richards, E. T. F. und Johnson, W. C. Über einen Fall von kongenitalem hämolytischen Ikterus. *The Journal of the American Medical Association.* 1913. Nov. 1. p. 1586.

Richards und Johnson berichten über einen der seltenen Fällen von „kongenitalem hämolytischen Ikterus“, welche charakterisiert sind durch einen chronischen, nicht auf Obduktion beruhenden Ikterus, durch Milzvergrößerung, durch Urobilinurie und eine Anämie, welche abhängig von Hämolyse einerseits eine ausgesprochene Zerstörung der roten Blutkörperchen, andrerseits Zeichen einer kontinuierlichen aktiven Regeneration aufweist. Die Autoren berichten eingehend über die Krankengeschichte ihres Falles.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hintzelmann, H. Klinischer Beitrag zur Frage der spezifischen Nephritis bei Erbsyphilis. *Zeitschrift f. Kinderheilk.* IX. 27.

Untersucht wurden 41 Kinder mit hereditärer Lues sekundären Charakters und 28 Kinder mit solcher tertiären Charakters.

Von den 41 Kindern der sekundären Periode hatten 14 eine Nephritis, 27 waren ohne Befund. Von den 28 Kindern der tertiären Periode hatten nur 3 eine Nephritis. Aus dem Ganzen geht hervor, daß eine wirklich stärker auftretende und länger dauernde Nierenstörung eine seltene Erscheinung ist.

Carl Leiner (Wien).

Winter, H. L. Späte zerebrospinale Erscheinungen bei Syphilis hereditaria. *Medical society of the State of New-York.* 1913. Nov. 8. p. 869.

Winter berichtet über zwei Fälle von epileptoiden Zuständen bei zwei Schwestern von 13, resp. 14 Jahren, bei denen die Wassermannreaktion auf eine syphilitische Ätiologie hinwies. Eine Jodbehandlung hatte günstigen Erfolg.

Fritz Juliusberg (Posen).

Henderson, D. K. Zerebrale Syphilis. Klinische Analyse von 26 Fällen, sieben davon mit Autopsie. American Journal of insanity. Oktober 1913. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. Nov. 22. p. 1931.

Henderson teilt eine sehr sorgfältige Arbeit über die Syphilis cerebialis mit, die eine viel größere Rolle bei geistigen Störungen spielt, als man allgemein annimmt. Am meisten Gewicht ist zu legen für diagnostische Zwecke auf das Argyll-Robertson'sche Phänomen. Andere wichtige Charaktere sind: a) Ein akutes Einsetzen mit Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen, b) Lähmungen von Hirnnerven, c) Konvulsionen ohne Bewußtseinsverlust, aber gewöhnlich gefolgt von permanenten Herdsymptomen, d) Intaktheit von Sprache und Schrift, e) Fehlen von Fazialistremor. Zerebrale Syphilis verursacht nicht selten pseudobulbäre Paralyse.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mott, F. W. Die Degeneration der Neurone im Lichte der neueren Forschung, mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis und der progressiven Herdsymptomen. The British Medical Journal. 1913. Nov. 15. p. 1269.

Mott setzt in dieser Arbeit die Resultate der neueren Syphilisforschung, soweit sie sich aufs Nervensystem beziehen, auseinander. Besonders eingehend wird die Auffindung der Spirochaeten im Gehirn der Paralytiker behandelt. Die Arbeit bringt vorzügliche Abbildungen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Downey, Jesse Wright. Ein Fall von monokulärer Paralyse der Akkommodation, verursacht durch Syphilis. The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1043.

Der Patient Downeys hatte sich vor 5 Jahren syphilitisch infiziert, er war die ersten 18 Monate behandelt worden und hatte sich wohl gefühlt, bis Januar 1913 Augenbeschwerden auftraten. Es fand sich eine Lähmung der Akkommodation des linken Auges. Heilung unter Salvarsan.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mackinnon, Murdoch. Hemiplegie als Folge von Syphilis, mit Mitteilung eines Falles von doppelter Hemiplegie und pseudobulbärer Paralyse. The Lancet. 1913. Oktober 4. p. 989.

Mackinnon bemerkt, daß, während man früher die Syphilis des Nervensystems als eine relativ späte syphilitische Erscheinung auffaßte, die erst 3—5 Jahre nach der Infektion aufzutreten pflegt, man heute weiß, daß die Hirnsyphilis viel früher auftritt, daß etwa die Hälfte der Fälle in den ersten

zwei Krankheitsjahren vorkommt. Die Fälle, über die der Autor berichten kann, demonstrieren, daß die intrakraniellen Erscheinungen recht früh auftreten und sich durch die Multiplizität der Herde auszeichnen. Besonders bemerkenswert ist der erste der drei Fälle, bei dem schon im ersten Jahre die Symptome der Hirnsyphilis sich zeigten. Bezüglich der Einzelheiten sei aufs Original verwiesen. Fritz Juliusberg (Posen).

Mackinnon, M. Hemiplegie als Folge von Syphilis. The Lancet. 1913. Oktober 18. p. 1119.

Kurze Fortsetzung eines früheren gleichlautenden Artikels. Mackinnon weist auf die Möglichkeit hin, derartige Fälle durch frühzeitige antisiphilitische Behandlung zu heilen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Eddy, N. B. Ein Fall von Gehirnsyphilis. The Journal of the American Medical Association. 1913. Oktober 4. p. 1296.

Fortsetzung eines Berichtes über einen Fall von Gehirnsyphilis, über den Eddy sich schon früher (J. A. M. A. April 26. 1913) geäußert hat. Fritz Juliusberg (Posen).

Desneux, Dujardin und Weill. Über Nerven- und Gehirnsyphilis. Journal médical de Bruxelles. Nr. 19, 20 und 21.

Eine recht ausführliche und übersichtliche Arbeit obigen Themas in modernem Lichte zu kurzem Referate nicht geeignet.

Ernest Spitzer (Wien).

Laignel-Lavastine. Die Demenzen der Syphilitiker. Journ. d. méd. de Paris. 1913. Nr. 43.

Abgesehen von den Intelligenzdefekten, welche die Syphilis in der Frühperiode herbeiführen kann, und von terminalen, sehr spät eintretenden, die nur ganz indirekt mit der Lues zusammenhängen, tritt Demenz in verschiedenen Formen 5—40 Jahr p. inf. auf. Die bekannteste Form ist 1. die paralytische; Ls zahlreiche Untersuchungen zeigten, daß sklerotische und meningeale Prozesse um so mehr die enzephalischen überwiegen, je langsamer sich die progr. Paralyse entwickelt; 2. die vorzeitige, eine Dementia praecox infolge atrophischer Enzephalopathie; 3. eine Demenz mit vorwiegenden Herdsymptomen infolge einer Enzephalomalazie mit wenigen aber voluminösen oder mit multiplen miliaren Herden arteriitischen Ursprungs; 4. eine senile Form, die infolge von atrophischer Zerebrosklerose relativ früh auftritt, noch an der Schwelle des Greisenalters, und mit Argyll-Robertson'schem Pupillensymptom einhergeht. Fälle dieser Art sind als Pseudoparalys. general. arthritica oder als Atroph. arteriosclerot. cerebri beschrieben worden.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Chevron. Über einen Fall von syphilitischer Chorea. Gazette médicale de Paris. 1913. Nr. 218.

Kasuistik. Theodor Schwab (Karlsruhe).

Claude, H. Tabes und psychische Störungen. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 42.

Bei einem Tabiker, der erst in den letzten Jahren Potator geworden, bestehen seit 3 Jahren Perioden von Depression, Gedächtnisstörung, Intelligenzverminderung, deren er sich vollkommen bewußt ist, und Kopfschmerzen, also psychische Störungen, die weder dem Bilde der progr. Paralyse noch der Alkoholintoxikation ganz entsprechen. Die akuten Krisen in diesem chronischen Zustande weisen vielmehr auf akute oder subakute Schübe einer Meningo-encephalitis in umschriebenen Hirnpartien hin. Diese Diagnose wird auch durch den Befund von polynukleären Elementen im Lymphpunktat wahrscheinlich gemacht, denn ihr Vorkommen neben Lymphozyten spricht für einen akuten entzündlichen Prozeß. Claude hat daher spezifische Behandlung (Serien von Neosalvarsaninj. à 0.3 alternierend mit Hg und JK) eingeleitet. Eine Besserung der Intelligenz ist bereits bemerkbar, und die sonst infauste Prognose hier vielleicht günstiger zu stellen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Crocq. Tabes mit negativem Wassermann im Blut und Zerebrospinalflüssigkeit. Journal de Neurologie. Bruxelles. 20. Juni 1913.

Bei einem alten, ungenügend behandelten Syphilitiker, der sich im Anfangsstadium der Tabes befindet, negativer Wassermann im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit.

Ernest Spitzer (Wien).

Crocq. Alte Tabes ohne Koordinationsstörung. Journal de Neurologie. 20. Juni 1913.

Negativer Wassermann im Blute und positiver Befund in der Zerebrospinalflüssigkeit. Ernest Spitzer (Wien).

Stargardt. Über die Ursachen des Sehnervenschwundes bei der Tabes und der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie. 1913. Bd. LI. p. 711.

In Übereinstimmung mit seinen früheren Untersuchungen besonders über die Arthropathien bei Tabes kommt Verf. zu dem Schluß, daß auch bei der tabischen Opticusatrophie exsudative Prozesse das Primäre sind. Der Hauptsitz derselben sind die intrakraniellen und im knöchernen Kanal gelegenen Teile des Sehnerven, ferner das Chiasma und die orbitalen Optizi. Die Traktus und Corpora geniculata sind nur selten befallen. Eine Gesetzmäßigkeit in der Lokalisation besteht dagegen nicht. Zu erklären sind diese Erscheinungen nicht durch toxische

Wirkungen, sondern durch die direkte Anwesenheit der Spirochaeten in dem erkrankten Nerven.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Ball, Charles. Die Natur, Diagnose, Prognose und Behandlung der progressiven Paralyse. The Journal of the American Medical Association. 1913. Okt. 4. p. 1281.

Ball behandelt das in der Überschrift angeführte Thema mit großer Gründlichkeit. Die Behandlungsergebnisse, über die er berichtet, sind natürlich vorläufig noch Eindruckssache, doch scheint es ihm, daß Injektionen von nukleinsaurem Natrium einen besseren Einfluß auf die Symptome ausübten, als Salvarsan oder Quecksilber.

Fritz Juliusberg (Posen).

Schultz, J. H. Zur Statistik der somatischen, besonders der serologischen Symptome der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1913. p. 1010.

Unter 71 serologisch-typischen Paralysefällen (Wassermann positiv in Blut und Liquor) war kein Fall, in dem ein Zweifel an der Diagnose berechtigt gewesen wäre. Fälle mit stark atypischem serologischen Befund sind nur mit histologischer Kontrolle verwertbar.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Syphilis. Therapie.

Gappisch, A. Die Behandlung der Syphilis mit Embarin. Med. Kl. Nr. 34.

G. teilt die Resultate der Syphilis-Behandlung mit Embarin aus der Leipziger Universitätsklinik mit. Das Embarin ist eine 3% Quecksilber enthaltende Lösung des merkuri-salizylsulfonsauren Natriums mit einem Zusatz von $\frac{1}{2}$ % Akoin als Anästhetikum und kommt in Form von 1·2 g enthaltenden Phiolen in den Handel. Es wurden alle Stadien der Lues mit diesem Mittel behandelt. Vor allem rühmt der Autor die prompte Wirkung auf alle syphilitischen Erscheinungsformen; so verschwanden primäre Ulzera undluetische Exantheme nach wenigen Injektionen. Auch die völlige Schmerzlosigkeit der intraglütäal ausgeführten Injektionen wäre zu erwähnen. Wie alle Hg-Präparate so ist auch das Embarin nicht frei von Nebenwirkungen (Stomatitis, Diarrhoen etc.). In einer Anzahl Krankengeschichten wird das Behandlungsverfahren näher beschrieben.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Ehlers, Edvard. Supermaximale Quecksilber-Injektionen im Anfang der Syphilisbehandlung. Bibliothek for Læger. 1913. p. 83—90.

E. verwendet im Anfang der Syphilisbehandlung eine massive Injektion von 25 ctg. Benzoas hydrarg. Die sym-

ptomatischen Resultate waren sehr gute. Ein Patient starb an Colitis mercurialis. Harald Boas (Kopenhagen).

Lobsenz. Akute Quecksilbervergiftung. New York medical journal. Vol. XCVIII. Nr. 4.

Kasuistischer Beitrag eines Falles schwerer Hg-Vergiftung mit Ausgang in Heilung trotz fünftägiger Anurie, zeitweiliger Glykosurie und schweren Schleimhautveränderungen. Auffallend war eine Verfärbung von Fingern, Zehen, Sputum und Urin. Salzmann (Breslau).

Stümpke, Gustav. Über Jodostarin. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 27.

Stümpke bezeichnet das Jodostarin als gut verwendbares Ersatzmittel des Jods. Die Bekömmlichkeit ist gut, Jodismus wurde nur selten beobachtet. Höchstdosis 6 Tabletten pro Tag. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Bäumer, Eduard. Erfahrungen mit Jodostarin bei der Behandlung der Syphilis. Deutsche med. Woch. Nr. 28. 1913.

An etwa 30 Syphilisfällen erprobte Bäumer das Jodostarin als ein schnell und gut wirkendes, selten Jodismus erzeugendes Präparat. Das Mittel hat unter den bisher bekannten organischen Jodpräparaten den höchsten prozentualen Jodgehalt, hat keinen unangenehmen Geschmack und wird durch seinen billigen Preis für die Kassen- und Armenpraxis willkommen sein. Die Dosierung muß sich nach der Eigenart jeden Falles richten. Max Joseph (Berlin).

Wibo. Behandlung der Keratitis parenchymatosa und tertiär syphilitischer Geschwüre an der Hornhaut. La Revue clinique. 1. Aug. 1913.

Neben der allgemeinen spezifischen Behandlung empfiehlt Wibo bei den syphilitischen Geschwüren der Kornea lokale Applikation von Salvarsan. Ernest Spitzer (Wien).

Schoofs. Zur Bereitung der Salvarsan- und Neosalvarsanlösungen. Academie royale de medecin de Belgique. 26. Juli. 1913.

Zur näheren Prüfung der die sogenannten Wasserfehler herbeiführenden Umstände untersuchte Schoofs den Einfluß der Wärme, des Lichtes, der Luft und verschiedener Salze auf die Farbe und Durchsichtigkeit der Salvarsan- und Neosalvarsanlösungen, doch ohne die chemische und toxikologische Seite zu berücksichtigen. Ernest Spitzer (Wien).

Dubois, Paul. Experimentelle Untersuchungen über die kombinierte Wirkung der Antimon- und Arsensalze auf die Syphilis. La Policlinique. 15. Juni. 1913.

Schwache Dosen von Antimon- und Arsensalzen, die allein keine kurative Wirkung auf die Syphilis ausüben, vermögen

kombiniert Heilung zu bewirken. Vielleicht spielt diese kombinierte Wirkung auch beim Salvarsan eine Rolle.

Ernest Spitzer (Wien).

De Stella. Intravenöse Neosalvarsan-Injektionen in konzentrierter Lösung. La Belgique médicale. 20. Juli. 1913.

Befürwortung der im Titel angegebenen Methode.

Ernest Spitzer (Wien).

Raecke. Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Deutsche med. Woch. Nr. 28. 1913.

Unter den 65 Fällen von Paralyse, welche Raecke mit Salvarsan behandelte, wurden 36, darunter 5 ganz erheblich, gebessert, 26 blieben unbeeinflusst, 2 verschlechterten sich, 1 kam zum Exitus. Das Salvarsan wurde im allgemeinen gut vertragen, das Gewicht nahm zu, einzelne Paresen und Ataxien gingen zurück, Gang und Schrift wurden sicherer, einmal kehrte die erloschene Potenz wieder. Die W.-R. schwand zwar einige Male im Blute, aber nicht im Liquor, selbst bei 8—10 g Gesamtdosis von Alt-Salvarsan. Die verschwundene Pupillenlichtreaktion und Patellarreflexe kehrten nicht wieder. Verf. rät nach seinen Erfahrungen bei Paralytikern eine methodische Salvarsankur zu versuchen. Die Gefahr von Schädigungen liegt bei vorsichtigem Verfahren nicht vor, hingegen werden die Remissionen häufiger und dauern länger an und man kann hoffen, das Leben der Pat. zu verlängern.

Max Joseph (Berlin).

Antonelli. Über die Behandlung der sympathischen Ophthalmie mit Salvarsan und Neosalvarsan. Annales d'Oculistique. 1913. Maiheft. p. 395.

Verfasser berichtet auf dem Kongreß der franz. Ophthalmologengesellschaft in Paris (Mai 1913) über einen günstigen Erfolg von Salvarsan bei einem Fall von sympathischer Ophthalmie.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Botella, E. Über die Wirkung des Salvarsans auf das innere Ohr. Archives internat. de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie. 1913. Nr. 1, p. 35 und Nr. 3, p. 749.

Verfasser gibt eine Menge von Krankengeschichten, bespricht die verschiedenen Ansichten über die Wirkungen des Salvarsans und kommt zu folgendem Resultat. Das Salvarsan ist mit Vorsicht zu verwenden, eine einzige Injektion heilt die Syphilis nicht, eine weitere Behandlung des Patienten ist nötig. Vor jeder Salvarsaninjektion ist eine genaue Ohruntersuchung nötig; frische Akustikuserkrankungen schließt Verfasser von der Salvarsanbehandlung aus.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Mossé (Perpignan). Über 2 Fälle von ulzeröser Nasensyphilis, die mit intravenösen Injektionen

von 606 bzw. 914 behandelt wurden. Archives internat. de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie. 1913. Supplement zu Nr. 3. p. 1007.

Verfasser berichtet auf dem Kongreß der französ. Laryngologengesellschaft in Paris (Mai 1913) über 2 Fälle von maligner Syphilis, die beide durch 606 bzw. 914 gebessert wurden; Fall II ist 2 Tage nach Austritt aus der Behandlung gestorben.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Morax, M. Über gute Resultate mit Salvarsan bei syphilitischer Iridozyclitis. Annales d'Oculistique. 1913. Maiheft.

Verfasser berichtet auf dem Kongreß der französ. Ophthalmologengesellschaft über einen günstigen Fall, der einen positiven Wassermann zeigte.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Whale, Harold. Der Wert der Arsenikpräparate bei syphilitischen Erkrankungen der Nase und des Rachens. The Lancet. 1913. Juli 26. p. 218.

Whale berichtet kurz über seine günstigen Erfolge mit Salvarsan und Neosalvarsan bei tertiären syphilitischen Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.

Fritz Juliusberg (Posen).

Satterlee, G. R. Aneurysma der Aorta, gutes Resultat einer antisyphilitischen Behandlung. New York Academy of medicine. Sitzung vom 15. April 1913. Medical Record. 1913. Juli 26. p. 177.

Satterlee berichtet über einen Fall von Aortenaneurysma, der außerordentlich günstig durch eine Salvarsan- und Quecksilberbehandlung beeinflußt wurde.

Fritz Juliusberg (Posen).

Craig, James. Salvarsan bei Syphilis. The Lancet. 1913. Juni 14. p. 1691.

Die Ausführungen Craigs enthalten den Satz, daß unsere Kenntnisse über die Syphilis 1876 fast so vollständig waren, wie heutzutage, mit der einzigen Ausnahme, daß damals die Spirochaete, die die Ursache der Erkrankung ist, noch nicht entdeckt war. Dieser Satz erübrigt ein weiteres Referat.

Fritz Juliusberg (Posen).

Fießinger. Die Behandlung der Aortenaneurysmen. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 16.

Bei Aortenaneurysma gibt es nur 3 wirksame Behandlungsmethoden, Bettruhe, diätetische Maßnahmen (Einschränkung der flüssigen, aber auch Verteilung der festen Kost auf häufigere kleine Mahlzeiten) und spezif. Therapie. Hg vermag begleitende Mediastinitiden zu beseitigen und dadurch die Kompressionserscheinungen zu mindern, ferner auch direkt das Fortschreiten

des Prozesses aufzuhalten. Arsenikalien werden weniger gut vertragen, weil auch die gesunde Niere bei ihrer Ausscheidung anscheinend kongestioniert wird. Jk. wirkt als Spezifikum nur in großen Dosen; die Annahme, daß es auch die Gefäße erweitere und den Blutdruck herabsetze, ist nicht sicher fundiert. Andere Maßnahmen zur Behandlung der Aortenaneurysmen (Gelatine-Injektionen, Aderlässe etc.) sind weniger zuverlässig. Ganz nutzlos ist die von Abrams empfohlene „Reflextherapie“; Beklopfung des VII. Halswirbels wird niemals ein Aneurysma beseitigen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Jaworski. Eine neue Behandlung der Tabes. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 16.

Jaworski behauptet, daß Dilatation der Harnröhre nicht nur lokale Läsionen derselben, die bei vielen Tabikern vorkämen, sondern den ganzen Verlauf der Tabes zu bessern vermöchten. Allgemeinbefinden, Schmerzen, Krisen, Ataxie und Romberg werden günstig beeinflusst. Wo dies nicht der Fall, habe er der urethralen eine vertebrale „Reflextherapie“ mit ausgezeichneten Resultaten folgen lassen, durch energische Perkussion der Wirbelsäule schon nach einer einzigen Sitzung von 10 Minuten vorübergehende, durch wiederholte Beklopfungen binnen 8 Wochen definitive Besserungen erzielt.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Widal. Salvarsan und Wassermann. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 30.

Direkt bewundernswert war die Wirkung von 4 Neosalvarsan-Injektionen auf mehrere tertiäre Syphilide bei einer Pat. Widal's. Sie heilten so vollständig ab, wie nur möglich, z. B. ein von Periostit. fibulae ausgehendes Gumma der Waden schwand bis auf eine harte Stelle, die sich röntgenoskopisch als unspezifisch, als die durch Antisyphilitika nicht heilbare sekundäre Fibrose bei Knochenlues erwies. Wassermann aber war positiv, also unbeeinflusst geblieben, während die Pat. klinisch die Spezifität verloren hatte. Solche Beobachtungen muß man registrieren, um zu Schlußfolgerungen zu gelangen. Dies gilt auch vom negativen Wassermann. Luetikern die Heirat zu gestatten, wenn WR. — seit einem Jahre, geht zu weit.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Scherschmidt, Arthur. Eine Vereinfachung der intravenösen Salvarsaninjektion. Archiv für Schiffs- und Tropenhyg. Bd. XIII. 1913. H. 16.

Um die Technik der Salvarsanapplikation zu vereinfachen, bediente sich Scherschmidt einer konzentrierteren Lösung und arbeitete mit einer gewöhnlichen Rekordspritze; dabei verwendete er anfangs nur Neosalvarsan, späterhin auch Alt-Salvarsan ohne üble Nebenwirkungen. In der Applikation mit

der Spritze in Form der Injektion konzentrierterer Lösungen in die Venen ist jedenfalls, wenn die sich bisher gemeldeten Erfahrungen über Fehlen übler Nebenwirkungen auch weiterhin bewahrheiten sollten, eine bedeutende Vereinfachung der Technik gelegen.

Leopold Arzt (Wien).

Scherschmidt, Artur. Erfahrungen mit Joha bei Frambösie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. XVII. 1913. Heft 16.

Bei den vorzüglichen Resultaten, die sich bei der Behandlung der Frambösie der Neger Ostafrikas ergaben, war das Auftreten von Infiltraten bei Kindern, die nicht intravenös injiziert werden konnten, als Nachteil empfunden worden. Versuche, die deshalb mit Schindlers „Joha“ ausgeführt waren, führten zu einer Ablehnung desselben in der Negerpraxis, da seine Wirkung weit hinter dem Salvarsan zurücksteht, seine Dosierung nicht zuverlässig ist, und dabei der Preis gegenüber dem Salvarsan ein beträchtlich höherer ist. Außerdem führte es in 19 Fällen zu einer länger andauernden Behinderung der Gefähigkeit. Im Gegensatz zu Joha empfiehlt sich besonders das Neosalvarsan wegen seines relativ niederen Preises zur Anwendung in der Negerpraxis.

Leopold Arzt (Wien).

Weck, Dr. Bericht über Erfahrungen mit Joha. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. XIII. 1913. H. 16.

Im Gegensatz zu Scherschmidt hat Weck ein günstiges Urteil über die Verwendbarkeit von „Joha“ bekommen. Bei Syphilis, Frambösie und tropischem Unterschenkelgeschwür entspricht die Wirkung der Wirksamkeit intravenös gegebenen Salvarsans, dagegen tritt bei Rückfallfieber der therapeutische Effekt wahrscheinlich wegen zu langsamer Resorption im Anfall nicht oder zu spät ein. Wegen seiner bequemen Anwendungsweise, dem Fehlen von Infiltration und Abszeßbildung empfiehlt sich Joha besonders für die Tropenpraxis.

Leopold Arzt (Wien).

Versár, Istrán. Schwere mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle. Orvosi Hetilap. 1913. Nr. 32.

In einem Falle von Meningitis basilaris syphilitica wurde 0,25 Salvarsan intravenös gegeben. Die schweren Symptome der Meningitis (Erbrechen, Apathie) schwanden schon nach 24 Stunden. Nach Verabreichung von Quecksilber schwand die Meningitis nach 4 Wochen.

In einem zweiten Falle war eine Chorea luetica vorhanden. Nach intravenöser Einspritzung von 0,40 Salvarsan ist die Chorea nach 10 Tagen geheilt.

Alfred Roth (Budapest).

Zimmern, F. Infusion oder Injektion des Salvarsans. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 20.

78 Patienten mit 147 Einzelinjektionen wurde das Sal-

varsan in 5% Lösung mittels Rekordspritze in die Kubitalvene injiziert. 0·4—0·5 S. waren in 8—10 ccm gelöst. Die Methode scheint dem Verf. nicht ganz einwandfrei zu sein, da hierbei unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet wurden, die bei der üblichen Methode nicht auftraten.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Duhot, R. Eine neue Spritze zur Injektion von konzentrierter, unter Luftabschluß hergestellter Neosalvarsanlösung. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 20.

Duhot ließ zur Injektion konzentrierter Salvarsanlösung eine Spritze anfertigen, die es gestattet, die Lösung unter Luftabschluß herzustellen. Bei 750 Injektionen ereignete sich kein ernster Zwischenfall. Vorzüge sind: Verringerung der Flüssigkeitsvolumen, Aufhebung der Luftoxydation während der Herstellung der Lösung, Schnelligkeit der Injektion.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Wechselmann, Wilhelm. Über tausend subkutane Neosalvarsaninjektionen. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 24.

Wechselmann berichtet über seine Erfahrungen, die er mit der subkutanen Einverleibung des Neosalvarsans gemacht hat. Er hat nie Nekrosen, nur selten Schmerzhaftigkeit gesehen, wenn die Regel befolgt wurde, nicht in das Fettgewebe oder die Muskelsubstanz zu injizieren, sondern subkutan so, daß die Flüssigkeit über der Faszie deponiert wurde. Den richtigen Sitz der Nadelspitze prüft Verf. so, daß er vorher 0·7% Kochsalzlösung injiziert. An der ohne geringste Kraftanstrengung erfolgende Entleerung der Spritze fühlt man dann, daß in ein Lumen injiziert wird, während die Infiltration des Gewebes einen deutlichen Widerstand erkennen läßt.

Als Ort der Injektion wurde die Gegend des Trochanters major gewählt. Die Flüssigkeitsmengen waren außerordentlich gering 0·1—0·5 Neosalv. in 1 ccm NaCl-Lösung gelöst.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Van Riempst, Schaepkens. Persönliche Erfahrungen mit Neosalvarsan. Medical Record. 1913. August 9. pag. 246.

Van Riempst teilt seine Erfahrungen über das Neosalvarsan in folgenden Schlußsätzen mit: 1. Neosalvarsan ist dem Salvarsan auf Grund seiner gleichen Wirksamkeit, seiner geringeren Toxizität und seiner leichteren Anwendungsweise vorzuziehen. 2. Durch die Frühdiagnose der Syphilis können vor bei zeitiger Einspritzung von Neosalvarsan das Auftreten von Sekundärererscheinungen verhüten. 3. Die Dosis für Kinder soll nach dem Körpergewicht berechnet werden. Wenn 0·9 g die Durchschnittsdosis für einen Erwachsenen von 60 kg Körper-

gewicht darstellt, soll man bei Kindern für jedes *kg* Körpergewicht 0·015 *g* anwenden. 4. Neosalvarsan ist kein positives Heilmittel für die Syphilis, aber es ist dem Quecksilber, Jodkali und der gemischten Behandlung überlegen und soll immer in Anwendung kommen, wenn die Veränderungen der alten Behandlung widerstehen. 5. Die intravenöse Einspritzung ist der intramuskulären vorzuziehen, wegen der Schmerzhaftigkeit und der Abszeßbildung bei der letzteren. 6. Die Einspritzung von etwas Luft in die Vene hat keinen üblen Einfluß auf den Patienten. 7. Die Intervalle zwischen den einzelnen Einspritzungen sollen nie kürzer sein, als eine Woche.

Fritz Juliusberg (Posen).

Oulmann, Ludwig und Wollheim, J. L. Die Verabreichung des Salvarsans und des Neosalvarsans durch Enteroklysis. Bericht über 37 Injektionen. The Journal of the American Medical Association. 1913. Sept. 13. pag. 867.

Oulmann und Wollheim berichten über die rektale Verabreichung von Salvarsan und Neosalvarsan. Dem Eingriff geht eine Entleerung des Patienten voraus. Nach der Injektion sorgt man für 24—48 Stunden für Verstopfung. Das Präparat wird in 240 *ccm* Flüssigkeit gelöst. Das Darmrohr wird so eingeführt, daß seine Spitze sich in der Flexura sigmoidea befindet. Im allgemeinen wurden die Injektionen gut vertragen, auch war der therapeutische Effekt ein günstiger. Die Autoren sind der Ansicht, daß die rektale Verabreichung von Salvarsan und Neosalvarsan ihren Platz in der Therapie verdient, daß sie zwar die intravenöse Injektion nicht verdrängen, sondern nur dort zur Anwendung kommen soll, wo die intravenöse Methode nicht ausführbar ist, daß sie speziell bei Kindern sich empfiehlt. Fritz Juliusberg (Posen).

Simpson, J. W. und Thatcher, Lewis. Die Behandlung der kongenitalen Syphilis mit Salvarsan. The British Medical Journal. 1913. August 30. p. 534.

Simpson und Thatcher haben 40 Kinder, die an kongenitaler Syphilis litten, mit Salvarsan behandelt; die Kinder hatten das Alter von 1 Monat bis 11 Jahren. Es wurde stets die intravenöse Injektion von 0·01 *g* pro Kilo Körpergewicht angewendet. Bei den kleineren Kindern wählt man am besten die Vena jugularis externa und legt sie frei. Die Verfasser schließen: Salvarsan ist ein mächtiges und bei richtiger Dosierung und Technik sicheres Heilmittel auch für das jüngste Kind. Bei sehr schweren Fällen, solchen mit Pemphigus, schlechtem Allgemeinbefinden etc. soll die Dosis von 0·01 *g* auf die Hälfte reduziert werden. Bei dreien der schwersten Fälle trat der Tod innerhalb von 60 Stunden ein; hier wäre

vielleicht eine kleinere, wiederholte Dosis sicherer gewesen. Im Vergleich zum Quecksilber gibt Salvarsan, besonders bei schweren Fällen, bessere Resultate. Nach der Salvarsaninjektion setzt man am besten die Quecksilberbehandlung fort, da solch eine kombinierte Behandlung besser zu wirken scheint. Einige Fälle wurden mit gutem Erfolge mit Salvarsan allein behandelt. Bei allen älteren Kindern wurde zuerst mit geringem Erfolge Quecksilber und Jod gegeben. Nach der Salvarsaneinspritzung erfolgte schnelle Besserung, doch wurde die Quecksilber- und Jodbehandlung fortgesetzt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Scholtz und Riebes, E. Über die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsanquecksilberbehandlung. Deutsche med. Woch. Nr. 30. 1913.

Bei 316 Kranken führten Scholtz und Riebes nach der Behandlung eine zweijährige Kontrolle durch und kamen zu dem Schlusse, daß die von ihnen angewandte, kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur in der großen Mehrzahl der Fälle eine definitive Heilung erzielt. Von primärer Syphilis mit bereits positiver W.-R. wurden 90% und mehr, von frischer sekundärer Syphilis 80—90% der Fälle geheilt. Das Salvarsan schien wirksamer als das Neosalvarsan und dabei ungiftiger zu sein. Die echten Salvarsanintoxikationen erscheinen unter dem Bilde eines akuten Hirnödems oder einer Encephalitis haemorrhagica 2—3 Tage nach der Kur und verlaufen oft tödlich. Individuelle Disposition oder verlangsamte Ausscheidung des Medikaments spielen dabei mit.

Max Joseph (Berlin).

Ullmann, K. Zur Organotropie der Salvarsanpräparate. Wien. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 5, 6, 23 u. 24.

In umfangreichen Versuchen, histologischen und chemischen Untersuchungen erbringt Ullmann den Beweis, daß beide Salvarsanpräparate (Alt und Neo) nicht nur parasitrope, sondern auch organotrope Eigenschaften besitzen. Die Leber, das bevorzugte Verarbeitungs- und Vergiftungsorgan, weiterhin die Niere, aber auch der gesamte Drüsenapparat des Darmtraktes sind die wichtigsten Exkretionsorgane, die hier am stärksten in Anspruch genommen werden. Ungleich weniger berührt beim Tiere bleiben die übrigen Organe, erst bei oftmaliger Wiederholung und Anwendung relativ großer Dosen, gegenüber den toxischen Dosen anorganischer Arsenverbindungen kommt es auch zu anatomischen Läsionen der Ganglienzellen.

Viktor Bandler (Prag).

Luithlen, F. und Mucha, V. Die experimentelle und klinische Analyse des „Salvarsanfiebers“. Wien. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 23.

Aus der Zusammenfassung der Beobachtungen ergab sich, daß Temperatursteigerungen nach intravenösen Salvarsaninjektionen nicht nur bei an Syphilis erkrankten Personen vorkommen, daß, wie die experimentell erhobenen Befunde ergeben, bei Kaninchen nur dann nach alkalischen Salvarsaninjektionen Fieber auftritt, wenn es zu Gewebszerstörung oder Resorption pathologischen Gewebes kommt; auf Grund dieser Beobachtungen deuten die Autoren das Salvarsanfieber als „Zellzerfallsfieber“. Das Salvarsan wirkt in eigenartiger Weise auf die Gefäße und das Gewebe, bedingt einen vermehrten Blutzufuß, löst das krankhafte Gewebe auf. Infolge dieser Wirkungen kommt es bei den „offenen“ Formen zu vermehrter Sekretion, zur Herxheimerschen Reaktion, während es bei den „geschlossenen“ Formen zur Aufsaugung der Zerfallsprodukte kommt, die dann in den Kreislauf gelangend, die fieberhafte Steigerung der Körpertemperatur bedingen könnten. Aus diesen Gründen kommt es meist nur bei der ersten Salvarsaninjektion zu Fieber, während die zweite Injektion, wenn bereits auf die erste hin Rückbildung der Krankheitsprodukte erfolgt ist, keine Temperatursteigerung hervorruft.

Viktor Bandler (Prag).

Spietschka, Theod. Meine Erfahrungen über Salvarsan. Wien. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 24.

Spietschkas Erfahrungen stimmen mit den bereits bekannten anderen Autoren überein, besonders hebt der Autor die Erfolge bei tertiärer Syphilis hervor, die besser sind als man mit Hg und Jod erreichen kann.

Viktor Bandler (Prag).

Saphier, Joh. Zur Technik der intravenösen Injektionen. Wien. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 27.

Saphier konstruierte eine Nadel, welche im Ursprungsteile leicht konkav nach aufwärts gebogen ist, und mit einem Bügel versehen ist, der ein festes Anliegen der Kanüle auf dem Arme bezweckt und ein Verschieben der Nadel verhindert. Die Kanüle wird von der Firma Thürriegel in Wien hergestellt.

Viktor Bandler (Prag).

Arzt, L. und *Schramek*, M. Zur Technik der intravenösen Injektion. Wien. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 30.

Die beiden Autoren haben einen Apparat konstruiert, der besteht: 1. aus einem Zweiweg-Hahn mit verschieden starken ansteckbaren Kanülen; 2. verschieden gekrümmten Verbindungsstücken und 3. aus einer Rekordspritze. Mittels der verschiedenen Stellung des Hahnes ist es jederzeit möglich, sich über die Lage der Nadel in der Vene zu vergewissern.

Viktor Bandler (Prag).

Fabry, Joh. Indikationen und Kontraindikationen der subkutanen Neosalvarsaninjektionen. Med. Kl. Nr. 33.

F. beschreibt zuerst die Methode der subkutanen Neosalvarsaninjektion, die darin besteht, daß man bei dem in Bauchlage auf dem Operationstisch liegenden Patienten eine 3 cm lange Kanüle außen von der Roser-Nelotouschen Linie in eine Hautfalte einsticht. Durch Bewegen des Oberschenkels wird festgestellt, ob die Kanüle sich auch nicht in der Faszie oder im Muskel festgesetzt hat. Die Angaben der Patienten über die Schmerzhaftigkeit dieser Injektion sind sehr verschieden. Bei Infiltraten leisten warme Bäder und feucht-warme Umschläge in Kombination mit Aspirin gute Dienste.

Was nun den Zeitpunkt anbelangt, wann man intravenös und wann man subkutan behandeln soll, so vertritt F. den Standpunkt, daß man bei der initialen Lues zuerst kombiniert mit Hg und intravenösen Salvarsaninjektionen behandeln und vielleicht zum Schluß der Kur eine subkutane Salvarsaninjektion geben soll. Auch bei der sekundären Lues empfiehlt F. die intravenöse Injektion, da die Wirkungsweise eine promptere ist; bei der tertiären Form kann man der intravenösen eine subkutane Injektion folgen lassen.

F. wendet im allgemeinen Dosen von 0·3—0·45 bei Frauen und 0·6 bei Männern an.

Zum Schluß seiner Ausführung führt F. noch die Krankengeschichte an, wo es bei einem 24 Jahre alten Studenten, der schon mehrfach Salvarsan erhalten hatte, nach einer Injektion von 0·45 intravenös zu einer mächtigen Urtikaria mit starken Ödemen kam; der Zustand ließ jedoch nach einiger Zeit nach, ohne Schädigungen zu hinterlassen.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Ravaut, P. Rezidive und Reinfektionen nach der Behandlung der rezenten Syphilis mit Salvarsan. Presse méd. 1913. Nr. 75.

R. berichtet ausführlich über einen Fall und zitiert analoge Fälle aus der Literatur, in denen nach ungenügender Salvarsan- und Hg-Behandlung später ein neuer Sp-haltiger Schanker (an der gleichen oder an anderer Stelle als der erste) auftrat und von Drüsenschwellungen und Roseola gefolgt war. Trotz dieser früher als Kriterien einer Reinfektion geltenden Trias handelt es sich gewiß nur um Rezidive. Chancres redux oder Pseudo-Primäraffekte sind erstaunlich oft beobachtet worden seit Einführung des Salvarsans in die Behandlung der Syphilis, zumeist bei Leuten, die sofort nach Auftreten des Schankers 1—2 Inj. von 606 erhalten hatten. Die Behandlung muß also schuld sein, sie war vermutlich, in den Dosen von

0.4—0.6, zu intensiv, ja brutal, und provozierte die Erscheinungen dadurch, daß 1. eine Kolonie in der Tiefe eines pathologisch veränderten Gewebes zurückblieb; 2. eine übermäßige therapeutische Reaktion diese Gewebe veränderte und Spirochaeten einschloß; 3. eine nicht lange genug fortgeführte Behandlung nur die oberflächlich, leicht erreichbaren Spirochaeten angreift, nicht aber die in tiefen Nestern lokalisierten; von diesen letzteren geht, wenn sie nicht zerstört sind, das Rezidiv aus. Ravaut schließt: Zweifellos hängt der ganze Verlauf der Lues von der Art der Behandlung in den ersten Stadien ab. Sie muß intensiv sein. Sie soll aber auch vorsichtig, schonend sein, mit kleinen Anfangsdosen beginnend längere Zeit fortgeführt werden. Keinesfalls darf die I. Inj. so stark sein, daß Reaktionen hervorgerufen werden. Man gebe daher bei Lues recens 6—10 Inj. Neosalvarsan mit sehr kleinen Dosen anfangend und erst nach 8 Tagen steigend, darauf eine Hg-Kur. Nach einer Pause, auch wenn keine Erscheinungen vorhanden, werde diese Behandlung wiederholt.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Ormsby. Neosalvarsan; intramuskulär oder intravenös? New York medical journal. Vol. LCVIII. Nr. 2.

Verfasser zieht die intramuskuläre Injektion vor.

Salzmann (Breslau).

Minor. Die sogenannte latente Syphilis, Tabes und Paralyse bei Wasserzufuhr. New York medical journal. Vol. LCVIII. Nr. 7.

Minor glaubt die Luesbehandlung wirksamer und ungefährlicher gestalten zu können, wenn er zugleich im Sinne einer „Organismuswaschung“ reichlich Flüssigkeit zuführt.

Salzmann (Breslau).

Squier, J. B. Diagnose und Behandlung der Syphilis nach modernen Grundsätzen durch den Frauenarzt. New York medical journal. Vol. LCVIII. Nr. 8.

Squier betont die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose unter Heranziehung aller klinischen und serologischen Hilfsmittel und energischen Behandlung der Syphilis. Er verlangt die dazu nötigen Kenntnisse von jedem Arzt, befürwortet aber ganz besonders die Zentralisierung aller Luetiker in besonderen Krankenhäusern, um eine einheitliche und im höchsten Maße spezialistisch geleitete Behandlung zu ermöglichen.

Salzmann (Breslau).

Kersten, H. E. Einiges über Neosalvarsan bei verschiedenen tropischen Hautkrankheiten. Archiv f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. XVII. 1913. Heft 18.

Die ausgezeichneten Erfolge, die in therapeutischer Hinsicht mit dem Salvarsan bei der Frambösie erzielt worden

waren, veranlaßten Kersten, auch das Neosalvarsan zu erproben. Er bediente sich dabei der intramuskulären Injektion in die Nates, da bei den dunkelfarbigem Eingeborenen mit meist nicht sichtbaren engen Venen die intravenöse Applikation Schwierigkeiten bereitet. Ebenso kam eine bei letzterer Anwendungsweise stets beobachtete Temperatursteigerung bei der intramuskulären Anwendung in Wegfall. Im ganzen konnten wegen der geringen Menge des zur Verfügung stehenden Präparates bisher 11 Fälle behandelt werden, die sämtlich geheilt wurden, so daß nach Kerstens Ansicht, daß Neosalvarsan dem Salvarsan bei der Behandlung der Frambösie gleichwertig ist, dagegen den großen Vorteil bequemerer Handhabung besitzt. Versuche, therapeutische Effekte auch beim venerischen Granulom (2 Fälle) und bei „Kaskas der Südsee“ (6 Fälle) zu erzielen, waren ohne Erfolg.

Leopold Arzt (Wien).

Bering, F. v. Fortschritte in der Behandlung der Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 34.

Verf. kommt zu dem Ergebnis: Die Wassermannsche Reaktion hat uns über die große Verbreitung, die Untersuchung des Lumbalpunktates über die frühzeitige Beteiligung des Zentralnervensystems aufgeklärt. Das Salvarsan ist ein ausgezeichnetes Mittel zur Abortivbehandlung.

Max Leibkind (Dresden).

Morgenroth, J. und Tugendreich, J. Äthylhydrokuprein und Salizylsäure als Adjuvantien des Salvarsans. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 26.

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

Max Leibkind (Dresden).

Ullmann, K. Zur Salvarsanintoxikation. Wiener med. Wochenschr. 1913. Nr. 29 u. 30.

Der Autor berichtet eingehend über einen Fall von letal endigender Salvarsanintoxikation, welchen er beobachtet hat; der Tod trat bald nach der 2. Injektion einer normalen Dosis ein. Anknüpfend an diesen Fall erörtert Ullmann seine Auffassung über das Wesen der Salvarsanintoxikation. Er trennt die Salvarsanintoxikation von der Salvarsanwirkung und glaubt, daß man nur durch diese Trennung zur richtigen Auffassung von dem Werte und Wesen des Präparates und von dem Wesen der Intoxikation gelangen könne. Die Salvarsanintoxikation sei möglicherweise im Wesen eine Arsenintoxikation, gewiß aber sei die Salvarsanwirkung nicht eine reine Arsenwirkung. Die individuellen Unterschiede bei den Salvarsanpräparaten, zusammengehalten mit den verschiedenen toxischen Symptomen anderer organischer Arsenpräparate (Atoxyl etc.) sprechen deutlich für die spezifische Wirkung des Salvarsans.

Viktor Bandler (Prag).

Gennerich. Über Salvarsanstörung. Berliner klin. Wochenschr. 1913. Nr. 34.

Stellungnahme zu dem Aufsatz von Prof. Dr. Wolff und Dr. Mulzer in Nr. 19 dieser Wochenschrift. Zu kurzem Ref. nicht geeignet.

Max Leibkind (Dresden).

Barladean. Aqua destillata in medizinischer Praxis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1913. Nr. 37. p. 1153.

Verf. äußert sich an Hand der Literatur über die Bedeutung des destillierten Wassers in der medizinischen Praxis und weist auf die kolossalen Verunreinigungen besonders bakterieller Natur der in den Apotheken gebräuchlichen Aqua destillata hin. Auch die Verunreinigung durch Metalle, wie Kupfer, Eisen, Silikate etc. und deren Wichtigkeit für die intravenösen Salvarsaninjektionen wird beleuchtet. Da die Mengen der Fremdbestandteile des destillierten Wassers oft unter der Empfindlichkeitsgrenze unserer besten chemischen Reaktionen liegen, verlangt Barladean eine Verschärfung der Forderungen des Arzneibuches. Neben der rein chemischen Prüfung des destillierten Wassers soll auch die biologische mittels Spirogyra und die physikalisch-chemische Prüfung durch Bestimmung der Leitfähigkeit des Wassers gefordert werden. Nur so lassen sich nach Verf. Fehlerquellen für immer ausschalten und Schädigungen des Menschenlebens vermeiden.

Max Winkler (Luzern).

Leredde. Über Todesfälle nach Salvarsan. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 32.

Nicht das Salvarsan oder das Neosalvarsan an sich hat in den von Perrier, Burnier, Rindfleisch u. a. publizierten Fällen den Tod verschuldet, sondern nur die Art, in der es angewendet wurde. Auch bei banaler Lues muß man mit kleinen Dosen beginnen, erst recht aber bei Syphilis des Zentralnervensystems, nämlich höchstens 0·2 Neosalv. als erste, nicht über 0·3 als zweite Inj. geben und nur, wenn diese gut vertragen wurden, vorsichtig auf 0·6 und 0·9 steigern. Dann aber kann man energischer vorgehen. Leredde hat schon mehr als 200 Inj. à 1·2 und beinahe 50 à 1·5 bei Lues u. zw. überwiegend bei Tabes und progr. Paral. ohne jeden Zwischenfall gemacht, bei insgesamt 3000 Injektionen keinen Exitus gehabt, eben weil er das Prinzip der kleinen Anfangsdosen und der vorsichtigen Steigerung stets beobachtet.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Perrier. Ein Todesfall nach einer einzigen Injektion von Neosalvarsan. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 29.

30jähr. kräftig gebauter Mann mit rezenter Hirnsyphilis (Paralys. incompleta der oberen, completa der unteren Extrem., Paralyse der Fazial., Babinski, epileptoide Zuckungen

Aphasie WR. +) mit unbekannten Antezedentien erhält 0·4 Neosalvarsan. Am selben Abend Temperaturanstieg und Unruhe. Dann entwickeln sich Fieber bis 40°, unter konvulsiven Zuckungen Kontrakturen der paralytischen Glieder, Inkontinenz der Sphinkteren, und am 5. Tage tritt Exitus ein. Autopsie: Auf der Außenfläche des 1. Hirns Adhärenzen der Pia mater im Niveau der Fiss. sylvii und Rolandi, hämorrhagische Sufusion auf der ganzen dritten Hirnwindung; roter Erweichungs-herd im vorderen Schenkel der inneren Kapsel; alle Brust- und Bauchorgane intakt. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Moreau. Todesfall nach 606. Ann. d'Oculistique. 1913. Maiheft.

Verfasser berichtet über einen Todesfall nach der 2. Injektion von 606, die 8 Tage nach der ersten gemacht wurde. Er erwähnt 2 weitere derartige Fälle im Hospital St. Etienne in der gleichen Woche und weist auf die 8 von Darier im Hospital St. Louis beobachteten Fälle hin. Es handelte sich immer um schwache Dosen und die 2. Injektion.

(Bericht auf dem Kongreß der französ. Ophthalmologengesellschaft in Paris, Mai 1913.) Theodor Schwab (Karlsruhe).

Zumbusch, L. v. Erfolglöse Anwendung von Salvarsan bei Lyssa. Wien. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 29.

Zumbusch hatte bei einem Falle von Lyssa eine intravenöse Neosalvarsanlösung (0·3) versucht, aber den Exitus nicht aufhalten können, trotzdem rät der Autor zu weiteren Versuchen bei dieser schrecklichen Krankheit.

Viktor Bandler (Prag).

Wadhams, S. H. und Hill, E. C. Drei Fälle von Amöbendysenterie, behandelt mit Salvarsan. The Journal of the American Medical Association. 1913. Aug. 9. p. 385.

Wadhams und Hill berichten über die günstige Wirkung des Salvarsans bei drei Fällen von Amöbendysenterie.

Fritz Juliusberg (Posen).

Achard, Ch. und Feuillié, E. Behandlung der Angina Vincentii mit lokaler Arsenobenzolapplikation. Bul. de la soc. méd. des Hôp. de Paris. Nr. 26. 24. Juli. 1913.

Bericht über schnelle Heilung der Angina Vincentii ausschließlich durch lokales Tuschieren mit Arsenobenzolglyzerin. Ernest Spitzer (Wien).

Rénou, Louis und Desbouis. Lokalbehandlung der Angina Vincentii mit Salvarsan. Bullet. de la Société médicale des Hôpit. de Paris. Nr. 27. 31. Juli. 1913.

Ein Fall von schneller Heilung einer Angina Vincentii durch Tuschieren mit Arsenobenzolglyzerin.

Ernest Spitzer (Wien).

Marras. Salvarsan gegen experimentelle Tollwut. Zentralbl. f. Bakteriolog. Bd. LXX. p. 190.

Das Salvarsan hatte weder prophylaktische noch heilende Wirkung.

Walther Pick (Wien).

Fischer, Louis und Nicoll, Matthias. Die Behandlung des Scharlachs mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen. New York academy of medicine. 1913. März 13. Medical Record. 1913. August 16. p. 319.

Fischer und Nicoll berichten über fünf Fälle von schwerem Scharlach, bei denen sie das Neosalvarsan intravenös anwendeten. Die Zahl der Fälle ist zu gering, um ein definitives Urteil zu gestatten, immerhin ermuntern die Resultate zu weiteren Versuchen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mokrzeki. Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrand. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 20.

Bei einem Fall von Milzbrand erfolgte nach Injektion von Salvarsan 0·6 Heilung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Robin. Die Behandlung der Tuberkulose bei den Syphilitikern. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 22.

Eine allgemein gültige Regel für die Behandlung bei der Kombination oder Assoziation von Syphilis und Tuberkulose ist dadurch gegeben, daß jede von diesen beiden Krankheiten demineralisierend wirkt. In jedem Falle muß man versuchen, den Verlust des Organismus an Phosphor, Kalk, Eisen, Magnesia und auch an organischen Stoffen durch entsprechende Ernährung, Lebertran, Arsen und Remineralisationspulver zu ersetzen. Die Tuberkulose demineralisiert immer, die Syphilis aber nur in ihren ersten Stadien. Demgemäß äußert sich die Assoziation beider Krankheiten verschieden, in typisch wiederkehrender Form resp. Intensität, je nachdem sich Tbk. zu alter Lues gesellt oder eine frische Syphilis bei einem Tuberkulösen auftritt. Alte Syph. pflegt sogar, weil sie sklerosierenden Einfluß ausübt, den Verlauf der Tbk. günstiger zu gestalten, hingegen wird bei T. + S. recens durch Summierung der demineralisierenden Wirkungen der Organismus am schwersten affiziert, zumal da auch Hg. demineralisiert. In den Einzelfällen muß daher die allgemein gültige Therapie zur gleichzeitigen Behandlung beider mit speziellen Maßnahmen gegen die einzelnen Krankheiten verbunden werden. Robin erläutert dies an 3 Fällen, die er momentan auf der Abteilung hat: Fall 1, sehr alte Lues, fibröse Tbk. mit geringer Schädigung des Allgemeinbefindens, erhält Injektionen von Hg. bijodurat. 0·02 + Natr. kakodyl 0·01 neben der remineralisierenden Diät, Lebertran und schließlich Sol. Fowler rectal. Fall 2, Lues alt, aber doch jüngeren Datums als im vorigen Fall, frische, ausgebreitete Tbk., die das Krankheitsbild beherrscht. Hier muß

die T. energisch bekämpft (Marmoreksches Serum, Inj. von metallischen Fermenten, Remineralisation etc.) und erst nach Abklingen der akuten T.-Erscheinungen soll antiluetische Kur eingeleitet werden; Fall 3, alte T., frische Lues, sehr schlechtes Allgemeinbefinden seit dem sich zu T., diese erheblich (wie es immer geschieht) verschlimmernd, S. gesellte; schnellste und intensivste Beeinflussung der S. scheint geboten, daher erhält Pat. 4 Salvarsan-Infusionen und danach erst die weitere Doppelbehandlung. F. Münchheimer (Wiesbaden).

Gennerich. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschrift. 1913. Nr. 29.

Übersichtsreferat. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Simonyi, Arpad. Beiträge zur modernen Therapie der Syphilis. Gyógyászat. 1913. Nr. 41.

Nach des Autors Erfahrungen treten nach kombinierter Behandlung mit Salvarsan- und Sublimatinjektionen niemals Neurorezidive auf. Alfred Roth (Budapest).

Waucomont, R. Therapie der Syphilis. Le Scalpel. 19. Okt. 1913.

W. tritt bei der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan für kleine Dosen ein, die seiner Meinung nach auch wirksam, aber nicht so neurotoxisch sind. Im allgemeinen hält er an der chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis fest.

Ernest Spitzer (Wien).

Pusey, W. A. Der gegenwärtige Stand der Syphilis. American Journal of Medical Sciences. 1913. Oktober. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. November 8. p. 1745.

Pusey weist auf die mit der Anwendung des Salvarsans verbundenen Gefahren hin, die zwar selten auftreten, aber sehr ernst sind. Er nimmt nicht an, daß das Salvarsan die parasymphilitischen Nervenaffektionen verhindern wird; im Gegenteil es wird zu denselben prädisponieren, abgesehen von den Fällen, wo die Krankheit geheilt wird. Salvarsan ist ein sehr wirksames Symptomatikum. Fritz Juliusberg (Posen).

Scott, Gilbert Bodley. Die Behandlung der Syphilis am Royal Naval Hospital, Chatam. The British Medical Journal. 1913. November 22. p. 1344.

Die Betrachtungen Scotts betreffen ein außerordentlich großes Material: Während der letzten 2½ Jahre wurden im obigen Hospital 1100 Fälle behandelt, wobei 2500 Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen gegeben und über 3000 Wassermannreaktionen angestellt wurden. Der Autor betont den Wert der Frühdiagnostik und Frühbehandlung.

Von Interesse sind die Unfälle während der Behandlung. Er rubriziert diese Fälle unter folgenden Kategorien: 1. Akk u-

mulierung des Mittels. Bei einem Falle trat der Tod nach der zweiten Injektion ein; im Gehirn wurde Arsenik nachgewiesen. 2. Eine Form von Anaphylaxie. 3. Schädigung der Nierenepithelien, dadurch Retention der Produkte des Metabolismus und der Urämie. Diese Gefahr kommt kaum in Frage. 4. Epileptiforme Anfälle. Beobachtet bei zwei Patienten, von denen der eine früher an Epilepsie litt, während bei dem anderen in der Familie Epilepsie bestand. 5. Stimulation der Spirochaeten. Hierher gehören die sog. Neurorezidive.

Fritz Juliusberg (Posen).

Gibbard, T. W. und Harrison, L. W. Die Behandlung der Syphilis in ihren frühen Stadien. The British Medical Journal. 1913. November 22. p. 1341.

Gibbard und Harrison halten es für notwendig, wenn irgend möglich, die Syphilis im frühen Primärstadium zu behandeln. Der Primäraffekt ist womöglich zu zerstören und der Patient hat eine energische Kur durchzumachen bestehend aus drei Salvarsan- und zehn Quecksilbereinspritzungen (die drei intravenösen Salvarsaneinspritzungen werden nach dem Schema der Autoren zu je 0·6 in 10 Wochen ausgeführt, zwischen der ersten und zweiten und der zweiten und dritten erfolgen je fünf Quecksilbereinspritzungen mit einem grauen Öl). Trotz solcher energischen Behandlung darf die weitere Beobachtung nicht vernachlässigt werden, um möglichst bald, sei es auf klinische Erscheinungen hin, sei es durch den Ausfall der Wassermannreaktion, festzustellen, ob die Krankheit ganz ausgerottet ist. Man soll dem Patienten gegenüber erst dann von Heilung sprechen, wenn er bei primären Fällen ein Jahr sowohl klinisch, wie nach dem Ausfalle der Wassermannreaktion nach Aussetzen der Behandlung symptomlos war; bei sekundären Fällen soll man ein gleiches Freibleiben von zwei Jahren verlangen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ehrlich, Paul. Über Chemotherapie. The British Medical Journal. 1913. August 16. p. 353.

Die vorliegende Arbeit stellt Ehrlichs Vortrag über Chemotherapie vom 17. internationalen medizinischen Kongreß zu London dar. Es ist überflüssig, darauf hinzuweisen, daß wir eine glänzende Übersicht der Ergebnisse des für die medizinische Wissenschaft überhaupt, speziell aber für die Syphilidologie so erfolgreichen großen Forschers vor uns haben, aus der es natürlich unmöglich ist, im Referat Teile hinwegzunehmen. Der Vortrag ist als Ganzes gedacht und kann, wie die Arbeiten Ehrlichs überhaupt, nur als ganzes in seiner Tiefe und Bedeutung verstanden werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Corlett, William Thomas. Zweiundeinhalb Jahre Erfahrung mit Salvarsan und Neosalvarsan. The Journal of the American Medical Association. 1913. Sept. 20. pag. 961.

Corlett beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich mit den Nebenwirkungen des Salvarsans, wobei er über vier eigene Beobachtungen, die übrigens günstig verliefen, berichtet. Die Unfälle nach Salvarsan kann man in drei Gruppen einteilen: 1. Fälle, wo kurz nach der Injektion die Symptome einer akuten Intoxikation auftreten und die Biopsie eine seröse Meningitis, häufig Veränderungen der Nieren und Leber, also Veränderungen, wie sie der experimentellen Arsenvergiftung eigen sind, ergibt. 2. Fälle, die zwei bis vier Tage später nervöse Paralyse, öfters Taubheit, Schwindel, Schwerhörigkeit und oft Bewußtseinslosigkeit, verursacht durch die Herxheimersche Reaktion, aufweisen. Diese Fälle sind erklärbar durch eine Abtötung der Spirochaeten mit folgendem Freiwerden der Toxine und folgendem Ödem der affizierten Partien. 3. Die sog. Neuroexzitationen und sog. Neurorezidive.

Der Autor ist der Ansicht, daß man sich trotzdem nicht vor dem Gebrauch des Salvarsans abschrecken lassen soll. Im Gegenteil, dieses Mittel ist, richtig angewendet, die wertvollste Waffe gegen die Spirochaeta pallida. Allerdings soll man die Fälle richtig auswählen und mit nicht zu großen Dosen beginnen. Man soll ferner auf die Reinheit und Sterilität des destillierten Wassers achten. Bei zephalischen Schankern soll man das Salvarsan nur mit Vorsicht gebrauchen. Zwischen dem alten Salvarsan und dem Neosalvarsan kann der Autor keinen Unterschied finden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Morris, Malcolm und *Mac Cormac*, Henry. Zwei Jahre Erfahrungen mit Salvarsan. The Lancet. 1913. Nov. 1. p. 1243.

Morris und *Mac Cormac* berichten über ihre Erfahrungen mit Salvarsan, die sich auf 500 Injektionen erstrecken; 350 wurden mit Salvarsan, 150 mit Neosalvarsan gemacht. Die Erfahrungen sind in therapeutischer Hinsicht günstige; auch was die Nebenwirkungen betrifft, handelte es sich bei dem Material der zwei Autoren nur um vorübergehende Erscheinungen. Die Autoren legen Wert auf eine Kombination des Salvarsans resp. Neosalvarsans mit einer Quecksilberbehandlung und auf eine möglichst energische Frühbehandlung der Syphilis.

Fritz Juliusberg (Posen).

Holt, L. E. und *Brow*, A. Resultate mit Salvarsan bei hereditärer Syphilis. American Journal of diseases of children. 1913. Sept. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1068.

Holt und Brown berichten über günstige Erfolge mit der Salvarsanbehandlung bei Syphilis hereditaria. Die Darreichung soll intravenös erfolgen. Die Behandlung soll mit Intervallen ein Jahr lang fortgesetzt werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Cockin, R. P. Die Behandlung der Yaws durch intramuskuläre Injektionen von Salvarsan. Bericht über 45 so behandelte Fälle aus dem Yawshospital, St. Georges, Grenada. The Lancet. 1913. Dezember 6. p. 1609.

Kurzer Bericht über 45 Fälle von Yaws, die Cockin intramuskulär nach der Taegeschens Methode behandelt hat. Die Patienten erhielten nur eine Injektion. Keine Nebenerscheinungen, außer Temperaturerhöhungen nach der Injektion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Rolleston, J. D. Der Wert des Salvarsans für die lokale Behandlung der Vincentschen Angina. Royal society of medicine. Clinical section. Okt. 10. 1913. The Lancet. 1913. Oktober 18. p. 1120.

Rolleston berichtet über die gute therapeutische Wirkung des Salvarsans in lokaler Applikation bei Angina Vincenti. Ein Glyzerintampon wurde in Salvarsan getaucht und eingerieben.

Fritz Juliusberg (Posen).

Tièche. Über zwei Fälle von Plaut-Vinzenzischer Stomatitis ulcerosa. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1913. Nr. 51. p. 1698.

Tièche hatte Gelegenheit 2 Fälle von Plaut-Vinzenzischer Erkrankung in seiner Praxis zu beobachten.

Im ersten Fall handelte es sich um ein polyzyklisch begrenztes, schmierig belegtes Ulkus, das sich vom Kieferwinkel auf die Wangenschleimhaut erstreckte. Länge des Ulkus ungefähr 3 cm, Breite 2 cm, Farbe gelbgrünlich. Daneben noch 2 kleinere Ulzera. Bei Berührung sind die Geschwüre weich, bluten sehr leicht, auf Druck sind sie kaum schmerzhaft. Keine Drüsenschwellungen. Wassermann negativ. Im Abstrich des Ulkus reichlich Plaut-Vinzenzische Bazillen in Spießform und Spirillen. Auf Neosalvarsan intravenös und lokal Heilung.

Der zweite Fall betraf ein 20jähriges Mädchen, das ein schmierig belegtes, auf die Wangenschleimhaut übergreifendes Ulkus am linken Kieferwinkel aufwies. Das Geschwür zeigte einen stark geröteten Hof, war polyzyklisch begrenzt, mit grau-grünem Eiter bedeckt, weich und blutete leicht bei Berührung. Drüsen am Unterkiefer geschwollen. Wassermann negativ. Auf Betupfen mit 3% H_2O_2 und 1% Salvarsanlösung Heilung.

Im Abstrich dieselben Spirillen wie oben und Bazillen in Spießform.

Beide Fälle standen unter Luesverdacht und der eine

wurde auch ohne Erfolg antiluetisch mit Hg behandelt. Tièche möchte mit dieser Mitteilung die Aufmerksamkeit der Praktiker im vermehrten Maße auf die Plaut-Vinzentsche Stomatitis lenken und hebt differentialdiagnostisch gegenüber Lues namentlich die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung hervor.

Max Winkler (Luzern.)

Collins, Joseph. Die moderne Behandlung der Tabes. Medical Record. 1913. Oktober 11. p. 645.

Collins gibt eine vorzüglich zusammenfassende Übersicht über die Heilmittel, die uns auf Grund der Arbeiten der letzten Jahre zur Behandlung der Tabes zu Gebote stehen. Im Mittelpunkt der Abhandlung steht die kausale Therapie, wobei die Bedeutung der Einführung des Salvarsans grade für die hier betrachtete Krankheit eine besondere Anerkennung findet. Weiter geht der Autor auf die symptomatische Therapie ein, um am Schlusse sich über den Behandlungsplan zu äußern. Die Arbeit beleuchtet das Thema der Therapie der Tabes von allen Seiten und läßt neben der klimatischen und diätetischen auch die psychische Behandlung nicht außer acht.

Fritz Juliusberg (Posen).

Jaworski. Über Tabes und ihre Behandlung. Gazette médicale de Paris. 1913. Nr. 216. p. 301.

Nach Verfasser gehören zur Tabes 1. eine irreparable Veränderung im Rückenmark und 2. ein peripherer Irritationszustand. Letzteren zum Verschwinden zu bringen, muß Hauptaufgabe der Therapie sein. Beim Manne bestehen vielfach Veränderungen in der Urethra (Strikturen, Zosteren); bei der Frau Strikturen oder Zoster im Rektum. Dilatation der Strikturen bessert den Gang, läßt die Krisen, den Romberg usw. verschwinden, wenn die Prozesse noch nicht allzu lange bestehen. Bei gastrischen Krisen handelt es sich meist um Duodenalgeschwüre.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Stevens, James H. Eine neue Salvarsannadel. Medical Record. 1913. September 6. p. 435.

Angabe einer neuen Nadel zur intravenösen Salvarsaninjektion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Ballenger, E. G. und Elder, O. F. Eine leichte Methode zur intravenösen Verabreichung von Salvarsan und Neosalvarsan. Medical Record. 1913. Sept. 20. pag. 527.

Angabe einer speziellen Spritze zu dem in der Überschrift angegebenen Zwecke.

Fritz Juliusberg (Posen).

Alexandrescu-Dersca. Über ein neues Verfahren der intravenösen Neosalvarsaninjektion. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 29.

Verf. injizierte Neosalvarsan, in 1—2 ccm Wasser gelöst, intravenös.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Obermiller. Arsen- und Salvarsanwirkung, ein Nachtrag zu meinen Arbeiten über die Nebenwirkungen des Salvarsans. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 44.

Nichts Neues.

Max Leibkind (Dresden).

Robertson, H. R. Studien über die Nekrosen nach Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen. The Journal of the American Medical Association. 1913. Nov. 8. p. 1698.

Robertson studierte die lokalen Veränderungen nach intramuskulären Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen an Hunden. Seine Ergebnisse sind folgende: 1. Die Veränderung besteht in Hämorrhagie und Nekrose mit Ödem und entwickelt sich fast unmittelbar nach der Injektion. Frühzeitig dringen Leukozyten in das Gewebe ein, um eine Zone um das nekrotische Gebiet zu bilden. 2. Salvarsan hinterläßt ein Depot von unlöslichem gelben Pigment, welches in jeder Hinsicht wie ein Fremdkörper wirkt. 3. In der Schwere der Veränderungen besteht zwischen Salvarsan und Neosalvarsan keine Differenz. Neosalvarsan gibt vielleicht eine ein wenig diffusere Zone von destruierender Entzündung. Reparative Prozesse beginnen in einer Woche, doch erfolgt die Absorption des nekrotischen Materials sehr langsam und ist erst nach wenigstens zwei Monaten erledigt. Der Autor verglich seine Resultate mit denen nach intramuskulärer Injektion von Quecksilberpräparaten und fand dabei ähnliche Veränderungen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Król, J. Ein merkwürdiger Todesfall nach Salvarsan. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 31.

Einem 59jährigen Tabiker, der 5 Injektionen in Salvarsan 0.4—0.6 im allgemeinen gut vertragen hatte, wird wieder 0.6 injiziert. Nach 15 Tagen stellt sich bei schwankendem Pulse eine Sugillation quer über dem Bauch und vom Nabel nach abwärts ein; zugleich blutige Infiltration der Haut. Nach weiteren 6 Tagen exitus.

Die Autopsie ergibt u. a. eine hyaline und hämorrhagische Degeneration des Musculus rectis Abdomin. Verf. faßt den exitus als eine Spätwirkung des Salvarsans auf, verursacht durch eine Herabsetzung der Ausscheidungsfähigkeit des Salvarsans von seite der Nieren. Ob dabei noch andere Ursachen eine Rolle spielen, läßt Verf. dahingestellt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hagerty, M. E. Ein Todesfall nach Neosalvarsan. The Journal of the American Medical Association. 1913. Okt. 4. p. 1294.

Hagertys Patient, ein 29jähriger Mann, hatte sich vor

5 Jahren syphilitisch infiziert und war zwei Jahre lang mit Quecksilber und Jodkali behandelt worden. Wegen Sehstörungen bekam er intravenös 0·6 Neosalvarsan, die gut vertragen worden. Besserung der Sehstörungen. Einige Wochen später erfolgte eine zweite Neosalvarsaninjektion, wieder 0·6 intravenös. Eine halbe Stunde später traten Konvulsionen auf. Nach vorübergehender Besserung erfolgte ganz plötzlich der Exitus. Die anatomische Diagnose lautete: Ödem und Kongestion der Lungen; kleiner Infarkt im rechten Unterlappen; akute Gastritis; Ödem und Kongestion des Gehirns; akute Kongestion aller parenchymatösen Organe und Drüsen ohne Ausführungsgang. Als Todesursache wurde eine akute Arsenikvergiftung angenommen. Hagerty bemerkt, daß sein Todesfall identisch ist mit den von Wechselmann und Swift mitgeteilten Todesfällen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Schmorl, G. Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsaninjektionen. Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde in Dresden. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 30.

Verf. berichtet über zwei unter den Erscheinungen einer Encephalitis haemorrhagica zugrunde gegangene, mit Salvarsan behandelte Fälle. Er hält die Gehirnveränderungen für Folgeerscheinungen des Arsens.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Heidingsfeld, M. L. Rückfälle nach Salvarsanbehandlung und ihre Behandlung. Eine serologische Studie über 651 Fälle, 952 intravenöse Injektionen und 3304 Untersuchungen nach Wassermann. The Journal of the American Medical Association. 1913. Nov. 1. p. 1598.

Heidingsfeld schlägt vor, das Salvarsan nicht in wiederholten kleinen Dosen, sondern in wenigen großen Dosen zu verabreichen. Er nimmt zur ersten Injektion in der Regel 0·6 Salvarsan, resp. 0·9 Neosalvarsan. Er hatte bei 103 seiner Fälle, bei 23%, Rückfälle, wozu auch das Positivbleiben der Wassermannreaktion gehört.

Fritz Juliusberg (Posen).

Barladean, A. G. Methoden der Wasserdestillation. Münch. mediz. Wochenschr. 1913. Nr. 29.

In dieser Arbeit beschäftigt sich Verf. mit der auch für die Salvarsanbehandlung wichtige Frage, wie man das reinste destillierte Wasser bekommt. Sie enthält eine Reihe technischer Vorschläge, die im Original nachgelesen werden mögen, da sie sich zu einem kurzen Referat nicht eignen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Ravaut, P. Die Ausschaltung des Wasserfehlers durch konzentrierte Lösungen von Neosalvarsans. Presse méd. 1913. Nr. 87.

Ravauts konzentrierte Lösungen von Neosalvarsan (in 5—8 ccm Aq. dest.) sind nicht nur isoton, sondern auch sonst ganz unschädlich, selbst wenn man ganz altes, seit Monaten im Brutofen bei 37·5° gehaltenes Wasser dazu verwendet. Fieber tritt nur nach der ersten Injektion bei bisher unbehandelter Lues recens auf, und zwar hier regelmäßig, nach späteren Injektionen als Ausnahme nur bei nervöser Intoleranz infolge schon vorhandener Läsionen in Hirn und Meningen. Erst nach Ablauf dieser Reaktion darf die Einspritzung wiederholt werden, am besten mit schwächerer Dosis, und wenn auch diese Fieber hervorruft, rät Ravaut auf Neosalvarsan zu verzichten und mit Hg weiter zu behandeln.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Loewy, A. und Wechselmann, W. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung intravenöser Salvarsaninjektionen auf die Funktion der Nieren, insbesondere bei bestehender Quecksilberintoxikation. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 29.

Nach Salvarsaninjektionen wird die wasserabscheidende Kraft der Nieren insofern geschädigt, als die Harnmenge sinkt. Dazu sind relativ große Mengen Salvarsan erforderlich. Bei sublimatvergifteten Tieren kommt es schon bei viel kleineren Dosen Salvarsan schnell zu Anurie. Die Versuche haben weiter gelehrt, daß trotz dieser Veränderung der Diurese ein eiweißfreier Harn abgesondert werden kann.

Max Leibkind (Dresden).

Lier, Wilhelm. Über Abortivbehandlung der Syphilis. Deutsche med. Woch. Nr. 46. 1913.

Die an einem reichhaltigen Material gesammelten Erfahrungen Liers führten zu dem Schlusse, daß jeder Fall primärer Lues sofort mit breiter Exzision oder radikaler Zerstörung der Sklerose und kombinierter Salvarsan-Hg-Kur behandelt werden müsse. Die Behandlung ist fortzusetzen, bis die klinischen Symptome verschwinden und die W. R. negativ wird. Bedenken gegen diese Abortivbehandlung sind durch gleichzeitige und wiederholte Liquoruntersuchungen und genaue klinische und serologische Beobachtung des Patienten zu beseitigen.

Max Joseph (Berlin).

Jeanselme, Vernes, Bertram und R., Bloch, Marzell. Die Verteilung des Arsens in den Viszeralorganen nach Injektionen von 606. Presse méd. 1913. Nr. 86.

Die Verf. berichten über Untersuchungen an 3 Salvarsan-behandelten, später an interkurrenten Krankheiten verstorbenen Personen. As. wird vorzugsweise in Milz, Leber, Nervensystem und Lungen fixiert, aber in verschiedenen, z. T. direkt entgegengesetzten Mengen. Weshalb bald dieses, bald jenes Organ

Hauptablagerungsstelle geworden war, ließ sich nicht feststellen. Die Verteilung im Organismus scheint der Zufall zu entscheiden. Nur dann, wenn die Eliminationskraft der Nieren beeinträchtigt ist, dürfte stets eine stärkere Fixation in diesen stattfinden. A priori ist dies anzunehmen, und der Befund im dritten Falle der Verf. (Nephrit. interstitial.) bestätigte die Annahme.

F. Münchheimer (Wiesbaden.)

Frühwald, R. Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 39.

Der Autor tritt an der Hand einschlägiger Beobachtungen bei der Salvarsanabortivbehandlung für die Exzision der Sklerose ein, selbst wenn die Infektion schon 5–6 Wochen zurückliegt.

Viktor Bandler (Prag).

Eischl, F. Über die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochaetenherde gegenüber kombinierter Luesbehandlung. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 37.

Zur Zeit der intensivsten Quecksilber- und Salvarsanwirkung kann eine Aussaat des Virus aus zurückbleibenden Spirochaetennestern in den Organismus nicht erfolgen und erst zu einer Zeit, in der das Hg und Salvarsan aus dem Organismus wieder ausgeschieden ist, dürfte eine Vermehrung der Spirochaeten in loco und eine Ausschwemmung derselben stattfinden. Daraus ergibt sich die berechtigte Forderung, möglichst frühzeitig in jenen Fällen die Sklerose zu entfernen, bei denen der Krankheitsprozeß noch nicht zu einer Propagation des Virus im Körper geführt hat.

Viktor Bandler (Prag).

Buettner, W. Aktivitätsveränderungen und entsprechende Aviditätsschwankungen desluetischen Virus gegenüber antisyphilitischen Mitteln. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 34.

Der Autor bespricht in dieser ausführlichen Arbeit von den Aktivitätsschwankungen gewisse Erscheinungen einer Vermehrung der Aktivität durch Reizung der Spirochaeten, weiters die Aviditätsschwankungen des Virus gegenüber antisyphilitischen Mitteln unter der Auffassung derselben als einer Teilerscheinung der Aktivitätsveränderungen. Dem Autor scheint es, daß bis zu einem gewissen Grade ein Parallelismus zwischen Aktivität des Virus und Avidität zu den antisyphilitischen Mitteln besteht, derart, daß die Bindung des Antisyphilitikums an die Spirochaeten im aktiven Stadium derselben im floriden Stadium, leichter und besser zustande kommt, als im inaktiven Stadium des Kontagiums, in der Latenz der Erkrankung. Für diesen Parallelismus spricht 1. das Faktum, daß das Optimum der Heilwirkung der Antisyphilitika im Stadium der floriden Syphilis liegt. 2. Die Tatsache, daß leichte Syphilis nicht entsprechend leicht durch Antisyphilitika zur Ausheilung gebracht wird. 3.

Die Tatsache, daß eine Heilung durch das Antisyphilitikum eher in einer früheren als einer späteren Zeitperiode der Lues erreicht wird. Auf Grund dieser Annahme macht der Autor weiter therapeutische Vorschläge für die Spätsyphilis, die im Original nachgelesen werden müssen.

Viktor Bandler (Prag).

Grünberg, Julius. Beitrag zur Behandlung der Lues mittelst Aurum calium cyanatum. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 31.

4 Fälle, intravenös behandelt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Uhlenhuth, P. und Hügel, G. Weitere Mitteilungen über die chemotherapeutische Wirkung neuer Antimonpräparate bei Spirochaeten- und Trypanosomenkrankheiten. Dtsch. med. Woch. 1913. Nr. 50.

Ihre früheren Untersuchungen setzten Uhlenhuth und Hügel mit dem Bestreben fort, durch Modifikation der Moleküle ungiftigere und dabei wirksamere Präparate herzustellen, sodann Arsen und Quecksilber zu kombinieren und die Wirkung der aliphatischen Antimonverbindungen zu beobachten. Unter den organischen Antimonpräparaten erwiesen sich bei Hühnerspirillose wirksam: das azetyl-p-aminophenylstibinsäure Natrium, das p-urethanophenylstibinsäure Natrium, das m-amino-p-urethanophenylstibinsäure Natrium, das m,m'-diamino-p-oxy-arsenostibiobenzol und das m,m'-diamino-p-oxy-p-chlorarsenstibiobenzoldichlorhydrat. Die 3 ersten Präparate heilten experimentelle Kaninchensyphilis, das erste und dritte beeinflussten auch menschliche Lues günstig, wenn auch nicht so stark wie die Quecksilberpräparate. Bei experimenteller Dourine der Mäuse wirkten günstig das benzolsulfon-p-aminophenylstibinsäure Natron, das p-anisylstibinsäure Natron, das m,m'-Diamino-p-oxy-p'-chlorarsenostibiobenzolchlorhydrat, bei Nagana war besonders wirksam das azetyl-p-amidophenylstibinsäure Natron. Die anorganischen Antimonpräparate Stibium arsenicosum, kolloidales Antimon und Sb(OH)₃ waren wirksam bei Mäusedourine, aber unwirksam bei Hühnerspirillose.

Max Joseph (Berlin).

Buchtala, H. und Matzenauer, R. Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis und Gonorrhoeetherapie. Wiener med. Wochenschr. 1913. Nr. 38 und 39.

Tyrosin gibt mit Hg eine Verbindung, deren schwach alkalische Lösung alle Eigenschaften des Mediums, in dem sie bei der therapeutischen Anwendung zirkulieren soll, in sich vereinigt. Die interne Darreichung des Merlusans bewirkt eine ebenso energische Merkurialisierung, als bisher durch Injektions- und Inunktionskuren erreicht wurde; dabei verursacht das

Merlusan keine Verdauungsbeschwerden. Auch zur Gonorrhoe-therapie in Form von Einspritzungen und Bougies hat Matzenauer das Merlusan mit Erfolg verwendet.

Viktor Bandler (Prag).

Mc. Donagh, J. E. R. Antimon bei Syphilis. The British Medical Journal. 1913. Dezember 6. p. 1512.

Im Anschluß an Bemerkungen über seine Erfahrungen mit Tsuzukis Antiluetin bei Syphilis, kommt Mc. Donagh zum Schlusse, daß die Antimonsalze wohl zwischen der übrigen Therapie bei Syphilis anzuwenden seien, aber ihre Wirkung nicht der der Arsensalze gliche. Wahrscheinlich stellt die Weinsteinsäure beim Antiluetin nur das Vehikel dar, welches das Metall an den Ort seiner Bestimmung führt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Roth, Alfred. Merlusan, ein neues Antisyphilitikum. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 48.

Das von Buchtala und Matzenauer hergestellte Quecksilbereiweißpräparat wurde in 20 verschiedenen Luesfällen mit sehr gutem Erfolge angewendet. Während der Behandlung zeigen sich in den seltensten Fällen Magen- oder Darmstörungen.

Autoreferat.

Salomonski, M. Über Erfahrung mit Embarin. Deutsche med. Woch. Nr. 36. 1913.

32 Fälle von Lues verschiedener Stadien behandelte Salomonski mit täglichen, im ganzen 20 Injektionen von Embarin. Die Symptome veränderten sich in der ersten Woche wenig, dann aber zeigte sich eine deutliche Rückbildung. Ein Patient mit chronischer Nephritis, bei welchem Neosalvarsan schwere Erscheinungen hervorgerufen hatte, vertrug Embarin ausgezeichnet und zeigte bald eine Umwandlung der positiven in negative W.R. 5 mal indessen lag eine Idiosynkrasie gegen das Mittel vor, welche sich in Magendarmstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen und Pulsunregelmäßigkeiten äußerte.

Max Joseph (Berlin).

v. Planner, Richard. Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis. Deutsche med. Woch. 1913. Nr. 40.

In 34 Fällen von Syphilis erprobte v. Planner das Embarin als ein wirksames Quecksilberpräparat. Einige Fälle reagierten auf die Injektionen des löslichen Präparats zwar mit Temperatursteigerungen, doch wurde das Mittel örtlich gut vertragen. Bei schwächeren Personen vermeide man zu große Dosen, ebenso ist bei metaluetischen Prozessen des Gehirns und Rückenmarks Vorsicht geboten. Die in den Handel gebrachten Phiolen enthalten 0.36 Hg.

Max Joseph (Berlin).

Castorina, R. Eine sonderbare kurative Insuffizienz des Quecksilbers. Gazz. d. Osp. e d. Clin. 1913. Nr. 89.

Castorina beschreibt einen sehr interessanten Fall sekundärer Lues, bei dem Hg in der verschiedensten Form (Sublimat-, Hg salic.-, Kalomelinjektionen) nicht nur keinen heilenden Einfluß ausübte, sondern auf die bestehenden Manifestationen (Syphilom, Exanthem, Schleimhautpapeln) die ungünstigste Wirkung hatte. Zu zwei verschiedenen Zeiten wurde die Hg-Kur versucht, und beide Male sah man eine Rekrudescenz und Verschlimmerung der syphilitischen Läsionen. Dabei bestand keine Idiosynkrasie oder Intoleranz dem Hg gegenüber, der Ernährungszustand wurde nicht alteriert, es traten weder Albuminurie, Erythrodermien, Enterokolitis noch andere Störungen auf. Medikamentöse Anaphylaxie im Sinne *Richets* war auszuschließen.

Wie kann man die Verschlimmerung der luetischen Manifestationen während der Hg-Kur erklären? Wie kann man es erklären, daß während dreier Monate, in denen der Kranke überhaupt keine Kur machte, die Manifestationen schwächer wurden und keine neuen auftraten, während das umgekehrte der Fall war, sobald die Hg-Kur wieder aufgenommen wurde?

A. glaubt in diesem Falle dem Hg nicht nur eine ungenügende Heilwirkung, sondern sogar eine toxische, deletäre Wirkung zuschreiben zu müssen. J. Ullmann (Rom).

Lasarew. Wird das zu therapeutischen Zwecken in den Organismus eingeführte Quecksilber in die Zerebrospinalflüssigkeit abgeschieden? D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. XLV. Bd. 3. Heft.

Die Untersuchungen *Lasarew* führen zu dem Ergebnis, daß das Hydr. — gleichgültig in welcher Form eingeführt — nicht in die Zerebrospinalflüssigkeit selbst übergeht. Hieraus folgert *Lasarew*, daß die klinisch beobachtete Besserung der Lues des Nervensystems nur auf die Hg-Wirkung durch das Blut bezogen werden kann. In welcher Form das Quecksilber aber im Blute zirkuliert und wie seine Einwirkung auf die syphilitischen Krankheitsprodukte zustande kommt, sei gegenwärtig noch nicht ganz klargestellt. Die alte Ansicht, daß alle Hg-Verbindungen im Organismus in Quecksilberalbuminate umgewandelt werden, bestehe neben der neuesten Anschauung, der zufolge als im Organismus wirksames Prinzip nicht die Albuminate, sondern die freien Ionen des Quecksilbers erscheinen. Nach *Neuberg* (Ther. Monatsh. 1908) hänge der Unterschied in der Wirkung des Präparates von der Schnelligkeit seines Eintritts in den Blutstrom ab, und besonders auch von der Schnelligkeit, mit der der Zerfall der Verbindung

in die sie bildenden Ionen erreicht wird, wobei aktive Hydr.-Ionen frei werden.

Fritz Callomon (Bromberg).

Hahn, Berno und *Kostenbader*. Beitrag zur Erklärung der Wirkungsweise des Quecksilbers bei den Spirillosen. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 47.

Ein organisches Präparat, Fluoreszinquecksilber, das bei Hühnerspirillose und menschlicher Syphilis äußerst wirksam ist, konnte weder direkt in vitro noch nach 1stündiger Tierpassage Hühnerspirillen nachweisbar zu schädigen. Das Hg ist also nicht parasitotrop. Vielmehr konnte weiterhin nachgewiesen werden, daß das Hg den hämolytischen Titer des Kaninchen-serums gegen Hammelblut zu steigern imstande ist, aber nur bei kleineren Dosen, während bei größeren Dosen eine Lähmung der Schutzkräfte eintritt.

Max Leibkind (Dresden).

Wolfenstein, W. Die Gefahren der Quecksilberkuren und ihre Verhütung, nebst einem Falle von merkurieller Scheidengangrän. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 41.

Bei einer sekundär-syphilitischen Patientin entsteht auf mäßige Dosen Hg zunächst eine Stomatitis, nach 2 Wochen eine Gangrän der Scheide, die sich im Verlauf mehrerer Wochen unter Fieber in jauchigen Massen abstößt und unter starker Schrumpfung des Vaginalrohres ausheilt.

Max Leibkind (Dresden).

Ercoli, O. Beitrag zur Jodtherapie der Syphilis. Tommasi. 1913. Nr. 9.

Ercoli hat 13 Fälle von Syphilis mit Sajodin behandelt und kommt zu dem Schlusse, daß dieses Präparat ein ausgezeichnetes Mittel zur Einführung von Jod in den Organismus ist. Obschon es dieselbe Wirksamkeit hat wie die Jodalkalien, ist es diesen vorzuziehen wegen der Leichtigkeit der Anwendung und weil es keine Intoleranzerscheinungen hervorruft. Es ist den anderen organischen Jodpräparaten wegen seiner Aktivität und größeren Verträglichkeit vorzuziehen. Es ist das Präparat der Wahl in Fällen von Intoleranz den Jodalkalien gegenüber. Es ist auch bei Kindern und Säuglingen, denen Jod verabreicht werden soll, am meisten von allen Jodpräparaten indiziert.

J. Ullmann (Rom).

Hochstätter, Julius. Die perkutane Anwendung des Lipojodins. Gyogyát. Nr. 44.

Als Vehikulum wurde Vasogen benützt, in welchem sich das Lipojodin sehr gut löst. Das Lipojodinasogen wurde bei Strumen, Favus, Eczema scroti mit gutem Erfolge angewendet.

Alfred Roth (Budapest).

Lesser, Fritz. Über den Nachweis von Jod im Harn. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 44.

Man verrührt mit einem Streichholz ein paar Tropfen Harn auf einem Objektträger mit Kalomel. Bei Jodanwesenheit Gelbfärbung durch Bildung von Jodquecksilber.

Max Leibkind (Dresden).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Stroink, Hans. Über akute nicht gonorrhoeische Orchitiden und Epididymitiden mit Berücksichtigung bakteriologischer Untersuchungen. Dtsch. med. Woch. Nr. 32. 1913.

In den 4 Fällen von Orchiepididymitiden, welche *Stroink* behandelte, lagen der Erkrankung Verletzung durch Quetschung, durch Fremdkörper in der Urethra oder Überimpfung von einer Ohrenentzündung zu grunde, oder eine Parotitis ging voran. In einem Falle, bei dem aber eine frühere Gonorrhoe nicht so völlig ausgeschlossen war, wie bei den anderen drei, soll die Hodenentzündung regelmäßig wiedergekehrt sein. Durch Punktion und Kulturverfahren gelang es stets den Erreger festzustellen. In 2 Fällen war dies der *Staphylococcus pyocyaneus aureus*, andere Male der *Bacillus fluorescens non liquefaciens*, dessen menschenpathogene Eigenschaft hier zum ersten Male festgestellt wurde. Die Therapie bestand in Applikation von Eis, feuchten oder heißen Umschlägen.

Max Joseph (Berlin).

Stein, John Bethune. Die autoritative Diagnose der gonorrhoeischen Stomatitis. Medical Record. 1913. August 9. pag. 242.

Stein betont in der vorliegenden Arbeit, ohne neue Kasuistik zu bringen, die Schwierigkeit der Feststellung, ob eine Stomatitis auf gonorrhoeischer Basis beruht. Zum Beweise, wie schwierig es ist, die verschiedenen gonokokkenähnlichen Diplokokken auseinanderzuhalten, teilt er in Tabellenform die Eigenschaften verschiedener Diplokokken mit. Um bei einer Stomatitis die gonorrhoeische Ätiologie sicher zu stellen, müssen nicht bloß die verschiedenen färberischen, morphologischen und bekannten kulturellen Eigenschaften der in Betracht kommenden Diplokokken sicher konstatiert sein, sondern es müssen auch die von Lingelsheim'schen Nährböden verwendet werden.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mc. Crae, Thomas. Die entfernteren Wirkungen bei Erkrankungen der Prostata und der hinteren Urethra. The Journal of the American Medical Association. 1913. August 16. pag. 477.

Mc. Crae kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: Die Häufigkeit, mit der Veränderungen an der Pro-

stata und der hinteren Urethra die Ursache sind für anderweitige Krankheitserscheinungen, macht eine sorgfältigere Untersuchung dieser Gegend notwendig. Eine sorgfältige Anamnese läßt eventuell funktionelle Störungen ausschließen; die Untersuchung läßt eine organische Veränderung feststellen. Gestörte Zustände am Verumontanum werden oft durch die Krankengeschichte nahegelegt, während die Feststellung einer Prostataerkrankung in der Regel nicht schwierig ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Eckels, L. S. Epididymotomie, die radikale operative Behandlung der Epididymitis. The Journal of the American Medical Association. 1913. August 16. p. 470.

Eckels empfiehlt für jeden Fall von gonorrhöischer Epididymitis die Ausführung der Epididymotomie. Die Operation wird in Allgemeinnarkose ausgeführt. Desinfektion des Operationsfeldes mit 2—3%iger alkoholischer Jodlösung. Inzision über dem prominentesten Teil der Schwellung. Dann wird die Tunica vaginalis gespalten, um den Flüssigkeitserguß herauszulassen. Wiederholte Punktur des entzündeten Teiles der Epididymis. Die Operation hat folgende Vorteile: 1. Der Schmerz läßt augenblicklich nach. 2. Die interne Darreichung von Sedativen und Opiaten und äußere Behandlung ist überflüssig. 3. Das Fieber geht in 24—48 Stunden herunter. 4. Eiter- und Abszeßbildung findet nicht statt. 5. Schwellung, Empfindlichkeit und andere Erscheinungen verschwinden schnell. 6. Es treten keine Rezidive ein. 7. Der Patient wird in seinem Berufe am wenigsten gestört. 8. Der Krankheit folgt wahrscheinlich in geringerem Prozentsatz Sterilität.

Fritz Juliusberg (Posen).

Pickin, F. H. Eine Methode zur Untersuchung der Gonorrhoe des Mannes, als Führer der Behandlung. The Lancet. 1913. Juli 12. pag. 76.

Beschreibung der alten Zweigläserprobe und Ausspülung der Anterior, nichts Neues. Fritz Juliusberg (Posen).

Mc. Call, A. Die Phylakogenbehandlung der chronischen, gonorrhöischen und rheumatischen Zustände. The Lancet. 1913. August 9. pag. 432.

Kurze Bemerkung über erfolgreiche Phylakogenbehandlung in den in der Überschrift angegebenen Fällen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Gill, A. W. Akute Endokarditis, als Folge von Gonorrhoe. The British Medical Journal. 1913. Juli 12. pag. 68.

Der Fall Gills enthält nur kurze Angaben über den wichtigen Fall. Der Patient hatte sich Ende 1912 gonorrhöisch infiziert, er wurde mit Zincum sulf., Aluminium sulf. und

Kalium permanganicum behandelt und anscheinend geheilt. Einige Wochen später entstand eine akute Endokarditis, die tödlich endigte. Fritz Juliusberg (Posen).

Couveilhier, Louis. Behandlung der Komplikationen der Blennorrhagie mittels der Besredkaschen Methode der sensibilisierten Virusimpfstoffe. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 32.

Nach Analogie der von Besredka angegebenen sensibilisierten Virus-Vakzine bei Typhus, Cholera, Pest hat Verf. die Methode auf den Gonokokkus angewandt. Er hat mit derselben ausgezeichnete Resultate nicht nur bei Epididymitis, sondern auch bei Metritis und Salpingitis gonorrh., ferner auch bei Gelenkerkrankungen zu verzeichnen.

Max Leibkind (Dresden).

Bredfeld, E. Über durch Gonorrhoe und Lues bedingte Erkrankungen der Zirkulationsorgane. Med. Kl. Nr. 36.

Bei der Gonorrhoe können zwei Formen von Endokarditis vorkommen.

a) Leichtere Formen: Bei Tripperrheumatismus kommt es zur Störung der Herztätigkeit, Herzklopfen, Druckgefühl; auskultatorisch ist ein leichtes Geräusch meist über der Mitralis festzustellen. Ausgang in Genesung nach einigen Tagen oder in bleibendem Klappenfehler.

b) Schwerere Formen: Beginn mit Schüttelfrost, Dyspnoe, starke unregelmäßige Herzaktion; im Urin Albumen und Blut. Geräusche sind vorhanden meist an der Aorta; Herzdämpfung vergrößert. Ausgang in Klappenfehler oder letal infolge von Myokarditis oder Embolie.

Diagnose: Gonokokkennachweis im Blute.

Therapie: Die der gewöhnlichen Endokarditis; nach Dieulafoy durch Gonokokkenvakzine; intravenöse Kollargol-injektionen.

Perikarditis: Meist bei Endokarditis; sonst leichter Natur. Diagnose und Therapie wie bei jeder anderen Perikarditis.

Phlebitis: Sie entsteht meist im Anschluß an eine gonorrhoeische Arthritis unter Fieber; Schmerzen und ödematöse Schwellung der Extremität; oft Rezidive; meist Genesung; Exitus durch losgelösten Embolus.

Therapie: Ruhigstellung und Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

Bei Lues sind Erkrankung der Gefäße und des Herzens häufiger; meist im Spätstadium. Diagnose: Durch Anamnese positive Wassermannsche Reaktion, eventuell gleichzeitiges Vorhandensein metasypilitischer Nervenerkrankungen.

Therapie: Jod in Kombination mit Hg; bei Salvarsan fehlen noch genügend Erfahrungen (doch von vielen Seiten wird es in kleinen Dosen empfohlen. Refer.).

Myokarditis: Störung der Herztätigkeit; Abnahme der Herzkraft.

Gefäßkrankung bei Lues: Aorten aneurysma (Wassermann +); ebenso Aorteninsuffizienz oft syphilitischen Ursprungs; auch die Endarteriitis der Koronargefäße zeigt eineluetische Anamnese. Die Erscheinungen dieser Herz- und Gefäßkrankungen unterscheiden sich nicht von denselben Erkrankungen anderen Ursprungs.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Broadman. Die Notwendigkeit des Mikroskops bei der Behandlung von gonorrhöischer Urethritis und Prostatitis. New-York medical journal. Vol. 98. Nr. 1.

Nichts Neues.

Salzmann (Breslau).

Bonnamour. Über die Wrightsche Vakzine-therapie in der Behandlung des gonorrhöischen Rheumatismus. Revue internationale de Médecine et de Chirurgie. 1912. Nr. 19.

Kurze Zusammenfassung von Resultaten bei Behandlung mit Wrightschem Serum und Mitteilung eines Falles, bei dem durch Antimeningokokkenserum Besserung einer gonorrhöischen Gelenkerkrankung erzielt wurde.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Bruck, B. und Sommer, A. Über diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 22.

Verf. verwendeten zuerst 0·5, später 0·1 Arthigon mit steriler physiologischer Kochsalzlösung intravenös (mittels Staunungsbinde in die Kubitalvene injiziert) und erzielten bemerkenswerte, diagnostische Resultate.

Bei 18 nie gonorrhöisch erkrankten Männern trat zwar eine Temperatursteigerung auf, die aber nie über 1·5° hinausging. Anders bei 28 Männern mit noch bestehenden gonorrhöischen Prozessen. Hier entstand mit sehr wenig Ausnahmen eine Temperatursteigerung, die um so regelmäßiger und höher einzutreten scheint, je mehr Komplikationen der Krankheitsprozeß gesetzt hat. Die fieberhafte Reaktion verläuft im allgemeinen so, daß die Temperatur am ersten Tage rasch ansteigend ein Maximum erreicht, dann absinkt, um später nochmals anzusteigen. („Doppelzacke.“)

Nicht weniger bemerkenswert als die diagnostischen Resultate sind die therapeutischen Erfolge der Methode, die übrigens als absolut unschädlich von den Autoren bezeichnet wird.

0·1, dann 0·2 und sofort bis 0·5 wurde je nach der Reak-

tion in 3—4tägigen Intervallen injiziert. Je kräftiger die Reaktion, um so sicherer war der therapeutische Effekt (Höchstzahl 6 Injektionen). Fieber bildete keine Kontraindikation. Behandelt wurden 19 Fälle.

Bei Epididymitis und Arthritis schien der Erfolg noch deutlicher zu sein als nach intramuskulären Einspritzungen.

Verf. berichten nun noch ausführlich über mehrere Fälle, mit Prostatitis kompliziert, bei denen die Einwirkung auf die Gl. der Urethra ganz auffallend günstig war. Reine Urethralprozesse wurden nicht beeinflusst. „Nur in gonorrhoeischen Komplikationsfällen, nicht aber bei einfachen Urethralprozessen scheint das injizierte Antigen eine genügend breite Angriffsfläche bei spezifischen Rezeptoren zu finden.“ So erklärt sich das Verschwinden auch der Urethralgonokokken bei Prostataerkrankung.

Die interessanten und für die Gonorrhoeidiagnostik und Therapie gleich wertvollen Resultate fordern zu weiterer Nachprüfung auf. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Freund, E. Erfahrungen mit Arthigon bei den Komplikationen der Gonorrhoe. Wiener medizinische Wochenschr. 1913. Nr. 25.

Die Erfahrungen Freunds besagen: Das Arthigon ist ein spezifisches Mittel und kann in gewissen zweifelhaften Fällen in diagnostischer Hinsicht wertvolle Dienste leisten. Es ist vollkommen unschädlich und ist in therapeutischer Hinsicht von großem Werte bei Epidid. gon. acuta, Arthrit. gon. ac. und bisweilen bei Prost. gon. ac. Viktor Bandler (Prag).

Menzer, A. Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine. Med. Kl. Nr. 33.

Die intravenöse Injektion von Gonokokkenvakzine wurde zuerst von Bruck und Sommer angegeben sowohl zu therapeutischen wie auch zu diagnostischen Zwecken. Nach der Injektion traten meist leichte Schüttelfröste, schnelle Temperaturanstiege, Kopfschmerzen auf. Diesen Unbequemlichkeiten stehen nach M. keine größeren therapeutischen Erfolge gegenüber, als wie sie bei der subkutanen Injektion erzielt werden. M. gibt dann eine Erklärung der Wirkungsweise der Gonokokkenvakzine auf die gonorrhoeischen Herde, die er vergleicht mit der Wirkung des Tuberkulins bei der Tuberkulose. Die Vakzine erregt in den erkrankten Partien eine reaktive Entzündung, wodurch es anfangs zu einer Schwellung und vermehrter Eitersekretion kommt; es findet eine Ausschwemmung von Leukozyten und Gonokokken statt. Da aber alles dieses auch durch die intramuskuläre oder subkutane Injektion erzielt werden kann, so sieht M. keinen Grund ein, die Vakzinebehandlung durch die intravenöse Anwendung schwieriger zu gestalten. M. vertritt die Ansicht,

daß man die akute Gonorrhoe mit der Vakzination behandeln soll, denn wenn sie auch die Gonokokken nicht schneller zum Verschwinden bringen kann, als die üblichen Behandlungsmethoden, so wird doch durch die Bettruhe und die nachfolgenden Spülungen eine gründlichere Ausheilung bewirkt, als mit den früheren Methoden. (Diese Behandlung wird wohl daran scheitern müssen, daß es schwer fallen wird, jedem Patienten mit akuter Gonorrhoe Bettruhe anzuordnen. Ref.)

Ludwig Zweig (Dortmund).

Fritsch, Gustav. Hexal als Sedativum. Deutsche med. Woch. Nr. 28. 1913.

Das Hexal, welches Fritsch mit Yoghurt verbunden anwandte, übte eine angenehme, sedative Wirkung auf die Blasenfunktion aus. Der lästige Harndrang hörte auf und der Patient hatte die Blasenmuskulatur wieder mehr in willkürlicher Gewalt. Verf. stellte daneben die starke, diuretische Wirkung von Fruchtsäften fest und äußert die Meinung, daß das Hexal nicht ohne Einfluß auf die Wirkung gewisser Diuretika sei.

Max Joseph (Berlin).

Walker, Thomson. Über Harnantiseptika. British Medical Association. 1913. Section of Pharmacology. The British Medical Journal. 1913. September 13. pag. 654.

Walker kommt in seinen Ausführungen über Harnantiseptika zu folgenden Schlüssen: 1. Die wirksamste Behandlung der akuten reinen *Bacillus coli*-Infektion ist es zunächst das Gift durch Alkalien zu neutralisieren, dann den Urin sauer zu machen und Harnantiseptika in progressiven Dosen zu geben. 2. Bei subakuten und chronischen Fällen richtet sich die Wahl der Mittel nach der Reaktion des Urins. Ist der Urin sauer, so soll man Urotropin allein geben; ist er alkalisch oder neutral, so soll man Urotropin mit Natriumphosphat oder Ammoniumbenzeat kombinieren. 3. Bei persistierender Infektion soll man die Urotropindose erhöhen, bis Formaldehydreizungsercheinungen auftreten. 4. Die Rimini-Burnam-Probe soll man bei jedem Fall anwenden, wo man Urotropin oder ein anderes Formaldehyd produzierendes Mittel gibt. Ohne diese Probe weiß der Arzt gar nicht, ob Formaldehyd frei geworden ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Jordan, Anson. Über Harnantiseptika. The British Medical Journal. 1913. September 13. pag. 648.

Jordan kommt auf Grund seiner eingehenden Studien über die Harnantiseptika zu folgenden Schlüssen: 1. Die Azidität des Urins wird durch Natriumphosphat auf mehr als das Doppelte erhöht, in geringerer Weise durch Benzoate. Durch große Dosen von Zitraten wird er leicht alkalisch gemacht. 2. Fäulnis des Urins und das Wachstum des *Staphylokokkus*

wird unterstützt durch Alkaleszenz und verzögert durch Azidität, im Verhältnis zu dem Grade derselben. Das umgekehrte ist der Fall beim *B. coli*, doch nur bis zu einem gewissen Grade; er wächst üppig sowohl im saueren, wie im alkalischen Urin. 3. Hexamethylentetramin ist selbst kein Antiseptikum, aber es wirkt als solches, indem es Formaldehyd im Urin produziert. Dieses findet nur im saueren Urin statt und das Mittel ist im alkalischen Urin wertlos. Der Grad der antiseptischen Kraft ist proportional der Azidität und, wo diese normal oder erhöht ist, ist das Mittel wirksamer als die anderen Harnantiseptika. Trotz des unzweifelhaft differenten Verhaltens im Reagenzglas, spricht nichts dafür, daß das Helmitol im Urin anders wirkt, als das Hexamethylentetramin und dasselbe gilt für das Zitramin, das Hetralin und das Zystopurin. 4. Sandelholzöl ist ein schlechtes allgemeines Antiseptikum, aber es scheint eine spezifische Wirkung auf den Staphylokokkus auszuüben, vielleicht auf die Kokken im allgemeinen. Es ist von einigem Wert bei alkalischem Urin. 5. Benzoe- und Salizylsäure sind sehr ähnlich in ihrer Wirkung. Beide sind ganz wirksame Antiseptika, aber von wenig Wert bei alkalischem Urin. 6. Borsäure ist ein wirksames Antiseptikum. Ihre Wirksamkeit ist unabhängig von der Alkaleszenz, so daß es das wirksamste Mittel bei alkalischem Urin ist, welches wir besitzen. 7. *Uva ursi* ist ein ganz gutes Antiseptikum. Seine Wirksamkeit verdankt es sicher nicht hauptsächlich den in ihm enthaltenen Arbutin.

Für die Praxis ergeben sich daraus folgende Schlüsse:

1. Der Gebrauch des Urotropins (zusammen mit der Darreichung von saurem Natriumphosphat, welche man immer gleichzeitig geben sollte) als Prophylaktikum vor einer Operation oder vor einem Verfahren, wobei der Urin infiziert werden kann, ist von größtem Wert, da, wenn der Urin klar und stark sauer ist und genügend Urotropin gegeben ist, im Urin kein Wachstum von Mikroorganismen zu stande kommt.
2. Urotropin soll bloß dann gegeben werden, wenn der Urin sauer gemacht werden kann, sonst ist es wertlos. Man soll es nie mit Kaliumzitrat bei Koliinfektionen geben. Will man versuchen, den Urin unter diesen Bedingungen alkalisch zu machen, so gebrauche man Borsäure und *Uva ursi*-Infusionen.
3. Wenn der Urin in der Blase ammoniakalische Zersetzung eingeht, so wasche man die Blase. Die besten Mittel sind Borsäure in hohen Dosen, *Uva ursi* und möglicherweise Sandelholzöl.
4. Sandelholzöl soll man immer bei rein staphylogener Zystitis versuchen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Reynolds, W. S. Epididymitis verursacht durch den *Bacillus coli*. American Journal of Medical Sciences.

1913. Juli. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. Juli 26. pag. 305.

Reynolds lenkt die Aufmerksamkeit darauf, daß manche Fälle von chronischer gonorrhöischer Urethritis durch die Anwesenheit von Kolibazillen einen protrahierten Verlauf nehmen. Auch sind einige Fälle von Epididymitis durch Koliinfektionen bekannt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Boulanger. Wie man weiter vorgehen soll, nachdem man die Urethra des Mannes von GC befreit (desinfiziert) hat. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 36.

Gegen Urethrit. postgon. leistet lokale Therapie meist nur wenig, der Ausfluß bleibt lange refraktär, wenn die Behandlung nach der chron. Gon. ohne Pause fortgesetzt wird. Besser ist es, nach definitiver Abtötung der GC den Schleimhautläsionen Zeit zu lassen, sich spontan zurückzubilden, nur hygienisch-diätetische Lebensweise vorzuschreiben, und erst nach mehreren Monaten die jetzt noch restierenden Gewebsveränderungen zu bekämpfen. Die Urethroskopie verursacht nun geringere Schmerzen, und die Ausheilung läßt sich durch einfache Mittel schneller erzielen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Dreuw. Über Druckscheidenspülungen in der gynäkologischen Praxis von vaginalen Operationen und bei der Prostituiertenuntersuchung. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 25.

Apparate, deren Beschreibung im Original nachzulesen ist.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Liepmann. Der Antifluor, ein neues Instrument zur Trockenbehandlung der Scheidenkatarrhe. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 25.

Apparat, ähnlich dem „Siccator“.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Luys, Georges. Die gonorrhöische Samenblasenentzündung. La clinique. 22. Aug. 1913. Nr. 34.

Unter den die Gonorrhoe chronisch erhaltenden Ursachen zieht Luys von den Erkrankungen der hinteren Harnröhre die Spermatozystitis in den Bereich seiner Abhandlung. Als Krankheitssymptome werden erwähnt die Schmerzhaftigkeit einer Samenblase, die Gewebsinduration, der Charakter des Expressionssekretes und die schmerzhaft empfindliche Samenhügels. Neben diesen Kardinalpunkten finden sich noch Störungen bei der Miktion und im Gebiete der Sexualsphäre. Als Behandlungsmethoden kommen hauptsächlich in Betracht die Massage der Samenblasen, die Lokalbehandlung des Samenhügels, der Katheterismus der Canaliculi ejaculatorii und in

vereinzelten Fällen der chirurgische Eingriff bestehend in der Vesikulotomie, der Vesikulektomie und der Vasotomie.

Ernest Spitzer (Wien).

Sander, Heinrich. Ein Fall von akuter Spondylarthritis gonorrhoeica. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 33.

Kurze kasuistische Mitteilung.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Rauschenberger. Ein Fall von gonorrhoeischer Tendovaginitis. Münch. med. Woch. 1913. Nr. 33.

Bei einer 23jährigen Patientin fanden sich im Eiter des erkrankten Fußgelenks mikroskopisch Gonokokken.

Die gonorrhoeische Tendovaginitis wurde im allgemeinen bei Frauen seltener beobachtet als bei Männern. Verf. glaubt, daß die Eingangspforten für den Gonokokkus in die Blut- und Lymphbahn in gleicher Weise vorhanden seien bei der Frau wie beim Manne.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Boulanger, L. De la conduite à tenir après la désinfection gonococcique de l'urèthre chez l'homme. Journ. de pratic. 1913. Nr. 36.

Bei veralteten Fällen von Gonorrhoe soll nach Abtötung der Gonokokken die lokale Behandlung für längere Zeit ausgesetzt, nur ein hygienisch-diätetisches Regime der Mäßigkeit verordnet werden. Dadurch erleidet der Pat. keinen Schaden, im Gegenteil bringt die Pause nur Vorteile: Die urethroskopische Untersuchung ist dann weniger schmerzhaft und zeigt den Befund besser, zuverlässiger, und die Schlußbehandlung gestaltet sich nach dem spontanen Rückgang mancher Schleimhautläsionen einfacher und kürzer.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Barnett, N. Vulvovaginitis bei kleinen Kindern. Ihre Kontrolle und erfolgreiche Behandlung. Ref.: Archives of pediatrics. Sept. 1913. The Journal of the American Medical Association. 1913. Okt. 25. p. 1570.

Barnett fand unter 26 Fällen von Vulvovaginitis folgende Komplikationen: einmal Arthritis der Schulter, einmal Arthritis der Hüfte, einmal allgemeine chronische Peritonitis, einmal Beckenperitonitis, einmal eine periostale Exostose. Bei den Komplikationen gab die Vakzinebehandlung gute Resultate, doch hatte die Vakzinetherapie auf den Ausfluß keine Wirkung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Kneise, O. Einige meiner Erfahrungen auf dem Gebiete moderner Urologie. Med. Kl. Nr. 42.

K. führt in seiner Arbeit aus, wie unbedingt notwendig es ist, daß man heute bei den Fortschritten der Zystoskopie, wenn es sich um länger bestehende Blasenbeschwerden handelt, die Blase mit Hilfe des Zystoskopes untersucht. Er führt eine

Reihe von Krankheitsfällen an, die in monate-, ja jahrelanger Behandlung gestanden haben, bei denen die Beschwerden von seiten der Blase aber nicht schwanden, weil eben keine richtige Diagnose gestellt wurde, daher die Therapie auch unangebracht war. Ein Blick mit dem Zystoskop zeigt uns gleich die Veränderung, mag es sich nun um gutartige Blasenpapillome oder um Tuberkulose etc. handeln, alles Krankheiten, die wohl unter dem Bilde einer Zystitis verlaufen können, bei denen aber naturgemäß jede Therapie versagen kann. Außerdem glaubt K. die zystoskopischen Operationsmethoden empfehlen zu sollen, die in den meisten Fällen die Sectio alto entbehrlich machen und für den Patienten zweifellos viel vorteilhafter sind, da sie ein langes Krankenlager ersparen. Eine Anzahl Krankengeschichten beweisen die Berechtigung der Kneiseschen Forderungen, die er an den Schluß seiner Ausführung setzt und die das oben Gesagte wiedergeben. Ludwig Zweig (Dortmund).

Boulanger. Über die Diagnose veralteter Gonorrhoeen beim Manne. Gazette méd. de Paris. 1913. Nr. 217. pag. 309.

Nichts Neues. Theodor Schwab (Karlsruhe).

Cruveilhier, Louis. Über die Behandlung gonorrhöischer Uterus- und Adnexerkrankungen durch subkutane Injektionen mit Vakzin von Besredka. Gazette médicale de Paris. 1913. Nr. 213. p. 280.

Guter Erfolg bei 2 Fällen. Kasuistik.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Bruck, Carl. Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhoe. Dtsch. med. Woch. Nr. 43. 1913.

Die Vorzüge der von Bruck empfohlenen Gonorrhoebehandlung mit Kaviblenstäbchen bestehen in der bedeutenden Dauerwirkung und der Möglichkeit, die Einspritzungen wesentlich zu vermindern. Die Stäbchen können auch von Laien bequem und gefahrlos in die Tiefe der vorderen Harnröhre, von dem Arzt auch in die hintere Harnröhre eingeführt werden. Die fettfreie Hülse ist im Vergleich zum Medikament von geringer Quantität. Nach dem Schmelzen der Hülse ist das Medikament pulverförmig und hoch konzentriert über die ganze Harnröhre verstreut und die Lösung geht nun im Sekret der Harnröhre selbst vor sich. Das Pulver besteht aus Uranoblen und einer indifferenten Substanz. Neben diesem therapeutischen Mittel empfiehlt Verf. Prophylaxestäbchen aus Kaviblen als Schutz gegen gonorrhöische Infektion. Max Joseph (Berlin).

Glück, A. Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens. Deutsche med. Woch. Nr. 43. 1913.

Glück macht auf die Verschiedenheit des Verhaltens verschiedener Gonokokkenstämme gegenüber Silber Salzen aufmerksam. Diese Silberfestigkeit spielt bei therapeutischen Erfolgen oder Mißerfolgen eine große Rolle. Versuche mit dem Uranoblen, dem wirksamen Bestandteil der von Bruck empfohlenen Kaviblenstäbchen, erwiesen die stark gonokokkentötende Eigenschaft dieses Mittels. In einer $\frac{1}{10}$ geringeren Konzentration, als der therapeutisch angewendeten Dosis entsprach, äußerte sich beim Desinfektionsverfahren bereits diese gonokokkozyde Wirkung. Max Joseph (Berlin).

Sommer, A. Praktische Resultate mit der Kaviblen-therapie. Deutsche med. Woch. Nr. 43, 1913.

Sommer erprobte die von Bruck empfohlene Kaviblen-therapie bei zahlreichen Fällen von Gonorrhoe. Akute, gereizte Fälle wurden zuerst mit milden Injektionen vorbehandelt bis zum Abklingen der Reizsymptome. Frische Fälle oder solche, die den Höhepunkt überschritten hatten, wurden sogleich mit Kaviblen behandelt. Bereits nach den ersten, oft nach dem ersten Stäbchen waren die Gonokokken aus dem Sekret verschwunden. Für Posteriorprozesse taten lang konstrierte Stäbchen gute Wirkung. Akute Posteriorfälle mit Reizercheinung können natürlich erst nach Rückgang der Reizung lokal behandelt werden. Verf. konstatierte rasche Heilerfolge, seltene Versager, Fehlen von Komplikationen und keine oder bald vorübergehende Reizwirkungen. Max Joseph (Berlin).

Rosenfeld, Ernst. Über Fortschritte in der Argentumtherapie bei der Gonorrhoe des Mannes. Dtsch. med. Woch. Nr. 41, 1913.

Unter den Silbereiweißpräparaten, welchen Rosenfeld den ersten Platz unter den Heilmitteln der Gonorrhoe zuerkennt, nimmt das Hegenon (Silbernitratammoniakalbumose) eine hervorragende Stelle ein. Es ist von geringer Reizwirkung und ergibt besonders bei akuten Fällen von oberflächlicher Gonorrhoea anterior mit extrazellulärer Lagerung der Gonokokken und Fehlen von Strikturen und Infiltraten ausgezeichnete Erfolge. Doch wiesen auch vorgeschrittene und komplizierte Erkrankungen gute Heilresultate nach Hegenon auf.

Max Joseph (Berlin).

Mariani, G. Histopathologische Bemerkungen über die gonorrhoeische Infektion der Paraurethralgänge. Soc. med. Chir. Pavia. 1913.

Mariani hat einen langen paraurethralen Gang in toto extirpiert, der die Gestalt eines dicken Stranges mit verschiedenen Knötchen in seinem Verlaufe hatte. Die Untersuchung in Serienschnitten zeigte, daß es sich um einen gonorrhoeischen Prozeß handelte rein granulomatöser Natur, von chronischem

Verlauf, der sich in einem epithelialen, parallel der Urethra eine Strecke von etwa 7 cm verlaufenden Kanal entwickelt hatte. Der Pat. hatte keine Hypospadie. Der Kanal, der an der Basis eines normalen Frenulums mündete, war zum großen Teile geradlinig, aber nach hinten zu teilte er sich in mehrere Arme, von denen jeder blind endigte, ohne mit der Urethra zu kommunizieren. Die Wand des Ganges war mit vielschichtigem Epithel von epidermoidalem Typus ausgekleidet; es fehlten Spuren von Drüsen jeglicher Natur. Das perikanikuläre Gewebe zeigte, obschon es reich war an mehr oder weniger dilatierten Gefäßen, nicht ein Aussehen, das einen Vergleich mit kavernösen oder spugnösen erektilen paraurethralen Geweben hätte rechtfertigen können; man konnte also nicht von Urethra accessoria im wahren Sinne des Wortes (Fall Jeandreaux-Jourdan) sprechen. Das entzündliche Gewebe nahm um den anormalen Kanal herum ein absolut granulomatöses Aussehen an: verschiedenartige Infiltrationszellen, intensive fibroblastische Reaktion, epitheloide Herde, Anhäufungen von Plasmazellen, progressive und regressive Erscheinungen von Reaktion und Reparation.

Besonders waren zu bemerken 1. die außerordentlich große Zahl von Plasmazellen (in den verschiedenen Entwicklungsstadien), die ein wahres Plasmom in der Zone der größten Intensität des Entzündungsprozesses darstellten, 2. der hohe Prozentsatz an eosinophilen, polynukleären Zellen, 3. die Art, wie sich der Invasion des Krankheitsprozesses gegenüber das epitheliale Gewebe verhielt, das sich passiv angreifen und von den Elementen durchsetzen ließ, ohne irgendeinen Widerstand, wenigstens in Form von Anpassung — wie es bei der funktionierenden Urethra geschieht — entgegenzusetzen, 4. das Vorkommen nodulärer Bildungen längs des paraurethralen Kanals, die gonorrhöischen Granulomen von plasmatischem Typus entsprachen mit Anwesenheit von Riesenzellen und Tendenz zu langsamer Erweichung und partieller Einschmelzung und sukzessiver Öffnung nach der Hautoberfläche hin, 5. die sehr beschränkte Zahl spezifischer infektiöser Agentien, die man in einem so großen und schweren Krankheitsherde fand. Was den Ursprung der abnormen Kanalbildung angeht, so ließen die Lokalisation, der Verlauf, die Stelle der Mündung, die Struktur daran denken, daß es sich um eine urethraähnliche Produktion handelte, die sich aus einer langen Linie oder Serie von Deckepithelzellen entwickelt hatte, die im Augenblicke des Verschlusses der Dorsalfläche des Penis im Gewebe eingeschlossen geblieben waren; es war ein paraurethraler Kanal infolge embryonaler Epidermiseinschließung.

J. Ullmann (Rom).

Trebing, Johannes. Über Kollargol bei Zystitis. Deutsche med. Woch. Nr. 38. 1913.

Trebing fand das Kollargol in seiner Heilwirkung auf Kolizystitis und akute gonorrhoeische Zystitis gleichwertig dem Argent. nitric., aber schmerzloser und reizloser. Das Verfahren ist folgendes: Ausspülung der Blase mit leicht adstringierender Flüssigkeit, etwa 3% Borsäurelösung, Injektion von 100 ccm 1% körperwarmer Kollargollösung, möglichst langes Belassen derselben in der Blase. Die 1% Lösung verursachte niemals Schmerzen, bis 3% Lösungen wurden noch ohne Schädigung vertragen.

Max Joseph (Berlin).

Leszlényi, O. Zur internen Behandlung der Gonorrhoe mit Kawotal. Wiener med. Woch. 1913. Nr. 43.

Kawotal hat sich bei akuten Urethritiden als auch bei akuten Nachschüben älterer Erkrankungen der Harnröhre als sehr wirkungsvoll erwiesen; außerdem ist das Präparat billig.

Viktor Bandler (Prag).

Hinman, Frank. Eine experimentelle Studie über die antiseptische Beeinflussung des Urins durch den innerlichen Gebrauch von Hexamethylenamin. The Journal of the American Medical Association. 1913. Nov. 1. p. 1601.

Hinman kommt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über den antiseptischen Wert des Hexamethylenamins zu folgenden Schlüssen: 1. Die Umwandlung des Hexamethylenamins in Formaldehyd ist ein einfacher chemischer Prozeß, welcher in einem sauren Medium, aber nicht in einem alkalischen prompt vor sich geht. 2. Die Größe der Ausscheidung des Hexamethylenamins durch den Urin wird beeinflusst durch die Größe der Dosis, durch die Häufigkeit der Verabreichung und durch den Charakter der Veränderungen, welche in dem sauren Mageninhalt vor sich gehen. 3. Die Menge der Umwandlung des Hexamethylenamins im Urin ist abhängig von dem Grade der Harnazidität, von der Zeitdauer, während der die Azidität wirkt, und von der prozentualen Konzentration des Mittels in ihm; um eine genügende Menge von Formaldehyd im Urin zu produzieren, soll die Harnazidität größer sein, als 2 ccm ein Zehntel Normalnatronlauge auf 10 ccm Urin. 4. Eine niedrige Azidität kann temporär vergrößert werden durch gewisse Säure produzierende Mittel. 5. Nierenkrankheiten haben keinen Einfluß auf den Formaldehydgehalt des Urins.

Fritz Juliusberg (Posen).

Cuntz, Wilhelm. Über ungünstige Wirkungen des Hexamethylentretamins (Urotropin). Münch. med. Woch. 1913. Nr. 30.

Cuntz berichtet über 2 Fälle, bei welchen nach Gebrauch

von Urotropin Albuminurie eintrat. Das Urotropin kann also nicht als indifferent betrachtet werden. Regelmäßige Urinkontrolle bei Verordnung des Medikaments erscheint angezeigt.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Frank, Ernst R. W. Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen. Dtsch. med. Woch. Nr. 45. 1913.

Bei chronisch-entzündlichen Prozessen der Harn- und Geschlechtsorgane erzielte Frank mit aktiver Hitzehyperämie gute Heilerfolge. Die verschiedenen vom Verf. konstruierten Apparate mit eingebautem elektrischem Heizkörper führen den Gesamtnamen „Stangerotherme“ und je nach ihrer Einzelbestimmung für die Behandlung besonderer Organe die Namen Rektotherm, Testotherm, Urethroterm. Vorsteherdrüse und Samenblase werden vom Rektum aus behandelt. Die Apparate sind elastisch, jedem Körperteil anzupassen, jeder Stromquelle anzuschließen und durch eine automatische Sicherung vor zu starker Wärmewirkung geschützt. Temperatur bis 55° wurden gut vertragen. Die Hitzesonden (Urethrotherme) eigneten sich besonders für Infiltrationen der tieferen Harnröhrenschleimhaut, da die Dilatation wirksam durch die Hyperämie unterstützt wird.

Max Joseph (Berlin).

Wernic, L. Über die Behandlung der Gonorrhoe mit der Stauungsmethode. Medycyna i Kronika lek. 1913. Nr. 42.

Der Verf. hat 50 Fälle von Urethralgonorrhoe bei Männern und Weibern mit der Stauungsmethode behandelt. Die Vorzüge dieser Behandlungsart beruhen darauf, daß die Schmerzhaftigkeit der Harnröhre in kurzer Zeit vergeht und die eitrige Sekretion sich ebenso rasch vermindert, wie bei den anderen Methoden. Das Übergehen der entzündlichen Erscheinungen auf die hintere Harnröhre tritt auch etwas seltener auf und die Behandlungsdauer wird bei dieser Methode etwas verkürzt. Der Verf. hat zu seinen Versuchen den Haptophor nach Dr. Müller benutzt und dieses Apparat hat sich ganz gut bewährt. Die Stauungsmethode findet ihre Anwendung nur bei Gonorrhoe der vorderen Harnröhre; alle Manipulationen müssen bei dieser Behandlungsart durch Manometer kontrolliert werden, was einen großen Fortschritt bei dieser Methode bietet.

F. Krzyształowicz (Krakau).

Garcia-Serra. Das Antigonokokkenserum bei der gonorrhoeischen Allgemeininfektion. Ann. di med. navale e colon. 1913.

Garcia-Sera berichtet über drei Fälle gonorrhoeischer Allgemeininfektion, die von ihm mit Antigonokokkenserum behandelt wurden.

Im ersten Falle handelte es sich um einen Studenten, der innerhalb drei Wochen sukzessiv von Orchiepididymitis und Arthritis befallen wurde, die allen Behandlungsmethoden gegenüber refraktär geblieben waren. Zwei Dosen Serum von 25 ccm im Intervall von 4 Tagen injiziert, wirkten derartig, daß am sechsten Tage die Massage und Bewegung des erkrankten Gelenkes beginnen konnte.

Im zweiten Falle ging die gonorrhoeische Arthritis mit schweren Allgemeinerscheinungen einher; die Erkrankung wurde durch die Seruminjektionen schnell beseitigt.

Im dritten Falle, der wegen der Komplikation mit Endokarditis besonders schwer war, schienen die Injektionen eine Besserung herbeizuführen, aber der Kranke ging schließlich doch an Herzlähmung zu grunde. J. Ullmann (Rom).

Wilson, A. C. Die Behandlung der gonorrhoeischen Epididymitis mit der Bierschen Methode. The British Medical Journal. November 15. 1913. p. 1281.

Wilson hat bei einigen Fällen von gonorrhoeischer Epididymitis die Biersche Stauungsbehandlung angewendet und bemerkt, daß er dadurch zu einer Verkürzung der Krankheitsdauer gekommen ist. Fritz Juliusberg (Posen).

Bonner, W. P. Akute Epididymo-Orchitis, verursacht durch den Bacillus coli. The Lancet. 1913. Oktober 4. p. 996.

Der vorliegende Fall legt nahe, daß einige der Fälle von akuter Epididymo-Orchitis mit anscheinend dunkler Ätiologie durch den Bacillus coli verursacht werden. Heilung unter Behandlung mit autogener Vakzine.

Fritz Juliusberg (Posen).

Harrison, L. W. Gonorrhoea-Phylakogen; eine Untersuchung über den Wert seiner Anwendung bei gonorrhoeischen Infektionen. The Lancet. 1913. Nov. 15. p. 1375.

Phylakogen ist ein Handelsname für Lösungen bakterieller Produkte, die nach den Vorschriften von Dr. A. F. Schafer (Kalifornien) hergestellt werden. Nach der Theorie dieses Autors wird jede bakterielle Erkrankung durch eine Mischinfektion verursacht. Die für die Krankheit spezifischen Mikroorganismen können überwiegen, daneben finden sich aber noch andere Bakterien, die bei den Symptomen der Krankheit eine Rolle spielen. Das Phylakogen ist nicht eigentlich eine Vakzine, sondern enthält Filtrate einer ganzen Reihe von Bakterien. Das Gonorrhoea-Phylakogen wird subkutan und intravenös angewendet. Die günstige Wirkung der Behandlung schien besonders eklatant bei der gonorrhoeischen Arthritis, wo es den

Schmerz wesentlich verringerte. Bei Urethritis und Epididymitis konnte der Autor eigentliche Erfolge nicht konstatieren.

Fritz Juliusberg (Posen).

Schumacher, J. Zur Gonargintherapie. Dtsch. med. Woch. Nr. 44. 1913.

Das Gonargin erprobte Schumacher als ein vorzüglich wirkendes Mittel bei gonorrhoeischen Komplikationen. Es entfaltete seine beste Wirkung bei Epididymitis, Arthritis gon. und Tendovaginitis. Häufig günstig aber doch unsicherer waren die Resultate bei Prostatitis. Die geringe Schädlichkeit des Medikaments erhellt aus der Tatsache, daß bei etwa 200 intramuskulären Injektionen nie hohes Fieber, höchstens Mattigkeit am nächsten Tage beobachtet wurde. Die Patienten konnten ihrem Berufe nachgehen. Bei intravenöser Injektion kam häufiger hohes Fieber, zweimal auch Erbrechen vor, so daß Verf. der intramuskulären Einführung den Vorzug gibt, obgleich bei der intravenösen Injektion die Beschwerden an der Eintrittsstelle wegfallen.

Max Joseph (Berlin).

Wernic, L. Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Gazeta lek. 1913. Nr. 41 u. 42.

Der Verf. hat in 97 Fällen von Gonorrhoe mit verschiedenen Komplikationen (Paraurethritis, Zystitis, Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis, Rheumatismus, Bakteriurie) Versuche mit Gonorrhoevakzine gemacht und ist auf Grund dieser Observationen zu folgenden Schlüssen gekommen: Bei der Vakzine-therapie der Gonorrhoe erfolgt keine aktive Immunisierung und es wird nur eine Verminderung des Schmerzes und der Sekretion erzielt, bei Epididymitis und Vesikulitis dagegen lassen die entzündlichen Erscheinungen sehr bald nach. Die besten Erfolge wurden bei akuter Gelenksentzündung (25%), chronischer Epididymitis (35%) und akuter Prostatitis (50%) erzielt. Die größeren Dosen von Vakzine (25 bis hunderte Millionen) haben dem Verf. besseren Nutzen gebracht als die kleineren (5—10 Mill.). Auf die Gonokokken blieb die Vakzine ohne irgendwelchen Einfluß. Die brauchbarsten waren die intramuskulären Injektionen. Bei den reinen Gonokokkeninfektionen haben die Autovakzinen wie die vielwertigen Vakzinen gleiche Erfolge erbracht, bei den Mischinfektionen haben dagegen die Autovakzinen den Vorzug. Nach der Ansicht des Verf. beeinflussen die Gonokokkenvakzinen auch die postgonorrhoeischen Veränderungen, welche schon keine Gonokokken beherbergen. F. Krzysztalowicz (Krakau).

Brandweiner, A. Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Kl. Nr. 43.

Die Versuche Brandweiners an der Fingerschen Klinik befaßten sich vorzugsweise mit der diagnostischen Brauchbarkeit der Gonokokkenvakzine. Er stellte seine Ver-

suche mit den verschiedensten Vakzinen nur auf die verschiedenste Art und Weise an. Er gelangte auf Grund seiner Versuche zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Kutireaktionen und Stichreaktionen mit Aufschwemmung abgetöteter Gonokokken sind diagnostisch nicht zu verwerten.

2. Bei jeder Art von Gonorrhoe sind Stichreaktionen mit autogenen Gonokokkenvakzinen am besten verwertbar.

3. Autogene Gonokokkenvakzine geben bei gleicher Dosis auch quantitativ stärkere Stichreaktionen als polyvalente Vakzine. Diese lösen stärkere lokale Effekte aus als monovalente Vakzine und kommen bisweilen den autogenen sehr nahe.

4. Polyvalente Vakzine verschiedener Provenienz aber analoger Herstellung geben bei gleicher Dosis annähernd gleiche Stichreaktionen.

5. Es ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß wesentliche Differenzen unter den verschiedenen Gonokokkenstämmen bestehen.

Was die therapeutische Frage anbelangt, so hält B. die gute Wirkung auf alle Komplikationen für bewiesen; aber er stellt nicht in Abrede, daß die Vakzinetherapie auch die Urethritis gonorrhoica günstig beeinflusst. Er zieht hierbei eine Parallele zwischen dem Santelöl und der Vakzine. Auch das Santelöl vermag keine Gonorrhoe zur Heilung zu bringen, wenngleich seine günstige Wirkung auf die Schleimhaut nicht bestritten werden kann.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Lomholt, L. Einführung von Kupfer in die Urethra Schleimhaut mittels eines konstanten elektrischen Stromes. Ugeskrift for Laeger 1913. Nr. 46. p. 1815—1827.

Zum kurzen Referat nicht geeignet.

Harald Boas (Kopenhagen).

Frühwald, R. Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. Med. Kl. Nr. 44.

Nach dem Vorgange von Bruck und Sommer, die beobachteten, daß bei intravenöser Anwendung von Arthigon Fieberreaktionen eintraten, die je nach der Stärke der gonorrhoischen Erkrankung stärker oder schwächer waren, versuchte F. diese diagnostische Fieberreaktion bei einer Anzahl weiblicher Patienten, bei denen oft der Nachweis der Heilung von einer Gonorrhoe große Schwierigkeiten bereiten kann. Er injizierte 0·5 ccm Arthigon in gekochtem Leitungswasser intravenös, nachdem die Patientin vorher einer genauen Temperaturkontrolle unterworfen worden waren. In einer Reihe von Tabellen sind die Versuche veranschaulicht, deren Resultate er zum Schluß wie folgt zusammenfaßt.

1. 0·04—0·05 Arthigon intravenös injiziert, ruft bei gonor-

rhoischen Frauen in der überwiegenden Mehrzahl eine Reaktion hervor, die in einer Temperatursteigerung von mindestens 1.3° besteht, wobei eine Höchsttemperatur von mindestens 37.8° erreicht wird. Nicht gonorrhoeische Frauen reagieren meistens nicht.

2. Diese Reaktion kann als spezifisch betrachtet werden, doch muß gleichzeitig der mikroskopische Befund erhoben werden.

3. Die Befunde bei früher gonorrhoeisch infiziert gewesenen Frauen oder bei durch den mikroskopischen Befund geheilt erscheinenden, sprechen für einen Zusammenhang der noch vorhandenen Gonokokken mit der Reaktion.

4. Wiederholte Injektionen beeinträchtigen die Reaktion und es bedarf daher nie mehr als zwei Spritzen, um dem positiven Ausfall Bedeutung beizulegen.

5. Die Reaktion ist wertvoll bei zweifelhaften Fällen und imstande, die eventuelle Heilung des Trippers anzuzeigen.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Oppenheim, M. Über neuere Gonorrhoebehandlung. Klinisch-therap. Wochenschr. 1913. Nr. 39.

Bei Arthritis gon ist die Vakzinebehandlung die einzig rationelle Therapie dieser Erkrankung und die Vermeidung der Auslösung antiperistaltischer Wellen im Urogenitaltrakt, sei es durch entsprechende vorsichtige Behandlung, sei es durch Ruhigstellung mittels Atropin eine wichtige Bedingung zur Verhütung der Komplikationen, speziell der Epididymitis.

Viktor Bandler (Prag).

Cruveilhier, Louis. Vakzinationsbehandlung nach Besredka bei Gonorrhoe. The Lancet. 1913. November 8. p. 1311.

Cruveilhier hat bei gonorrhoeischen Komplikationen Besredkas Vakzinationsmethode versucht. Ganz abschließende Urteile kann der Autor nicht fällen, doch waren die Resultate ermutigend.

Fritz Juliusberg (Posen).

Saynisch. Behandlung der Epididymitis mit Arthigon in Kombination mit Ichthyol. Dtsch. med. Woch. Nr. 40. 1913.

In der kombinierten Behandlung mit Arthigon und Ichthyol fand Saynisch eine schnellwirkende Heilmethode der Epididymitis, wobei zudem die Schmerzen und möglichen Verletzungen infolge einer Punktion oder Schlitzung vermieden werden. Die Arthigoninjektionen begannen mit 0.1 und stiegen bis auf 0.4 Arthigon, im ganzen wurden 4 Spritzen gegeben. Das reine Ichthyol wurde auf die erkrankte Stelle gepinselt, mit nicht entfetteter Watte bedeckt, das Ganze mit einem Suspensorium befestigt, gleichzeitig eine Eisblase aufgelegt. Die Ichthyolbehandlung geht der Arthigoninjektion einen Tag voran. Bei

dieser Behandlung wurde an 20 Patienten Abnahme der Schmerzen und Schwellung, Resorption des Infiltrats und Schwinden aller Erscheinungen beobachtet.

Max Joseph (Berlin).

Dopter und Pauron. Behandlung des gonorrhoeischen Pseudorheumatismus und der Orchitis mit Gonokokkenvakzine nach Besredka. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 30. 30. Okt. 1913.

Recht befriedigende Resultate durch rasches Schwinden der Schmerzen und Schwellung bei beiden Erkrankungen durch Injektionen von sensibilisiertem Antigonokokkenvakzin.

Ernest Spitzer (Wien).

Netter, Arnold. Gonorrhoeische Erkrankung des Ellbogengelenkes und rasche Heilung mit Gonokokkenvakzin. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Nr. 31. 6. Nov. 1913.

Der Inhalt ist im Titel ausgedrückt.

Ernest Spitzer (Wien).

Ulcus molle.

Rühl, Karl. Phenolkampfer bei Ulcus venereum. Dtsch. med. Woch. Nr. 34. 1913.

Gute Resultate erzielte Rühl bei venerischen Ulzera mit folgendem Heilverfahren: Gründliche Reinigung des Ulkus mit 0·5—1·0‰ Sublimatlösung, Betupfen der Wunde mittelst Glasstäbchen, welches mit Watte umwickelt ist mit Phenolkampferlösung, Aufstreuen desinfizierenden Pulvers, trockener Watteverband. Darauf mehrmals tägliches Waschen mit Sublimat und antiseptisches Pudern, nach 2 Tagen wieder Phenolkampfer. Neigt das Geschwür zu schneller Vertiefung und Ausdehnung, so muß ein Wattebausch mit Phenolkampfer 24 Stunden auf der Wunde liegen bleiben, dann wieder Waschung und Pudern. Bei vereiterten Drüsen bewährte sich ebenfalls Einträufelung und Tamponierung mit Phenolkampfer. Ein besonderer Vorteil des Mittels ist, daß es weder Schmerzen noch Ätzung hervorruft.

Max Joseph (Berlin).

Horowitz, Fr. Phenolkampfer bei Ulcus venereum. Dtsch. med. Woch. Nr. 39. 1913.

Bezugnehmend auf die Ausführungen von Chlumsky und Rühl über die Wirkung des Phenolkampfers, weist Horowitz darauf hin, daß der Ausfall der Ätzung bei diesem aus Acid. carbol, Kampfor. und Alkohol bestehendem Präparat im Alkohol, welcher die Karbolsäure neutralisiere, zu suchen sei. Verf. hat den Alkohol z. B. als Eingießung in den Magen mehrfach als Gegengift bei Karbolsäurevergiftungen erprobt.

Der brennende Schmerz, welchen Karbolsäure auf der Haut erzeugt, weicht sogleich nach Aufträufelung von wenig Alkohol und bei dessen Auftrocknen zeigt sich unveränderte Epidermis. Dasselbe Experiment ließ sich auf den Mundschleimhäuten ausführen.
Max Joseph (Berlin).

Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Bounier, Pierre (Paris). Über Nasenbehandlung in Fällen von Incontinentia urinae. Archives internat. de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie. 1913. Nr. 2. p. 446.

Verfasser gibt eine Menge Beispiele, bei denen eine 1—4 malige Kauterisation mit dem Galvanokauter oberhalb der untern Muschel bei Kindern und Erwachsenen innerhalb kurzer Zeit Heilung brachte. Theodor Schwab (Karlsruhe).

Shenton, E. W. Elimination von Fehlerquellen bei der röntgologischen Diagnose von Harnsteinen. The Lancet. 1913. Juli 12. p. 77.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Starr, V. H. Ein Fall von ungewöhnlichem Blasenstein. The Lancet. 1913. August 9. p. 392.

Es handelte sich bei dem Falle Starrs um einen ungewöhnlich großen Blasenstein, der fast die ganze Blase füllte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Pedersen, V. C. Ein Fall von explodierter Urethroskoplampe. Entfernung der Fragmente ohne Operation und ohne weiteren Folgen. Medical Record. 1913. Juli 26. p. 158.

Der wesentliche Inhalt der Mitteilung Pedersens ist in der Überschrift angegeben. Es handelt sich um die Lampe eines Chetwoodurethroskops. Fritz Juliusberg (Posen).

Neve, E. T. Ein Fall von Steinen in Niere, Ureter, Blase und Urethra. The British Medical Journal. 1913. Juli 5. p. 20.

Der 36jährige Patient Neves wurde wegen Blasenbeschwerden ins Krankenhaus aufgenommen. Der Urin zeigte eine große Menge von Harnsäure- und Oxalatkristallen. Die Harnröhre war zum Teil verstopft. Nephrolithotomie.

Fritz Juliusberg (Posen).

Vincent, W. G. Ein ungewöhnlicher Fall von renaler Hämaturie. Einseitige chronische hämorrhagische Nephritis; Dekapsulation; anscheinende Heilung; bilaterales Befallenwerden; De-

kapsulation beider Nieren sechs Jahre später. Medical Record. 1913. Juli 19. p. 106.

Vincent's kasuistische Mitteilung ist schon in der Überschrift in ihren Hauptzügen beschrieben.

Fritz Juliusberg (Posen).

Jordan, W. N. Kongenitale Striktur der prostatistischen Urethra, mit Blasenhyperplasie, Dilatation der Ureteren und multiplen Abszessen beider Nieren. The Journal of the American Medical Association. 1913. Juli 26. p. 244.

Wie Jordan hervorhebt, wurden bisher kongenitale Strikturen der Urethra am Meatus, ferner an der äußeren Grenze der Fossa navicularis und an der membranösen Urethra beschrieben, niemals an der prostatistischen Urethra. Das vier Wochen alte Kind, welches eine Striktur der prostatistischen Urethra und die der Überschrift angegebenen Komplikationen aufwies, starb nach einigen Wochen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Walker, E. A. Über einen Urethralstein von ungewöhnlicher Größe. The Lancet. 1913. Juni 7. p. 1587.

Der außerordentliche große Stein, über den Walker berichtet, war im Pars membranacea der Harnröhre eingekleilt. Operative Entfernung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Evans, J. Howell. Eine klinische Vorlesung über die Tuberkulose des Harntrakts. The Lancet. 1913. August 2. p. 273.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Worms u. Hamant. Über die chirurgische Behandlung des Priapismus. Gazette médicale de Paris. 1913. Nr. 207.

Kurze Rekapitulation der bis dahin in der Literatur vorgeschlagenen Maßnahmen. Nichts Neues.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Jacquemin. Die essentielle Incontinentia urinae und die Oxyuren. Journ. d. méd. de Paris. 1913. Nr. 28.

Jacquemin hält Oxyuren für die häufigste Ursache der Enuresis nocturna. Der ano-perineale Juckreiz, den das Auskriechen der weiblichen Fadenwürmer besonders gegen Abend hervorruft, bewirkt, daß die Kinder instinktiv die Sphinkteren der Blase und des Rektums intensivst kontrahieren, stundenlang überanstrengen. Der so übermüdete Muskel gibt dann im Schlafe nach. Sofort nach dem ersten Bettnässen erfolgende Beseitigung der Oxyuren bringt auch die Enuresis schnell zum Verschwinden, längere Säumnis aber erschwert die Heilung. Denn die Scham über das Bettnässen macht die Kinder neuro-

pathisch, und dann helfen, auch wenn die Oxyuren beseitigt sind, nur Mittel, die zugleich lokal und psychisch wirken, wie warme Klysmen mit Antipyrin 0·25—1·0 und Opium 2—10 gtt., epidurale oder subkutane Inj. von 15—20 ccm physiol. Serums, retrorektale Injektion von 100 ccm Serum im Verein mit hygienisch-pädagogischen Maßnahmen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Morestin. Über die Behandlung der Hydrozele mit Punktion und Formolinjektion. Gazette médicale de Paris, 1913. Nr. 205.

Verfasser will das folgende Verfahren an die Stelle der blutigen Operation setzen bei unkomplizierten einfachen Hydrozelen mit heller Flüssigkeit; ausgeschlossen sollen sein die kongenitalen Hydrozelen, die symptomatischen und die irgend abnormen Ergüsse.

Verfasser punktiert nach lokalem Jodanstrich zur Desinfektion der Injektionsstelle ohne Anästhesie mit gewöhnlicher Pravaznadel, führt dann unterhalb derselben ein Troikar ein, läßt fast alle Flüssigkeit ab — ein ganz kleiner Teil soll zurückbleiben — entfernt den Troikar und injiziert durch die Pravaznadel 2—4 ccm einer Mischung von Formol, Glycerin und Alkohol zu gleichen Teilen, zieht dann die Nadel zurück und massiert etwas. Die Reaktion ist mäßig, jedenfalls nicht so stark, wie bei Jodtinktur, dauert nur wenige Tage und ist kaum schmerzhaft. Patient kann ruhig seiner Arbeit nachgehen.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Morestin. Über die Behandlung der Hydrozele mit Punktion und Injektion von Formol. Revue internationale de Médecine et de Chirurgie. 1913. Nr. 15.

Siehe vorstehendes Referat.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Lundsgaard, Christen. Metastasierendes Prostatakarzinom, Lymphomatosis simulierend. Virchows Archiv. Bd. CCXIII. H. 1.

L. berichtet über einen Fall von Prostatakarzinom, das klinisch keinerlei Symptome erzeugte, hingegen exzessive Metastasen in den Lymphdrüsen, besonders in denen der Halsregion setzte. Dem makroskopisch anatomischen Befund nach, hätte die Diagnose auf Lymphosarkom gestellt werden können. Erst durch die genaue histologische Untersuchung war es möglich geworden eine richtige Deutung der Verhältnisse zu treffen.

Kyrle (Wien).

Madden, Frank Cole. Das Vorkommen von Steinen in Ägypten, mit Bericht über 312 Operationen. The Lancet. 1913. Juli 19. p. 132.

Ausführlicher Bericht über das Vorkommen von Steinen im Harntraktus in Ägypten, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Young, Hugh H. Die Rolle der Prostata und der Samenbläschen bei allgemeinen Toxämien. The Journal of the American Medical Association. 1913. Sept. 13. pag. 822.

Young weist in der vorliegenden Arbeit darauf hin, daß die Prostata und die Samenbläschen sehr häufig der Sitz chronisch entzündlicher Prozesse sind, die sich oft über Jahre hinziehen, sehr wenig lokale Symptome machen und die ständige Ursache entfernter Krankheitsprozesse sind, als ein Resultat der Absorption von Toxinen und Bakterien. Die ursprüngliche Ätiologie dieser Fälle ist keineswegs immer eine gonorrhöische. Viele entstehen durch bakterielle Infektionen, welche durch den Traktus urinarius bei akuten infektiösen Erkrankungen bei anderen Körperregionen zustande kommen, so z. B. bei Typhus. Auch erreichen Infektionen vom Rektum aus häufig die Prostata. Diese Vorgänge legen dem Arzte die Pflicht auf, auf die rektale Untersuchung einen großen Wert zu legen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Fürbringer. Zur Frage der Zeugungsfähigkeit bei bilateraler Nebenhodentuberkulose. Dtsch. med. Woch. Nr. 29. 1913.

Den Erfahrungen Fürbringers zufolge, kann die Azospermie bei doppelseitiger Nebenhodentuberkulose ausbleiben. Die anatomischen Verhältnisse entwickeln sich während der tuberkulösen Erkrankung dergestalt, daß die Spermien viel weniger geschädigt werden, als bei dem heimtückischen Prozeß einer gonorrhöischen Epididymitis. Max Joseph (Berlin).

Scharff, P. Testikulin in der Praxis der Dermatologie und Urologie. Med. Kl. Nr. 36.

Scharff behandelte einige Patienten, die an sexuell-neurasthenischen Zuständen litten mit Injektionen von Testikulin, einem Hodenpräparat. Er erzielte damit bei einigen Patienten und auch bei einer Patientin gute Erfolge, so daß er das Präparat empfiehlt als gutes Tonikum und Analeptikum.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Tytgat, E. (Gand). Über Vasektomie bei einem Falle von inoperablem Prostatakarzinom. Gazette médicale de Paris. 1913. Nr. 213.

Nach der Vasektomie wurden die Schmerzen geringer und der schon lange andauernde Priapismus verschwand.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Beer, Edwin. Der relative Wert der Röntgenstrahlen und des Kystoskops für die Diagnose der

Blasensteine. The Journal of the American Medical Association. 1913. Oktober 11. p. 1376.

Beer macht auf die bekannte Tatsache aufmerksam, daß Blasensteine durch ihre chemische Zusammensetzung oft der röntgenologischen Diagnose entgehen können und betont den größeren Wert der Kystoskopie bei solchen Fällen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Beer, Edwin. Der Wert des Tuberkulins für die Diagnose unklarer Zustände des Urogenitalsystems. Medical Record. 1913. Oktober 11. p. 650.

Beer weist darauf hin, daß der Wert des Alttuberkulins zur Diagnostik der Tuberkulose des Urogenitalsystems doch noch besteht und daß es neben den neueren Methoden angewendet zu werden verdient.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wolbarst, A. L. Kollikulitis, oder Erkrankung des Verumentanum. Medical Record. 1913. Okt. 4. p. 599.

Wolbarst beschreibt in der vorliegenden Arbeit an der Hand zahlreicher guter Illustrationen das Aussehen des normalen Colliculus seminalis und seine Veränderungen bei den verschiedensten krankhaften Zuständen. Die wichtige Arbeit eignet sich nicht zum kurzen Referat.

Fritz Juliusberg (Posen).

Sherrill, J. G. Die Bedeutung der Hämaturie und ihre Behandlung. American Association of obstetricians and gynecologists. 1913. Sept. 16. u. 18. The Journal of the American Medical Association. 1913. Oktober 4. p. 1322.

Sherrill unterscheidet folgende Klassen von Hämaturie: 1. Traumatische inkl. der Traumen durch Steine, 2. entzündliche, einschließlich akuter Nephritis, chronischer entzündlicher Affektionen der Niere, Tuberkulose, akuter und chronischer Entzündungen des Nierenbeckens, der Ureteren, der Blase, der Prostata und der Urethra, 3. vaskuläre Blutdyskrasie, wie Hämophilie, Naevi, Varikositäten etc., 4. chemische, nach Terpentin, Kanthariden etc., 5. toxische, nach Malaria, akuter gelber Leberatrophie, Gelbfieber etc., 6. neoplastische, 7. parasitäre.

Fritz Juliusberg (Posen).

Kidd, F. Purpura der Blase. Annales of surgery. 1913. September. Ref.: The Journal of the American Medical Association. 1913. September 27. p. 1070.

Bei Kidds Fall von Purpura der Blase hatte sich die Affektion an eine bakterielle Entzündung der Tonsille angeschlossen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wolf, A. Angiom der Harnröhre als Ursache heftiger Blutung. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 34.

Wolf beobachtete bei einem 21jähr. Patienten, der seit 8 Tagen aus der Harnröhre blutete, endoskopisch 6 cm vor

der äußeren Harnröhrenmündung an der oberen Wand ein linsengroßes Angiom mit einem dichten Kranz feinsten Äderchen und einem Gerinnselpfropf in der Mitte. Das Angiom wurde mit einem galvanischen Stichelbrenner kauterisiert, worauf die Blutungen aufhörten.

Viktor Bandler (Prag).

Braasch, William. Klinische Beobachtungen über essentielle Hämaturie. The Journal of the American Medical Association. 1913. September 20. p. 936.

Braasch faßt unter essentieller Hämaturie die Fälle zusammen, bei denen für den hämorrhagischen Urin sich keine Erklärung im Zustande der Nieren findet. Er kann über 51 Patienten berichten, bei denen sich das Krankheitsbild fand. Es kommt häufiger bei Männern vor, die meisten Fälle wurden zwischen 40 und 50 Jahren beobachtet. Differential-diagnostisch sind in Betracht zu ziehen: Chronische Nephritis, infektiöse Nephritis, blutende Pyelitis, Neoplasmen, Nierentuberkulose, Lithiasis und Varizen der Nieren. Die Arbeit schließt mit einem Passus über die Behandlung und Ätiologie der essentiellen Hämaturie.

Fritz Juliusberg (Posen).

Portner, E. Diagnostik und Behandlung der Hämaturie. Med. Kl. Nr. 46.

I. Diagnostik der Hämaturie:

Herkunft des Blutes aus den Harnwegen: Harnröhe, Samenblasen, Prostata, Blase, Ureteren, Nieren. Gesichert wird die Diagnose durch eine zystoskopische Untersuchung während der Blutung. Nicht zystoskopierte darf werden bei Cystitis gonorrhoeica acuta und bei Prostata hypertrophie. Vor jeder Zystoskopie muß man sich durch eine mikroskopische Untersuchung überzeugen, daß es sich wirklich um eine Hämaturie und nicht um eine Hämoglobinurie handelt. Das Zystoskop gibt direkt Aufschluß über einen Stein, einen Tumor, Prostata hypertrophie, Fremdkörper oder ulzeröse Zystitis (meist als Folge eines eitrigen Prozesses in den Nieren — Tuberkulose —). Ist die Blase normal, denn handelt es sich ausnahmsweise um Papillome der hinteren Harnröhre, wobei das Blut in die Blase zurückgeflossen ist — meist jedoch handelt es sich um Nieren- oder Harnleiterblutungen; letztere sind ebenfalls sehr selten und werden durch einen Stein verursacht, der durch das Röntgenbild festgestellt werden kann. Es bleibt also als Hauptquelle der Blutung die Niere übrig; die Diagnose ist selbst durch den Uretherenkatherismus nicht einfach, denn einmal kann der Katheter kleine Verletzung erzeugen und dadurch selbst Blutungen bewirken, außerdem läßt sich zystoskopisch eine Nierenblutung nicht feststellen, wenn sie ziemlich heftig ist. Differential-diagnostisch kommen in Betracht: Stein, Neoplasma, chronische Nephritis, Hydronephrose, Wanderniere, endlich auch

Nierentuberkulose. Durch Palpation kann man ausschließen die Wanderniere und einen Teil der Neubildungen; der Stein kann festgestellt werden mit der Röntgenphotographie, die Tuberkulose durch den Tierversuch; Hydronephrose durch Füllung des Nierenbeckens mit Kollargol und Röntgenbild; bleibt also übrig der Tumor und die chronische Nephritis und beim Versagen des Röntgenverfahrens der Stein.

Der klinische Verlauf läßt oft keine Unterscheidung zu. Gelingt es nicht die Ursache der Blutung festzustellen, so muß spätestens 6—8 Wochen nach der Blutung die blutende und schmerzende Niere freigelegt werden, weil es sich um einen Nierentumor handeln kann.

II. Behandlung der Hämaturie:

Blutungen aus der Harnröhre durch Verletzung beim Katheterismus. Hexamethylentetramin und reichlicheres Trinken, um eine aufsteigende Infektion zu verhüten. Selten Einlegen eines Dauerkatheters zum Komprimieren der Wunde. Terminale Blutung bei Blutung aus der hinteren Harnröhre: akute Gonorrhoe und Blasentuberkulose.

Therapie: Einträufelung einer 2% Argentumlösung auf Blasenhalshals und hinterer Harnröhre mit der Guyonschen Tropfspritze; innerhalb 2—3 Tagen jedesmal 5—10 Tropfen; außerdem Balsamizis; ist der Urin eitrig, dann besser Blasen-spülungen, die aber auch die hintere Harnröhre treffen müssen: 100—200 ccm 1%iger Argentumlösung. Bei tuberkulöser Zystitis erst Entfernung der kranken Niere; dann Behandlung der Blase mit Sublimatetröpfelungen anfangs 20—30 Tropfen einer Lösung 1:10.000, dann 1:1000. Papillome werden mit dem Galvanokauter im Urethroskop entfernt.

Blutbeimengungen zum Sperma sind meist eine Folge postgonorrhöischer Entzündung des Colliculus seminalis; ab und zu aber auch das Frühsymptom eines Prostatakarzinoms.

Die Prostatahypertrophie kann auch zu Blutungen führen; Therapie: Dauerkatheter ev. Prostatektomie.

Blasentumoren müssen entfernt werden.

Bei profusen Blutungen Dauerkatheter, Morphinum, Gelatinelösung 40 ccm subkutan; Styptizin 4 mal täglich 0.1 — intramuskulär oder 3 mal täglich 30 Tropfen Erystyptikum. Geringe Blutungen stehen meist von selbst.

Blutungen durch Blasensteine sind ungefährlich. Blutungen aus den Uretheren sind meist hervorgerufen durch gutartige Papillome, die aber doch die Entfernung des Harnleiters und der Niere erfordern, da sie zur Bosartigkeit neigen.

Blutungen durch Urethersteine sind ungefährlich; man versucht den Stein in die Blase zu bringen durch Einspritzungen von Öl in den Urether; innerlich Glycerin purrissimi 180.0,

Tinct. amarae, Tinct. cort. aurant. aa 10·0 in zwei Portionen zu nehmen und reichlichem Trinken. Geht der Stein nicht ab, dann Inzision auf den Ureter.

Bei Nierenblutungen muß vor allem die Diagnose gestellt werden, worum es sich handelt. Bei Nierensteinen Entfernung derselben.

Bei Nierentumoren, Nephrektomie.

Dieselbe Maßnahme gilt für die oft lebensgefährlichen Blutungen bei chronischer Nephritis.

Die Nierentuberkulose erfordert gleichfalls die frühzeitige Entfernung des kranken Organs.

Bei Blutungen infolge einer Wanderniere genügt eine passende Bandage, um die Niere wieder in die richtige Lage zu bringen. Bei häufigeren Blutungen: Nephropexie.

Blutungen durch Hydronephrose erfordern eine plastische Korrektur des Nierenbeckens.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Cohn. Ein Aktinomyzes der männlichen Urogenitalorgane. Zentralbl. f. Bakteriologie. Bd. LXX. p. 290.

Cohn berichtet über die kulturellen Eigenschaften eines vor zwei Jahren in der Blase und Prostata eines Falles (siehe Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 33) gefundenen Aktinomyzes. Die diesbezüglichen Details eignen sich nicht zu kurzem Referat. Aus der Kultur wurde ein Vakzin hergestellt. Schon nach der zweiten Injektion glaubte der Autor eine Abnahme der Infiltration der Prostata konstatieren zu können. Infolge von Verschlechterung des Allgemeinbefindens konnte die Behandlung nicht zu Ende geführt werden. Walther Pick (Wien).

Geiringer, David. Ein Urethroskop mit direktem Sehen zur Diagnose und Behandlung. Medical Record. 1913. September 6. p. 434.

Bericht über ein neues Urethroskop, dessen Ausführung durch Abbildungen erläutert ist.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bruce, W. Ironside. Kollargolinjektionen zur Diagnose der Krankheiten des Tractus urinaris. British Medical Association. 1913. Section of electro-therapeutics. The British Medical Journal. 1913. Oktober 11. p. 918.

Bruce weist darauf hin, daß, wie die Wismuthmahlzeit die röntgenologische Diagnostik der Verdauungskrankheiten gefördert hat, so der Gebrauch des Kollargols große Fortschritte der Diagnostik der Harnkrankheiten zu Folge hatte. Die Methode wurde zunächst empfohlen zur Frühdiagnose der Hydronephrose, gibt aber auch bei anderen Krankheiten gute Informationen, so bei tuberkulösen oder durch Tumoren verursachten Erkrankungen der Niere. Fritz Juliusberg (Posen).

Geraghty, J. T. und Rowntree, L. G. Der Wert und die Grenzen der funktionellen Nierenprüfungen. *The Journal of the American Medical Association*. 1913. September 20. p. 939.

Geraghty und Rowntree berichten eingehend und mit Kritik über das in der Überschrift angeführte Thema. Die interessanten Ausführungen sind nicht zum kurzen Referat geeignet. Fritz Juliusberg (Posen).

Childs, S. B. und Spitzer, W. M. Röntgenographische Studie der normalen Niere, des Nierenbeckens und Ureters. *The Journal of the American Medical Association*. 1913. September 20. p. 925.

Die interessante Arbeit Childs und Spitzers unterrichtet an der Hand zahlreicher Abbildungen und Tabellen über den röntgenologischen Befund bei normalen Harnorganen. Die Arbeit ist als Leitfaden für die Bewertung pathologischer Zustände von größtem Wert. Fritz Juliusberg (Posen).

Luyt, Georges. Über die Wichtigkeit der Zystoskopie bei Uteruskarzinom. *Revue de Gynécologie*. Nr. 2. August 1913.

Die zystoskopische Untersuchung der Blase beim Uteruskarzinom ist von besonderer Wichtigkeit, weil sie erst über die Operabilität des betreffenden Falles Aufschluß gibt. Sie läßt uns nicht nur erkennen, ob die Blase auch von karzinomatösem Prozesse ergriffen ist oder nicht, sie zeigt uns auch an, ob die Ureteren oder deren Mündungen vom Karzinom befallen oder kompensiert sind. Ist die Blase auch ein wenig erkrankt, so daß man kleine Ulzerationen der Schleimhaut und bedeutendere Vaskularisation findet, so sei der Chirurg vorbereitet, daß die Hysterektomie eine schwierige sein wird. Ist die Blase in stärkerem Grade mitergriffen, was sich durch Ödem oder krebsige Entartung der Schleimhaut dokumentiert, besteht eine Blasenperforation, oder sind die Ureteren undurchgängig, dann ist von einer Operation Abstand zu nehmen. 33 Krankengeschichten mit einer farbigen Tafel erläutern obige Konklusionen. Ernest Spitzer (Wien).

Townsend, William Warren. Der Pseudodiphtherieorganismus im Harntraktus. *The Journal of the American Medical Association*. 1913. November 1. p. 1605.

Townsend teilt auf Grund seiner literarischen Studien und seiner Krankenbeobachtungen seine Überzeugung mit, daß unter bestimmten Bedingungen ein Pseudodiphtheriebazillus im Harntraktus als pathogenetischer Organismus wirken kann; daß er einen häufigeren ätiologischen Faktor spielt, als die Lehrbücher angeben, dafür sprechen zahlreiche Fälle von chronischer Urethritis, wo man ihn findet. Diese Überzeugung deckt

sich mit der Angabe Browns, daß man als Folge der Gonorrhoe nicht selten eine Bakteriorrhoe findet mit großen Mengen von Mikroorganismen der verschiedensten Formen, welche unzweifelhaft den Entzündungsprozeß aufrecht erhalten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Fulci, F. Die akute interstitielle rheumatische Orchitis. Zieglers Beiträge. Bd. LVII. p. 183. 1913.

Bei einem 36jährigen Mann, der an akutem Gelenkrheumatismus zum Exitus kam, wurde bei der Sektion als Nebenbefund eine beiderseitige akute interstitielle Orchitis festgestellt.

F. Lewandowsky (Hamburg).

Caulk, John. Ureterovesikale Zysten. Ein operatives Verfahren zu ihrer Beseitigung. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 8. p. 1685.

Caulk weist darauf hin, daß ureterovesikale Zysten, zystische Erweiterungen der hinteren Urethra oder intravesikale, in der präzystoskopischen Zeit meist erst auf dem Sektionstisch erkannt wurden und als Seltenheiten galten, während sie jetzt das Zystoskop nicht selten intra vitam diagnostizieren läßt. Er berichtet über 6 eigene Beobachtungen, einen Mann und fünf Frauen; das Alter der Patienten variierte von 26—46 Jahren. Der Autor äußert sich eingehend über die operative Behandlung dieser Zysten.

Fritz Juliusberg (Posen).

Krotoszyner, Martin. Ungünstige Folgen der Nephrolithotomie. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 8. p. 1688.

Krotoszyner weist auf die Gefahren hin, die durch Hämorrhagien während und nach einer Nephrolithotomie entstehen können. Sie soll deswegen, wo irgend möglich, durch die Pyelotomia posterior ersetzt werden. Vorausgesetzt die Funktion der anderen Niere ist gesund, so ist die Nephrektomie die einfachste schnellste und sicherste Heilmethode für eine pyonephrotische Steinniere.

Fritz Juliusberg (Posen).

Belfield, William T. Vasostomie-Radiographie der Ductus seminales. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 22. p. 1867.

Die Arbeit behandelt röntgenologische Darstellung der Ductus seminales nach vorhergehender Injektion von Kollargol oder Argylol. Die Flüssigkeit, eventuell, um nicht zu reizen, eine 5%ige Argylollösung, 4—6 ccm, wird durch eine skrotale Vasotomiewunde injiziert.

Fritz Juliusberg (Posen).

Young, Hugh Hampton. Der gegenwärtige Stand der Diagnose und Behandlung der Tumoren der Harnblase. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 22. p. 1857.

Young kommt in seiner Arbeit über die Tumoren der

Harnblase, die sich auf 117 Fälle, darunter 83 maligne, erstreckt, zu folgenden Schlüssen: Die Exzision, wie sie gewöhnlich ausgeführt wird, ergibt ungünstige Resultate und es folgen bei benignen, wie bei malignen Fällen, schnelle Rezidive. Die Kauterisation ist in Verbindung mit suprapubischen und intraperitonealen Operationen ein sehr wertvolles Agens und ergibt, bei scheinbar hoffnungslosen Fällen, manchmal glänzende Heilungen. Das Karzinom der Blase, wird außer in sehr ausgedehnten Fällen am besten durch suprapubische Resektion der Blase behandelt, wobei ein großes Gebiet gesunden Gewebes um den Tumor mitentfernt wird (wenn möglich Kauterisation), der Ureter, wenn möglich, transplantiert und das Peritoneum entfernt wird, wenn der Tumor diesen Teil der Blase ergriffen hat. Intraperitoneale Operationen sind selten notwendig (außer bei Tumoren des Vertex und der hinteren Wand). Wünschenswert erscheint auch der Gebrauch von 50%igen Resorzinalkohol, um etwaige Tumorpartikel zu zerstören, die in die Blase gefallen sind; noch besser ist es, den Tumor vor Beginn der Resektion zu kauterisieren. Bei benignen Tumoren gibt die Fulguration befriedigende Resultate. Aber diese Behandlung soll sehr energisch durchgeführt werden, zu welchem Zwecke der Autor besonders konstruierte Instrumente empfiehlt, die er auch abbildet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Mac. Gowan, Granville. Die transversale Inzision der abdominellen Faszie, als eine Zugangsmethode bei suprapubischen Operationen der Blase und Prostata. The Journal of the American Medical Association. 1913. November 22. p. 1863.

Nicht zum kurzen Referat geeignete chirurgisch-technische Arbeit, mit zahlreichen Abbildungen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Jacobsohn, Julius. Die Funktion der Prostata und Behandlung der Prostatahypertrophie durch indirekte Bestrahlung. Dtsch. med. Woch. Nr. 45. 1913.

Jacobsohn behandelte mit gutem Erfolge Prostatahypertrophien mittels flacher Mesothoriumkapseln. Die Einführung wird am besten in Seitenlage mit heraufgezogenen Knien vorgenommen, das mit einem Gummifinger überzogene, eingefettete Instrument in das Rektum geschoben, unter Leitung des Fingers, in dessen Verlängerung die dickere Pelotte liegt, über den oberen seitlichen Rand der Prostata weiter geführt und der Samenblasengegend unter Verwölbung der Darmwand angelagert. Die selbstschließende Zange wird an einer Kugel des Handgriffs, der Arm der Zange am Halter befestigt. Die Prostatavergrößerungen befanden sich einmal im Reizstadium, ein anderes Mal lag mäßige Vergrößerung mit erstmaliger akuter,

kompletter Retention vor, bei einem 3. altersschwachen Patienten viele Jahre lange Urinbeschwerden. Es wurden 4—6—10 Bestrahlungen von $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ stündiger Dauer je nach dem Zustande des Patienten vorgenommen.

Max Joseph (Berlin).

Freyer, P. J. Über das Karzinom der Prostata. The Lancet. 1913. Dezember 13. p. 1680.

Eingehender Vortrag, vor der Nottingham Medica-Chirurgical society gehalten, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Russell, Howard. Eine Methode zur Entfernung des Karzinoms der Prostata. The Lancet. 1913. Dezember 13. p. 1690.

Kurzer Bericht über die operative Beseitigung eines Prostatakarzinoms mit erläuternden Abbildungen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wade, Henry. Prostatismus, die pathologische Grundlage für die operative Behandlung. British Medical Association. 1913. Section of surgery. The British Medical Journal. 1913. Oktober 25. p. 1080.

Wade kommt in seinen Ausführungen über den Prostatismus außer anderen zu folgenden Schlüssen: 1. Drei Varietäten der Krankheit führen zum Prostatismus: a) Prostatahypertrophie oder chronische lobuläre Prostatitis, b) Prostatafibrose oder chronische interstitielle Prostatitis, c) Prostatakarzinom. 2. Die erste Varietät ist die häufigste Ursache des Prostatismus und fand sich bei 82% der untersuchten Fälle. 3. Die chronische lobuläre Prostatitis ist eine senile Hyperplasie, die in der Mehrzahl der Fälle zur Prostatahypertrophie führt. 4. Sie beginnt im Mittellappen und befällt dann uniform die Seitenlappen derart, daß eine leichte Entfernung durch suprapubische Prostatektomie möglich ist. 5. Sie kann auch ohne Vergrößerung des Organs zu Prostatismus führen. Bei solchen Fällen ist die suprapubische Prostatektomie schwierig und gefährlich. 6. Die chronische interstitielle Prostatitis wird am besten durch Einschnitt und Entfernung der Konstriktion auf transurethralem Wege beseitigt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Kiellleuthner. Wandlungen in der Lehre der Prostatahypertrophie. Münch. med. Wochensh. 1913. Nr. 31.

Die Prostatahypertrophie betrifft fast ausschließlich den Mittellappen, sie stellt einen proliferativen, neoplastischen Vorgang dar. Während die früheren Methoden (Bottini etc.) fast vollkommen verlassen sind, beherrscht jetzt die Therapie die Entfernung der den Harnabfluß mechanisch hindernden Masse. Diese läßt sich aus der Prostata herauschälen. Die neueren

Anschauungen gehen auch dahin, daß die Prostata selbst gar nicht hypertrophiert, sondern daß sie im Gegenteil durch den wuchernden Tumor plattgedrückt wird.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Luys, Georges. Prostatahypertrophiebehandlung auf endourethralem Wege. La Clinique. Nr. 44. 31. Oktober 1913.

Während die transvesikale Prostatektomie nur bei kompletter Harnretention, Infektion des Urins und sehr starker Prostatavergrößerung indiziert ist, haben wir bei geringeren Harnretentionen mit klarem Urin, aber mit häufigem und schmerzhaftem Urindrang und Abschwächung des Harnstrahles in der endourethralen galvanokaustischen Durchtrennung der Prostata Barrière einen unvergleichlich kleineren operativen Eingriff mit vollkommen andauerndem Erfolg, so daß der Residualharn vollständig verschwindet und die Kraft des Harnstrahles wieder normal wird. Ernest Spitzer (Wien).

Dreyer, Albert. Zur Therapie der Induratio penis plastica. Dtsch. med. Woch. Nr. 39. 1913.

Dreyers Patient klagte über Verkrümmung des Gliedes bei der Erektion und Impotenz, die durch mangelnde Blutfüllung der vorderen Corpora cavernosa penis entstanden war. Die Untersuchung ergab je einen harten Knoten links und rechts in den Corpora cavernosa, etwa in der Mitte der Pars pendula. Da heiße Umschläge, Duschen von heißer Luft, Sitzbäder und Fibrolysin keine Besserung brachten, versuchte Verf. Radium zu applizieren. Mit einem 2 cm langen $1\frac{1}{2}$ cm breiten Wickhamschen Radiumfirnisapparat, der mit 3 cg Radium von 500.000 Aktivitäten beschickt war, wurde 30 Stunden lang unter Verwendung von Bleifiltern von $\frac{4}{10}$ — $\frac{6}{10}$ mm Dicke bestrahlt. Nach einer vorübergehenden Rötung trat ein völlig normaler Zustand ein. Max Joseph (Berlin).

Fusco, P. Über einen Fall völliger Heilung von Sclerosis cavernosa oder „Induratio penis plastica“. Il Policlin., Sez. pract. Heft 47. 1913.

In einem Falle von Sclerosis cavernosa (Fournier) oder Induratio penis plastica (Callomon), der ein 50jähr. Individuum 19 Jahre nach der syphilitischen Infektion betraf, hat Fusco durch eine milde, lang dauernde Behandlung (lokale Applikation von 20% Ung. mercuriale alle 2—3 Tage, Friktionen mit 1·5 g grauer Salbe dreimal wöchentlich; Baden des Penis in warmem Wasser einige Minuten) vollständige Heilung erzielt. Die Induration des Penis war hervorgerufen worden durch ein kleines, tief gelegenes Gumma des Corpus cavernosum; der Kranke wäre gar nicht darauf aufmerksam geworden, wenn er nicht Schmerzen bei der Erektion gehabt hätte und unfähig

zur Kohabitation gewesen wäre. Nach Heilung des Gummas und Verschwinden der Störungen ist kein Rezidiv aufgetreten.

Aus diesem Falle zieht Fusco die Schlüsse:

1. daß die Mißerfolge oder partiellen Erfolge Fourniers und Callomons nach seiner Ansicht auf die Kürze der Behandlung zurückzuführen sind,

2. daß man, wenn die Sclerosis cavernosa oder Induratio penis plastica bei Individuen sich zeigt, die sich nie Gonorrhoe oder Syphilis zugezogen haben, die Syphilis hereditaria als Ursache ansehen muß,

3. daß in diesen Fällen, noch mehr als in denen erworbenener Lues, die Kur milde und lang dauernd sein muß, indem man lokale Applikationen mit der Allgemeinbehandlung kombiniert.

J. Ullmann (Rom).

Ansperger, Aloys. Einige interessante Mißbildungen der männlichen Generationsorgane. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31. 1913.

Im Original nachzulesen.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Hautkrankheiten.

Allgemeines, Anatomie, Physiologie, allgem. und exper. Pathologie, path. Anatomie.

Herxheimer, Karl. Über Metamorphosen primärer Hauteffloreszenzen. Dtsch. med. Woch. Nr. 36. 1913.

Nicht die Umwandlung, welche in der Entwicklung einer Hautkrankheit begründet oder durch Eindringen eines Mikroorganismus in die ursprüngliche Läsion hervorgerufen ist, bildet das Thema von Herxheimers Ausführungen, sondern die Bildung lichenoider Papeln aus primären Bläschen und Pusteln. Man sieht diesen Vorgang am häufigsten bei Syphilis, gelegentlich aber auch bei Herpes progenitalis und perianalis, Varizellen, Ekzemen, Urtikaria und Pyodermie. Verf. führt neben Belegen aus der Literatur die Beobachtung von 124 eignen Fällen an, bei welchen das histologische Bild stets den Sitz der Blasen und Pusteln in der obersten, nur von Hornschicht überdeckten Epidermislage zeigte, während die Papeln lymphozytäre Infiltrate enthielten. Es scheint, als ob der Organismus an die Stelle einer akuten Entzündung, welche er nicht rechtzeitig überwinden konnte, eine chronische Entzündung zu setzen