

Geschlechts-Krankheiten.

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

Stieda, Alexander. Die akzessorischen Gänge am Penis. *Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie.* 1905. Bd. LXXVII. pag. 119.

Stieda bringt zuerst eine sehr ausführliche Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über die paraurethralen Gänge, ihre Entstehung, ihre Bezeichnung, ihre Einteilung in anatomisch-pathologischer Hinsicht und stellt dann seine Erfahrungen in folgenden Punkten fest: er unterscheidet die akzessorischen Gänge am Penis in 1. Ductus parurethrales, die mit der Harnröhre und deren Mündung in Verbindung stehen, 2. Ductus praeputiales, Gänge zwischen den Blättern des Präputiums, 3. Ductus dorsales, Gänge im Rücken des Penis, 4. Ductus cutanei, Hautgänge in der Unterfläche des Penis. Im übrigen sind Stiedas Ausführungen derartig ins einzelne gehend, daß sie in einem kurzen Referat nicht zu schildern sind. Erwähnt sei nur noch, daß er Nr. 1 als nicht pathologisch, Nr. 2 und Nr. 4 dagegen als unbedingt pathologisch hinstellt.

Bartsch (Breslau).

Negroni, G. und Zoppi, A. Über die Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und des Skrotums infolge narbiger Unterbrechung der inguino-cruralen Lymphbahnen. *Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie.* 1905. Bd. LXXVII. pag. 112.

Negroni und Zoppi berichten über einen Fall von Elephantiasis penis et scroti hervorgerufen durch käsige Einschmelzung der Inguinaldrüsen beiderseits auf skrofulöser Basis. Histologische Untersuchungen ergaben hauptsächlich Veränderung des Coriums, die beim Penis in einer Läsion und Sklerose des Bindegewebes, beim Skrotum in einer umschriebenen Hypertrophie der Papillen in der Lederhaut sich zeigte. Zum Schluß legen sie ihre Ansicht dahin fest, daß sie „die angetroffenen Veränderungen als einfache in Gemeinschaft mit Bindegewebshyperplasien und Sklerosevorgängen bestehende Lymphangiektasien“ betrachten.

Bartsch (Breslau).

Finsterer, J. Über Harnblasensteine. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXX. XXII.

Finsterer gibt im Vorliegenden eine kurze Beschreibung der wichtigsten Steine der Sammlung der II. chirurg. Klinik zu Wien. Man unterscheidet eine cystogene primäre Lithiasis im Gegensatz zur sekundären Lithiasis, bei welcher letzterer es sich um Blasensteine handelt, die sich um einen erst in die Blase gelangten Körper bilden, also einerseits um deszendierte Nierensteine, andererseits um Fremdkörper; daher unterscheidet man zwischen autochthoner und artifizieller sekundärer Lithiasis.

Was die cystogene primäre Lithiasis anbetrifft, so steht der Ansicht Ebsteins, daß an dem Aufbau in jedem Falle das Produkt eines epithelialen Katarrhs der Schleimhaut beteiligt sei, die Ansicht Ultzmanns gegenüber, daß in erster Linie die Insuffizienz der Harnblase mit Bildung eines Residualharns die wichtigste Bedingung für die Steinbildung abgibt. Das übereinstimmend angegebene Prävalieren des männlichen Geschlechts findet seine Erklärung in der Länge der männlichen Harnröhre, Prostatahypertrophie, Strikturen und bei Kindern in der Phimose. Bei Frauen kann es ausnahmsweise bei bestehendem Prolaps der vorderen Vaginalwand zur Ansammlung von Residualharn und konsekutiver Lithiasis kommen. Trotzdem sind die Fälle selten, in der Wiener Sammlung nur 2 Fälle.

Der chemischen Zusammensetzung nach kann man die Steine einteilen in einfache und zusammengesetzte. Erstere scheinen seltener zu sein. Verf. zählte in der Sammlung nur 6 einfache: 3 Urat- und 3 Phosphatsteine. Von den Oxalatsteinen zeigten sämtliche in ihren äußeren Schichten Beimengungen von Uraten und Phosphaten. Bei den zusammengesetzten Steinen zählte Verf. unter 114 Steinen, nach den prävalierenden Bestandteilen 63 zu den Urat-, 18 zu den Oxalat- und 15 zu den Phosphatsteinen. Bei den übrigen 18 waren die Bestandteile annähernd gleichmäßig, und zwar 12 Urate und Oxalate, 2 Urate und Phosphate, 2 Oxalate und Phosphate, 2 Urate + Oxalate + Phosphate. Harnsäure und ihre Salze prävalieren also als Steinbildner. Wenn man den Kern als wichtigsten Bestandteil der Steine in Betracht zieht, so ergibt sich auch hier ein Prävalieren der Urate: nämlich von 111 untersuchten Fällen 90, 16 waren Oxalate, 5 Phosphate.

Bei der artefiziellen sekundären Lithiasis überzieht sich der Fremdkörper zunächst nur oberflächlich mit einer Phosphatschicht. Bei einer gewissen Größe kommt es jedoch meist nicht zu einer regelrechten Steinbildung, sondern nur zu einer Inkrustierung z. B. bei Haarnadeln. Hier ist ein Fall beschrieben, wo es ausnahmsweise zu regelrechter Steinbildung um eine solche kam. (Im ganzen sind nur 6 solcher Fälle beschrieben.) Ferner ist interessant ein Fall von multiplen Phosphatsteinen, mit fetthaltigen Kernen, bezüglich deren Genese sich Verf. zu derselben Ansicht hinneigt, wie Ultzmann in einem ähnlichen Falle, nämlich, daß die beim häufigen Katheterisieren — es handelt sich in beiden

Fällen um Striktur-Patienten — in der Blase zurückbleibenden, sich verseifenden Öltropfen als Urheber der Steinbildung anzusehen sind. Als fernere Ursachen der artefiziellen sekundären Lithiasis kommen in Betracht: Fremdkörper, die bei Verletzung der Blase (Pfählung etc.) in diese in Gestalt von Kleiderfetzen, Holzsplittern etc. eingedrungen sind, ferner Knochensplitter bei Eiterungen der Beckenknochen, auch fötale Knochen, die nach Bildung einer Uterus-Blasenfistel in die Blase gelangten. Als Unica führt Verf. ferner an: durchgebrochene Gallensteine bei einem Exemplar, das aus Ägypten stammt, war der Kern gebildet von Eiern des Parasiten *Distoma hämatobium*.

Die Form des Kernes ist abhängig von seiner chemischen Beschaffenheit, Uratkerne sind mehr länglich, Oxalatkerne mehr rund. Bei 5 Steinen waren mehrere Kerne vorhanden. Die Ursache dieser Seltenheit kann sein: entweder daß von vornherein mehrere Kerne vorhanden sind, oder daß durch Selbstzertrümmerung aus einem Kerne mehrere wurden.

Die Lage des Kernes ist in der Mehrzahl der Fälle eine konzentrische. Liegt er exzentrisch, so handelt es sich um „angewachsene“, „eingelagerte“ oder eingesackte Steine, bei denen die Anlagerung der Salze nur nach einer Richtung erfolgen kann.

Was die Schichtung betrifft, so ist dieselbe im allgemeinen sehr mannigfaltig in ihrer Kombination, aber im speziellen gewinnt Verf. den Eindruck, daß bei Vergleichung des Aufbaues die Kombination von Uraten und Oxalaten nicht selten ist. Sehr selten wird die oberflächliche Schicht von Uratsteinen von oxalsauerm Kalk gebildet.

Die Form der Blasensteine ist abhängig davon, ob dieselben in der Blase frei beweglich sind oder durch räumliche Verhältnisse resp. Multiplizität in ihrem Wachstum beeinflußt werden. Die Urat- und Phosphatsteine sind *ceteris paribus* entsprechend ihrem rhombischen Kristallisationssystem mehr oval, die Oxalatsteine mehr rund entsprechend ihrem quadratischen System. Die auffallendste Abweichung bezüglich der Form zeigen die sogenannten Pfeifensteine, Blasensteine, die mit dem einen Ende in die Harnröhre hineinragen, während der Körper in der Blase bleibt. In einem Falle lag der Kern sogar im prostatistischen Teile, so daß man ein umgekehrtes Wachstum, von der Harnröhre in die Blase, annehmen muß. Diese Steine bieten natürlich bei ihrer operativen Entfernung bedeutende Schwierigkeiten dar.

Das Gewicht der Steine betrug bei 9 über 100 g und zwar 1 Oxalat (100 g), 3 Urat-, 2 Phosphat-, 3 Urat-Phosphat-Oxalatsteine. Der größte (204 g) war ein Uratsteine. (Die Steine wurden in völlig trockenem Zustande gewogen.)

Zum Schluß bespricht Verf. noch kurz den Vorgang der Spontanzertrümmerung. Die radiäre Spaltung geht hierbei fast stets von um den Kern herum liegenden konzentrischen Furchen aus und verläuft gegen die Oberfläche, während der Kern von der Spaltung unberührt bleibt.

Das überaus seltene Vorkommnis, daß der Kern an der radiären Spaltung beteiligt ist, demonstriert Verf. an einem schönen Präparate.

Ortmann (Magdeburg).

Knoll, W. Ein Beitrag zur Pathologie des Carcinoms der weiblichen Urethra. Dtsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXX. XXIII.

Knoll beschreibt ein Urethralcarcinom bei einer 68jährigen Frau. Die sonst gesunde Frau wird eines Tages plötzlich von profusen Blutungen aus den Genitalien überrascht. Der Arzt findet nach einigen Wochen, nachdem noch mehrere Blutungen gefolgt sind, einen prominenten Tumor von Haselnußgröße. Seit der ersten Blutung treten dann dauernde Urinbeschwerden, Tenesmus und starkes Brennen auf. Es kommt fötider Ausfluß hinzu und die Frau entschließt sich zur Operation. Hierbei präsentiert sich der Tumor als wallnußgroße, tiefroste, stellenweise von gelblichen Borken bedeckte Geschwulst mit zottiger Oberfläche und mit der Schleimhaut der Harnröhre fest verwachsen. Histologisch ergab sich ein von den Urethraldrüsen ausgehendes Drüsen-carcinom. Verf. erklärt das plötzliche Eintreten einer Blutung mit folgender, bleibender und sich steigender Schmerzhaftigkeit beim Urinieren durch ein sekundäres Ergriffensein, eine sekundäre Ulzeration der Urethralschleimhaut durch das von unten her vordringende Drüsen-carcinom. Der Tumor wurde operativ und ohne Rezidiv entfernt.

Im Anschluß bespricht Knoll die in der Literatur beschriebenen Fälle von primärem Urethracarcinom.

Ortmann (Magdeburg).

Webber, H. W. A case of sarcoma of the corpora cavernosa penis. The British Med. Journal. 1905. 16. Dez. p. 1587.

Webber berichtet kurz über ein primäres Sarkom der Corpora cavernosa penis bei einem 51jährigen. Der entfernte Tumor erwies sich als ein Sarkom mit runden und ovalen Zellen.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Grandjean. Les propagations ganglionnaires à distance dans les tumeurs de la vessie. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1905. 23. Année. Vol. II. Nr. 12.

Grandjean wirft die Frage auf, ob nach Analogie der Erkrankung der Achseldrüsen bei Mammacarcinom oder der nächstliegenden Drüsen bei Carcinom des Uterus es auch ein Fortschreiten der Erkrankung auf die regionären Drüsen bei Blasentumoren gibt. Er bejaht die Frage, gibt aber zu, daß bei der geringen Anzahl der Fälle, die bisher beobachtet seien, die Kenntnis dieser Tatsache kaum ein Mittel zur frühzeitigen Diagnose ist, sondern lediglich als unterstützendes Moment in Betracht kommt.

Bartsch (Breslau).

Simmonds, M. Über Frühformen der Samenblasentuberkulose. Virch. Arch. Bd. CLXXXIII. p. 1.

Unter Zugrundelegung von 15 Fällen beabsichtigt Verf. über die ersten Veränderungen, die der Tuberkelbazillus in der Samenblase hervorruft und die weitere Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses in der ersten Periode der Erkrankung zu berichten, um im Anschlusse daran

seine Ansicht über die Pathogenese zu entwickeln. Nach seinen Untersuchungen stellt sich der Gang des Prozesses derart dar, daß unter Einwirkung der Tuberkelbazillen zuerst ein exsudativer Katarrh sich ausbildet und daß der anfangs oberflächliche Prozeß erst später die tieferen Schichten der Mucosa in Mitleidenschaft zieht und sie endlich völlig zerstört. Das Wesentliche dieser Auffassung ist also, daß die Erkrankung vom Inhalt der Samenblasen ihren Ausgang nimmt, nicht von der Wandung derselben.

Was den Weg der Infektion anlangt, möchte Verf. die Entstehung und Weiterentwicklung der Samenblasentuberkulose folgendermaßen zusammenfassen: Die in den gesunden Hoden tuberkulöser Individuen ausgeschiedenen oder aus tuberkulösen Herden des Nebenhodens stammenden Bazillen gelangen mit dem Sekretstrom in die Samenblasen, vermehren sich hier im zeitweise stagnierenden Inhalt, regen zunächst einen eitrigen Katarrh an und führen weiterhin zu tiefergreifenden Veränderungen der Schleimhaut und zu käsiger Zerstörung des Organs.

Zum Schlusse rät Simmonds, in allen Fällen, wo bei Autopsien ein eiterähnlicher Inhalt in den Samenblasen angetroffen wird, die Flüssigkeit mikroskopisch zu prüfen und falls Eiterzellen gefunden werden, auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. Man wird auf diese Weise gelegentlich tuberkulöse Spermatocystiten im frühesten Entwicklungsstadium entdecken.

Alfred Kraus (Prag).

Pardoe, John. The treatment of tuberculosis of the urinary system by Tuberculin (T. R.). The Lancet. 1905. 16. Dez. p. 1765 ff.

Pardoe bespricht im wesentlichen die Behandlung der Blasen-tuberkulose und weist auf die nur mäßigen Erfolge einer chirurgischen Behandlung hin. Auch die Blasenpülungen mit Jodoformemulsionen, Kupfer- und Quecksilbersalzen haben nach Pardoe nur geringen Wert. Er empfiehlt zur Behandlung das Kochsche Neu-Tuberkulin (T. R.). Eine Kontraindikation für seine Anwendung besteht, wenn Verdacht vorliegt, daß beide Ureteren erkrankt sind.

Er beginnt mit $\frac{1}{500}$ mg und injiziert steigende Dosen alle Über-tage, bis eine Reaktion auftritt (gekennzeichnet durch Temperaturanstieg über 2 Grade, Übelbefinden, Schmerzsteigerung und häufigeren Harn-drang). Dann geht er zurück bis zu der Dose, die keine Reaktion mehr hervorruft und injiziert diese längere Zeit hindurch einmal in der Woche.

Pardoe behandelte 21 Patienten in dieser Art: 6 starben, 6 wurden nicht gebessert; 4 wesentlich gebessert; 5 anscheinend geheilt.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Kümmell, Hermann. Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie. Bd. LXXVII. p. 999. 1905.

Kümmel hat zur Beseitigung der Beschwerden durch Prostatahypertrophie die verschiedensten Operationen angewendet. Mit der

Bottinischen Methode hat er gute Erfolge erzielt, auch die doppelseitige Kastration liefert günstige Resultate. Trotzdem kommt er immer wieder, wenn es der Zustand des Patienten erlaubt, auf die Exstirpation der Prostata zurück. Ob nun von der Blase her oder dem Perineum aus operiert wird, muß im einzelnen Falle entschieden werden; jede Methode hat ihre berechnete Indikation.

Bartsch (Breslau).

Czerny. Über Prostatectomie. Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie. Bd. LXXVII. p. 156.

Die Indikation für Prostatectomie ist nach Czerny gegeben, wenn ernste Schwierigkeiten beim Katheterismus (Schmerzen, Blutungen, Steinbildung, Infektion der Blase) auftreten oder auch der Kranke sich nicht selbst katheterisieren kann. Kontraindiziert ist sie bei doppelseitiger, schwerer Nierenerkrankung oder bei großer Deбилität des Kranken. Noch nicht spruchreif ist die Frage, ob man der perinealen, welche Verfasser ausübt, oder der transvesikalen Prostatectomie den Vorzug geben soll. Die Bottinische Operation soll für geübte Spezialisten dieser Methode reserviert bleiben.

Bartsch (Breslau).

Volk, R. Wien (Abteilung Lang). Zur Therapie der entzündlichen Leistendrösen. Wiener medizinische Presse. 1905. Nr. 48 und 49.

Volk bespricht vorerst die konservative Behandlung, bei der er den Alkoholumschlag besonders bevorzugt, hierauf die Punktionsmethoden, sowie die Exstirpation, um dann die lokale Stauung und ihre Erfolge bei entzündeten Leistendrösen zu erörtern. Auf die rasierte Umgebung der Drüse setzt Volk einen Trichter mit Schlauch auf, verdünnt mittelst einer Glasspritze die Luft und klemmt den Schlauch ab; man darf nicht zu stark stauen und nicht ruckweise die Luft verdünnen; die Dauer betrug durchschnittlich $\frac{1}{2}$ Stunde 2mal täglich. Die beste Prognose geben akut entzündliche Drüsen, bei denen die Stauung oft abortiv wirkt. Bei strumösen Lymphdrüsen muß man die erweichten Stellen vor der Stauung inzidieren. Volk behandelte 58 Fälle mit Stauung, davon mußten 12 nachträglich operiert werden, zumeist mit einer einfachen Exkochleation.

Viktor Bandler (Prag).

Smith, Arthur. A case of septic Paraphimosis. The Lancet. 1905. 16. Dez. p. 1771.

Smith operierte eine mit septischen Vorgängen komplizierte Paraphimose, die von keiner Geschlechtskrankheit begleitet war.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Chauffard, M. A. Nephritis infolge Sublimatvergiftung. La semaine médicale. 1905. Nr. 2.

Ein 19jähriges Mädchen hat eine ziemlich große, nicht genau kontrollierte Menge konzentrierter Sublimatlösung getrunken. Es traten danach folgende Nieren-Erscheinungen auf: absolute 5tägige Anurie, dann langsam zunehmende Urinsekretion, kaum Albumen; keine Hämaturie, keine Ödeme, keine urämischen Erscheinungen; die gleichen Symptome, wie in einem früher von Chauffard beobachteten Falle, wo eine

Frau 5 g HgCC_2 genommen hatte. Das Auftreten von Albumen erklärt Verfasser durch die tiefen ulcero-gangränösen intestinalen Schleimhautaffektionen und führt als Beweis dafür seine beiden Fälle an, wo diese Erscheinungen nur geringfügigerer Natur waren und daher auch kaum Albumen zu finden war — die Anurie erklärt er durch Nekrose der Nierenepithelien, wie dies auch der mikroskopische Befund im 2. Falle, der zur Sektion kam, bewies — das Ausbleiben von Hämaturie durch die histologische Integrität der Glomeruli. Therapeutisch empfiehlt er physiologische Kochsalz-Injektionen, Diuretica sind bei der starken Läsion der Nierenepithelien zwecklos. Janssen (Breslau).

Elbe. Die Nieren- und Darmveränderungen bei der Sublimatvergiftung des Kaninchens in ihrer Abhängigkeit vom Gefäßnervensystem. Virchows Archiv. Bd. CLXXXIX. Heft 3.

Die Tatsache, daß in den bisherigen Untersuchungen über das vorliegende Thema über viele Einzelheiten des Befundes die Auffassungen auseinandergehen und ferner namentlich der Angriffsort des Sublimats sehr verschieden aufgefaßt wird, veranlaßte den Autor, das Thema neuerlich anzugehen. Seine Untersuchungen stützen sich auf folgende vier Versuchsreihen: a) Vergiftung mit einmaliger Dosis; Vergiftung mit mehrfachen Dosen. b) Vergiftung nach Exstirpation einer Niere. c) Vergiftung nach Unterbindung eines Ureters. d) Tiere mit längerer Vergiftungsdauer.

Seine Auffassung von der Wirkung des Sublimats ist folgende:

Bald nach der subkutanen Injektion einer Sublimatlösung wird durch das im Blut und in der Lymphe als Quecksilberalbuminat kreisende Gift von der Lymphe aus ein Reiz auf die Nerven der Vasa renalia und Vasa ileocolica ausgeübt.

Dieser Reiz führt zu einer Verengerung von kleinen Arterien in den genannten Gefäßgebieten, zur Herabsetzung des Blutdruckes in den zugehörigen Kapillaren und zur Aufhebung der Durchströmung derselben mit Blut.

Die Folge davon ist in der Niere eine von Stellen mit niedrigem zu solchen mit höherem Blutdruck fortschreitende, mit Nekrose endigende Veränderung des Epithels gewundener und gerader Kanälchen, soweit sie von einem Kapillarsystem zweiter Ordnung versorgt werden.

Im Darm (Blinddarm und Anfangsteil des Kolon) kommt es im Anschluß an die Verengerung der kleinen Arterien infolge des in seinen Venen herrschenden hohen Druckes zu einem rückläufigen Blutstrom und zur hämorrhagischen Infarzierung mehr oder weniger umfangreicher Gefäßgebiete der Schleimhaut. Die infarzierten Gebiete werden nekrotisch, und es stellen sich sekundäre entzündliche Vorgänge ein.

In dieser Ansicht über die Wirkungsweise des Sublimats wurde Verf. durch Versuche bestärkt, bei denen er durch operative Eingriffe vor der Vergiftung Faktoren einschaltete, die die Zirkulation in der Niere in einem der Sublimatwirkung entgegengesetzten Sinne beeinflußten.

Setzte er mit der Exstirpation einer Niere durch chemische Reize, die vermittelt des Nervensystems die Gefäße erweitern, die verengende Wirkung des Sublimats herab, so blieb eine Zunahme des Umfanges der endgültigen Veränderungen aus, wenn sie auch etwas schneller eintraten.

Setzte er mit der Unterbindung des Ureters durch starke, dauernde mechanische Reizung die Erregbarkeit des Nervensystems der Nierengefäße herab, so wurde die Wirkung des Sublimats stark herabgemindert und aufgehoben.

Das Verhalten des Fettes in den Nieren, das Schlüsse auf die Bewegung der Blutflüssigkeit erlaubte, stand in Einklang mit der Auffassung der Sublimatwirkung als einer Gefäßnervenreizung.

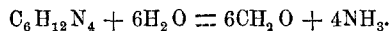
Dasselbe gilt von den Versuchen, in welchen Verf. durch temporäre Unterbindung der Arteria ileocolica dieselben Veränderungen hervorrief, wie durch die Sublimateinwirkung auf das Nervensystem der Darmgefäße.

Als weitere Stütze seiner Theorie der Sublimatwirkung verwendet Verf. die Tatsache, daß nach Art und Lokalisation völlig übereinstimmende Veränderungen, wie sie in den Nieren nach Sublimatvergiftung auftreten, sich durch zweistündige Unterbindung der Arterie renalis hervorrufen lassen. (Brodersen.) Alfred Kraus (Prag).

Parry, Wilson. A case of irritation of the kidney caused by Urotropin. The Lancet. 1905. 9. Dez. p. 1686 ff.

Parry ließ einem 84jährigen Manne, der an Prostatahypertrophie und Cystitis litt, drei Wochen lang Urotropin in Dosen von 0.9 bis 1.8 g pro die nehmen. Der anfangs alkalische Urin nahm im Laufe der Therapie saure Reaktion an, verlor seinen schlechten Geruch und wurde klar. Aber es trat eine starke Albuminurie auf.

Parry nimmt an, daß die Nierenreizung durch Abspaltung des Formaldehyds aus dem Hexamethylentetramin in der Niere verursacht wäre. Die hydrolytische Spaltung des Hexamethylentetramins spielt sich nach folgender Formel ab:



In der Regel findet diese Spaltung im sauren Urin der Blase statt, kann aber auch, worauf die Beobachtung hinzuweisen scheint, in der Niere erfolgen.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Grosse. Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. Deutsche Praxis. 14. Nr. 16.

Unter der Bezeichnung „Schütze Dich“ hat Grosse ein Schutzmittel konstruiert; dasselbe besteht aus zwei kleinen Zinntuben, deren eine eine wässrige Lösung von Hydrargyr. oxycyanat. 1:1000 enthält während die andere mit einem ebenfalls unzersetzlichen Fettgemisch (Bestandteile nicht angegeben! Ref.) gefüllt ist. Kosten: 30 Pfennige.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Richter, Paul. Über Bubonen-Behandlung. Mediz. Klinik. 1906. Nr. 8.

Richter punktiert Bubonen frühzeitig mit dem Messer und spült dann die Höhle mit 1–3%iger Perhydrollösung aus. Darauf ohne Tamponade Druckverband mit einer Lage steriler Gaze, darüber ungereinigte Schafwolle und Fixierung mit Bindentouren. Oskar Müller (Dortmund).

Posner. Eine Leitvorrichtung zu Nitze's Kystoskop. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. 1906.

An die Spitze des Kystoskops wird eine etwa 8 cm lange filiforme Sonde angeschoben, welche die Besichtigung der Blase nicht stört und die Einführung des Instrumentes wesentlich erleichtert. Der Preis des so veränderten Kystoskops ist (bei der Firma Loewenstein-Berlin) nur wenig erhöht gegen die Apparate ohne diese Leitvorrichtung.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Ringleb, Otto. Kystoskop nach Maisonneuveschem Prinzip. Dtsch. med. Woch. Nr. 8. 1906.

Ringleb konstruierte nach dem Maisonneuveschen Prinzip, welches er der gewaltsameren und weniger exakten Dessaultschen Methode vorzieht, ein Instrument, welches in jedem Falle ein praktisches Kystoskop darstellt, für Geübtere aber gleichzeitig bei schwer zu passierender Harnröhre erfolgreich angewandt werden kann. Dieser in einer Abbildung veranschaulichte kystoskopische Katheter ist mit einem soliden Metallmandrin armiert. Der Endteil des Mandrins befindet sich im Schnabel des Katheters, verschließt diesen nach oben zu und trägt das Gewinde zum Ausschrauben des filiformen Bougie. Ist der Katheter unter Leitung des Bougie in die Blase eingeführt, so wird der solide Metallmandrin herausgezogen und durch ein optisches Mandrin mit beweglicher Lampe ersetzt. Ein automatisches Klappventil dient dazu, ein Abfließen des Blaseninhalts während des Mandrinwechsels zu vermeiden.

Max Joseph (Berlin).

Goldschmidt, H. Die Endoskopie der Harnröhre. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 6. 1906.

Goldschmidt hat ein Endoskop konstruiert, bei welchem durch vorhergehende Injektion von Wasser die Falten der Schleimhaut ausgedehnt und dadurch die Krypten und Drüsen leicht sichtbar gemacht werden können. Im übrigen stellt der Apparat ein gerades Rohr dar, das in seinem Innern eine kleine elektrische Lampe birgt und in zwei schmale Spangen, zwischen denen die Schleimhaut sichtbar wird, ausläuft.

Hans Hübner (Frankfurt a. M.).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Dunning, L. H. Gonorrhoea in the Female: Its Diagnosis, Frequency and Influence on the Production of Sterility and of Grave Lesions of the Pelvic Organs. Jour. Am. Med. Assoc. XLV. 1397. 4. Nov. 1905.

Dunning kommt auf Grund einer Bearbeitung eines aus der Privat-Hospital- und Dispensary- (poliklinischen) Praxis zusammengesetzten Material zu folgenden Schlußsätzen:

Die akute Gonorrhoe bei der Frau ist leicht zu diagnostizieren, wenn sie früh zur Beobachtung kommt (durch mikroskopische Untersuchung und Kulturen), im subakuten und chronischen Stadium ist die Diagnose oft unmöglich. Die Diagnose wird unterstützt durch den plötzlichen Anfang der Entzündung, den Ausschluß anderer Ursachen und durch das Geständnis der Kranken. Viele Fälle gehen rasch in Heilung über ohne jede Spur der Krankheit zu hinterlassen. Die Gonorrhoe tritt in sehr verschiedener Häufigkeit bei verschiedenen Gesellschaftsklassen auf.

H. G. Klotz (New-York).

Schultz, Frank. Gonorrhoeische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhoe. Dtsch. med. Woch. Nr. 1. 1906.

Schultz berichtet über die bisher noch nicht beobachtete oder noch nicht beachtete Erscheinung einer primären gonorrhoeischen Infektion der Lymphgefäße des Penis und von dieser ausgehenden Gonokokkenmetastasen. Lebhaftige Schmerzen in der Symphysengegend führten zu der Untersuchung, welche dicht unter der Symphyse an der Peniswurzel unter normaler Haut ein strangförmiges, derbes, empfindliches Infiltrat erkennen ließ. Bald darauf kam es unter Fieber zu schmerzhafter Schwellung in der Gegend d. r. M. Deltoideus, nach kurzer Zeit zu gleichen Symptomen am Phalangometakarpalgelenk des r. Mittelfingers und am r. Fußrücken. Ein Abszeß an den Metakarpen des Zeige- und Mittelfingers wurde eröffnet. Ausstrichpräparate aus diesem enthielten Gram-negative, intraleukoeytäre Diplokokken. Überimpfen der Flüssigkeit auf Serumagar erzeugte in 24 Stunden typische Gonokokkenkolonien. Während der ganzen Erkrankung blieb die Urethra gesund, der Harn klar, Sekret bestand nie. Nachdem Verf. die Möglichkeiten einer alten Gonorrhoe oder einer schnell vorübergehenden frischen Urethritis nach eingehender Erörterung verneint, kommt er zu dem Schlusse, daß die Infektion der Lymphgefäße von der Haut aus zu stande kam. Dafür sprachen: Ein 4 Tage vor Beginn der ersten Symptome erfolgter verdächtiger Coitus, die Lokalisation der Lymphangitis bloß in dem proximalen Teil der dorsalen Penislymphgefäße, während bei der gonorrhoeischen Lymphangitis urethralen Ursprungs die Erkrankung meist am Sulcus coronar. beginnt; hauptsächlich das Fehlen von Gonokokken und von jeglicher akuten Entzündung in der Harnröhre.

Max Joseph (Berlin).

Ballenger, E. G. Strictures of the Urethra. Their Pathology and Therapy. Med. News. 87. 930. 11. Nov. 1905.

Allgemeine Abhandlung über die Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen, ohne wesentlich Neues oder Originelles zu bringen.

H. G. Klotz (New-York).

Kraus, Josef. Ein Fall von Vergiftung mit β -Eucaïn. Dtsch. med. Woch. Nr. 2 1906.

Wenngleich das β -Eucain im Vergleich mit Cocain sich nach vielfachen Erfahrungen als fast absolut gefahrlos bewährt hat, rät Kraus doch zu einer gewissen Vorsicht, wenn es sich um nicht intakte Schleimhaut handelt. Diese Warnung erhält ihre Berechtigung sowohl durch die Berichte mehrerer Autoren, welche nach Anwendung des sonst unschädlichen und ausgezeichnet wirkenden Mittels doch bei direkter Berührung desselben mit Blut- und Lymphstrom vereinzelte Störungen beobachteten, als auch durch folgenden vom Verf. selbst behandelten Fall. Dem 40jährigen, kräftigen, nicht nervösen Patienten waren vor einer, wegen schwerer Striktur notwendigen Urethrotomie 10 cm einer 2%igen β -Eucainlösung eingespritzt worden. Das Befinden des Kranken am Tage nach der Operation war vortrefflich und er erhielt, um ihm die Dehnung und Spülung der durchtrennten Striktur zu erleichtern, eine weitere Injektion von der gleichen Menge und Lösung. Bald darauf stellten sich typische Intoxikationserscheinungen, Ohnmacht, Bewußtseinstörung, Atemnot, wellenartiges Zittern des ganzen Körpers, Trockenheit und Schwere der Zunge, Sprachstörung ein, welche unter Darreichung von Exzitantien, Faradisation, Sauerstoffeinatmung, künstlicher Atmung etc. in 1½ Stunden zurückgingen. Da das Medikament seit Jahren täglich ohne jede Schädigung angewandt wurde, das betreffende Präparat sich bei der chemischen Untersuchung sowie bei dem Gebrauch bei anderen Patienten als völlig ungefährlich erwies und eine Prädisposition des sonst gesunden Mannes nicht vorliegen konnte, erklärt Verf. diese seltene Erscheinung durch die mittels der Wunde erleichterte Resorption des β -Eucains, wofür auch der Umstand spricht, daß die erste bei intakter Haut gemachte Injektion gut vertragen wurde. Nach der Operation hingegen traf das Medikament auf eine Wundfläche, drang schnell in die Schleimhaut ein und verursachte so in direktem Kontakt mit dem Lymph- und Blutstrom die beschriebene Intoxikation.

Max Joseph (Berlin).

Barker. Bilateral Exostoses on the Inferior Surface of the Calcaneus, Gonorrhoeal in Origin (Pododynia Gonorrhoeica). Perichondritis, Probably of Gonorrhoeal Origin. Johns Hopkins Bull. XVI. 384. Nov. 1905.

Barker stellte vor der Johns Hopkins Med. Soc. Patienten mit beiderseitigen Exostosen auf der Innenfläche des Calcaneus und mit Perichondritis des Larynx und der Trachea vor, in denen der Zusammenhang dieser Störungen mit Gonorrhoea höchst wahrscheinlich war. Der erste Pat. suchte das Hospital auf wegen Schmerzen in den Füßen, die Stehen und Gehen sehr erschwerten und für die keine Erklärung zu finden war, bis die Roentgen-Untersuchung die Anwesenheit des Exostosen nachwies. In dem zweiten Falle waren Affektionen verschiedener Gelenke vorausgegangen.

H. G. Klotz (New-York).

Thayer, W. S. On Gonorrhoeal Septicaemia and Endocarditis. Am. Journ. Med. Scie. 130. 751. Nov. 1905.

Thayer weist darauf hin, daß in manchen Fällen von gonorrhoeischer Septicaemie und Endokarditis die spezifische Natur der Infektion

mit Sicherheit nachgewiesen wurde, dagegen aber auch bewiesen wurde, daß eine Septichaemie in Zusammenhang mit verschiedenen andern Komplikationen außer Endokarditis vorkommen kann. Das klinische Bild der schweren Fälle unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von Endokarditis aus andern Ursachen. Fälle, in denen sich nach Gonorrhoe Symptome von Septichaemie entwickeln mit tödlichem Ausgang, ohne daß während des Lebens irgend ein Infektionsherd nachgewiesen werden kann, sind nicht selten, aber meistens weist die Sektion doch einen außerhalb der Urethra (Prostata) gelegenen Herd nach. In den milder verlaufenden, in Genesung endenden Fällen kontinuierlichen oder intermittierenden Fiebers nach Gonorrhoe ist der Beweis noch nicht geliefert, daß es sich in der Tat um wirkliche Septichaemie handelt. Thayer beschreibt zunächst ausführlich einen solchen Fall bei einem 28jährigen Mann, in dem sich an eine akute Gonorrhoe mit Beteiligung der Urethra posterior anscheinend ohne jede Komplikation ein zirka 7 Wochen anhaltendes Fieber anschloß. Die Symptome waren vager, mehr allgemeiner Art; Kopfweh, Rückenschmerzen, Malaise, dickbelegte Zunge, kontinuierliches Fieber, tastbare Milz, verdächtige Roseolaflecken, recht wohl geeignet an Abdominaltyphus denken zu lassen; aber in Kulturen von der Zirkulation direkt entnommenem Blut wurden Gonokokken in Reinkultur nachgewiesen. Der Fall scheint Thayer von besonderem Interesse, wegen des Nachweises, daß sich bei leichten, kontinuierlichen Fieberzuständen, die zuweilen ohne nachweisbare Komplikationen in Verbindung mit Gonorrhoe beobachtet werden, in gewissen Fällen der Beweis einer wirklichen gonorrhoeischen Septichaemie liefern läßt; daß eine solche gonorrhoeische Septichaemie ohne lokale Komplikation einen dem Abdominaltyphus nicht unähnlichen Verlauf zeigen kann. Man solle daher in zweifelhaften Fällen von kontinuierlichem Fieber in Verbindung mit Gonorrhoe die Möglichkeit einer gonorrhoeischen Septichaemie nicht aus dem Auge verlieren.

Thayer beschreibt weiter ausführlich zwei Fälle reiner gonorrhoeischen Endokarditis mit Sektionsbericht, die er selbst genau beobachtet. Die Gonokokken wurden mit voller Bestimmtheit identifiziert durch Kulturen von dem Lebenden entnommenen Blut.

Vier weitere Fälle von ulzerativer Endokarditis und Gonorrhoe sah Thayer nur in Konsultation. In einem der Fälle zeigten während des Lebens entnommene Blutkulturen Streptokokken; in einem andern wurde ein unidentifizierter Bazillus kultiviert. In allen Fällen jedoch war der Zusammenhang der Urethritis mit dem Auftreten der Symptome ein derartiger, daß man mit Bestimmtheit annehmen konnte, daß die akute Infektion als Eingangspforte gedient hatte. Im ganzen bewiesen Thayers Erfahrungen, daß akute Urethritis gonorrhoea keineswegs so selten von Endokarditis gefolgt wird, teils spezifischer gonorrhoeischer Natur, teils Folge sekundärer oder gemischter Infektion, die in der Urethritis die Eingangspforte finden oder später auf den primär affizierten Klappen sich ansiedeln.

H. G. Klotz (New-York).

Vieth, H. und Ehrmann, O. Untersuchungen und Beobachtungen über ältere und neuere Balsamica. Dtsch. med. Woch. Nr. 2. 1906.

Aus vielfachen pharmakologischen und therapeutischen Untersuchungen ziehen Vieth und Ehrmann die Schlußfolgerung, daß die Gonorrhoe am zweckmäßigsten einer gemischten Therapie durch Balsamica, lokale Behandlung und entsprechende Diät zu unterwerfen sei. Nur hochgradige Entzündungen, besonders heftig einsetzende Urethritis poster. und andere bereits im Beginne der Erkrankung eintretende Komplikationen erfordern eine alleinige innere Behandlung, in jedem anderen Falle wäre es von Nachteil die lokalen Maßnahmen zu unterlassen. Verfasser betonen, daß sie sich nicht die Verdrängung lokaler Methoden, sondern nur die Ausschaltung schädlicher Nebenwirkungen der Balsamica zum Ziele gestellt haben. Die antigonorrhoeischen Eigenschaften des reinen Sandelöls seien durch neuere Präparate nicht wesentlich übertroffen. Doch habe das Santyl die Vorzüge. Der bei Cystitis oft erwünschten antiseptischen Wirkung kraft seiner Salizylabspaltung, der Vermeidung von Reizungen der Nieren und des Magendarmtrakts, der Beseitigung des unangenehmen Geschmacks und Geruchs unbeschadet seiner Heilwirkung. Gleichzeitige Verabreichung kleiner Dosen von Hexamethylenamin erhöhen den antiseptischen Einfluß. Besonders frei von störenden Nebenwirkungen ist auch das Gonorol. Die Wirkung des Gonosan beruht wohl mehr auf einem Bestandteil des chemisch reinen Sandelöls, als auf dem oft überschätzten Kawazusatz.

Max Joseph (Berlin).

Deutsch, E. Wien. Bemerkungen zur internen Behandlung der Gonorrhoe. Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 3.

Aus den Beobachtungen Deutschs geht hervor, daß er unter den neueren Mitteln dem Arhovin keine einzige günstige Wirkung zusprechen kann, dagegen vom Gonosan sehr günstige Erfolge gesehen hat. Nach Gonosan schwinden die schweren subjektiven Erscheinungen schon nach 48 Stunden, es tritt eine rasche Abnahme der Sekretion und Abschwelung der Schleimhaut, sowie eine rasche Aufhellung der ersten Urinportion ein. Eine wesentliche Abkürzung der Behandlungsdauer kommt nach Deutsch dem Gonosan auf indirektem Wege zu, nämlich durch den geringen Prozentsatz von Komplikationen, seltenen Ausbildung einer posterior und die günstige Einwirkung auf die Reizzustände des Genitales, Erektionen usw. Eine Kombination des Gonosan mit Urotropin stellt das Urogosan dar. Die rasche Milderung des Harndranges und des schmerzhaften Tenesmus, die rasche Aufhellung der zweiten Urinportion sichern dem Urogosan, ganz abgesehen von dem günstigen Einfluß auf die vordere Harnröhre, in der Behandlung der Urethrocystitis eine hervorragende Stellung.

Viktor Bandler (Prag).

Shattuck, E. C. Results of Cold Irrigations as Compared with Warm Irrigations in the Treatment of Gonor-

heal Urethritis and Endometritis. Med. News. 87. 1229. 23. Dez. 1905.

Nachdem Shattuck gelegentlich wegen Mangels an warmem Wasser kalte vaginale und intrauterine Irrigationen vorgenommen ohne nachteilige Folgen, stellte er vergleichende Untersuchungen an in einer größeren Reihe von durch mikroskopische Untersuchung als gonorrhöisch festgestellten Fällen von Urethritis, Vaginitis und Endometritis mit oder ohne Komplikationen. Warme Irrigationen (mit Lysol, Kaliumpermanganat etc.) hatten leidliche Erfolge ergeben, aber nur sehr langsam. Die kalten Irrigationen (Temperatur des Leitungswassers) verursachten außer gelegentlichen Uterinkoliken keine üblen Symptome und schienen in vielen Fällen die Dauer der Behandlung abzukürzen; es schien ein Unterschied der Wirkung vorhanden zu sein (die Untersuchungen wurden in den Philippinen vorgenommen) zwischen eingebornen Philippinerinnen und Japanesinnen.

H. G. Klotz (New-York).

Trentwith, W. D. The Treatment of Conditions Resulting from Chronic Anterior Urethritis. Med. News. 87. 1122. 9. Dez. 1905.

Trentwith betont die Wichtigkeit der genauen Untersuchung der anatomischen Veränderungen in der Harnröhre bei chronischer Entzündung der vordern Harnröhre und die Nachteile schablonenmäßiger Behandlungsversuche. Die in seinen Schlußsätzen enthaltenen Forderungen sind eigentlich mehr weniger selbstverständlich, verdienen aber leider immer noch vielen Ärzten in Erinnerung gebracht zu werden. Er verlangt außer der genauen Untersuchung des Zustandes, daß die Anwendung aller innern und äußeren Mittel sich nach der durch dieselben bewirkten Reaktion richten solle, daß alle Behandlung in der zartesten Weise vorgenommen werde, daß bei jedem Besuche der Urin untersucht werde und daß der allgemeine Zustand des Patienten berücksichtigt werde. Die praktischen Ärzte werden gemahnt die Krankheiten der Urethra ernster anzusehen und zu behandeln, und die Patienten nicht für gesund zu erklären, sobald der Ausfluß aufgehört hat.

H. G. Klotz (New-York).

Sellei, J. Budapest. Mit Harnröhrenwaschung kombinierte Harnröhrenfüllung bei der Behandlung des Trippers. Wiener medizinische Wochenschrift. 1905. Nr. 51.

Sellei versuchte die Motzsche Methode der Harnröhrenirrigation mit KmnO_4 und nachfolgender Füllung der Harnröhre mit 5 cm^3 einer Lösung von Hermophenyl 0.25, Protargol 0.5—2 w., Glycerin 30, Aq. d. 1000. Diese Lösung wird durch einen komprimierenden Verband 1—3 Stunden in der Harnröhre belassen. Mit dieser Methode gelang es Sellei bei 44 Fällen von akuter Gonorrhoe mehr als die Hälfte der Patienten in beiläufig zwei bis drei Wochen zu heilen.

Viktor Bandler (Prag).

Bartrina, M. et Oliver, B. Quelques considérations à propos de l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les

voies urinaires. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1905. 23. Année. Vol. II. Nr. 12.

Bartrina und Oliver haben bei Anterior, Posteriorbehandlung und bei Blasenspülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum in einigen Fällen Reizerscheinungen konstatiert. Es handelte sich um Patienten, die, aus verschiedenen Gründen, Jodkali innerlich nahmen. Durch Untersuchungen an Versuchstieren haben sie festgestellt, daß es sich um eine Verbindung des Jods mit Quecksilber handelt, eine Erscheinung, die der in der Ophthalmologie bekannten analog ist: Cave Calomel bei Darreichung von Jodpräparaten.

Bartsch (Breslau).

Altmann, S. Gastein. Die lokale Behandlung der Prostatahypertrophie mit den radioaktiven Thermen in Gastein. Wiener klinische Wochenschrift. 1905. Nr. 49.

Die lokale Applikation des radioaktiven Thermalwassers in Gastein vermag nach Altmann bei Prostatahypertrophie, durch Depletion, Atrophisierung der drüsigen Elemente und durch Tonussteigerung eine fast durchwegs zu beobachtende Volumsverminderung des Organs hervorzurufen. Der Tonus der nicht allzu paretischen Blase hebt sich, entzündliche Vorgänge in ihr werden auch durch die bakterizide Eigenschaft des Thermalwassers gebessert oder behoben. Durch die radioaktive Analgesierung werden die subjektiven Sensationen und Schmerzen zum Schwinden gebracht. Die anatomische Besserung deckt sich nicht immer mit der funktionellen Besserung, die in Wiederherstellung ganz normaler Urinverhältnisse, bzw. Verminderung der Residua, Steigerung der Harnpausen und der spontan entleerten Harnquantitäten besteht. Unter ganz bestimmten Umständen kann die funktionelle Besserung, trotz eingetretener anatomischer Effekte, ausbleiben.

Viktor Bandler (Prag).

Bottstein, H. Hamburg. Über Santyl, ein reizloses internes Antigonorrhöikum.

Bottstein wandte bei 60 Fällen akuter Gonorrhoe Santyl an und ist mit dem Erfolge vollauf zufrieden. Auch zwei Fälle mit terminaler Hämaturie wurden schnell gebessert, die anfangs bestehende große Schmerzhaftigkeit beim Urinieren schwand.

Oskar Müller (Dortmund).

Maramaldi. Über die Anwendung des Gonosans in der Therapie der Gonorrhoe. Deutsche Praxis. 14. Nr. 15.

Maramaldi hat von dem Gonosan günstiges beobachtet: Beseitigung der Schmerzhaftigkeit, Unterdrückung der Erektionen, Verhinderung des Übergreifens auf die Posterior, völlige Reizlosigkeit.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Strebel, H. München. Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe mittelst Glimmlicht. Wiener medizinische Presse. 1905. Nr. 53.

Strebel ist es nach langen Versuchen gelungen, Apparate zu konstruieren, die eine direkte Bestrahlung der Harnröhrenschleimhaut mit

Induktionsfunken und mit Glimmlicht ermöglichen; die Lichtquelle ist bei dem Verfahren in der Urethra selbst untergebracht, zur Erzeugung beider Lichtqualitäten genügt ein Induktorium von 15–20 cm Schlagweite. Das Induktionsfunkenlicht erzeugt Strebel auf folgende Weise: In engen Quarzröhren liegen von einander isoliert in zwei dünneren Glasröhrchen zwei Elektroden mit einem kleinen Abstand von $\frac{1}{2}$ cm, der als Funkenstrecke dient. Der, durch eine kleine parallel in die Stromleitung zum Instrument geschaltete Leidnerflasche kondensierte Funke springt an der Funkenstrecke über und strahlt dabei ein helles Licht aus, das blaue, violette und ultraviolette Strahlen enthält. Der Glimmlichtbestrahler ist folgendermaßen konstruiert: an eine enge Glasröhre ist eine größere Auftreibung angeblasen, in welcher die Kathode liegt. Die Anode wird in Form eines langen Aluminiumdrahtes in die enge Röhre geführt und von dieser durch ein zweites, dünnes Glasrohr isoliert. Schließt man den Apparat an die Sekundärpole eines Induktors an, so leuchtet der ganze Raum des engen Rohres in hellem Lichte, weiß bis violett auf. Dieses Glimmlicht ist ungemein reich an ultravioletten Strahlen und wurde von Strebel daher als bakterientötend bei chronischer Gonorrhoe verwendet. Der Apparat wird wie ein Katheter eingeführt und verbleibt in der Urethra bis zur Reaktion 40–120 Minuten. Strebel hat bisher 55 Fälle von chronischer Blennorrhoe mit gutem Erfolge, wie er angibt, hiemit behandelt.

Viktor Bandler (Prag).

Schädel, Hans. Verhaltensmaßregeln bei akuter Gonorrhoe. Dtsch. med. Woch. Nr. 10. 1906.

Die Vorschriften, welche Schädel seinen Patienten gedruckt in die Hand zu geben pflegt, enthalten außer dem Hinweis auf den nur zu oft unterschätzten Ernst der Erkrankung Vorschriften für peinlichste Sauberkeit, zur Verhütung der Eiterübertragung auf andere Körperstellen besonders auf die Augen, Verbote anstrengender oder erschütternder Bewegungen und besonders Diätanweisungen, welche z. B. beim Gebrauche innerer Mittel (Gonosan) Störungen des Magens und der Niere vorbeugen sollen. Scharf gewürzte Speisen, Spargel, alkohol- oder kohlenäurereiche Getränke sind zu vermeiden. Milch, allenfalls mit geringem Kaffee- oder Teezusatz, Wasser (nicht Mineralwasser!) mit wenig Rotwein, Fruchtsäfte (außer Zitronen) sind ratsame Getränke. Die Mahlzeiten dürfen nicht spät genommen werden. Die besonderen Verhaltensmaßregeln betreffen den Gebrauch von Suspensorien, Sitzbädern, Waschungen und geben genaue Anweisungen über die Ausführung der intern oder lokal verordneten jeweiligen Kuren.

Max Joseph (Berlin).

Schwetz, J. Zur Frage von den Metastasen bei Gonorrhoe. Ein Fall von gonorrhöischer metastatischer Phlegmone. Wratsch. Gaz. 1905. Nr. 50.

Ausgehend von einem selbst beobachteten Fall (phlegmonöser Abszeß am Fuß mit gonokokkenhaltigem Fiter, Fluor gonorrhoeicus, Salpingitis und Salpingo-Ovphoritis) bespricht Schwetz in kurzer kritischer Analyse die einschlägige Literatur und kommt zum nicht mehr unge-

wöhnlichen Schluß, daß die Gonorrhoe keine scherzhafte Kinderkrankheit, speziell beim weiblichen Geschlecht sei, daß sie im Gegenteil schwere, ja tödliche Komplikationen und Allgemeinerkrankungen im Gefolge haben könne.

S. Prissmann (Libau).

Venerische Helkosen.

Welander, E. Stockholm. Über Wärmebehandlung des Ulcus molle. Klinisch-therapeut. Wochensch. 1905. Nr. 47.

Die Gründe, die Welander dazu veranlaßt haben, bei der Behandlung weicher Schankergeschwüre Wärme anzuwenden, waren folgende: 1. eine Angabe von W. Boeck, daß Syphilissekret ein paar Tage lang auf 40° C. erwärmt, seine Inokulabilität verliere; 2. die Beobachtung, daß bei einem Kranken mit Ulcus molle, der bis 39° und 40° einige Tage fiebert, die Geschwüre ohne jede Lokalbehandlung sich reinigten und heilten; 3. Inokulationen mit Ulcusbollesekret bei fiebernden (bis 40°) Personen ergaben ein negatives Resultat, die Impfungen mit demselben Sekret bei afebrilen Personen hafteten. Welander benützte zur Wärmebehandlung einen Apparat von Berlioz, Hydrothermostat, dessen Bleiröhren auf das mit dem scharfen Löffel präparierte Geschwür direkt zu liegen kamen. Auch Bubonen wurden in dieser Weise behandelt. Außer Ulcus molle hat Welander auch andere Geschwüre mit Wärme erfolgreich behandelt, so Beingeschwüre, große Papeln und insbesondere Herpes tonsurans.

Viktor Bandler (Prag).

Syphilis. Allgemeiner Teil.

Pineles, F. Wien. Über die Bedeutung der Syphilis in der internen Medizin. Wien. klinische Rundsch. 1905. Nr. 48 u. 49.

Pineles bespricht entsprechend den drei verschiedenen Stadien die Beziehungen der Syphilis zu internen Erkrankungen. Im sekundären Stadium sind es vornehmlich die Angina syphilitica, die oft verkannt wird, weiters die Arthritis syph., Meningealirritation, die Enteritis, der Icterus syphil. und die Albuminurie. Pineles erörtert an diesen Krankheitsbildern die Symptomatologie und Differentialdiagnose. Im tertiären Stadium kommen in Betracht die Hirn-Rückenmarksyphilis, die verhältnismäßig frühzeitig nach dem Initialaffekt auftritt und zwar als basale gumöse Meningitis, als Apoplexie mit Erweichung und seltener als Konvexitätsmeningitis, dann im Rückenmark die syphilitische Meningomyelitis,

syphilit. Spinalparalyse und Pseudotabes syphilitica, welch letztere im Gegensatze zur Tabes durch antiluetische Behandlung günstig zu beeinflussen ist; endlich gehört auch hierher der chronisch anhaltende Kopfschmerz, bedingt durch luetische Neuralgien oder Periostitiden.

In weiterer Folge bespricht der Autor die Lebersyphilis, das luetische Leberfieber, das in den letzten Jahren erst genauer studiert wurde, die Darmsyphilis, Lungensyphilis, Herzsyphilis und die Gefäßsyphilis in ihren Formen als Aneurysma, als Aortenisuffizienz, besonders wenn sie bei jüngeren Leuten ohne vorausgehende Endokarditis auftritt; einzelne dieser Patienten zeigen auch das isolierte Symptom der reflektorischen Lichtstarre; endlich die Angina pectoris, von der Renvers auf dem letzten internationalen Dermatologenkongreß mit großem Nachdruck behauptete, daß sie zweifellos häufig auf einer syphilitischen Erkrankung der Koronargefäße beruhe. Dann erörtert Pineles die Nephritis syphilitica, die chronischen luetischen Arthritiden und endlich die Paralues, in Form der Tabes und Paralysis progressiva. Zum Schlusse streift der Autor das große Gebiet der Erblues, aus welcher er insbesondere die syphilitische interstitielle Hepatitis und ihre Beziehungen zur Bantischen Krankheit hervorhebt. GIVaI Viktor Bandler (Prag).

Schlesinger, Hermann. Syphilitische und hysterische Pseudo-Osteomalacie. Dtsch. med. Woch. Nr. 1. 1906.

An dem Fall eines 35jährigen, vor einigen Jahren syphilitisch infizierten Mannes, der unter schmerzhafter Parese der Beine erkrankte, zeigt Schlesinger, daß die Syphilis Symptome von Knochen-Muskelaaffektion und Reflexe hervorrufen könne, welche der initialen Osteomalacie sehr ähnlich sind und besonders leicht Täuschungen veranlassen, wenn wie bei dem geschilderten Patienten Haut- und Schleimhautaffektionen fehlen. Für die Diagnose wurden maßgebend die fühlbaren, nicht der Osteomalacie entsprechenden Knochenveränderungen, die Asymmetrie der Erscheinungen, das Überspringen des Rumpfskeletts und erhebliche nächtliche Exacerbationen. Der prompte Erfolg der spezifischen Kur beseitigte schließlich jeden Zweifel. Als Gegenbild zu diesem immerhin seltenen Vorkommnis illustriert Verf. die häufigere Erscheinung einer Pseudoosteomalacia hysterica durch den Fall einer 62jährigen, seit Jahren sehr erregbaren Frau. Er gibt für die Stellung der Diagnose bei solchen Kranken folgenden Anhalt: Wo bei fehlenden Knochendeformitäten, trotz typischer Osteomalaciesymptome die Funktionsbehinderung und die Schmerzen in kurzen Zeiträumen einem jähen Wechsel unterliegen, wenn Aufmerksamkeit der Kranken und suggestive Beeinflussung eine Änderung des Symptomencomplexes bewirken, daneben hysterische Stigmata bestehen und die Phosphormedikation versagt, ist eine Pseudoosteomalacia hysterica anzunehmen.

Max Joseph (Berlin).

Kowalewski. Über Primäraffekt am Lid mit Demonstration von Spirochaeten. Deutsch. med. Woch. Nr. 52. 1905.

Kowalewski berichtet über den syphilitischen Primäraffekt am Lide eines 18jährigen, unbescholtenen Mädchens, welcher zuerst für ein

harmloses Gerstenkorn gehalten wurde, bis das zunehmende Infiltrat der Umgebung, die schwere Augenentzündung, Ausfallen der Wimpern und Schwellung der benachbarten Drüsen die Patientin trieb, die Hilfe des Verf. aufzusuchen. Als Ursache wurde ein Kuß auf die Stirn vermutet. Über die mikroskopischen Befunde teilt Verf. mit, daß Präparate aus dem Lidgeschwür reichlich Spirochaeten enthielten, Ausstrichpräparate von Papeln, welche nebst Roseola bald an verschiedenen Körperstellen erschienen, ließen Pallida und Refringens erkennen. Negativ fiel die Untersuchung des Drüsensaftes aus. Der Nachweis der Spirochaeten in Blut und Gewebe unterblieb wegen der damals noch mangelhaften, seither vervollkommenen Technik. Lokales Einstreichen von Bovasoline in den Bindehautsack und eine allgemeine Quecksilberkur zeitigten einen guten Heilerfolg. Bemerkenswert ist, daß die Präparate, welche während der Behandlung untersucht wurden, immer weniger Spirochaeten enthielten, je weiter die Genesung fortschritt.

Max Joseph (Berlin).

Barbon, Lubet. Signes et diagnostic de la Syphilis tertiaire du nez. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 26. Année. Nr. 50.

Barbon weist auf die Schwierigkeit hin, die eine frühzeitige Diagnose von Gummata der Nasenhöhlen, und demgemäß auch ihre Behandlung bieten. Meist kommen die Patienten erst zum Arzt, wenn das Gumma ulzeriert ist und große Knochenzerstörungen vorhanden sind. Vorher sind die Beschwerden meist so gering, daß sie von den Patienten nicht beachtet werden.

Die Vereinigung von folgenden 3 Symptomen: Verstopfung, Anschwellung, Schmerzen verbunden mit üblem Geruch und Freilegung des Knochens sichern die Diagnose. Differentialdiagnostisch kommen Sequestor, Fremdkörper, die beim Sondieren sich bemerkbar machen, Lupus, dessen Lokalisation aber eine andere und der weniger schmerzhaft ist, in Betracht.

Bartsch (Breslau).

Mckenna, John A. Syphilitic Fever. Med. News. 87. 1120. Dez. 9. 1905.

Mckenna beschreibt den Fall eines 9jährigen Kindes, das mehrere Wochen lang wegen eines kontinuierlichen Fiebers mit Remissionen am Morgen als an Abdominaltyphus erkrankt angesehen wurde. Durch Hutchinsonsche Zähne bei der Untersuchung des Mundes aufmerksam geworden entdeckte Mck. Druckempfindlichkeit der Tibiae und der Stirnbeine neben vergrößerter Leber, unter Jodquecksilberbehandlung verschwanden die Symptome nebst dem Fieber in kurzer Zeit. Mck. fordert daher auf, in zweifelhaften Fällen anhaltenden Fiebers an Syphilis als die mögliche Ursache zu denken und eventuell versuchsweise anti-syphilitische Behandlung einzuleiten.

H. G. Klotz (New-York).

Kraus, R., Wien. Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Brandweiner: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues.“ Wiener klin. Wochenschr. 1905. Nr. 47.

Kraus wendet sich gegen die Versuche Brandweiners (Wien. klin. Woch. 1905. Nr. 45 u. Archiv f. Derm. Bd. LXXVII. Heft 3. p. 470), weil aus denselben überhaupt kein Schluß über die Wirksamkeit oder die Unwirksamkeit der Immunisierung bei der Syphilis gezogen werden kann. Brandweiner behandelte 7 Fälle von Syphilis. In 4 Fällen sind die Exantheme während der Behandlung aufgetreten, in einem Falle traten 5 Tage nach der letzten Injektion und in den anderen 7 und 12 Tage nach derselben Exantheme auf. Kraus glaubt, daß diese Fälle zu spät in die Behandlung kamen, knapp vor Ausbruch der manifesten Erscheinungen, daher nicht als Mißerfolg zu zählen sind, da die eventuelle Entstehung der Immunität erst in einer späteren Zeit auftritt. Kraus bemängelt auch die Versuchsanordnung Brandweiners, der gleich konzentriertes Virus verwendete und zwar nicht bloß von Sklerosen, sondern auch von Papeln und Lymphdrüsen, wodurch die Methode von Kraus nicht eingehalten wurde. Über den Wert der aktiven Immunisierung gegen Syphilis können nach Kraus nur Tierversuche an Schimpansen eine bestimmte Antwort geben. Viktor Bandler (Prag).

Brandweiner, A., Wien. Erwiderung auf Herrn Dr. Kraus' Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Versuche über aktive Immunisierung bei Lues“. Wiener klin. Wochenschr. 1905. Nr. 48.

Brandweiner wendet sich gegen die Anschauung Kraus', daß bei der Lues ähnliche Verhältnisse vorliegen wie bei der Lyssa, bei der die Bildung der wirksamen Schutzkörper 22 Tage nach der letzten Virusinjektion in Anspruch nimmt. Das ist nach Brandweiner eine aprioristische Annahme, die nicht bewiesen und durch die singuläre Analogie der Lyssa noch nicht wahrscheinlich geworden ist. Die Zeitdauer bis zur Manifestierung der Sklerose ist nach Brandweiner wohl als Maximaldauer der Ausbildung der Schutzstoffe anzusehen, nicht aber als kürzeste Frist, auf die es hier eigentlich ankommt. Alle Patienten Spitzers hatten aber beim Behandlungsbeginn bereits manifeste Sklerosen — waren somit bereits immun. Ist aber ein Individuum einmal schon immun, dann haben wir von einer aktiven Immunisierung nichts mehr zu erwarten. Der Vorwurf, Brandweiner hätte sich nicht an die „angegebene“ Vorschrift gehalten, eliminiert sich von selbst, da von Kraus bisher keine detaillierte Vorschrift angegeben wurde. Der größte Unterschied zwischen Spitzers und des Autors Versuchen liegt wohl darin, daß Spitzer Verdünnungen anwendete, während Brandweiner konzentriertes Virus und zwar in größeren Dosen und daher innerhalb kürzerer Zeit verabfolgte. Viktor Bandler (Prag).

Taylor, Wesley E. and Ballenger, Edgar S. A Preliminary Report on the Spirochaeta Pallida. Journ. Am. Med. Assoc. XLV. 1497. Nov. 18. 1905.

Ganz kurze Notiz, um auf die Spirochaeta Pallida-Beobachtungen die Aufmerksamkeit zu lenken. H. G. Klotz (New-York).

Flexner, Simon. The Aetiology of Syphilis. Med. News. 87. 1105. 9. Dez. 1905.

Flexner gibt einen mehr weniger kritischen Bericht über die neueren Impferfolge an Affen und über die *Spirochaeta pallida* und über ihre Literatur, ohne etwas wesentliches zur Lösung der Frage von der Ursache der Syphilis beizutragen. H. G. Klotz (New-York).

Herrmann, Charles. A Note on the *Spirochaeta Pallida*. New-York & Pha. Med. Journ. 82. 1205. 9. Dez. 1905.

Herrmann macht darauf aufmerksam, daß die Rolle, welche die *Spirochaeta pallida* bei der Syphilis spielt, noch keineswegs bestimmt ist und gibt eine Übersicht über die für und gegen ihre Bedeutung vorgebrachten Tatsachen. H. Erfahrung gründet sich auf Untersuchungen von 3 Fällen von Syphilis und zahlreichen geschwürigen und nekrotischen Herden von verschiedenen Körperteilen, besonders vom Mund. Zur Herstellung von Blasen, behufs Erlangung von Serum bedient sich H. statt des langsam wirkenden Cantharidenpflasters kleiner mit 28%iger Ammoniaklösung getränkter Gauzebäusche, die 3—4 Minuten lang aufgelegt, werden unter einem Uhrglas; nach 15 Minuten erscheint die Blase. Er fand mit *Spirochaeta pallida* morphologisch identische Spirochaeten in nicht syphilitischen Effloreszenzen, gibt aber die Schwierigkeiten bei Unterscheidung derselben zu. H. G. Klotz (New-York).

Weitlaner, F. Noch einiges über *Spirochaeta pallida*. Wien. klin.-therapeut. Wochenschr. 1905. Nr. 45.

Weitlaner faßt die Ergebnisse seiner Arbeit in folgende Sätze zusammen: 1. die *Spirochaeta pallida* färbt sich auch mit der gewöhnlichsten Laboratoriumsfarbe, dem Löfflerschen Methylenblau; 2. die Sp. p. wurde in drei weit auseinanderliegenden syphilitischen Effloreszenzen an einem und demselben Individuum gefunden; 3. an den Methylenblaupräparaten ergab sich keine Ursache, die *Spirochaeta* für einen intrazellulären Parasiten zu halten. Viktor Bandler (Prag).

Buschke, A. und Fischer, W., Berlin. Über die Lagerung der *Spirochaete pallida* im Gewebe. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 1. 1906.

Buschke und Fischer konnten mittels der von Levaditi angegebenen Silberimprägnierungsmethode in den inneren Organen und Hautpapeln hereditär-luetischer Kinder die *Spirochaete pallidae* z. T. in großer Menge nachweisen. Diese fanden sich namentlich in der Wand größerer und kleinerer Gefäße, auch im Lumen derselben sowie auf Epithelzellen. In den papulösen Effloreszenzen lagen die Spirochaeten hauptsächlich um die Kapillaren des Papillarkörpers herum und schienen von dort senkrecht nach der Oberfläche bis unter die Hornschicht des Epithels zu wandern.

Bei 5 Fällen von maligner Syphilis fanden Buschke und Fischer auffallenderweise niemals die *Spirochaete pallida*.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Siegel. Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis. Aus dem zoologischen Institut der Universität Berlin. Münchn. mediz. Wochenschr. 1906. Nr. 2.

Nachdem uns Siegel schon in früheren Arbeiten mit dem von ihm gefundenen und als Syphiliserreger angesprochenen *Cytorrhycles luis* bekannt gemacht hat, und nachdem inzwischen verschiedene Bestätigungen eingelaufen sind, veröffentlicht er jetzt seine weiteren Beobachtungen betreffs dieses oder seines Syphiliserregers. Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf Impfversuche, die er an Kaninchen und weißen Mäusen angestellt hat. Letztere erwiesen sich dabei als vorzügliche Anreicherungstiere, denn bei ihnen war schon eine Woche nach der Impfung der *Cytorrhycles luis* im Schwanzblut nachweisbar. Mit dieser Methode gelang ihm auch der Nachweis der Lues bei *ulcus mixtum* schon zu einer Zeit, wo er klinisch noch nicht möglich war. Er rät daher, besonders wenn nur wenig Untersuchungsmaterial vorhanden ist, durch Mäuseimpfung anzureichern.

Interessant ist die bei Affen konstant gemachte Beobachtung, daß mit dem Tage der Impfung eine Leukocytenvermehrung eintritt, die ihren Höhepunkt mit dem Ausbruch des Exanthems erreicht.

Zum Schluß empfiehlt er eine einfache gute Färbemethode, die es ermöglicht, die *Cytorrhycles* von den sonst leicht zu Verwechslung Anlaß gebenden Zerfallsprodukten des Blutes scharf zu differenzieren und zwar beschickt er die Ausstriche mit einer ausgereiften Boraxmethylenblaulösung (Methylenblau 1·0, Borax 2·5, Aq. dest. 100·0) und läßt diese 10 Minuten einwirken.

Oskar Müller (Dortmund).

Roscher. *Spirochaete pallida* und Syphilis. Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Berlin. Medizin. Klinik. 1906. Nr. 1, 2, 3.

Nach einer Übersicht über die früheren Anschauungen der Syphilis und ihrer Erreger geht Roscher auf den heutigen Stand der Lues und die *Spirochaete pallida* näher ein. Zuvor wendet er sich jedoch gegen den *Cystorrhycles luis* (Siegel), den er nicht als Erreger der Syphilis anerkennen kann, da das experimentell durch ihn erzeugte Krankheitsbild im Gegensatz zu allen einwandfreien früheren Untersuchungen und Nachuntersuchungen stehe.

Er bespricht dann den erst seit kurzem gelungenen Nachweis der *Spirochaete pallida* in Schnitten und empfiehlt die von Bertarelli, Volpino und Bovero angegebene Silbermethode als ein Verfahren, das „prächtige Bilder“ liefert. Mittelst dieser Schnittfärbemethode ist bei kongenitaler Lues der Nachweis der *Spirochaeten* in allen Drüsenorganen mit Ausnahme der Ovarien und Lymphdrüsen gelungen.

Oskar Müller (Dortmund).

Steindorff. *Cytorrhycles* oder *Spirochaete pallida*? Mediz. Woche. 1906. Nr. 4 u. 5.

Steindorff bringt den Bericht einer Debatte zwischen Anhängern des *Cytorrhycles luis* Siegel und denen der *Spirochaete pallida*, welche zeigt, daß die Akten über die Ätiologie der Syphilis noch nicht geschlossen sind. Ref. ist allerdings der Ansicht, daß die Chancen für die *Spirochaete pallida* ungleich günstiger stehen; nichtsdestoweniger ver-

dienen so gewissenhafte Untersuchungen wie diejenigen Siegels ernstester und eingehendster Nachprüfung. Die ganze Frage der Ätiologie bei Lues kann hierdurch nur gefördert werden. Oskar Müller (Dortmund).

Metschnikoff et Roux. *Études expérimentales sur la syphilis.* Quatrième mémoire. Ann. de l'institut Pasteur. 1905. p. 673.

Das geeignetste Objekt für Syphilisstudien ist der Schimpanse, dessen Empfänglichkeit dem Virus gegenüber als absolut angesehen werden kann, denn M. u. R. erhielten bei 22 Impfungen stets ein positives Resultat. Nach 15 bis 49 (im Durchschnitt 30) Tagen entsteht an der Impfstelle ein Primäraffekt, der von einer Drüsenschwellung begleitet wird. Nach Ablauf der zweiten Inkubationsperiode (19–61 Tage) traten in 60% jener Fälle sekundäre Erscheinungen auf, bei welchen nicht (durch Passage durch niedere Affen) abgeschwächtes Virus benützt wurde. Diese sekundären Erscheinungen zeigten sich als Schleimhautpapeln an den Lippen, dem Gaumen, der Zunge; auf der Haut fanden sich mehr oder weniger reichlich disseminierte trockene Papeln, Psoriasis palmaris, in einem Falle auch exulcerierte Effloreszenzen. Die Spezifität dieser Erscheinungen wurde durch Überimpfung auf andere Affen bewiesen; sie sind meist nicht schwer, und heilen unter Narbenbildung in wenigen Wochen ab.

Wiederholt wurden auch nervöse Symptome, in Gestalt einer, in 3 bis 4 Wochen wieder verschwindenden, Parese der hinteren Extremitäten konstatiert. In einigen Fällen wurde eine Hypertrophie der Milz beobachtet, niemals tertiäre Symptome.

Bei niederen Affen (*Macacus* und *Pavian*) entsteht bloß ein unscheinbarer Primäraffekt; Sekundärsymptome fehlten konstant (121 Inokulationen), so daß diese Affengattungen nur zur Abschwächung des Virus und zu Probeinokulationen dienen können.

Die Immunität tritt beim Schimpansen erst spät auf, sie besteht am 18. Tage nach der Impfung noch nicht.

Versuche einer Serumtherapie scheiterten beim Schimpansen völlig, obgleich sie gleichzeitig mit der Impfung eingeleitet wurde; das Serum wurde von niederen Affen gewonnen, die inokuliert und dann mit Injektionen Sekundär-syphilitischer behandelt worden waren. Zuweilen schien die lokale Applikation eines durch Trocknen aus einem derartigen Serum hergestellten Pulvers auf die Impfstelle, ein Resultat zu ergeben, doch war die Wirkung nicht konstant.

Ein Versuch, bei welchem Virus verwendet wurde, das in Vitro mit Serum vermennt worden war, gestattet keine Schlüsse, da das Tier zu bald zu Grunde ging.

Immunisierungsversuche mit durch Erhitzen auf 48° abgeschwächtem Serum oder mit tertiärsyphilitischen Produkten hatten keinerlei Effekt.

Durch Applikation einer grauen Salbe oder einer 50% Kalomel-Lanolinsalbe konnten M. und R. noch 1 bis 1 $\frac{3}{4}$ Stunden nach der Inokulation die Entwicklung des Primäraffektes verhindern. Im Anschlusse hieran wurden Versuche über die Dauer des Lokalisiertbleibens des Virus

angestellt (durch Impfung und nachträgliche Excision am Ohr), die ergaben, daß das Virus zum mindesten 24 Stunden lokalisiert bleibt.

Die ätiologische Bedeutung der Spirochaeten halten M. u. R. für erwiesen. Walther Pick (Wien).

Bunch, J. L. Spirochaeten bei Syphilis. The Brit. Journ. of Dermatology. November 1905.

B. konnte die Spirochaete pallida viermal in den Hauteffloreszenzen sekundär Luetischer und einmal — gemeinsam mit Sp. refringens — in einer Tonsillenpapel nachweisen, ferner im Gewebssaft des harten Schankers eines dieser Fälle, endlich im Blaseninhalt und besonders in Material vom Blasengrunde bei syphilitischem Pemphigus. Negativ war der Befund nur in einem von den 6 untersuchten Luesfällen, nämlich bei einem Manne mit papulösem Exanthem, der bereits 6 Wochen hindurch mit Quecksilber behandelt worden war. Paul Sobotka (Prag).

Neisser, A. in Gemeinschaft mit **Baermann, G.** und **Halberstaedter.** Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen. Dtsch. med. Woch. Nr. 1, 2 und 3. 1906.

Die außerordentlich wertvollen Untersuchungen Neissers lassen sich hier auch nicht einmal andeutungsweise wiedergeben und der Leser sei daher auf das Studium der Originalarbeit verwiesen. Die Versuche wurden insgesamt in Batavia gemacht. Entsprechend den beim Menschen bekannten Verhältnissen betrug bei allen untersuchten Affenarten die Inkubationsdauer gleichmäßig mehrere Wochen, bei der Mehrzahl 3—5 Wochen, selten weniger, aber verhältnismäßig öfter mehr. Die Impfungen wurden stets in der Weise vorgenommen, daß gründlich und tief skarifiziert und dann das Impfmateriel eingerieben wurde. Das Aussehen der Primäraffekte war kein gleichartiges. Wenn auch in allen Fällen eine eigentümlich blaurote, feste, gegen die Umgebung abgesetzte Infiltration vorlag, so wechselte doch sehr das Verhalten der Oberfläche, indem sie bald trocken blieb und sich nur mit Schuppen bedeckte, bald zu ganz charakteristischen, lackierten, wenig sezernierenden Flächen, hin und wieder auch zu tief zerfallenden Ulzerationen sich umwandelte. Aber trotz dieses Wechsels der Induration nach Tiefe und Ausdehnung war doch im großen und ganzen das Bild ebenso charakteristisch wie beim menschlichen Primäraffekt. Diese charakteristischen Erscheinungen an der Impfstelle entstanden um so schneller und sicherer, je florider noch der Prozeß war, von dem abgeimpft wurde. Daneben aber spielte eine Rolle die größere Empfänglichkeit höherer Affen gegenüber der bei niederen Affen vorhandenen. Frische noch nässende Primäraffekte gingen sicherer und gewöhnlich mit kürzeren Inkubationszeiten an, als abheilende Prozesse. Primäre Drüsen erwiesen sich in den meisten Fällen als gutes Impfmateriel. Ebenso waren sekundäre Erscheinungen, speziell Kondylome und Plaques muqueuses ein ganz ausgezeichnetes Impfmateriel. Die Verimpfung eines tertiären Produktes konnte unter mehreren Versuchen nur einmal festgestellt werden. Von 3 mit der Wand eines noch geschlossenen Gummas gemachten Impfungen fielen 2 positiv aus. Die

Inkubationszeit war in beiden Fällen eine auffallend lange. Sie betrug bei einem Gibbon 68, bei einem Makaken 51 Tage. Mit menschlichem Blut wurden wenige Impfversuche gemacht und stets mit negativem Erfolg. Ebenso blieben die mit Serum von Syphilisblut vorgenommenen Impfungen sämtlich resultatlos. Auch Rückenmark, Leber, Lunge, Nieren, Muskeln und Nebennieren erwiesen sich als nicht infektiös, während von positiven Versuchen mit Milz, Knochenmark, Drüsen und Hoden zu berichten ist. Bemerkenswert ist, daß während man höhere Affen an jeder beliebigen Körperstelle mit Erfolg leicht inokulieren kann, bei niederen Affen das Gift nur an Augenbrauen und Genitalien haftet. Von größtem Interesse ist ein Fall, in welchem es gelang schon während der Inkubationszeit von einem eben erst in der Entwicklung begriffenen Primäraffekt abzuimpfen. Bezüglich des weiteren Verlaufes der Syphiliskrankheit bei den Tieren ist zu erwähnen, daß eine Beeinflussung des Allgemeinbefindens bei niederen Affen nie konstatiert werden konnte. Deutliche primäre Drüsen entwickelten sich nur bei höheren Affen. Sekundäre Allgemeinerscheinungen wurden nur bei Gibbons, und auch da nicht bei allen beobachtet. Merkwürdig ist es, daß es nicht gelang die Tiere auf subkutanem Wege zu infizieren. Alle Konservierungsversuche, um Syphilisgift als aufhebbares Dauermaterial zur Verfügung zu haben, mißlangen. Frisches Material hielt sich bis zu 6 Stunden nach der Entnahme aus dem Körper. Bezüglich der Excisionsversuche genügt die Mitteilung, daß eine 8 Stunden nach der Infektion vorgenommene Excision insofern resultatlos verlief, als die Narbe einige Wochen hinterher in typischer Weise indurierte. Für die Frage, wie schnell die Syphilis im Anschluß an die örtliche Impfung sich verbreitet, konstitutionell wird, scheint eine bestimmte Gesetzmäßigkeit nicht zu bestehen. Ferner wurden Tiere von Anbeginn der Impfung an mit Sublimatinjektionen behandelt. Es zeigte sich aber, daß die gleichzeitige Zufuhr von Quecksilber die Entwicklung der Primäraffekte absolut nicht aufhielt. Als Hauptziel schwebte natürlich vor ein Immunisierungsverfahren gegen die Syphilis zu finden. Hier sind die Versuche noch erst im Werden. Es ergibt sich aber doch schon bisher, daß Milz und Knochenmark sich nicht gleichmäßig verhalten. Bei der Prüfung eines Gibbons, wie mehrerer Makaken, stellte sich heraus, daß Milzimpfungen hin und wieder negativ, Knochenmarkimpfungen hingegen positiv ausfielen. Während die Übertragung von Milz- und Knochenmark niederer Affen auf niedere Affen zumeist resultatlos verlief, wurde viermal mit dem Hoden eines niederen Affen, dessen Milz und Knochenmark für niedere Affen nicht infektiös war, ein positives Resultat am niederen Affen erzielt. Vielleicht ist der Hoden vermöge der Eigenschaften seiner Gewebe im stande in ganz besonderer Weise Virus zu beherbergen und zu konservieren. Auch die Tatsache, daß die Vererbungsfähigkeit der Männer, Neisser ist von der Möglichkeit einer paternen Vererbung überzeugt, sich häufig noch in sehr späten Jahren nach der Infektion ohne jedes sonstige Symptom erhält, spricht für die besondere Stellung des Hodens als Depotorgan des Virus. Auf-

fallend erscheint gegenüber der bisher allgemein akzeptierten Meinung, daß gerade die Drüsen das syphilitische Virus beherbergen die Tatsache, daß in Neissers Versuchen es nur 3mal gelungen ist mit einer Körperdrüse Syphilis zu verimpfen. Schließlich kommt Neisser auf die Parasiten der Syphilis zu sprechen und glaubt, daß mit größter Wahrscheinlichkeit die *Spirochaeta pallida* in ätiologischer Bedeutung zur Syphilis steht.

Max Joseph (Berlin).

Castellani, Aldo. Untersuchungen über *Framboesia tropica* (Yaws). Dtsch. med. Woch. Nr. 4. 1906.

Sowohl in geschlossenen wie in ulzerierten Framboesiegeschwüren fand Castellani in 14 Fällen 11mal zarte Mikroorganismen, welche sich in nichts von der *Spirochaete pallida* Schaudinns unterschieden. Verf. beobachtete auch die von Schaudinn beschriebene, fast parallele Nebeneinanderlagerung zweier Spirochaeten, welche aber an einem Ende verbunden waren. Außerdem fanden sich einige Male eigentümliche runde oder ovale Körper, die Chromatin enthielten. Ob diese mit dem Entwicklungsstadium der Spirochaeten in Zusammenhang standen, konnte Verf. nicht feststellen. Da seine Framboesiefälle durchaus nichts mit Lues zu tun hatten, schlägt Verf. für die von ihm beobachteten Mikroorganismen den Namen *Spirochaete pertennis* sen *Pallidula* vor.

Max Joseph (Berlin).

Mucha und Scherber. Wien (Klinik Finger). Über den Nachweis der *Spirochaete pallida* im syphilitischen Gewebe. Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 6.

Nach Bertarelli und Volpino, Levaditi, Buschke, Manuélian, Schaudinn und Hofmann gelang es auch den beiden Autoren, die Sp. p. im Gewebe nachzuweisen und zwar zunächst bei zwei Sklerosen, woselbst sie in den Lymphgefäßen besonders schön ausgebildete Pallidae nachweisen konnten. Von 3 untersuchten luetischen Drüsen gab nur eine ein positives Resultat, während Impfungen mit Drüsenteilen auf Affen alle positiv waren; von sekundär syphilitischen Produkten fanden die Autoren positiv eine hypertrophische Papel ad genitale und ad anum. Bei hereditärer Syphilis waren *Spirochaete pallidae* nachweisbar reichlich in Schnitten einer Pneumonia alba, ganz vereinzelt in der Placenta einer luetischen Frau, deren Lues 3 Jahre alt war, spärlich in der Leber. Negativ fielen die Untersuchungen aus bei einem Gumma des Unterschenkels, einem nodösen Syphilid, einer Macula und einer intakten Papel von der Schulter, ebenso in der epithelisierten Sklerose eines Pavians.

Viktor Bandler (Prag).

Wechselmann. Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere. Dtsch. med. Woch. Nr. 6. 1906.

Da die auf kleinere Affen direkt übertragenen Syphilisprodukte nicht die Hauterscheinungen hervorriefen, welche die von einem mit menschlicher Syphilis geimpften Kaninchen aus infizierten Makaken darboten, suchte Wechselmann festzustellen, ob die Passage durch das

Kaninchenblut die Virulenz so erheblich steigere, oder ob vielleicht die Einführung des artfremden Blutes allein ähnliche Erscheinungen wie die von Siegel beobachteten erzeugten. In der Tat zeigte ein vom Verf. mit dem Blute eines nicht infizierten Kaninchens inokulierter Makakus schwarze Infiltrate, Abblätterungen, exkorierte und ulzerierte Stellen, schlaife Blasen, blasige Abhebungen, mit Krusten bedeckte Exkorationen. Verf. hält somit die Beweiskraft der Siegelschen Impfungen umso weniger für sicher festgestellt, als auch die von ihm an den geimpften Affen beschriebenen Symptome nicht völlig der menschlichen Syphilis entsprachen. Die Drüsen entbehrten der typischen Härte, und ihre Schwellungen konnten leicht die Folge einer Infektion an den nässenden Pfoten der unsauberen Tiere sein. Die schwarzen Färbungen haben in der menschlichen Syphilis keine Analogie, und die anfangs frappierenden kondyломatösen Wucherungen glichen mehr dem Pemphigus vegetans als breiten Kondylomen. Leider wurden weitere Versuche des Verf. durch den Tod eines Affen an Dysenterie und andere äußere Umstände vereitelt.

Max Joseph (Berlin).

Herxheimer, K. und Opificius, Marie. Weitere Mitteilungen über die *Spirochaeta pallida* (*Treponema Schaudinn*). Münch. mediz. Wochenschr. 1906. Nr. 7.

Herxheimer und Opificius haben wieder in einer ganzen Reihe primärer und sekundärer Lues im Ausstrich die *Spirochaeta pallida* nachweisen können; die zuverlässigste Methode ist die Giemsa-Färbung. Hinsichtlich der von Herxheimer beschriebenen in den *Spirochaetenleib* scheinbar eingelagerten und ihn ausbuchtenden Körperchen sind Verfasser zu der Ansicht gekommen, daß sie zufällige Erscheinungen und nichts für die *Spirochaeta pallida* charakteristisches sind; eine zweite in den *Spirochaetenleib* eingelagerte Art von nicht ausbuchtenden Körperchen halten Verfasser dagegen auch heute noch für Bestandteile der *Pallida*.

Zum Nachweis der *Spirochaeta pallida* in Schnitten erklären die Autoren die Methode von Levaditi für die beste jetzt bekannte, wenn auch nicht gerade ideale Methode.

Die von Herxheimer angegebene Färbung mit Nilblau dagegen liefert keine dauerhaften Präparate. Oskar Müller (Dortmund).

Miller. Über eine scheinbar pathogene Wirkung der *Spirochaeta dentium*. Dtsch. med. Woch. Nr. 9. 1906.

Miller berichtet über eine möglicherweise pathogene Wirkung der *Spirochaeta dentium*. Wenn wir auch über die im Munde vorkommenden Schraubenformen bisher wenig wissen, da ihre Reinzüchtung noch nie gelungen ist, so scheint doch der Nachweis z. B. vom *Spirillum sputigenum* in verschiedenen Abszessen dessen invasive Kraft zu bezeugen. In ähnlicher Weise nimmt Verf. eine Beziehung der auf belegtem Zahnfleisch, in kariösen Zahnhöhlen, bei Gingivitis, Angina und Noma gefundenen *Spirochaeta dentium* zu entzündlichen oder citrigen Prozessen an. Beim Aufspalten eines kariösen Zahnes und Zerlegen seiner Pulpa fand

Verf. einen mit weißem Eiter gefüllten Abszeß und in dem Ausstrichpräparat dieses Eiters neben wenigen Stäbchen und Kokken massenhafte Spirochaeten, welche mit großer Wahrscheinlichkeit als die Urheber des Eiterungsvorgangs gelten konnten. Verf. hält es durchaus für möglich, daß diese Mundspirochaeten auch auf andere Körperstellen verschleppt werden können.

Max Joseph (Berlin).

Löwenthal, W. Zur Kenntnis der Mundspirochaeten. Mediz. Klinik. 1906. Nr. 11. Aus der Abteilung für Krebsforschung der I. medizinischen Klinik der Universität Berlin.

Löwenthal fand gelegentlich einer Untersuchung des Mundspeichels einer mit stenosierendem Cardiacarcinom behafteten Frau zahlreiche Spirochaeten der verschiedensten Typen, darunter Formen, die noch dünner erschienen als die Spirochaete pallida. Während Schaudinn bei einigen Arten der Mundspirochaeten eine undulierende Membran fand, gelang das Verfasser nicht, dagegen sah er einige Exemplare mit je einer endständigen Geißel, genau wie bei der Spirochaete pallida (Schaudinn). Ferner fand er Organismen, die den von Miller beschriebenen und als Spirillum sputigenum bezeichneten Gebilden völlig glichen. Da Verfasser aber wiederholt eine Geißel, die regelmäßig etwa von der Mitte der Konkavseite des halbmondförmig gebogenen Körpers abging, beobachtete, so möchte er diese Organismen nicht zu den Spirillen, vielmehr überhaupt nicht zu den Bakterien rechnen, einmal wegen der einzigen Geißel und dann wegen der lebhaften Flexibilität, die er immer wieder sehen konnte.

Oskar Müller (Dortmund).

Löwenthal. Beitrag zur Kenntnis der Spirochaeten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. 1906.

Löwenthal erörtert die tinktoriellen und morphologischen Unterschiede zwischen den auf ulzerierenden Carcinomen vorkommenden Spirochaeten und der Spirochaete pallida. Erstere färben sich mit Borax-Methylenblau, scheinen keine Geißeln, wohl aber eine undulierende Membran zu haben im Gegensatz zu der schwerer färbbaren, mit Geißeln versehenen Pallida. Die langen Exemplare der Spirochaeten sind nach Löwenthals Ansicht meist aus mehreren kürzeren Individuen zusammengesetzt. Mehrere, leider sehr schlecht reproduzierte Mikrophotogramme sind der Arbeit beigegeben.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Schütz, J. Frankfurt a. M. Mitteilungen über Spirochaete pallida (Schaudinn) und Cytorrhycles (Siegel). Münch. mediz. Wochenschr. 1906. Nr. 12.

Schütz berichtet über seine Beobachtungen, die er bei eingehender Untersuchung von syphilitischem Material betreffs der Spirochaete pallida und des Cytorrhycles Siegel gemacht hat. Er fand in allen Ausstrichpräparaten von jungen Papeln sowohl Spirochaeten als auch Cytorrhycles, beide zuweilen in erheblicher Menge. Er hat auch die verschiedenen feineren Strukturformen, wie sie von anderer Seite beschrieben wurden, gesehen und fand beide Arten von Mikroorganismen fast stets in der Nähe der roten Blutkörperchen, aber auch in ihnen selbst. Er sah

die *Spirochaete pallida* eine rote Blutzelle gelegentlich so umlagern, daß nur ein scharf konturiertes Blutkörperchen vorgetäuscht wurde.

Auf Grund seiner Beobachtungen ist Verfasser geneigt anzunehmen, daß Cytorrhysten und *Spirochaeten* untereinander wie auch mit den Blutzellen in Beziehung treten und vielleicht nur verschiedene Entwicklungsstadien eines Lebewesens darstellen. Oskar Müller (Dortmund).

Buschke und Fischer. Weitere Beobachtungen über *Spirochaete pallida*. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 13. 1906.

Buschke und Fischer haben in 9 untersuchten Fällen von hereditärer Syphilis bisher 4mal die *Spirochaete pallida* nachweisen können. Von diesen wird einer genauer mitgeteilt, bei welchem die Infektion der Mutter erst gegen Ende der Gravidität stattgefunden hatte. Die *Spirochaeten* schienen hier durch die Blutbahn von der Mutter auf das Kind übertragen zu sein. Die Verfasser bevorzugen die Schnittfärbung nach Levaditi vor den Ausstrichfärbungen. Des weiteren geben sie an, daß sie bei 5 genau untersuchten Fällen von maligner Syphilis niemals *Spirochaeten* gefunden hätten; sie vermißten dieselben auch bei den nach Quecksilberinjektionen auftretenden provokatorischen Exanthenen.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Syphilis der Haut, Schleimhaut etc.

Brunon. Chancre syphilitique du cornet inférieur chez un enfant de sept ans. Revue hebdomadaire de laryngologie, D'otologie et de Rhinologie. 25. Année. Nr. 12.

Ein Fall von Syphilis bei einem Kinde von 7 Jahren mit einem Primäraffekt auf der unteren Muschel. Die Syphilis wurde von dem Kinde akquiriert, indem es sich auf der Straße spielenderweise Gegenstände in die Nase steckte. Die Symptome von Seiten der Nase waren so gering, daß Brunon erst nach längerer Beobachtung eine endonasale Untersuchung vornahm, die dann den ganzen Allgemeinzustand mit einem Schlage erklärte. Im Anschluß daran weist er darauf hin, daß eine endonasale Untersuchung wahrscheinlich häufiger als man denkt, die Eingangspforte für die Syphilis entdecken hilft. Bartsch (Breslau).

de Champeaux, P. Gomme de l'amygdale linguale. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 26. Ann. Nr. 20.

de Champeaux' kurzer Bericht über eine erst für tuberkulös gehaltene Schwellung und Ulceration, die nach Einleitung einer anti-luetischen Behandlung sofort heilte. Bartsch (Breslau).

Massier. Deux cas de tumeur syphilitique du larynx simulant un néoplasme. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 26. Année. Nr. 44.

Keiner der beiden Fälle Massiers bietet irgendwelche Besonderheit.

Bartsch (Breslau).

Milian. Die Syphilis der Trachea. La Syphilis, revue mensuelle de médecine spéciale. Dr. Barthélemy. Heft Nr. 10. 1905.

Nach kurzem geschichtlichen Überblick geht Milian auf die Frage ein, wann sich die Syphilis in den Luftwegen zu lokalisieren pflegt? Das geschieht meist im tertiären Stadium in schweren, oft bis dahin nicht behandelten Fällen, und zwar sowohl bei akquirierter als auch bei hereditärer Lues, mit besonderer Bevorzugung der höher gelegenen Teile des Respirationstraktus.

Während der Primäraffekt nie in der Trachea beobachtet ist, fehlt es immerhin nicht ganz an Beobachtungen sekundärer Erscheinungen, die sich in hyperämischen Flecken auf der Larynxschleimhaut präsentieren und häufig vergellschaftet sind mit Plaques mouqueuses und anderen Zeichen sekundärer Lues.

Das Hauptkontingent der Trachealsyphilide aber gehört der tertiären Lues an, die sich in vierfacher Weise in der Luftröhre etablieren kann.

1. Das Gumma bildet einen in das Lumen der Trachea vorspringenden Knoten, der selten die Luftpassage in erheblicherem Grade hindert und der auf Jodnatrium zurückgeht oder aber unbehandelt aufbricht und dann ein tiefes, bis auf den Knorpel gehendes Geschwür mit gleichen Eigenschaften eines Hautgummas darstellt.

2. Das diffuse Syphilom tritt meist multipel und zwar in der Regel in der rechten Hälfte der Trachea auf und bietet ungefähr das Bild, welches atheromatöse Plaques der Aorta bieten: Weißliche Herde von Hirsekorn- bis Linsengröße, die auf dem Durchschnitt wie aus Fett bestehend erscheinen.

3. Die luetischen Ulcera, die zu drei Viertel der Fälle im unteren Drittel der Trachea, nur sehr selten am Kehlkopf selbst, lokalisiert sind und infolge ihres Ausgangs in Nekrose oder narbige Retraktion zu den schwersten Funktionsstörungen Veranlassung geben können.

4. Die luetische Drüenschwellung, häufiger in der Trachealregion beobachtet, als tiefer im Bereich der Bronchien. Auch sie kann zu Formveränderungen Anlaß geben. Symptomatologisch verhalten sich diese vier Formen verschieden: Während das Gumma auf JNa hin zurückgeht, weicht das diffuse Syphilom dieser Behandlung viel schwerer. Bei den luetisch ulcerösen Prozessen kommt es zu den schwersten Störungen. Während die Stimme infolge der meist tiefen Lokalisation nur selten in Mitleidenschaft gezogen ist, findet sich stets von Anfang an eine inspiratorische Dyspnoe, die im Laufe der Zeit immer stärker wird. Häufig besteht dabei quälender Husten, sowie das Gefühl für den Patienten, einen Fremdkörper hinter dem Sternum zu haben. Auch Verschlucken tritt in späteren Stadien häufig ein. Die Adenopathien machen in manchen Fällen ähnliche Stenoreerscheinungen. In allen Fällen kommt es nicht selten zu Komplikationen, die dann zu einem Erstickungsanfall führen. Verfasser warnt in dieser Beziehung stark vor Jod, welches bei den meisten der oben geschilderten Veränderungen nicht nur nutzlos, sondern sogar im höchsten Maße schädlich sein könne, da die im An-

schluß an seine Anwendung auftretende Schleimhautentzündung bei einer schon bestehenden Striktur wohl einen derartigen Anfall auszulösen vermöge. Prognostisch ist zu sagen, daß ein gleich bei Beginn richtig diagnostizierter Prozeß meist leicht zur Heilung gebracht werden kann; umgekehrt ist bei bereits tieferen Ulcerationen, besonders in Rücksicht auf die Neigung zu rezidivieren, die Prognose nur mit Vorsicht zu stellen. Die Diagnose einer Luftröhrenaffektion ist meist nicht schwer. Schwerer die genauere Lokalisation: Befällt die Stenose den Larynx, dann hält der Patient beim Athmen den Kopf meist hoch erhoben, umgekehrt senkt er das Kinn bei Trachealstenose (Gerhard). Bei Mediastinaltumor findet man lokalisierte Dämpfung und Aufhebung des Athemgeräusches, welches nur diffus geschwächt ist bei einem Luftröhrenprozeß. So wichtig die genaue Lokalisation im Hinblick auf eine eventuelle Tracheotomie ist, wichtiger ist es, die Ätiologie festzustellen, was oft genug nur ex juvenibus möglich ist, wenn nicht die Anamnese oder parallele andere Befunde zwischen den Möglichkeiten eines Mediastinaltumors, einer Aortainsuffizienz, eines Fremdkörpers oder einer Drüsentuberkulose Klarheit bringen. Die Behandlung sei immer Quecksilber. Jod ist, wie oben gesagt, oft äußerst schädlich und wäre nur bei Gummen am Platz. Da eine derartig genaue Diagnostik in den meisten Fällen nicht möglich ist, wende man es nie an, sondern stets am besten resorbierbares Quecksilber, und der günstige Erfolg wird nicht ausbleiben.

G. Chauny (Breslau).

Claude und Druelle. Gangränöses, periurethrales Frühgumma. La syphilis, revue mensuelle de médecine spéciale. 1905.

Claude und Druelle berichten über ein sechs Monate nach der Infektion auftretendes gangränöses Gumma bei einem 37jährigen Mann, der von sekundären Erscheinungen nur vereinzelte Schleimhautplaques an den Gaumenbögen aufweist.

Der zunächst schon ulcerierende Primäraffekt heilt unter Lokalbehandlung rasch ab, um indessen schon nach 4 Wochen wiederzukehren. Unter der Allgemeinwirkung von Hg. benzoic. 0.02 täglich in Pillenform geht er bald wieder ins Narbenstadium über und Pat. ist mehrere Monate beschwerdefrei. Da bekommt er ziehende Schmerzen in der Eichel, die besonders links entzündlich gerötet und stark druckempfindlich ist. Gleichzeitig fühlt man hier eine deutliche Verhärtung und bei stärkerem Pressen entleert sich aus der Harnröhre eine gelbe, zähe, nicht eitrig und nicht fäulnisriechende Flüssigkeit. Schon jetzt wird die Diagnose eines beginnenden Gummas gestellt; da aber der Kranke zur Aufnahme in die Klinik nicht zu bewegen ist, bleibt die Behandlung eine ungenügende und der Prozeß verschlimmert sich. Pat. leidet jetzt ständig an gelblichem Ausfluß, ohne daß sich eine Ulceration der Harnröhre feststellen ließe, und bald bildet sich inmitten der entzündlichen Rötung auf der linken Seite der Glans ein kleiner schwarzer Sehorf, der sich vergrößert und nach einiger Zeit abfällt. Auf dem Grunde des Geschwürs zeigt sich nach dem Urinlassen ab und zu ein Tropfen Harn, aber konstatieren läßt sich die Fistel erst später, als der Prozeß in breiter Ausdehnung in

die Tiefe greift und schließlich die ganze linke Hälfte der Glans zerstört. Erst jetzt läßt sich der Krauke aufnehmen und unter energischer Behandlung mit Hg und JK tritt auch bald eine narbige Abheilung des Gummata ein.

G. Chaussy (Breslau).

Serenin, W. Ein Fall von Syphilis maligna. Mediz. Obsr. 1905. Nr. 19.

Der Fall verlief nach Serenins Beschreibung in recht typischer Weise: papulo-pustulöses Exanthem mit sich bald darauf bildenden charakteristischen Hautgeschwüren bei Temperaturen von 37·5—40° und — doch wurde von autoritativer Seite an Endocarditis ulcerosa mit Bildung von Hautgeschwüren, an Pemphigus vegetans eher als an Lues maligna gedacht. Das lag wohl daran, daß einerseits ein Primäraffekt nicht nachzuweisen war und daß andererseits die Krankheit unter dem Bilde einer schweren, nicht näher definierbaren, hoch fieberhaften Allgemeinerkrankung verlief. Die Schleimhäute blieben die ganze Zeit über unbeteiligt. Subkutane Arseninjektionen und große Jodkalidosen beeinflussten den Fall recht günstig. Zur völligen Heilung kam es erst nach einer späterhin eingeleiteten Quecksilberbehandlung.

S. Prissmann (Libau).

Syphilis der Lymph- und Blutgefäße.

Goldfrank, F. A Case of Heart Gummata with Sudden Death. Jour. Am. Med. Ass. XLV. 1394. 4. Nov. 1905.

Goldfrank berichtet ausführlich über die Befunde in einem in Chiaris Institut zur Beobachtung gekommenen Fall von Gummata des Herzens bei einer 25jährigen Frau, die plötzlich gestorben war, ohne jemals über Symptome seitens des Herzens geklagt zu haben, obgleich sie von 2 Lebensversicherungen wegen Herzkrankheit abgewiesen worden war. Die nachträgliche Untersuchung der Vergangenheit derselben ergab zweifellose Syphilis von 8jährigem Bestehen. Das Herz war vergrößert, besonders der l. Ventrikel, es bestanden stellenweise Verwachsungen des Perikards, die Wand des l. Ventrikels wurde fast vollständig eingenommen von grauweißem Gewebe, das weit in die Höhle hineinragte, eine unregelmäßige, grobkörnige Oberfläche zeigend; nur der untere Teil des Septum und der angrenzende Teil der vorderen Oberfläche bestanden aus normalem Muskelgewebe. Das Gewebe zeigte eine teils homogene oder netzförmige Grundsubstanz, die entweder ganz frei von Zellenelementen war oder verstreute Kernfragmente enthielt, oder es waren zahlreiche eingestreute Zellen vorhanden oder dieselben herrschten vor; die Zellen waren meist klein rund mit stark färbenden Kernen, ähnlich kleinen Lymphocyten im Blut oder spindelförmig ähnlich den Zellen neugebildeten Bindegewebes; es waren zahlreiche Plasmazellen vorhanden, weniger verbreitet epitheloide, polymorphonukleäre Leukocyten waren so gut wie

nicht vorhanden. Die Anordnung der Zellen zeigte kein konstantes Verhalten; in dem nekrotischen Zentrum umschriebener Zellenherde fanden sich nicht seltene Riesenzellen. Ähnliche Zustände waren in den Nieren vorhanden. G. bespricht dann die Unterscheidung zwischen Tuberkulose und Syphilis in diesem Falle, namentlich die Bedeutung des Vorkommens der Riesenzellen. Eine Vergleichung mit ähnlichen in der Literatur veröffentlichten Fällen bildet den Schluß des Artikels.

H. G. Klotz (New-York).

Ardenne. Sinusite ethmoido-fronto-maxillaire et syphilis. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 25. Année. Nr. 51.

Eine Frau von 37 Jahren kommt mit allen Symptomen einer Sinusaffektion ins Krankenhaus. Durch die Operation werden Eitermengen entleert, die jedoch stets wieder von neuem beim Verbandwechsel auftreten. Nach 2 $\frac{1}{2}$ monatlicher Beobachtung wird eine antiluetische Behandlung eingeleitet. Sofort schwinden alle Symptome, es tritt Heilung ein. Ardenne gibt im Anschluß an diesen Fall, in dem hereditäre und persönliche Anamnese ohne Belang war, und auch sonst jeder Anhaltspunkt für Syphilis fehlte, seiner Ansicht dahin Ausdruck, daß man sich oft zu einer antiluetischen Behandlung entschließen müsse, ohne daß die Diagnose Syphilis sichergestellt worden wäre. Bartsch (Breslau).

Woloschin, A. Zur Frage der Aortitis syphilitica. Medic. Obscr. 1905. Nr. 19.

An der Hand der russischen und deutschen Literatur führt Woloschin aus, daß einzelne Autoren die syphilitische Aortitis für eine typische, durch makro- und mikroskopische Eigenheiten charakterisierte Erkrankung erklären, andere dagegen finden keine wesentliche Unterschiede zwischen der syphilitischen und der gewöhnlichen chronischen Aortitis. In 2 selbst beobachteten Fällen bei Männern von 26 und 35 Jahren kann Verfasser die Angaben ersterer Autoren (Chiari, Straube und anderen) vollauf bestätigen. Nach ihnen existiert zweifellos eine für Aortitis syphilitica scharf charakterisierte, produktive Entzündung mit Beginn derselben in der Media und Adventitia, während bei der gewöhnlichen chronischen Aortitis die Degeneration und Nekrose die Intima betreffen.

S. Prissmann (Libau).

Bruhns, C. Über Aortenerkrankung bei kongenitaler Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8–9. 1906.

Bruhns fand in 6 von 9 untersuchten Fällen von kongenitaler Syphilis Entzündungsherde in der Aorta, die ihren Sitz in den äußersten Schichten der Media und in der Adventitia, besonders in der Umgebung der Vasa vasorum hatten. Das Bild dieser Entzündungsherde glich vollkommen den von Chiari bei akquirierter Lues geschilderten Erscheinungen von „produktiver Mesaortitis“.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Hirtz, Edgard et Lemaire, Henry. *Revue clinique: Le tabes infantile juvénile. La Syphilis; revue mensuelle de médecine speciale.*

Zunächst hebt Hirtz die Unterschiede hervor zwischen der Friedreichschen Ataxie und der von ihm beschriebenen infantilen resp. juvenilen Tabes, die eine echte Tabes sei, nur daß bei einem schon so zeitigen Einsetzen der Krankheit nicht alle Symptome so deutlich ausgeprägt zu sein pflegten. Daß sich nun einige Neurologen so dagegen wehren, eine infantile und juvenile Tabes anzuerkennen, das liegt nach Ansicht des Verfassers an dem absoluten Fehlen pathologisch-anatomischer Befunde bei Kindern, wie es ja bei der über Jahrzehnte hinaus sich erstreckenden Dauer der Krankheit doch nur zu natürlich sei. Das positive Romberg'sche Phänomen, die deutliche Pupillendifferenz und das Fehlen der Knie- und Achillessehnenreflexe lassen aber in zahlreichen Fällen mit Sicherheit eine Tabes diagnostizieren.

Von den eben erwähnten Krankheitszeichen mißt Verfasser dem Fehlen der Knie- und Achillessehnenreflexe die meiste diagnostische Bedeutung bei, daneben aber finden sich bei der infantilen resp. juvenilen Tabes eine ganze Reihe funktioneller Symptome, in erster Linie die Incontinentia urinae. Häufig auch sind es An- und Paraesthesien, die zur richtigen Diagnose leiten, während gastrische Krisen und lanzinierende Schmerzen verhältnismäßig selten sind. In anderen Fällen ist eine Abnahme der Sehschärfe durch Jahre hindurch das einzige den Patienten belästigende Symptom, und erst die Prüfung der Reflexe kann zur richtigen Diagnose führen.

Zum Schluß geht Verfasser noch kurz auf die Ätiologie der Krankheit ein, die eine spinale Manifestation hereditärer Lues darstelle.

G. Chaussy (Breslau).

Zipkin, S. M. *Zur Therapie der intertitiellen Erkrankungen. Behandlung von Tabes dorsalis und Myelitis chronica mit Keratin. Medicin. Obosr. 1905. Nr. 9.*

Zipkin hat mehrere einschlägige Fälle mit Keratintabletten behandelt (Keratini puri, non pepsino praeparati à 0.5) und gelangt zum Resultat, daß das Keratin einen durchaus beachtenswerten therapeutischen Effekt haben könne, man müsse nur recht konsequent in der Verabfolgung vorgehen. Es tritt dann nicht nur eine Besserung der einzelnen Symptome ein, sondern es kann auch dem progressiven Weiterschreiten der Erkrankung Einhalt tun, ja sogar vielleicht volle Heilung bringen.

S. Prissmann (Libau).

Ziehen, Th. *Syphilitische Erkrankungen im Bereich der hinteren Schädelgrube. Die Therapie der Gegenwart. 1906. 1. Heft.*

Verfasser gibt eine spezielle Darstellung einer praktisch besonders wichtigen Form der gummösen und vaskulären Hirnsyphilis, welche ganz oder vorzugsweise im Bereich der hinteren Schädelgrube lokalisiert ist, klinisch also das Bild einer Erkrankung der Brücke, des verlängerten Markes oder auch des Kleinhirns bietet. Er knüpft dabei zunächst an einen Fall an, bei dem es sich um eine relativ leichte Syphilis der basalen weichen Hirnhaut und zwei circumscripte Gummageschwülste im Bereich der hinteren Schädelgrube gehandelt hat. Er kommt dann auf die diagnostischen Schwierigkeiten zu sprechen, welche besonders dann entstehen, wenn die gummöse Syphilis der hinteren Schädelgrube sich zunächst auf das Wurzelgebiet eines oder zweier Nerven beschränkt und die Allgemeinsymptome keine erheblichen sind. Die häufigsten Fälle dieser circumscribten gummösen Syphilis der hinteren Schädelgrube werden an einzelnen Beispielen vorgeführt. So kann gelegentlich eine Trigemino-störung fast monosymptomatisch das Krankheitsbild beherrschen. Häufiger noch spielt der Acusticus eine solche Rolle, und zwar bald der Vestibularast, bald der Cochlearast, bald beide; einige hierher gehörigen Fälle werden auszugsweise mitgeteilt. Cochlearsymptome kommen nach Ziehens Erfahrung bei der Syphilis der hinteren Schädelgrube so häufig vor, daß man in jedem Falle von Schwindel vestibulären Charakters die Diagnose einer Syphilis im Bereich der hinteren Schädelgrube in Erwägung ziehen sollte. Andererseits kommen Cochlear- und Vestibularsymptome in ganz ähnlicher Weise auch bei derluetischen Periostitis des Felsenbeins ohne jede Beteiligung der Meningen vor. In einer dritten Gruppe von Fällen prädominieren die Symptome von Seiten des Kehlkopfes, des Gaumens und des Schlundes, oft auch der Zunge. Auch für diese Fälle, in welchen Symptome von Seiten des IX.—XII. Hirnnerven im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, wird ein besonders auch in therapeutischer Beziehung charakteristisches Beispiel wiedergegeben. Ein letzter Typus der Syphilis der hinteren Schädelgrube gehört dem distalsten Abschnitt der Oblongata an und ist durch die relativ starke Beteiligung der obersten Halsnerven und des Accessorius spinalis ausgezeichnet. Auch hier wird die Krankengeschichte eines Falles als Paradigma des Verlaufes mitgeteilt. Was die Behandlung betrifft, glaubt sich Verfasser gerade bei kritischen Fällen der gummösen Syphilis der hinteren Schädelgrube bestimmt davon überzeugt zu haben, daß das Quecksilber zu langsam wirkt. Er gibt daher, wenigstens anfänglich, nebenbei auch Natrium jodatum. Zu dem könne man sich kaum dem Eindruck verschließen, daß die eine Hirnsyphilis auf Jod, die andere auf Quecksilber besser reagiert. Das rationellste sei daher die gleichzeitige Verordnung beider Mittel. Für das Jodnatrium kommt als Tagesdosis eine Menge von 4–8 g, für die Schmierkur 4 bis 20 g in Betracht.

Alfred Kraus (Prag).

Hereditäre Syphilis.

Glück, L., Sarajevo. Zur Charakteristik der erworbenen recenten Syphilis der Kinder. Wiener medizinische Wochenschrift. 1905. Nr. 43.

Glück hat im Verlaufe von 10 Jahren (1894—1904) an seiner Abteilung 215 nicht über 14 Jahre alte Kinder mit erworbener rezenter (sekundärer) Syphilis behandelt und zieht aus seinen genau geschilderten Beobachtungen folgende Schlüsse: Die rezente erworbene Kindersyphilis unterscheidet sich von der rezenten Syphilis der Erwachsenen durch die meist extragenitale Lage und den nicht seltenen Mangel der charakteristischen Härte des Primäraffektes, weiters durch die sehr häufige und frühzeitige, starke Schwellung der Unterkieferdrüsen, dann durch die größere Frequenz der schwereren Exantheme, sowie endlich durch die große Massenhaftigkeit der Schleimhautpapeln. Besonders erwähnenswert ist das Vorkommen nässender Papeln an der Nasenschleimhaut, sowie die Häufigkeit der Kehlkopffaffektionen. Die erworbene Syphilis hat somit eine gewisse Ähnlichkeit mit der sogenannten endemischen Syphilis. Die verhältnismäßige Milde des Verlaufes trotz der Häufigkeit der Rezidiven und die leichte Heilbarkeit der Einzelschübe bilden die weiteren wesentlichen Charaktere der erworbenen Syphilis der Kinder.

Viktor Bandler (Prag).

Theoris. Hérédo-syphilis tardive du voile chez une jeune fille, dont la soeur jumelle et la mère sont restées indemnes. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 25. Année. N. 43.

Theoris: Ein Fall von hereditärer Syphilis — ungeheure Zerstörungen der Mandeln, des Gaumens und der benachbarten Partien — bei einem Mädchen von 16 Jahren. Der Vater kann sich nicht erinnern, je einen Schanker gehabt zu haben. Die Mutter hat einmal abortiert, einmal ein totes Kind von 7 Monaten zur Welt gebracht. Die Zwillingsschwester des erkrankten Mädchens ist gesund. Bartsch (Breslau).

Kimla R. (Institut Hlava), Prag. Kongenitale latente Hypoplasien der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis. Wiener medizinische Wochenschrift. 1905. Nr. 31—52.

Die vorliegende Studie stützt sich auf die histologische Untersuchung zirka 100 Fälle von kongenitaler Lues; in 72 Fällen sind genaue histologische Protokolle, sowie die pathologisch-anatomischen Befunde und die klinischen Angaben über Mutter und Kind verzeichnet. Die Resultate sind nach den einzelnen Organen geordnet; bei jedem Organ sind die entsprechenden embryologischen Daten und die Resultate der eigenen histologischen Untersuchung angeführt.

Bei der Leber stellt der Autor zwei Arten von Veränderungen als Ausdruck der latenten Hypoplasie fest: *a*) die Infiltration embryonaire généralisée (Hudelo), *b*) die Hepatitis pericellularis. Die Infiltration embr. g. äußert sich teils durch umschriebene Herde einer regeren Proliferation der Leberzellen, teils durch den Befund von Herden kleiner und größerer, Leukocyten ähnlicher Elemente, die bald intra- und peritrabekulär, bald im Lumen der Kapillaren liegen. Dieses Phänomen erklärten Hudelo und andere Autoren für das erste Kennzeichen der spezifischen Entzündung in der Leber und hielten einen Übergang in Gummien oder in eine diffuse produktive Hepatitis pericellularis für möglich. Kimla erkannte schon im J. 1893 in dieser Erscheinung einen Ausdruck der hämatopoetischen Tätigkeit der Leber und hob scharf hervor, daß diese Affektion weder mit der miliaren Gumbose, noch mit der Hepatitis pericellularis etwas gemein habe; die Priorität dieser Erkenntnis nimmt Kimla für sich in Anspruch. Da diese hämatopoetische, de norma nur einem frühen Entwicklungsstadium zukommende Phase der Leber bei der Lues congenita oft bei fast ausgetragenen Früchten, ja sogar auch Kindern, die eine Zeitlang gelebt haben, konstatiert wird, erblickt der Autor in diesem Umstand den Ausdruck einer unvollendeten Entwicklung der Leber, also einen hypoplastischen Zustand. *b*) Hepatitis pericellularis: Nach Kimla entsteht die H. p. durch die Wirkung des Syphilisgiftes in einem frühen Entwicklungsstadium aus dem Leberwulst Kollikers, einer mächtigen Mesenchymmasse, in welche vom Darm aus die epitheliale Anlage der zukünftigen Leber hineinwächst. Unter dem Einflusse des Giftes weicht dieses, schon de norma an und für sich sehr zellreiche Mesenchym der Übermacht der üppig vorhandenen Epithelmasse nicht, sondern wuchert parallel mit den Epithelsträngen, indem sie überall in dicken Zellsträngen die aus den omphalomesenterialen Gefäßen sprießenden Kapillaren begleitet. Durch diesen Prozeß muß es unausweichlich zur Entstehung eines für die Hep. p. charakteristischen Gewebes kommen: das Trabekelparenchym ist ungenügend entwickelt, die Anastomosen sind spärlich, die lobuläre Organisation ist ungenügend und überall liegt peritrabekuläres Bindegewebe. In dem unfertigen Zustande und in der ungenügenden Entwicklung des Leberparenchyms, sowie in der unfertigen definitiven Organisation des Mesenchyms erblickt der Autor den deutlichen Ausdruck einer Hypoplasie des Organs.

Im Anhang behandelt der Autor die fibröse Hilussklerose der Leber, eine Affektion, die verhältnismäßig oft mitluetischen Veränderungen kombiniert ist und die der Verfasser mit Rücksicht auf diese häufigen Beziehungen zur Lues für eine spezifische Affektion hält. Am Schlusse des Kapitels über die Leber beschreibt und analysiert Kimla jene Fälle, die sich durch eine mächtige Entwicklung des periportalten Bindegewebes auszeichnen. Die echte hypertrophische Zirrhose bei Lues congenita, die sich durch eine diffuse Entwicklung des fibrillären Bindegewebes mit totaler Desorganisation der Parenchymstruktur charakterisiert, erklärt der Autor für das Resultat der Wirkung des

syphil. Virus auf die Leber in einer späten Phase der intrauterinen Entwicklung, in der das Organ bereits nach allen Richtungen vollständig entwickelt war.

In den folgenden Organen behandelt der Autor die analogen Zustände in den übrigen Drüsenorganen. Im Pankreas erblickt er ein vollkommenes Analogon der Hepatitis peric. in der diffusen foetalen Pankreassklerose, ausgezeichnet durch ein entschiedenes Überwiegen des Mesenchyms über das Drüsenparenchym. Die zweite Form der Pankreassklerose, die Sklerose des interlobulären Bindegewebes hält der Autor für das Analogon der periportalen Sklerose der Leber bei Lues cong. In der Lunge erblickt der Autor den Typus der latenten Hyperplasie in der diffusen Karnifikation der Lunge bei Lues cong. Sie ist charakterisiert durch den Defekt zahlreicher kleiner Bronchiolen und des infundibuloalveolären Gewebes bei gleichzeitiger Wucherung des Mesenchyms, dessen Charakter dauernd ein fötaler, spindelizelliger bleibt ohne Entwicklung einer fibrillären Grundsubstanz. Weiters beschreibt der Autor eine Form, die er *Pneumonia productiva interalveolaris* nennt, welche sich durch eine ungleichmäßige Dilatation der interalveolären Räume infolge einer deutlichen Wucherung des Mesenchyms bei gleichzeitiger ungleichmäßiger und vielfach auch rudimentärer Entwicklung der Alveolen auszeichnet.

Ein besonderes Augenmerk richtete der Autor auf die noch wenig beschriebenen Veränderungen im Gastrointestinalum derluetischen Foeten und Kinder. Der Autor schildert die produktiven Veränderungen, die sich entweder durch diffuse oder plaqueförmige Verdickungen der Mukosa und Submukosa charakterisieren. Bei der mikroskopischen Struktur pointiert Kimla vor allem ihre Zusammensetzung aus vorwiegend fusizellulären Elementen, ferner den Befund unfertiger, rudimentär entwickelter Gefäße. Er hält dieses fusizelluläre Gewebe nicht für ein echtes Gumma, sondern eher für ein persistierendes, einfach gewuchertes, fötales Gewebe aus einer bestimmten Entwicklungsphase des Verdauungsrohres. In der Niere von kong.luetischen Früchten und Kindern kann man ziemlich oft an Stelle des kortikalen Labyrinths größere oder kleinere Reste der sog. „neogenen“ Zone nachweisen; auch in den Hoden Ovarien und Nebennieren konnte der Autor ähnliche hypoplastische Zustände konstatieren.

Am Schlusse gibt Kimla eine kurze übersichtliche Kritik verschiedener anatomischer Erscheinungen der kongenitalen Lues. Er verteidigt Virchows präzise Definition des Gummata, sondert von diesem die einfachen Koagulationsnekrosen, die manchmal von einer Leukocytenemigration begleitet sind und ein gummaähnliches Aussehen bekommen. Er erwähnt die ausgedehnten nekrotisierenden Prozesse, die in der Niere, Lunge und Milz ganze Gewebsterritorien betreffen, ferner die spezifischen, entzündlichen Veränderungen akut exsudativen Charakters mit nachfolgender Verkäsung. Von diesen verschiedenen Veränderungen, sowie von den entzündlich-produktiven Veränderungen bemüht sich der

Autor jene latenten hypoplastischen Zustände in den Parenchymorganen streng zu unterscheiden.

Die Arbeit imponiert durch die Größe des verarbeiteten Materials und verdient besondere Beachtung. Viktor Bandler (Prag).

Butler, William J. Cerebral Hereditary Syphilis. Am. Med. X. 989. 9. Dez. 1995.

Neben einer kurzen Betrachtung der betreffenden Literatur und der verschiedenen Ansichten und Erfahrungen über Hirnerkrankungen infolge von hereditärer Syphilis gibt Butler die Geschichte von 2 Fällen. In dem ersten Falle fanden sich Symptome von Paresis an den Extremitäten; atrophische Chorioiditis und frühe Schädigung der Zähne wiesen auf die spezifische Natur der Krankheit hin. In dem zweiten Falle begleiteten Iritis und interstitielle Keratitis die Nervensymptome: semicomatoser, später somnolenter Zustand, Opisthotonus und heftige Kopfschmerzen.

H. G. Klotz (New-York).

Gierke. Das Verhältnis zwischen Spirochaeten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder. (Aus dem pathologisch-anatom. Institut der Universität Freiburg i. B.) Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 9.

Während bisher die Spirochaete pallida nur in Ausstrichen primär- und sekundär-syphilitischer Krankheitsprodukte nachgewiesen ist, hat die Frage nach der Ätiologie der Lues an Bedeutung gewonnen, seit es gelungen, die Spirochaeten im Gewebsschnitt darzustellen. Zuerst haben Herxheimer und Hübner Spirochaeten im Schnittpräparat entdeckt, doch erwies sich die angewandte Färbemethode (Nilblau) als nicht dauerhaft. Bertarelli und Volpino benutzten mit Erfolg eine Modifikation der v. Ermenghemschen Geißelfärbung. Levaditi hat mittelst Silberimprägnierung und Pyrogallusreduktion recht gute und einwandfreie Bilder erhalten. Verfasser wendet ein diesem fast identisches Imprägnationsverfahren an und berichtet über die mit dieser Methode erhaltenen Resultate bei 5 Fällen von kongenitaler Syphilis, wo kurz nach der Geburt der Exitus eingetreten war. In allen 5 Fällen wurden Spirochaeten nachgewiesen und zwar schien die Zahl derselben proportional den krankhaften Veränderungen der betreffenden Organe zu sein; einige Schnitte zeigten jedoch Spirochaeten ohne nachweisbare Organveränderung. Bemerkenswert ist dabei, daß die untersuchten Organstückchen zum Teil mehrere Jahre in Formol gelegen hatten. Daß die in den Schnittpräparaten vorgefundenen Gebilde auch wirklich den Hoffmann-Schaudinnischen Spirochaeten entsprechen, glaubt Verfasser als sicher hinstellen zu können, da er sowohl wie andere Autoren bei ein und demselben Organ im Gewebe diese Gebilde und im Ausstrich typische Spirochaeten sah. Da die vielfachen bei nichtsyphilitischen Kindern angestellten Kontrolluntersuchungen alle negativ ausgefallen sind, ein Zufallsbefund der Spirochaete also auszuschließen ist, so scheinen dem Verfasser nur zwei Möglichkeiten vorhanden zu sein

entweder es handelt sich um einen Parasiten, der nur im syphilitischen Körper gedeihen kann, oder die Spirochaete ist der Erreger der Syphilis.

Oskar Müller (Dortmund).

Hochsinger, K. (Wien). Zwanzigjährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis. Wiener medizinische Presse. 1905. Nr. 26.

An der Hand der äußerst interessanten und instruktiven Krankengeschichte schildert Hochsinger den Lebenslauf dieses kongenital-luetischen 20jährigen Mannes, der in der vierten Lebenswoche mit hereditärer Lues zur Beobachtung kam, im 5. Lebensjahre Lebersyphilis und paroxysmale Hämoglobinurie, im 10. Lebensjahre eine partielle Okulomotorius-Lähmung und Erscheinungen von Hirnsyphilis, im 12. Lebensjahre Enuresis, Aortenaffektion und neurasthenische Beschwerden, im 17. Lebensjahre die ersten Erscheinungen der Tabes und das Bild des Infantilismus hereditarius aufwies. Interessant ist es, daß bei diesem Kranken das Schädelwachstum in den ersten Lebensjahren ein sehr intensives war, daß derselbe bereits zu zwei Jahren einen Schädelumfang von 50 cm hatte, welcher sich vom 3. bis zum 20. Lebensjahre nur um 3 cm vergrößerte. Hochsinger bespricht ausführlich die Frage der juvenilen Tabes und kommt zu dem Schlusse, daß der Fall vermöge seiner genauen Beobachtung geeignet ist, die Existenzberechtigung der para- und meta-syphilitischen Symptomengruppen auch für die angeborene Lues zu beweisen. Als solche wären in diesem Falle zu betrachten: die paroxysmale Hämoglobinurie, die Arteriosklerose, der Infantilismus und die Tabes dorsalis.

Viktor Bandler (Prag).

Therapie.

Kahane, M. (Wien). Ein Vorschlag zur Therapie der Syphilis. Wiener klinisch-therapeut. Wochenschrift. 1905. Nr. 49.

Nach dem vorläufigen Stand unseres Wissens scheint der Spirochaete pallida eine große Bedeutung in der Ätiologie der Syphilis zukommen und Kahane schlägt daher vor, die Syphilis als Protozoenkrankheit zu behandeln, das heißt, jene Mittel zu versuchen, welche sich bei den durch Protozoen hervorgerufenen Krankheiten bisher als wirksam bewährt haben. Der bereits mehrfach hervorgehobene Umstand, daß die Hg-Behandlung keinen Einfluß auf das Verhalten der Sp. p. ausübt, spricht nicht gegen die ätiologische Bedeutung der Sp. p., sondern kann auch in dem Sinne gedeutet werden, daß das Hg gegen den Krankheitserreger selbst machtlos ist und nur die durch denselben hervorgerufenen Gewebsveränderungen bis zu einem gewissen Grade zu beeinflussen vermag. Der Vorschlag Kahanes geht nun dahin, Fälle von frischer Syphilis mit einer Kombination der bei Febris intermittens wirksamen

Mittel, nämlich Chinin, Methylenblau und arsenige Säure zu behandeln. Folgende Formel erwies sich als brauchbar: Chininisulf. Methylenblau puriss. aa. 6'00 Acidi arsenicosi, 0'03 Extr. et. succ. liquir. q. s. ut. f. pill. Nr. XXX. D. S. 3 Pillen tägl. Viktor Bandler (Prag).

Capart. A propos du traitement de la syphilis. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 26. Année. Nr. 11.

Capart (Brüssel) legt in dieser Arbeit seine langjährigen Erfahrungen über Diagnose, Prognose und Therapie der Syphilis nieder. In dem Abschnitt über Diagnose bringt er nichts Neues; er erwähnt nur, wie schwierig es gar häufig ist, die Diagnose sicher zu stellen. Prognostisch teilt er die Syphilis in 3 Formen ein: in eine gutartige, eine schwere und eine galoppierende. Die gutartige, schreibt er, heilt manchmal allein durch hygienische Maßregeln, durch indifferente Behandlung oder eine einzige Kur vollständig. Die Ansichten über die schwere Form bringen nichts Neues; die galoppierende zeichnet sich durch ein Überstürzen der Symptome und ein Abwickeln derselben in wenigen Monaten aus. Bei der Therapie setzt er als hauptsächlichstes Moment in erste Linie allgemein diätetische und hygienische Maßnahmen (Bäder, ruhiges Leben, striktes Rauchverbot usw.). Dann folgt lokale Behandlung und schließlich die Allgemeinbehandlung, die sich im wesentlichen mit unseren Anschauungen deckt. Bei tertiärer Lues gibt er nur Jod in hohen Dosen. Eine Allgemeinbehandlung einer frischen Lues dauert im allgemeinen 3 Jahre, in denen er ungefähr 60 Injektionen mit ein- bis mehrmonatlichen Pausen verabfolgt.

Bartsch (Breslau).

Lerch, Otto. Method of Administering Mercury in Syphilis. Am. Med. X. 781. 4. Nov. 1905.

Lerch spricht sich zu Gunsten der Einreibungen des Quecksilbers bei Syphilis aus, die, wie er glaubt, nach der beinahe einmütigen Ansicht erfahrener Beobachter, die beste Methode sei. Neues zu Gunsten derselben wird nicht vorgebracht. Viel Gewicht gelegt wird auf die lokale Behandlung vergrößerter Drüsen, die sehr häufig noch nachgewiesen werden können, wenn alle andern Symptome von Syphilis verschwunden. Diese lokalen Einreibungen in die Lymphdrüsen sollen durch Jahre hindurch immer und immer wieder angewandt werden.

H. G. Klotz (New-York).

Dionisio. La radiation dans le traitement de l'ozène (Radio et photothérapie). Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 25. Année. Nr. 16.

Dionisio wendet die Lichtbestrahlung des Naseninnern bei Ozaena an, gibt aber zu, daß einerseits die dazu gehörigen Apparate kompliziert sind, andererseits die Behandlung lange Zeit ausgeführt werden muß und recht langweilig ist. An der Hand vieler Bilder beschreibt er die Apparate, die er benützt und die er in seinem „Institut de Photo- et Radiotherapie pour le traitement de l'ozène et des otites purulentes chroniques“ in Turin zur Behandlung verwendet.

Bartsch (Breslau).

Volk, R. (Wien) (Abteilung Lang). Die therapeutische Verwendbarkeit des Jothions. Heilkunde 1905. 7. Heft.

Zusammenfassend muß Volk die ausgezeichnete Wirkung des Jothions bei Luetikern, besonders in den späteren Stadien, hervorheben; speziell Fälle, wo eine energische Jodwirkung angezeigt ist, eignen sich ganz besonders hiefür. Ganz unschätzbare Dienste leistet das Präparat bei soporösen Patienten und in Fällen, wo Jodpräparate vom Magen-darmtrakt nicht vertragen werden. Manche Patienten empfinden nach der Einpinselung Brennen und Jucken. Volk empfiehlt am meisten die Einpinselung mit dem reinen Präparat oder bei besonders empfindlichen Personen mit Ol. oliv. vermischt.

Viktor Bandler (Prag).

Tomaszewski. Eine subkutane Jodipinanwendung. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 50. 1905.

Verfasser empfiehlt subkutane Anwendung von Jodipin und setzt zugleich die Technik der subkutanen Jodipininjektionen auseinander.

Joh. Fabry (Dortmund).

Glück, Leop. (Sarajewo). Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis. Wiener mediz. Presse. 1905. Nr. 51—53.

Bei objektiver Beurteilung aller in Betracht kommenden Momente gelangt Glück bezüglich des Wertes der merkuriellen Frühbehandlung zu folgenden Schlüssen: 1. die Frühbehandlung beschleunigt die Überhäutung und den Schwund der Initialsklerose und fördert die Verkleinerung der geschwellten Lymphdrüsen; 2. die von den Anhängern behauptete präventive bzw. abortive Wirkung der merkuriellen Frühbehandlung ist nicht erwiesen, es unterliegt jedoch keinem Zweifel, daß sie — rechtzeitig eingeleitet — das Auftreten der syphilitischen Allgemeinerscheinungen bis auf die Dauer von zehn Monaten aufzuschieben vermag. In letzteren Fällen können schon die ersten Allgemeinerscheinungen die bekannten Charaktere der Syphilisrezidive an sich tragen, was auf eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufes hinweist; 3. die der Quecksilber-Frühbehandlung von den Gegnern zugeschriebenen klinischen und therapeutischen Nachteile, insbesondere die Vermehrung und Erschwerung der Rezidiven, die Abschwächung der Hg-Wirkung bei später notwendig werdenden Kuren, sowie endlich das frühzeitige und schwerere Auftreten der schädlichen Nebenwirkungen des Merkurgebrauches werden durch die Praxis nicht bestätigt. Die Beobachtung lehrt vielmehr, daß die Frühbehandlung in der Regel die Zahl und die Intensität der Syphilisrezidiven wesentlich vermindert, daß ferner die Wirkung des Hg sowohl gelegentlich der ersten als auch der etwa nachfolgenden Verwendungen eine gleich prompte, energische und andauernde ist wie bei Kranken, die erst nach dem Auftreten der Sekundärscheinungen einer allgemeinen Hg-Behandlung unterzogen wurden, und daß endlich die merkurielle Stomatitis, Diarrhoen, Anämie usw. bei Früh- und Spätbehandelten gleich häufig, bzw. selten vorzukommen pflegen.

Viktor Bandler (Prag).

Kreibich, K. (Graz). Zur ätiologischen Therapie der Syphilis (Kraus-Spitzer). Spirochaetenbefunde. Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 8.

An fünf Fällen, deren Krankengeschichten genau wiedergegeben sind, zeigt Kreibich, daß mit der ätiologischen Therapie nach Kraus-Spitzer (Injektionen von Aufschwemmungen der Sklerosen) der Ausbruch sekundärer Symptome nicht verhindert wurde.

Nach Kreibich ist die Untersuchung im nativen Präparat die einzige Methode, bei welcher wenigstens im Präparat keine Spirochaeten verloren gehen, während die Giemsa-Färbung nicht alle vorhandenen Spirochaeten zur Darstellung bringt. Der Vorgang der Untersuchung ist folgender: Eine in die Pinzette geklemmte Papel wird vereist, abgetragen, dann auf dem Objektträger in einem Tropfen Kochsalzlösung zerzupft, nach Entfernung größerer Gewebspartien wird das Deckglas aufgelegt, eventuell mit Paraffin umrandet. Von 24 Effloreszenzen des Stammes zeigten 21 Spirochaeten p. Die Untersuchung in dem nativen Präparat ist viel weniger ermüdend als in dem gefärbten; hierbei empfiehlt sich insbesondere den Rand kleiner Gewebstücke abzusuchen. Bei geschlossenen Effloreszenzen ist die Untersuchung nicht so leicht, wie bei offenen. Eine Verwechslung ist nach Kreibich nicht gut möglich, wenn man auf die Feinheit und Länge und auf die langsam schwingende Eigenbewegung der Sp. p. achtet, während die Sp. refring. sich rascher und schlingend, nicht schwingend bewegt. Viktor Bandler (Prag).

Hirsch, G. - Halberstadt. Über schmerzlose subkutane Quecksilbereinspritzungen. Mediz. Klinik. 1906. Nr. 9.

Nachdem die vielfachen Versuche, durch Zusatz von lokal anästhesierenden Mitteln die subkutanen Quecksilbereinspritzungen schmerzlos zu machen, wegen der Giftigkeit der Mittel, der zu kurzen Dauer der Anästhesie und endlich der Nekrosengefahr keine befriedigenden Resultate ergeben haben, empfiehlt jetzt Hirsch ein von der chemischen Fabrik von Heyden hergestelltes Präparat, das 1% Hydrargyr. oxycyanatum und 0.5% Akein in wässriger Lösung enthält und welches, wie Verfasser an 20 Fällen erprobt hat, ohne irgendwelche schädliche Nebenwirkung völlig schmerzstillend wirkt. Oskar Müller (Dortmund).

Alexandriski, W. Mortifikation des Gewebes nach Quecksilberinjektionen. Medicin. Obozr. 1905. Nr. 19.

Ausgehend von 6 Fällen aus der Literatur teilt Alexandriski 2 selbst beobachtete mit: in dem einen Falle wurde Hydr. benzoici oxydati 1%, im andern Hydr. praec. flavi 3% angewandt. Der Schmerz, der in solchen Fällen gleich nach der Einspritzung, mitunter schon während derselben eintritt, ist von großer Intensität und hält gewöhnlich 3 × 24 Stunden an, um dann allmählich nachzulassen. Häufig blutet es gleich bei der Einspritzung ein wenig, wobei nachträglich größere subkutane Blutergüsse mit starker Schwellung der befallenen Partie bei Temperaturen von 38–39° sich einstellen. Nach einigen Tagen bilden sich fast immer kleinere Blasen mit nachfolgender Borkenbildung, nach

deren Abfallen größere, schwer heilende Geschwüre sich entwickeln. Ätiologisch werden Verletzungen eines Nervenstammes oder einzelner seiner Zweige oder Verletzung eines arteriellen, eventuell venösen Gefäßes oder gleichzeitige Verletzung eines Nerven und Gefäßes beschuldigt.

S. Prissmann (Libau).

Roscher, K. Praktische Erfahrungen mit Sajodin. Med. Klinik. 1906. Nr. 7.

Auf Grund seiner Beobachtungen — 40 Fälle, davon 39 Fälle von Syphilis und 1 Fall von Arteriosklerose — kommt Roscher zu folgendem Urteil:

1. Sajodin wird — auch in Fällen bestehender Idiosynkrasie — gut vertragen und von den Patienten gern genommen.

2. Im allgemeinen wirkt es prompt und steht trotz des geringeren Jodgehalts in derselben Dosis wie Jodkalium gegeben, diesem ungefähr gleich; nur in einem Falle hat es ganz versagt.

Oskar Müller (Dortmund).

Lublinski. Jodismus acutus und Thyreoiditis acuta. Dtsch. med. Woch. Nr. 8. 1906.

Neben anderen Symptomen des Jodismus verdient eine seltenere Affektion Beachtung, welche Lublinski nach Gebrauch von 5% Jodkalilösung bei einer syphilitischen Frau beobachtete. Es handelte sich um eine deutliche, gleichmäßige, weiche, leicht empfindliche Schwellung der Schilddrüse unter nicht geröteter Haut. Von anderen Jodeinflüssen war nur ein geringer Schnupfen wahrzunehmen. Diese Erscheinung ist umso seltsamer, da die Schilddrüse das einzige Organ zu sein scheint, welches Jod enthält. Daß Jod trotz seiner verkleinernden Wirkung auf hypertrophische Drüsen Schwellungen der Ohrspeichel- und Submaxillardrüsen erzeugen kann, ist bereits von anderer Seite berichtet.

Max Joseph (Berlin).
