

täglich angewandt wird. Die Injektionsflüssigkeit soll mindestens 15 Minuten in der Harnröhre zurückgehalten werden. Es ist reizlos und unzersetzlich.

Wilke, K. Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken. p. 310.

Nicht beendet.

Ludwig Waelsch (Prag).

Geschlechts-Krankheiten.

Ulcus molle.

Belot. Die mit Heißluft bei Schankern, Ulzerationen und Akroasphyxie erzielten Resultate. Journ. d. méd. de Paris 1913. Nr. 45.

Auch Belot erzielte mit der hyperämisierenden Heißluft von 60—70° in täglicher oder zweitägigen Sitzungen à 15 Min. schnelle Heilungen bei Ulc. moll., sehr gute Resultate bei rebellischen Ulzerationen unbestimmter Natur (banalen Geschwüren), und oft Besserungen bei Röntgen-Ulzera. Von den trophischen Zirkulationsstörungen der Extremitäten und ihren sekundären Ulzerationen reagierten am besten diejenigen, welche von kongestiven oder spastischen Zuständen herrührten. Hier wurde schnell eine Besserung, oft auch, aber langsam, völlige Heilung erzielt. Aber in solchen Fällen ist besondere Vorsicht geboten, weil die Empfindlichkeit gegen Hitze herabgesetzt ist. Verläßt man sich auf die Angaben der Pat., so treten leicht Verbrennungen ein.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Wetzel, E. Beitrag zur Lehre von der Malakoplakie der Harnblase. Virchows Archiv. Bd. CCXIV. Heft 3.

Der Autor beschreibt aus dem Chiarischen Institut einen typischen Fall und vertritt die Ansicht, daß es sich in der Erkrankung um eine Form der chronischen Zystitis und zwar einer Cystitis follicularis sive nodularis handle.

Kyrle (Wien).

Nowicki, W. Über Harnblasenemphysem. Virchows Archiv. Bd. CCXV. Heft 1.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Literatur und an

der Hand eines eigenen Falles beschreibt Nowicki die makroskopischen und histologischen Erscheinungen bei der Pneumatosis cystoides insbesondere der Blase, betont, daß in erster Linie die Mucosa und Submucosa von den Gasbläschen besetzt und eingenommen sind, während die Muskularis der Blasenwand mehr verschont wird. Es werden histologische Details, besonders die Begrenzung der Bläschen, das Vorkommen von Riesenzellen näher besprochen; bezüglich der Ätiologie und Pathogenese des Prozesses wird angenommen, daß neben dem Vorhandensein von Bakterien Störungen im Blutkreislauf, Venostasen festgestellt werden konnten, durch die der Boden für das Angehen der Bakterien besonders präpariert erscheine.

Kyrle (Wien.)

Vecchi. Teratome, teratoide Geschwülste und Mischtumoren des Hodens. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. CXIV.

Vecchi berichtet über 8 Fälle von Hodentumoren und gibt deren klinischen und histologischen Befund ausführlich wieder. Auf Grund des letzteren unterscheidet er 3 Typen:

I. Teratoma oder Embryoma (Wilms) (1 Fall).

II. Teratoide Geschwulst oder Embryoide (Wilms) (6 Fälle).

III. Mesodermale Mischgeschwulst (1 Fall).

Es bestehen keine scharfen Grenzen zwischen diesen verschiedenen Typen, sondern es geht unmerkbar durch Übergangsformen von dem einen zum andern über.

H. Hanf (Breslau).

Perrier, Ch. Über einen Fall von maximaler narbiger Retraktion der Blase durch Tuberkulose. Revue médicale de la Suisse romande. 1914. Nr. 1. p. 65.

Perrier beobachtete bei einer 32jährigen Frau, die an Nieren- und Blasentuberkulose litt, eine fast komplette Schrumpfung der Blase, gefolgt von Incontinentia urinae. Dabei relativ wenig Beschwerden.

Max Winkler (Luzern).

Rist, E. und *Léon-Kindberg*. Tuberkulöse Bazillurie ohne Erkrankung des Harnapparates. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 8. 5. März 1914.

Beschreibung eines Falles, wo von einem ganz kleinen Herde in der Lunge öfters Tuberkelbazillen in die Blutbahn gelangten und, ohne eine Erkrankung der inneren Organe hervorzurufen, eine Bazillurie verursachten.

Ernest Spitzer (Wien).

Flatau, Georg. Eine seltene Potenzstörung. Dtsch. med. Woch. Nr. 13. 1914.

Der 24jährige Patient Flatau hatte beim Koitus zwar normale, genügend lange dauernde Erektionen, doch kam es niemals zur Ejakulation. Dieselben stellten sich hingegen bei

erotischen Träumen oder Masturbation ein. Der Patient erscheint sowohl in Nervenbeschaffenheit sowie in Betreff der Genitalien gesund. Die ejakulatorische Impotenz wäre vielleicht auf einen krampfhaften Verschuß der Ausführungswege zurückzuführen, der den Eintritt des Spermas in die Harnröhre verhindert, oder aber es lag eine relative Schwäche des Ejakulationszentrums vor.

Max Joseph (Berlin).

Lett, Hugh. Ein Fall von Anurie durch Kalkulus. The British Medical Journal. 1914. März 7. p. 532.

Lett berichtet über einen Patienten, bei dem sich zwei Steine im rechten Ureter, einer im linken Ureter als Ursache einer Anurie vorgefunden hatten. Heilung nach Operation.

Fritz Juliusberg (Posen).

Willan, R. J. Der Ureterenkatheterismus mit Wismuth, Kollargollösung und Bariumsulfatsuspension für die Diagnostik gewisser Harnkrankheiten. The Lancet. 1914. Januar 24. p. 233.

Willan beschreibt in der vorliegenden Arbeit ausführlich an der Hand vorzüglicher Abbildungen die Technik des Ureterenkatheterismus mit spezieller Berücksichtigung der Pyelographie. Die gründlichen Ausführungen sind zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Haret (Paris). Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Röntgenbestrahlung. Archives d'Electricité Medicale. Nr. 368.

H. publiziert eine Anzahl Krankengeschichten, in denen gezeigt wird, daß die Röntgenbestrahlung bei Hypertrophie des Bindegewebsanteiles der Prostata stets erfolglos ist, während Hypertrophien, des drüsigen Anteiles vorzüglich auf Röntgenstrahlen reagieren. In technischer Beziehung empfiehlt H., anstatt der Bestrahlung durch das Rektum mittelst Lokalisators, lieber vom Perineum aus mit $\frac{1}{2}$ mm Aluminiumfilter zu bestrahlen.

Alfred Jungmann (Wien).

Vergely. Über Auftreten von Blutfarbstoff im Urin nach Verabreichung von Pyramidon und Kryogenin (= Metabenzamidosemikarbazid).

Kasuistik.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Brodfeld, E. Über Sterilität des Mannes. Med. Kl. Nr. 45.

Ursachen der Sterilität:

1. Aspermatismus. Koitus normal; es wird kein Sperma ejakuliert, wenigstens gelangt keins in die weiblichen Genitalien.
2. Azoospermie, Oligospermie, Nekrospermie; es wird Sperma ejakuliert; aber im Ejakulat sind keine lebensschwachen resp. tote Spermatozoen vorhanden.

ad 1. Die Ursachen des Aspermatismus sind sowohl psy-

chischer wie mechanischer Natur; ersteres kommt besonders vor bei Neurasthenikern oder Onanisten. Therapie: Psychische Beeinflussung; Hydrotherapie.

Mechanisch: Strikturen, Phimose, Prostatitis.

Therapie: Behandlung des Grundleidens.

ad 2. Ursachen der Azospermie:

a) Sekretionsunfähigkeit der Hoden (Neubildungen, Tuberkulose, Syphilis, Krebs, traumatische Schädigungen).

b) Verschuß der Leitungsbahnen des Sperma (Epididymitis bilateralis [chron. Infiltrate]).

c) Funiculitis gonorrhoea.

Ludwig Zweig (Dortmund).

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

I. Diagnostik: Das Blut aus den Harnwegen kann stammen aus: Harnröhre, Samenblasen, Prostata, Blase, Ureteren, Nieren, daher ist es notwendig, zu zystoskopieren während der Blutung. Nicht zystoskopieren bei Cystitis acuta gonorrhoea und bei Prostata hypertrophie; bei letzterer Krankheit muß jedenfalls erst der Verlauf abgewartet werden. Die Zystoskopie zeigt uns, ob es sich um einen Stein, Tumor, Prostata hypertrophie, Fremdkörper oder ulzeröse Zystitis handelt. Dann kann es sich allerdings auch noch um Veränderung in den Nieren handeln, worüber der Ureterenkatherismus Aufschluß gibt. Das wären die Möglichkeiten bei pathologisch veränderter Blase. Ist aber die Blase normal, dann muß das Blut aus den Harnleitern oder Nieren stammen, vorausgesetzt, daß es nicht etwa aus der hinteren Harnröhre stammt. Da die Harnleiterblutungen sehr selten isoliert vorkommen, so kommt eigentlich nur die Nierenblutung in Betracht. Leider lassen der Ureterenkatherismus und die funktionelle Nierendiagnostik bei diesen Untersuchungen meist im Stich. Man muß daher versuchen differential-diagnostisch die einzelnen Möglichkeiten festzustellen. In Frage kommen: Stein, Neoplasma, chronische Nephritis, Hydro-nephrose, Wanderniere, Nierentuberkulose. Durch Palpation, Röntgenbild, durch Tierversuch, durch Füllung des Nierenbeckens mit Kollargollösung und Röntgen, durch genaue Urinuntersuchung sucht man zum Ziele zu kommen. Bleibt der Fall jedoch unklar, so muß nach 6—8 Tagen die blutende und schmerzende Niere freigelegt werden, um die Diagnose zu sichern.

II. Behandlung: Blutungen aus der Harnröhre bedürfen meist keiner großen Behandlung: Urotropin und viel Flüssigkeit trinken; selten Dauerkatheter zur Kompression. Die Blutungen der hinteren Harnröhre — Gonorrhoe — gonorrhoeische Therapie — infolge von Papillomen, Behandlung mit Galvanokatheter.

Bei gonorrhöischer oder tuberkulöser Zystitis Behandlung des Grundleidens.

Blutbeimengungen zum Sperma kommen vor bei gonorrhöischer Entzündung des Kollikulus, seltener bei Entzündung der Samenblasen; eine größere Bedeutung gewinnen die blutigen Samenentleerungen als Frühsymptom eines Prostatakarzinoms, worüber eine Urethroskopie posterior Aufschluß gibt. Gegen die Entzündung des Kollikulus und der Samenblasen gibt man Einträufelungen einer 2% Argentumlösung. Bei Blutungen aus der Prostata führt man einen starken Dauerkatheter ein; bei wiederholten Blutungen muß die Prostata entfernt werden, da es sich auch meist um Ca. handelt. Eine schwere schmerzlose Blutung stammt meist aus der Blase. Operable Tumoren werden entfernt — Sectio alta, intravesikal. — Bei profusen Blutungen Dauerkatheter mindestens 21 Charrière, um die Gerinnsel durchzulassen, außerdem 1% Argentumspülungen. Auch gibt man Morphium (3—4 mal täglich 1 ccm); Styptica; Gelatine 40 g einer 10%igen Lösung subkutan. Geringere Blutungen erfordern keine Behandlung. Blutungen infolge von Blasensteinen sind ungefährlich. Blutungen aus den Harnleitern werden bedingt durch Papillome-Exstirpation- und Uretersteine; man sucht den Stein herunterzubefördern durch Ureterkatheterismus; innerlich (Glycerin purissimi 180·0, Tinct. arnar., Tinct. costic. arnaut. ccm 10·0) in zwei Portionen zu nehmen, dazu 3—4 l Flüssigkeit trinken; geht der Stein nicht ab und sind bedrohliche Symptome vorhanden, so muß die Urethrotomie gemacht werden.

Nierenblutungen: häufigste Ursache: Steine; erst abwarten; dann bei Infektionsgefahr Operation.

Bei Verdacht auf Tumor: Operation.

Ähnliche Blutungen verursacht oft die chron. Nephritis, bei der, wenn die Blutung nicht zum Stillstand kommt, die Nephrotomie gemacht werden muß.

Schließlich kommen noch in Betracht bei Nierenblutungen: Nierentuberkulose — Nephrektomie (möglichst frühzeitig), Wanderniere — passende Bandage — ev. Phephropexie — Hydronephrose — plastische Operation.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Frank. Über Ureterostomie. Deutsche Zeitschrift für Chirurg. Bd. CXIII.

Frank sucht an drei ausführlich geschilderten Fällen zu beweisen, daß zur Zeit die Ureterimplantation in die Bauchhaut bei Blasenanschaltung und Totalexstirpation der Blase als empfehlenswerteste Methode angesehen werden muß.

H. Hanf (Breslau).

Boulanger. Behandlung der Impotenz durch epidurale Injektionen. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 12.

Die epiduralen Injektionen von 0·5% Kochsalzlösung sind stets unschädlich und sehr oft wirksam bei Impotenz.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Guichemerre. Chemische Urethritis kompliziert mit Zystitis und doppelseitiger Epididymitis. *Presse méd.* 1913. Nr. 92.

Prophylaktische Essigwasserinjektionen riefen die Urethritis und die Komplikationen hervor.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Mc Donald, Stuart. Malakoplakie. *Pathological society of Great Britain and Ireland*. 1914. Jan. 9.—10. *The British Medical Journal*. 1914. Januar 17. p. 144.

McDonald hält einen Vortrag über die Malakoplakie der Harnblase, von der bisher 21 Fälle bekannt gegeben sind. Makroskopisch sind die charakteristischen Veränderungen blaßgelbe Knötchen, welche später tumorähnlich werden, während man an der Oberfläche große erhabene Plaques beobachtet. Er geht genauer auf einen selbst beobachteten Fall ein, wobei er sich speziell mit den mikroskopischen Veränderungen beschäftigt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Drueck, Charles. Genitalfisteln bei der Frau. *Medical Record*. 1914. Januar. 3. p. 15.

Wie Drueck hervorhebt, kommen die Fisteln im oberen Teil der Vagina meist durch einen malignen Tumor zustande, während die im unteren Teile der Vagina verschiedene Ursachen haben können, wie Traumen, protrahierte und schwere Geburten, unvollständige Vereinigung nach Operationen, ulzerative tuberkulöse oder syphilitische Prozesse. Anatomische Mißbildungen liefern auch Fisteln, aber in beschränktem Maße. Im Anschluß an diese Erwägungen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit eingehender mit den Symptomen, der Diagnose, Prognose und Behandlung der Genitalfisteln. Fritz Juliusberg (Posen).

Muhlberg, William. Einige praktische Beobachtungen über das Resultat von 8000 Urinuntersuchungen. *Medical Record*. 1914. Dezember 27. p. 1151.

Eingehende Mitteilung über die Urinuntersuchungen der Union Central Life Insurance Company mit Mitteilung der Technik, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Fowler, H. A. Geschlossene tuberkulöse Pyonephrose. *The Journal of the American Medical Association*. 1914. Januar 3. p. 12.

Vom klinischen Standpunkte kann man nach Fowler, der sich auf Smirnow stützt, drei klinische Gruppen von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose unterscheiden: 1. Die Blase ist tuberkulös. In der Gegend der vermutlich erkrankten

Niere findet sich ein großer Tumor. Der Ureter an dieser Seite ist impermeabel. Die Diagnose ist leicht. 2. Die Blase ist normal. Ein Ureter ist impermeabel und an dieser Seite findet sich ein Tumor in der Nierenregion. Die Diagnose ist möglich aus der Anamnese und Symptomen, die sich auf andere Organe beziehen. 3. Das tuberkulöse Befallensein der Blase ist weit fortgeschritten und die Kystoskopie unmöglich. Eine vergrößerte Niere ist palpabel. Die Diagnose ist nur möglich durch exploratorische Inzision. Die vergrößerte Niere kann gesund und nur hypertrophisch sein, während die andere Niere atrophisch und tuberkulös ist. Bericht über einen Fall.

Fritz Juliusberg (Posen).

Freyer, Johnston. Karzinom der Prostata. Nottingham Medico-Chirurgical Society. 1913. Dezember 4. The British Medical Journal. 1914. Januar 10. p. 89.

Freyer betont, daß das Karzinom der Prostata häufiger ist, als man im allgemeinen annimmt. Er fand, daß 13·4% der Fälle von Vergrößerung der Prostata maligne sind.

Fritz Juliusberg (Posen).

Spencer, Herbert. Primäres Karzinom der Bartholinischen Drüse. Royal society of medicine. Section of obstetrics and gynaecology. 1913. Dez. 4. The Lancet. 1913. Dezember 20. p. 1766.

Spencer berichtet über eines der seltenen primären Karzinome der Bartholinischen Drüse, welches er zusammen mit den oberflächlichen karzinomatösen Inguinaldrüsen entfernt hat. Ein Schnitt durch die Geschwulst und den nicht affizierten Ausführungsgang ergab, daß es sich um ein Adenokarzinom mit Degeneration der Zellen handelte.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hagner, F. R. Tumoren der Blase. Operative Behandlung. Medical society of the county of New York. Okt. 27. 1913. The Journal of the American Medical Association. 1913. Dezember 6. p. 2095.

Hagner behauptet, daß alle Tumoren der Blase klinisch maligne sind. Von allen Behandlungsformen bieten die Hochfrequenzströme die besten Aussichten auf Erfolg. Die Fälle müssen in regelmäßigen Intervallen kystoskopisch nachkontrolliert werden, um etwaige Rezidive bald zu beseitigen. Diskussion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Stokes, A. C. Der wahrscheinliche embryologische Ursprung der Mischtumoren des Hodens. The Journal of the American Medical Association. 1913. Dez. 6. p. 2054.

Der Bericht über zwei einschlägige Fälle gibt Stokes Gelegenheit, auf die Theorien über den Ursprung dieser Tumoren,

speziell auf die Arbeiten von Ewing (Surg., gynec. and obst. Okt. 1910) und Wilson (Ann. surg. April 1813), einzugehen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Judd, J. R. Eine Blasennaht, vier Jahre post operationem. The Journal of the Medical Association. 1913. Dezember 6. p. 2062.

Judd bekam eine Blasennaht zur Beobachtung, die er vor vier Jahren angelegt hatte. Der Patient starb an einer Pneumonie. Das Präparat ist abgebildet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Cabot, H. und Barney, J. D. Die operative Behandlung der Genitaltuberkulose. The Journal of the American Medical Association. 1913. Dezember 6. p. 2056.

Eingehende technisch-chirurgische Arbeit, vorgetragen auf der Sektion für Harnkrankheiten der American Medical Association, mit anschließender Diskussion, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Lyons, Oliver. Die Tuberkulose der Genitalorgane bei Kindern. The Journal of the American Medical Association. 1913. Dezember 6. p. 2051.

Lyons berichtet unter der in der Überschrift angeführten Bezeichnung über die Tuberkulose der Prostata, der Samenbläschen, des Nebenhodens und Hodens bei Kindern. Man findet bei Kindern, wie die Autopsien ergeben, einen großen Prozentsatz von Tuberkulose. Während der ersten 4 Monate ist sie selten, sie steigt aber rapide mit fortschreitendem Alter. Wo man sie in den ersten 6 Monaten findet, ist sie gewöhnlich die Todesursache, während dort, wo man sie bei älteren Kindern bei der Sektion findet, die Todesursache eine andere war. Der Autor geht dann eingehend auf die verschiedenen in Betracht kommenden Lokalisationen ein, wobei er über eine Anzahl eigener Beobachtungen berichten kann.

Fritz Juliusberg (Posen).

Smith, George Gilbert. Chronische Zystitis bei Frauen ist keine Krankheit. The Journal of the American Medical Association. 1913. Dezember 6. p. 2038.

Die in der Überschrift von Smith ausgesprochene These besagt, daß die persistierende Zystitis bei Frauen selbst keine Erkrankung ist, sondern das Resultat pathologischer Veränderungen außerhalb der Blase. Er kann über 87 Fälle berichten, die zu ihm mit der Diagnose Zystitis kamen. Von diesen 87 Fällen wiesen 61% renale, nicht tuberkulöse Infektionen auf, 19% litten an Nierentuberkulose, 7% an erschwerter Blasenentleerung, 7% an Beckeninfektionen und 6% an anderen Ursachen, jedenfalls befand sich unter diesen Fällen nicht ein Fall von einfacher Zystitis.

Fritz Juliusberg (Posen).

Smith, E. O. Die Pathologie der Prostata. The Journal of the American Medical Association. 1913. Dez. 6. p. 2035.

In einem Resümee über die Embryologie, die Histologie und die Pathologie der Prostata kommt *Smith* zu folgenden Schlüssen: 1. Die Prostata-drüse hat fünf distinkte glanduläre Gebiete, welche man als Lappen bezeichnen kann. 2. Pathologische Veränderungen in den Samenbläschen werden oft übersehen und die Prostata wird alleine betrachtet, wenn in der Tat beide befallen sind. 3. Man findet selten eine Tuberkulose der Prostata ohne dieselbe Infektion der Samenbläschen. 4. Die Prostatahypertrophie ist gewöhnlich eine einfache adenomatöse Wucherung, welche die normale Prostata verdrängt, so daß sie eine chirurgische Kapsel bildet. In dem Dach oder der vorderen Portion der prostatichen Urethra sind diese Neubildungen mit wenig mehr als einer Schleimhaut bedeckt. 5. Maligne Tumoren der Prostata sind auf den hinteren Lappen beschränkt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bromberg, R. Weitere Erfahrungen mit dem hämorenalen Index als Mittel zur Funktionsprüfung der Nieren. Dtsch. med. Woch. Nr. 4. 1914.

Die von *Bromberg* angegebene Indexbestimmung ist eine einfache, sichere Methode, bereitet dem Patienten keine Unannehmlichkeiten und dem Arzte keine technischen Schwierigkeiten und bewährte sich von prognostischer Bedeutung bei allen Formen der Brightschen Nierenerkrankung. Die Einseitigkeit oder Doppelseitigkeit einer Nierenerkrankung, die Indikation oder Kontraindikation für chirurgische Eingriffe, die Mitbeteiligung der Nieren an Krankheitsprozessen konnten mit Hilfe der Indexbestimmung sicher festgestellt werden. Die Methode ist ein willkommener Ersatz für den unangenehmen, oft sogar gefährlichen Ureterenkatheterismus und ermöglicht manchmal auch eine Umgehung der Zystoskopie.

Max Joseph (Berlin).

Dorrance, G. M. Die transversale Inzision bei Operationen am Skrotum. The Journal of the American Medical Association. 1914. Februar 7. p. 451.

Dorrance rät bei Operationen am Skrotum den Hautschnitt nicht, wie dies meist empfohlen wird, longitudinal anzulegen, sondern transversal zu machen, da die oberflächlichen Gefäße und Nerven dort transversal verlaufen und dann auch der Schnitt in die Linie der Hautfalten fällt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Fowler, O. S. Urinstase durch Ureterenobstruktion. Über eine neue Ätiologie der Nierensteine und eine neue Methode der Nephropexie zur Si-

cherung einer idealen natürlichen Drainage. The Journal of the American Medical Association. 1914. Januar 31. pag. 367.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Judd, E. S. Die nichtpapillären benignen Tumoren der Harnblase. Western Surgical Association. 1913. Dezember 19.—20. The Journal of the American Medical Association. 1914. Januar 31. p. 405.

Judd fand unter 164 Neoplasmen der Harnblase, die er operiert hat, zweie vom nichtpapillären benignen Typus, die von der Muskulatur der Blase ausgegangen waren. In der Literatur finden sich 30 ähnliche Fälle. Bei den meisten dieser Fälle ist die Blutung das erste und ausgesprochenste Symptom. Die beiden von Judd beobachteten Tumoren waren gestielt und wurden suprapubisch entfernt.

Fritz Juliusberg (Posen).

Goodman, A. L. Hodentuberkulose. Medical Record. 1914. Januar 24. p. 146.

Im Anschluß an einen einschlägigen Fall behandelt Goodman in eingehender Weise die Hodentuberkulose bei Kindern, wobei er scharf zwischen einer primären und sekundären Tuberkulose unterscheidet. Nach den Eigenarten der fötalen Zirkulation ist es möglich, daß der Fötus direkt vom mütterlichen Blut aus infiziert wird. Im vom Autor beschriebenen Fall handelt es sich wahrscheinlich um eine antenatale Übertragung der Tuberkulose. Fritz Juliusberg (Posen).

Ruß, Charles. Eine neue Methode zur Behandlung der chronischen Kolizystitis und anderer bakterieller Infektionen. The Lancet. 1914. Februar 14. p. 447.

Ruß hat schon in einer Reihe früherer Arbeiten darauf hingewiesen, daß gewisse in einem Elektrolyten suspendierte Bakterien durch das Passieren eines elektrischen Stromes aggregiert und getötet werden und benutzt diesen Vorgang zur Abtötung der Kolibakterien in der Harnblase.

Fritz Juliusberg (Posen).

Underhill, A. J. Zysten der prostatistischen Urethra. The Journal of the American Medical Association. 1914. Jan. 24. p. 265.

Underhill berichtet über zwei Fälle von Zysten der prostatistischen Urethra. Der Ursprung dieser Zysten ist nicht völlig klar. Sie können sich an vorausgegangene entzündliche Zustände anschließen. Eigentlich charakteristische Symptome macht die Affektion nicht, die nur durch endoskopische Untersuchung erkannt werden kann. Die Behandlung besteht in

Dilatation mit nachfolgender Inzision der übrig bleibenden Zysten unter Kontrolle des Auges.

Fritz Juliusberg (Posen).

Wossidlo, H. Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie. Med. Klinik. Nr. 1. 1914.

Die Diathermiebehandlung benutzt die durch den elektrischen Strom entstehende Joulesche Wärme zur Durchwärmung oberflächlicher und tiefliegender Körpergewebe, ohne daß dabei eine Schmerzempfindung ausgelöst wird; erzeugt wird die dazu notwendige Wärme durch die Hochfrequenzströme. Mit der Durchwärmung gehen gleichzeitig Hyperämie und Hyperlymphie einher.

Bei akuter Gonorrhoe hat W. die Diathermie nicht angewandt, wohl aber bei der chronischen gonorrhoeischen Urethritis. Er führte zu diesem Zwecke eine Metallsonde in die Urethra als den einen Pol ein, der andere Pol wurde unter das Gesäß des Patienten gelagert. Wenngleich in einer Anzahl von Fällen die Erscheinungen wohl abnahmen, so konnte eine völlige Heilung doch nicht erzielt werden. Mehr Erfolg sah W., wenn er eine Spulsonde nahm und gleichzeitig mit einer adstringierenden Lösung spülte und elektrisierte besonders bei Urethritis posterior. Schöne Erfolge werden erzielt bei Prostatitis chronica und Spermatozystitis, wobei der eine Pol in Form einer Arzbergerschen Birne in den Anus eingeführt wird; auch die chronische Epididymitis und vor allem die gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen eignen sich zur Diathermiebehandlung. Die Diathermie ist dann ferner noch bei der Zystitis und bei Nierenerkrankungen versucht worden, teils mit, teils ohne Erfolg.

Ein Hauptanwendungsgebiet hat dann die Elektrokoagulation bei der Entfernung der Blasentumoren gefunden. Man führt den einen Pol, eine Kupferdrahtelektrode durch das Ureterenzystoskop in die Blase ein und bringt ihn mit dem Tumor in Berührung; der andere Pol liegt an irgend einer Körperstelle. Wird jetzt der Strom eingeschaltet, so sieht man an der betreffenden Stelle eine weißliche Färbung als Zeichen der Koagulation. Das Verfahren ist völlig schmerzlos. Es sind in seltenen Fällen Blasenblutungen beobachtet worden. Das Verfahren eignet sich in der Hauptsache für gutartige Papillome der Blase und Harnröhre. Ludwig Zweig (Dortmund).

Auschütz, W., Kiel. Über die Behandlung der Nebenhodentuberkulose. Med. Kl. Nr. 1. 1914.

Im Beginne seiner Abhandlung erörtert A. die verschiedenen Ansichten über die Nebenhodentuberkulose — ob operativ, ob konservativ — und über die Entstehungsweise. Er faßt dann den ganzen Gegenstand in 5 Punkten zusammen:

1. Wie oft erkrankt außer dem Nebenhoden auch der Haupthoden tuberkulös und ist die Exstirpation des Nebenhodens als ausreichend anzusehen.

Antwort: Nach Ansicht der meisten Autoren erkrankt der Haupthoden mit und wenn auch in einer großen Zahl nach Exstirpation des Nebenhodens, die Tuberkulose des Haupthodens ausheilen kann, so tritt A. ganz entschieden für eine radikale Entfernung des erkrankten Nebenhodens mit dem Hoden ein.

2. Wie oft erkrankt der zweite Hoden nach dem ersten? Kann eine einseitige Kastration die Erkrankung der anderen Seite verhindern?

Antwort: Nach einer Statistik von R. König erkranken nach Kastration des einen Hodens 75%, nach Bruns 50% an Tuberkulose des andern Hodens. Ausschütz hält diese Ziffern nach seinen eigenen Beobachtungen für zu hoch und kommt auf 30%.

3. Wie steht es mit der Ausheilung der Prostata und Samenblasentuberkulose nach Operationen speziell nach Kastrationen?

Antwort: Da eine große Zahl von Beobachtungen vorliegen, nach denen Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen nach der Kastration ausheilen, so kann A. die Exstirpation dieser Organe nicht empfehlen.

4. Wie gestalten sich die Heilungsaussichten der Operation, wenn tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe vorliegen?

Antwort: Wenngleich tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe auf die Heilung einen ungünstigen Einfluß hatten, so sind doch eine große Zahl Heilungen beobachtet worden, so daß dieser Umstand nicht von der Operation abhalten sollte.

5. Wie sind die Heilungsaussichten bei doppelseitiger Erkrankung? Welches sind die Folgen doppelter Kastration?

Bei unkomplizierten Fällen ergeben sich 82% Dauerheilungen, bei Beteiligung anderer Organe 17%; die Ausfallserscheinungen sind teils erheblich, teils geringer.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Thévenot. Über den Wert einer partiellen Prostatektomie. *Gazette médicale de Paris.* 1913. Nr. 225. p. 380.

Kasuistik mit dem Schlusse, daß die totale Entfernung der Prostata auf perinealem Wege doch vorzuziehen sei.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Bégouin. Über drei Fälle von Hypopodia penoscrotalis, geheilt nach dem Vorgehen von Duplay *Gazette médicale de Paris.* 1913. Nr. 226. p. 384.

Kasuistik.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Müller, M. Über einen Abszeß in der hinteren Urethralwand bei der Frau. *Gazette médicale de Paris.* 1913. Nr. 221. p. 345.

Kasuistik.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

v. Tappeiner. Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Röntgenbestrahlung der Hoden. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. CXV.

v. Tappeiner verfügt bisher über 5 Fälle von Prostatahypertrophie, die mit Röntgenbestrahlung der Testikel behandelt wurden. Diese wurde 3—5 mal, in Intervallen von 7 Tagen vorgenommen, und zwar wurden nur die Hoden bestrahlt. Es wurde dazu eine weiche Röhre verwendet, die bei einem Abstand von 50 cm bei einer Strombelastung von 2 m/Ampère eine Sabouraud einheit in 9 Minuten gab. Bestrahlt wurde jedesmal $6\frac{3}{4}$ Minuten = $\frac{3}{4}$ Dosis Sabouraud.

Es trat nie eine Schädigung der Haut auf, ebensowenig wie eine Zunahme der durch die Hypertrophie der Prostata bedingten Erscheinungen.

Bei einem Patienten wurden alle Beschwerden vollständig und anscheinend dauernd (Beobachtungsdauer $4\frac{1}{2}$ Monate) beseitigt, die vier andern wurden nur gebessert.

H. Hanf (Breslau).

Uffreduzzi, O. Die Pathologie der Hodenretention. *Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie.* 1913. Bd. CI. p. 150.

Eine Hodenretention ist meist eine angeborene Mißbildung, häufig verbunden mit Entwicklungsstörungen anderer Organe. Die Atrophie ist eine Begleiterscheinung, nicht eine Folge der fehlerhaften Lage und wird bedingt durch die Spärlichkeit der ausbildungsfähigen Kanälchen. Der retinierte Hode macht an und für sich keine Beschwerden, doch sind Komplikationen (Bruch, Drehung, maligne Entartung) häufig.

Wilhelm Bartsch (Breslau).

Miyata, Tetsuo. Zur Kenntnis der Hodengeschwülste und die Bedeutung des Traumas für ihre Entstehung. *Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie.* 1913. Bd. CI. p. 426.

Die Beobachtungen, die der Verfasser während 20 Jahren in München und später in seiner Heimat Japan machte, lassen ihn zu dem Schluß kommen, daß die Ätiologie der Hodengeschwülste etwa in der Hälfte der Fälle ein Trauma ist, sei es Stoß, Schlag, Quetschung oder chronische Reizzustände.

Wilhelm Bartsch (Breslau).

Pagenstecher, E. Die Operation der Phimose. *Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung.* 1914. Bd. XI. p. 78.

Verf. hat, ausgehend von der Tatsache, daß bei der

Phimose weniger das äußere, als vielmehr das innere Vorhautblatt zu klein und zu eng und daher die Ursache der ganzen Affektion ist, eine Operationsmethode ausgebildet, die sich im Prinzip an die von Linhart und Petrivalsky angegebene anschließt, und bei der das innere Blatt gespalten und durch den dazwischen gepflanzten äußeren Lappen erweitert wird. Es bleibt ein Präputium, das die Eichel bedeckt und auch von vorne nicht klappt. Da auch die Narbe nach innen, unsichtbar, liegt und der freie Präputialrand glatt bleibt, ist der kosmetische Effekt vorzüglich. V. Lion (Mannheim).

Salomon, Eugen. Über einen Fall von kongenitaler Anorchie. Diss. Bonn. 1913.

An der Leiche eines 49jährigen Mannes wurde folgender Befund erhoben. Der Penis ist klein, etwa wie bei einem 10jährigen Knaben. Das Skrotum auch kleiner als normal. Spärliche Schamhaare an der Peniswurzel. Im Skrotum keine Testikel zu fühlen und zu sehen. Nieren und harnableitende Wege ohne Besonderheiten. Prostata klein. Sie stellt sich als ein abgeplatteter Körper mit glatter Oberfläche dar, der sich nirgends von der Blasenwand absetzt. Der linke parietale Lappen ist stärker entwickelt als der rechte. Der mittlere Lappen ist nur angedeutet. Von der Einmündungsstelle der Ducti ejaculatorii ist nichts zu finden.

Die Samenblasen sind nur rudimentär entwickelt. Die zahlreichen normalen Windungen und Schlingen sind nicht vorhanden. Der Ductus deferens, der an der Samenblase ansetzt, bildet beiderseits keine Ampulle. Nach dem Zusammenfluß von Ductus deferens und Vesica seminalis ist der weitere Verlauf der Ducti ejaculatorii nicht mehr nachweisbar. Von der Samenblase aus ziehen die Vasa deferentia hinter der Blase als feste derbe Stränge, die dünner als im normalen Zustande sind, bis zum Leistenkanal. Dort verlieren sie sich plötzlich ohne irgendwelche Verdickung in einem dünnen und breiten Gewebsstrang. Beim Durchschnitt ist kein Lumen zu erkennen.

Weiler (Leipzig).

Crowe, H. Warren. Eine Bemerkung über die Isolation der Kokken aus dem Urin. The Journal of Vaccine Therapy. 1913. August. p. 221.

Der Artikel von Crowe ergänzt einen früheren Artikel (The Urine and Vaccine. J. o. Vaccine Therapy Juni. 1913) und beschäftigt sich speziell mit dem Nachweis der Streptokokkenmischinfektionen bei den Bacillus colli-Infektionen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Di Fabio, V. Einige Fälle von Neurasthenia gastrica durch Prostatitis. Riv. Sanit. Jahrg. XI. Nr. 8.

Nach di Fabio hat die Prostata eine große Bedeutung

für die Vitalität der Spermatozoen und übt eine trophische Wirkung auf die Hoden aus, hat auch eine innere Sekretion, die dazu beiträgt, das funktionelle Gleichgewicht des Organismus zu erhalten, analog dem, was für die Schilddrüse zutrifft.

A. behauptet, daß, wie es einen Thyreoidismus gibt, so auch ein Prostatismus besteht, der anatomische oder chemische Modifikationen oder einfach nervöse Alterationen hervorbringt; daher rühren die psychischen, zirkulatorischen und digestiven Störungen, d. h. die Alterationen der Harmonie zwischen den Funktionen der verschiedenen Organe.

Es ist schwierig, wenn nicht unmöglich, sich den Wirkungsmechanismus vorzustellen, denn wir wissen leider noch nicht, ob die Neurasthenie eine Alteration der nervösen Elemente ist, oder ein Defekt im Gleichgewicht zwischen ihrem Verbrauch und ihrer Wiederherstellung, oder ob es sich um eine Modifikation ihrer Schwingungen handelt. Die Theorie der Neurasthenie gründet sich auf Hypothesen, auf keine positiven, genauen, experimentellen Daten.

Außerdem hat das Studium der löslichen Fermente und der inneren Sekretionen kaum begonnen, und die Bemühungen der Klinik beschränken sich auf die einfache Feststellung der Tatsachen.

Weniger schwierig ist die Erklärung, in welcher Weise die Prostatitis sehr häufig eine Gastropathie veranlassen kann, wenn wir an die anatomische Verteilung des Sympathikus denken.

Die Ganglien der Prostata sind ein Teil der hypogastrischen Ganglien, die vermittels des Plexus lumbo-aorticus Zweige mit dem Plexus solaris wechseln, der den Verdauungsmechanismus beherrscht.

Jedenfalls kann man aus den drei von A. beschriebenen Fällen folgende praktische Lehren ziehen:

1. Daß viele lokalisierte Neurasthenien ihren Ursprung in einer Krankheit der Prostata haben,

2. daß man jedesmal, wenn wir eine gastrische Neuropathie vor uns haben, die jeder allgemeinen und lokalen Behandlung gegenüber refraktär ist, an eine latente Alteration der Prostata denken muß,

4. daß diese Neurasthenien schnell und definitiv auf eine ätiologische Behandlung hin verschwinden.

J. Ullmann (Rom).

Di Fabio, V. Die Pollakiurie als pathognomonisches Symptom der Onanie. Riv. Sanit. Jahrg. XI. Nr. 20.

Di Fabio macht auf das Faktum aufmerksam, daß die Masturbation als konstantes Zeichen die Pollakiurie hat; diese kann einfach sein oder mit Dysurie einhergehen; es besteht immer ein Kongestionszustand der hinteren Harnröhre. Diese

Erscheinung ist so konstant, daß sie für pathognomisch gehalten werden kann.

Man denke deshalb jedesmal, wenn ein Kind allzuhäufig die Blase entleeren muß, zuweilen auch bei Fällen von Enuresis nocturna, deren Ursprung man sich nicht erklären kann, an die Möglichkeit der Onanie, man suche ein offenes Bekenntnis zu erhalten und von Anfang an die geeigneten Vorkehrungen zu treffen.

J. Ullmann (Rom).

Istomin. Zur Frage der operativen Behandlung der Varikozele. Zentralbl. f. Chir. 1914. Nr. 3.

Die Radikaloperation, die Resektion, der erweiterten Venen des Samenstrangs beseitigt wohl die Beschwerden der Pat., führt aber zu fibröser Verödung der Hoden, zu Degenerationen, die dem Effekt der Kastration gleichkommen. Empfehlenswerter ist daher die Schaffung eines „inneren Suspensoriums“, das I. aus der frisch transplantierten Fascia lata herstellt.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Bugbee, Henry G. Weitere Beobachtungen über den Wert der Hochfrequenzbehandlung zur Erleichterung der Obstruktion durch die Prostata bei ausgewählten Fällen. Medical Record. 1914. Feb. 14. pag. 293.

Nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bangs. Palliative Behandlung des inoperablen Blasenkarzinoms. Practitioners society of New York. 1914. Januar 2. Medical Record. 1914. Februar 21. p. 360.

Bangs empfiehlt die Fulguration bei inoperablen Karzinomen der Harnblase.

Fritz Juliusberg (Posen).

Heller, Julius. Über Paradidymitis erotica. Berl. klin. Woch. 1914. Nr. 1.

Im Anschluß an starke sexuelle Erregung entwickelte sich bei einem 21jährigen Manne eine sehr schmerzhaft Anschwellung zwischen linkem Hoden und Leistenbeuge.

Nach Verfassers Ansicht handelt es sich hierbei um einen Tumor der nicht obliterierten Paradidymis (eines Restes fötaler Zustände), der entstanden ist durch Zurückstauen der Samenmasse auf dem Wege eines präformierten Verbindungskanals.

Max Leibkind (Dresden).

Van Bisselik. Eine neue Methode zur Nachbehandlung der Prostatektomie. Zentralbl. f. Chir. 1914. Nr. 12.

Die Methode beruht auf dem Gebrauch eines Dauerkatheters während einiger Tage nach der Operation, wobei nach der Prostatektomie nur ein sehr kleines Loch in der Blasenwunde offen gelassen wird, durch das ein Tampon nach außen

geführt wird. Die Blase wird alle 2 Stunden gespült und der Katheter jeden Tag gewechselt.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Steckel, Wilhelm. Über larvierte Onanie. Sex. Probl. 1913. Februar.

Steckel ist der Ansicht, daß alle Menschen ohne Ausnahme onanieren und daß die Onanie ein physiologischer Vorgang ist. Wenn Menschen, die viel onaniert haben, damit aufhören, so erkranken sie an einer Angstneurose. Die scheinbar Abstinente treiben irgendeine Form der unbewußten (larvierten) Onanie. Zu dieser rechnet Verf. die Pollutionen, wenn dieselben nach Einstellung der O. auftreten, die betreffenden Personen in Angst und Sorge um ihre Gesundheit versetzen und nicht nach normalem Geschlechtsverkehr, sondern erst nach Wiederaufnahme der O. verschwinden. Ferner rechnet St. hierzu die O. in hysterischen Anfällen, manche Ohnmachten hysterischer Frauen (weil es sich hierbei um Orgasmus nach unbewußter O. handele), das Nasenbohren, gewisse Bewegungen mit den Fingern und auch Hautjucken (wenn es immer wieder z. B. am Abend eintritt und den Schlaf so lange verscheucht, bis die betreffende Frau „sich ordentlich zerkratzt hat“) sowie endlich viele Fälle von therapeutisch nicht zu beeinflussender Urtikaria oder anderen Neurodermatosen.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Hautkrankheiten.

Bildungsanomalien und Tumoren.

Egli, F. Über Multiplizität von Geschwülsten. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1914. Nr. 15. p. 449.

Egli hat im pathologischen Institut Basels die Sektionsprotokolle der letzten 7 Jahre speziell auf das Vorkommen primär multipler Geschwülste durchgesehen. Unter 4765 Sektionen fand Verf. 966 Tumorsektionen. Als Tumorsektion faßt er jede Sektion auf, bei der ein oder mehrere Tumoren konstatiert werden können. Unter 966 Tumorsektionen fanden sich 263 = 27% mit primär multiplen Tumoren.

Der erste Schritt zur Tumorbildung ist mit der Auslösung einer Zelle aus dem physiologischen Gewebsverbande gegeben. Treten nun neoplastische Reize auf, so kommt es, je nachdem die Proliferationsfähigkeit der betreffenden Zelle oder die