

# Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

---

1. **Testut**. Note sur la topographie de l'urèthre fixe étudiée sur de coupes de sujets congelés. La France médicale. 27. Juli 1894. Nr. 30.
2. **Steinach**. Untersuchungen zur vergleichenden Physiologie der männlichen Geschlechtsorgane, insbesondere der accessorischen Geschlechtsdrüsen. Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 56 p. 304.
3. **Genouville**. La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique. Thèse de doctorat. Ref. Ann. gén.-ur. 1895. p. 19.
4. **Jacobsohn**, P. Einige Untersuchungen über die Färbung und Conservirung organisirter Harnbestandtheile. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. Berlin.
5. **Klotz**, Hermann G. Endoscopic Studies on Vegetations, Polypi, Angioma, Membranous and Diphtheric Urethritis Suppuration from the Ejaculatory Ducts, Cysts of the Colliculus Seminalis etc. The New-York Medical Journal. Jan. 26, 1895. Vol. LXI. Nr. 4.
6. **Grünfeld**, Josef. Demonstration der Endoskopie der Pars posterior urethrae. Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 22./2. 1895. Off. Protokoll in der Wiener klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 9.
7. **Lewis**, Bransford. The Infiltration Method of Local Anaesthesia in Genito-Urinary Surgery. Boston Medical and Surgical Journal 1895, October 24.
8. **Stekel**, W. Ueber Coitus im Kindesalter. Eine hygienische Studie. Wiener med. Blätter 1895. Nr. 16.
9. **Coradeschi**. Disordini nervosi nell' uomo in rapporto a lesioni traumatiche del testicolo e castrazione. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 8. Ottobre 1895. Nr. 121.
10. **Bastianelli**, Raffaele. Studio etiologico sulle infezioni delle vie urinarie. Estratto dal Bulletin della R. Accademia Medica di Roma Anno XXI. 1894—1895. Fasciolo II a VI.
11. **Mabboux**. Beitrag zum Studium der Antiseptik bei den Krankheiten der Harnwege. Lyon Méd. 1892, 14, ref. Deutsche Med.-Ztg. 1894, 20 p. 227.

12. **Lamarque**. Formol dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires. Association française pour l'avancement des sciences. Bordeaux, August 1895. Ref. Le Mercredi médical. Nr. 37. 11. September 1895.
13. **Dujardin-Beaumetz**. La medicazione esterna della mucosa genito-urinaria. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 24. Juli 1894. Nr. 87.
14. **Guépin**. False cystiti (Gazette médicale de Paris). Lo Sperimentale 21. Juli 1895. Nr. 21.
15. **Pousson**. Anesthésie locale de la vessie. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
16. **Louneau**. Cystite et cicatrices vesicales. Association française pour l'avancement des sciences à Bordeaux. Le Mercredi médical. 11. Sept. 1895. Nr. 37.
17. **Englisch**. Zur Behandlung des Blasenkatarrhes. Wiener med. Presse. 1895. Nr. 9—13.
18. **Casper**, Leopold. Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbecken-Ausspülungen per vias naturales. Therap. Monatsh. 1895. Heft 10. cf. Allg. Med. Centralzeitung. 1895. Nr. 77.
19. **Schnitzler**. Ein Beitrag zur Kenntniss der Pneumaturie. Intern. klin. Rundschau 1894. Nr. 8 und 9. Ref. Centralbl. f. Harn- u. Sex.-Org. 1894. p. 496.
20. **Gumprecht**. Die Fragmentation der rothen Blutkörperchen und ihre Bedeutung für die Diagnose der Hämaturie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1894. Bd. 53. S. 45—60. Ref. Centralbl. f. Harn- u. Sex.-Org. 1894. p. 494.
21. **Otis**. Hämaturia. The New-York Medical Journal. 29. Juni 1895.
22. **Bradley**. Urethral Hemorrhage; Haemophilia. Medical News. Vol. LXVIII. Nr. 1. 4. Januar 1896.
23. **Cathcart**. Venereal Warts. Ref. Edinburgh Medical Journal. Nr. CDLXXXII. August 1895.
24. **Gaither**. Acquired Phimosis, Due to Unsuspected Venereal Warts, Simulating Gumma of the Penis. Medical News. 3. Aug. 1895.
25. **Brocq**. Varices lymphatiques du prépuce. Journal de méd. et de chir. prat. 10. Sept. 1895. Ref. La Médecine moderne. Nr. 74. 14. Sept. 1895.
26. **Martin**. Phimosis in Children. Medical News. December 1895.
27. **Guépin**. Accidents possibles de la surdilatation de l'urèthre. Ann. de méd. 5. Déc. 1895. Ref. in La Méd. moderne. 14. Dec. 1895.
28. **Natanson**, A. New Phimosis-Hook. Medical News. Juli 1895.
29. **Bogdanik**. Ein Fall von Carbolvergiftung bei der rituellen Beschneidung. Wiener medic. Presse. Nr. 33.
30. **Burgsdorff**, A. Th. Ein Fall von Einklemmen des Membrum virile in einer Thürklammer. Wratsch 1895, Nr. 21, p. 586—587. Mit 2 Abbildungen. Russisch.
31. **Simpson**, J. H. Bonnet-pin in the Male Urethra. The Lancet. 22. Septbr. 1894.

32. **Stack**, J. J. Bonnet-pin in the Male Urethra. *The Lancet*. 29. Septbr. 1894.
33. **Bagot**. Urethrae Diverticula. *Medical News*. Vol. LXVII. Nr. 9. 31. August 1895.
34. **Ashburn**. A Urethral Calculus of Large Size. *Medical News*. Vol. LXVII. Nr. 21. 23. November 1895.
35. **Reliquet et Guépin**. Fistules uréthrales non urinaires. *Gazette médicale de Paris*. 1895. Nr. 33.
36. **Horath**, Julius. Die Beseitigung der Krümmung bei Hypospadie. *Wiener med. Wochenschrift*. 1895. Nr. 32.
37. **Fuller**. How to Diagnosticate Sexual Derangements in the Male. *The New-York Medical Journal*. Jan. 1896.
38. **Mansell-Moullin**, C. The Pathology of Enlargement of the Prostate. *The Lancet*. 20. Oct. 1894.
39. **Mansell-Moullin**. On the Treatment of Enlargement of the Prostate by Removal of the Testes. *The Brit. Med. Journ.* 3. Novbr. 1894.
40. **Tano**. Beiträge zur Kenntniss und Therapie der Spermatorrhoe. *Centralbl. f. Harn u. Sexualorgane*. 1894. Bd. V. p. 477.
41. **Colin**. Contribution à l'étude du traitement des accidents graves chez les prostatiques. *Ann. gén.-ur.* 1895. p. 15.
42. **Guyon**. L'orchite d'origine prostatique chez le vieillard. *Journ. de méd. et de chir. prat.* 10. Janv. 1896. Ref. in *La méd. mod.* 18. Janv. 1896.
43. **Martin**. Antecedent Orchitis in a Case of Mumps. *The Medical News*. 1895. 21. Sept. Bd. LXVII. Nr. 12.
44. **Brau**. Nouveaux essais sur' l'pesthiomène. Thèse. Bordeaux 1894.
45. **Longyear**, H. W. Kraurosis vulvae. *Americ. Associat. of Obstetric. and Gynecolog.* 8. Congress. Chicago. 24.—26. September 1895. Ref. *Medical News*. Vol. LXVII. Nr. 15. 12. October 1895.
46. **Mouod**. Leucoplasié vulvo-vaginale et caucroïde. *Congrès d'obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie*. Bordeaux. 8.—14. August. 1895. Ref. *Le Mercredi médical*. Nr. 39. 25. September 1895.
47. **Porak**. Sur un cas de végétations très développées chez une femme, accouchée à terme, et ne diminuant pas pendant les couches. *Soc. obst. et gynéc.* 2. Oct. 1894. *Journal des mal. cut. et syph.* 1894. p. 663.
48. **Green**. A Case of Urethro-vaginal Abscess. *The New-York Medical Journal*. 6. Juli 1895.
49. **De Bar**. Herpes of Pregnancy. *Arch. de Toc. et de Gyn.* March 1895. Ref. *Médecine*. August 1895.
50. **Lutaud**. Traitement de l'herpès et de la folliculite vulvaire. *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques* 1894. p. 156.
51. **Saalfeld**, E. Ueber Europhen. *Therap. Monatsh.* 1895. Heft 11. cf. *Festschrift für Lewin*. Nov. 1895. S. Karger, Berlin.
52. **Leistikow**, Leo. Neuere über Jodvasogen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXI. Nr. 1.

(1) Testut nennt l'urèthre fixe den Theil der Urethra, welcher zwischen Blasenhalss und Angulus praepubicus liegt. Er hat seine Studien an Gefrierschnitten gemacht; die Beschreibung ist so detaillirt, dass bezüglich des Inhalts auf die Arbeit selbst verwiesen werden muss.

Julius Raff (Breslau).

(2) Steinach's Experimente wurden theilweise an Fröschen, theilweise an weissen Ratten angestellt. Da naturgemäss das Verhalten der Säuger wegen eventuellen Analogien zum Menschen das Interesse des Arztes mehr in Anspruch nimmt, als dasjenige der Amphibien, so seien hier nur die höchst interessanten Beobachtungen des Verfassers an den Säugern in Kürze wiedergegeben. Es zeigte sich, dass bei Exstirpation der Samenblasen Geschlechtstrieb und Potentia coeundi der Ratten vollständig erhalten blieb, dagegen war die Potentia generandi sehr ungünstig beeinflusst. Wurden ausser den Samenblasen auch die sogenannten „freiliegenden Prostatabündel“ (der grössere Theil der accessorischen Prostataadrüsen) entfernt, so blieb das Begattungsvermögen unbehindert, die Zeugungsfähigkeit aber erlosch complet. Bei Castration blieb, wenn dieselbe nach der Pubertät vorgenommen wurde, die geschlechtliche Erregbarkeit und Potentia coeundi mehrere Monate lang unverändert bestehen, um dann allmählig abzuklingen. Nach einem Jahre gelangen indessen noch einzelne Begattungen nach längerer Abstinenz der Thiere. Indessen erlahmte die Potenz dann sehr bald, obwohl geschlechtliche Neigung bestehen blieb. Bei der Section dieser Thiere fanden sich die Samenblasen geschrumpft, die „Prostatabündel“ erheblich verkleinert. Bei einem Thiere entfernte Steinach zugleich mit den Hoden die Samenblasen und „Prostatabündel“. Auch hier blieb die Potentia coeundi 2—3 Monate erhalten. Castrirte Steinach junge Ratten vor der Pubertät, so fehlte die Potentia coeundi, es zeigte sich aber ein hoher Grad von Geschlechtssinn. Bei diesen Thieren gelangten die accessorischen Drüsen nicht zur Entwicklung. Richard Barlow (München).

(3) Genouville hat mittelst Manometer 85 Kranke auf Guyon's Klinik in Bezug auf die Contractilität des Blasenmuskels geprüft. Zwei Drittel der Patienten wurden mittelst gewöhnlichen Wassermanometers, ein Drittel mittelst eigens construirten registirenden Manometers untersucht. Injicirt man beim normalen Menschen warme Borsäurelösung in die Blase, so entsteht eine Aenderung des Blasen-tonus (zuerst latent, dann bemerkbar), und der Druck beträgt normaler Weise 15 Cm. am Wassermanometer, wenn sich das Urinbedürfniss zeigt. Tritt eine Blasen-contraction ein, so steigt das Manometer stark aber allmählich, so dass eine sehr gestreckte Curve mit rundem Gipfel zu Stande kommt. Der Druck kann bis 1 M. 50 Cm. betragen. Das Urinbedürfnis wird durchschnittlich bei 135 Gramm Flüssigkeit in der Blase ausgelöst. Bei Stric-turkranken bleibt die Contractilität der Blase lange erhalten, und ist öfters sogar gesteigert. Die Sensibilität ist oft etwas erhöht. Nur bei ganz alten Stric-turfällen ist die Contractilität vermindert. Bei Prosta-tikern bleibt in der ersten Periode die Contractilität erhalten; die Sen-

sibilität bei Dehnung steigert sich. In der II. Periode nimmt die Contractilität sehr ab und umso mehr, je weiter die Krankheit vorgeschritten. Bei noch nicht inficirten hält die Sensibilität gleichen Schritt mit der Abnahme der Contractilität, wird aber hochgradig bei Infection gesteigert. Die Manometercurve bei derartigen Individuen, bei denen oft schon kleine Flüssigkeitsmengen trotz im Allgemeinen herabgeminderter Contractilität blitzartige Blasen-zuckungen auslösen, ist viel spitzer und steiler als beim normalen Menschen. Bei Rückenmarkskranken ist die Contractilität im Allgemeinen herabgesetzt. Hand in Hand hiemit geht eine verringerte Sensibilität. Bei Neurasthenikern besteht kein Parallelismus zwischen Contractilität und Sensibilität. Barlow.

(4) Jacobson berichtet, dass er durch die Färbung von Harnsedimenten mit alizarinsulfonsaurem Natron diagnostische (hinsichtlich der Herkunft der Epithelien) und prognostische Merkmale finden konnte. Ferner empfiehlt er zur Sedimentconservirung die Bohland'sche Methode, zur Harnconservirung das Thymol, und zur schnellen Herstellung von Trockenpräparaten die Hilfe des Centrifugenluftstromes.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(5) Klotz beschreibt eine Reihe seltener endoskopischer Beobachtungen. Sie betreffen Fälle von Papillomen, Polypen, Angioma cavernosum urethrae, von croupöser und diphtherischer Urethritis und von Eiterentleerung aus den Ductus ejaculatorii. Bei dieser Erkrankung gelang es dem Verfasser mittelst besonders construirter Canäle zwei- bis zehnprocentige Höllesteinlösungen in die Ductus ejaculatorii zu instilliren. Einmal blieb der Heilerfolg aus, ein zweites Mal trat 3 Tage nach Aussetzen der Instillation eine Epididymitis auf. Nach deren Heilung fand sich auch später keine Eitersecretion der Ductus ejaculatorii wieder ein. Zum Schluss stellt der Verfasser an der Hand von 8 Fällen eine Reihe der gewöhnlichen, bei chronischer Gonorrhoe im Endoskop gewonnener Bilder der Urethra zusammen.

Hugo Müller.

(6) Grünfeld stellt einen Mann vor, bei dem die Pars prostatica urethrae zur endoskopischen Demonstration gelangt. Der Nachweis, dass die tieferen Abschnitte der Harnröhre, vornehmlich aber des prostatiscen Theiles derselben, der ocularen Inspection zugänglich seien, gelang dem Vortragenden erst, als er eine bequeme und einfache Methode der Einführung gerader Instrumente in die tiefen Theile der Harnröhre fand. Man ist nunmehr in den Stand gesetzt, alle Details derselben, speciell das Caput gallinaginis, die Raphe urethrae, die Ductus ejaculatorii und prostatici etc. deutlich zu sehen. Auch die willkürlichen Bewegungen der Untersuchten (Contractur des Sphincter ani) sind so der Ocularinspection zugänglich und kennzeichnen sich als retrograde Bewegung im endoscopischen Sehfelde.

Carl Ullmann (Wien).

(7) Lewis empfiehlt die Schleich'sche Infiltrations-Anästhesie bei Eingriffen in der Genitalregion. — In der Discussion wurde erwähnt, dass sehr schwache Cocainlösungen meist den gleichen Erfolg haben.

Max Pinner (Breslau).

(8) Stekel berichtet über Erfahrungen, aus welchen hervorgeht, dass der Coitus bisweilen selbst im Kindesalter ausgeführt wurde. Es handelt sich bei allen Fällen des Verfassers um Kinder von 5—10 Jahren, also um eine Epoche noch sehr unvollkommener Geschlechtsreife. Die Kinder waren meist instinctiv getrieben und durch zufälliges Zusammensein mit dem anderen Geschlechte begünstigt, nicht etwa durch böses Beispiel zu der Verirrung gelangt. Es handelte sich fast durchwegs um Kinder neuropathisch belasteter Individuen, meist um Kinder mit Hang zur Onanie. Verfasser gibt einige entsprechende Krankengeschichten und kommt zu folgenden Schlussätzen: 1. Es dürfen unter keiner Bedingung Kinder verschiedenen Geschlechtes zusammen schlafen. 2. Kinder über 4 Jahre dürfen das Schlafgemach ihrer Eltern nicht theilen. 3. Kinder dürfen unter keinen Umständen von Mägden oder Gouvernanten ins Bett genommen werden. 4. Die Kinder verschiedenen Geschlechtes dürfen nie an dunklen Orten und unbewacht zusammen spielen. 5. Knaben müssen öfters Nachts auf Erectionen untersucht werden. 6. Der Anstandsort darf nur von einem Kinde einzeln aufgesucht werden. Ein längeres Verweilen daselbst ist zu verbieten. 7. Kinder verschiedenen Geschlechtes dürfen in der Schule nicht in einer Classe zusammen unterrichtet werden.

Ullmann.

(9) Coradeschi berichtet über 2 Fälle, in denen Traumen des Hodens schwere nervöse Erscheinungen zur Folge hatten. Der erste Fall betraf einen 43jährigen kräftigen Bauer, der in Folge eines Schlagens auf den Hoden eine Orchitis bekam. Nachdem diese abgelaufen war, was etwa einen Monat dauerte, zeigte der Patient nervöse Erscheinungen: Niedergeschlagenheit, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Gefühl von Ameisenkriechen in den unteren Extremitäten, profuse Nachtschweisse. Ferner bestand häufiger Harndrang, die Reflexe waren gesteigert, besonders der Cremaster-Reflex. Das Scrotum zeigte Hyperästhesie, die Oberschenkel Anästhesie. Unter geeigneter Behandlung waren diese Symptome nach einigen Monaten geschwunden. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 31jährigen Bauer, dem wegen eines Cystosarkoms der eine Hoden extirpirt wurde. Der Patient hatte bereits völlig geheilt die Klinik verlassen, als er nach wenigen Tagen von schweren nervösen Erscheinungen befallen wurde. Er war so schwach, dass er sich kaum auf den Beinen halten konnte, dabei von einer solchen motorischen Unruhe ergriffen, dass er immer wieder das Bett verliess. Die Haut der vorderen Theile der Oberschenkel war hyperästhetisch, ebenso theilweise die linke Kopfhälfte. Die Reflexe waren gesteigert, speciell der Patellar- und Plantarreflex. Der Patient hatte fortwährend die Empfindung als ob er mit glühenden Nadeln gestochen würde. Der Puls war klein und frequent. Alle diese Erscheinungen verschwanden allmählig unter einer Brom-Therapie, der Patient wurde wieder völlig gesund, auch die Potenz blieb erhalten. Merkwürdig an diesen beiden Fällen ist der Umstand, dass die nervösen Störungen so lange nach dem Trauma, bezw. der Operation auftraten. Coradeschi meint, das Trauma sei nur die

indirecte Ursache der Krankheitserscheinungen gewesen, die directe dagegen das psychische Moment, indem nämlich beide Kranke befürchteten, dass ihre Potenz leiden würde. In der That zeigte der eine Kranke auffallende Besserung, nachdem er sich von der Intactheit seiner Potenz überzeugt hatte. Der zweite Fall zeigt noch, wie falsch es ist, wenn beim Weibe zur Heilung der Hysterie die operative Entfernung der Ovarien in Vorschlag gebracht wurde. Bei dem Patienten Coradeschi's hatte die Exstirpation der Geschlechtsdrüse — auf einer Seite — gerade eine schwere Neurose hervorgerufen. Raff.

(10) Bastianelli hat seine Untersuchungen in den Jahren 1892—94 im Laboratorium Marchiafava's ausgeführt; seine sehr ausführliche Abhandlung, der zwei Tafeln mikrophotographischer Abbildungen und zahlreiche Tabellen beigegeben sind, theilt er in drei grosse Hauptabschnitte:

I. Klinische Beobachtungen und bakteriologische Befunde.

II. Morphologie und Biologie der gefundenen Mikroorganismen.

III. Pathogenese der Blaseninfection.

Verfasser ging bei seinen Untersuchungen derart vor, dass er nach Ausspülung der pars ant. den Urin mit sterilem Katheter auffing und in zwei Theile theilte; der eine diente zu Culturen, der andere zur mikroskopischen Untersuchung. Die Einzelheiten all dieser klinischen und experimentellen Untersuchungen sind im Original nachzulesen, da sie den Rahmen eines Referates weit überschreiten.

I. Bastianelli führt mit kurzen Krankengeschichten die Bakterien an, die er theils isolirt, theils vereint mit anderen mikroskopisch und kulturell bei 37 Fällen von Cystitis gefunden hat. Tuberkelbacillen fanden sich einmal, allerdings nur mikroskopisch, die Culturen blieben steril; die Diagnose „Tuberculose der Blase“ gründete sich hauptsächlich auf einen harten Knoten in der rechten Epididymis und auf den Allgemeinzustand des Patienten; Thierversuche wurden nicht gemacht. Von anderen Bakterien fand Verf. *Bact. coli* sowohl allein, als im Verein mit anderen Mikroorganismen, *Proteus vulgar.*, *Staphylococcen*, *Streptococcen*, *Gonococcen* und andere *Diplococcen*. Als die Infection begünstigende Umstände kamen dabei in Betracht vor allem Stricturen der Harnröhre, Prostatahypertrophie und Blasensteine. Zwischen den in der Cultur angegangenen und den mikroskopisch im Urinsediment nachweisbaren Mikroorganismen besteht nicht immer Uebereinstimmung. Oft besteht eine Bakterieninfection, ohne dass dieselbe sich culturell nachweisen lässt; diese Differenz hat nach Ansicht des Verfassers ihren Grund darin, dass ein Theil der Mikroorganismen auf den bekannten Nährboden nicht wächst.

II. Bei der Morphologie und Biologie der gefundenen Bakterien geht Verfasser besonders ausführlich auf die des *Bact. coli* ein; die verschiedenen Typen desselben sind als verschiedene Species aufzufassen, nicht als Transformationen ein und derselben Species. Bezüglich der *Gonococcen* lässt er es unentschieden, ob diese allein eine Cystitis erzeugen können oder nicht. In Anschluss hieran berichtet Bastianelli

über seine Versuche einer experimentellen Erzeugung von Cystitis an Kaninchen. Er injicirte *Bact. coli* erstens in die Blase und zwar mit und ohne nachfolgender Ligatur der Urethra und zweitens in die Venen. Eine Cystitis entstand nur bei gleichzeitiger Ligatur. Injicirte er in die Venen und band die Blase ab, so entstand zwar nicht constant eine Cystitis, aber immer konnte Bastianelli die injicirten Bakterien im Urin auffinden. Nie beobachtete er eine Cystitis ohne Bakterien.

III. Hier werden die Wege und der Modus der Infection besprochen. Theoretisch sind vielerlei Wege möglich: 1. ascendirend von der Urethra aus; 2. descendirend von den Nieren aus; 3. durch die Circulation; 4. durch die Blasenwandung hindurch von benachbarten Entzündungsheerden. Am meisten in Betracht kommt die Infection von der Harnröhre aus; Verfasser bespricht ausführlich als begünstigendes Moment die Stricturen der Harnröhre, deren Entzündungen, vor allem die Gonorrhoe. Inwieweit eine Infection der Blase von den Nieren oder vom Kreislauf aus erfolgen kann, wird namentlich unter Hinweis auf die Literatur vom Verfasser eingehend besprochen. Eine Infection der Blase durch benachbarte Entzündungsheerde ist auf dreierlei Weise möglich: a) auf dem Wege der Lymphbahnen; b) durch Adhäsionen, die eine secundäre Entzündung der Blasenwandungen erzeugen und so das Eindringen der Bakterien ermöglichen; c) durch eine septische Peritonitis werden auf dem Wege des Blutkreislaufes die Nieren inficirt, und durch diese die Blase.

Bei der Eintheilung der Cystitiden glaubt Verfasser, dass von den verschiedenen Autoren zu viel Gewicht gelegt werde auf die ätiologische Bedeutung der Bakterien; er ist der Meinung, dass diese nicht allein das Eintheilungsprincip abgeben sollen; eine Ausnahme ist nur für die Tuberkelbacillen statthaft. Bei der Infection durch andere Bakterien sind die begleitenden Umstände, Läsionen, Stricturen etc. das in den Vordergrund tretende Moment; nach diesen muss also die Eintheilung getroffen werden, während die verschiedenen Bakterien thatsächlich nur eine secundäre Rolle spielen.

Dreysel.

(11) Mabboux bespricht die Antiseptik der Harnwege für Operationen an denselben und erklärt als bestes directes Antisepticum die Borsäure in gesättigter wässriger Lösung, als bestes indirectes, auch für Operationen an Ureteren und Nierenbecken ausreichend, wo ein directes Antiseptikum nicht anwendbar ist, das Mikrocidin bei interner Darreichung der Maximaldosis von 2 Gr. pro die.

Das Mikrocidin hat M. auch bei Cystitis als Ausspülungsflüssigkeit in der Concentration von 3:1000 mit gutem Erfolge verwendet.

Münchheimer (Colberg).

(12) Lamarque hat Formol bei gonorrhöischen Erkrankungen der Urethra, und Blase und bei verschiedenen Cystitiden, gewöhnlichen purulenten, tuberculösen etc. verwendet. Er gebrauchte Ausspülungen (1/500,0) und Instillationen (1/100). Bei den Gonorrhöen der Urethra, acuten und chronischen, waren die Resultate wechselnd; jedenfalls nicht sehr günstig. Hierzu kamen noch starke Schmerzen und Irritationser-

scheinungen, welche manchmal eine Fortsetzung der Behandlung unmöglich machten. Die Urethra posterior und die Blase vertragen die Behandlung mit Formol viel besser; auch hier verursacht das Einbringen des Mittels heftige Schmerzen, doch sind sie nur von kurzer Dauer. Die besten Resultate gab die Anwendung des Formalins bei der tuberculösen Cystitis. In allen Fällen, bei denen es zu Ausspülungen oder Instillationen gebraucht wurde, führte es zu bedeutender Besserung, der anfangs sehr lebhaft Schmerz dauerte nur wenige Minuten und schwächte sich nach wenigen Sitzungen schon ab; jederzeit wurde Formol besser als Sublimat vertragen. Die Erfolge bestanden in: Schnellem Verschwinden des Blutes aus dem Urin, bedeutender Herabsetzung der Schmerzen und der Häufigkeit der Miction. Paul Oppler (Breslau).

(13) Ein Vortrag Dujardin-Beaumetz', welcher sich mit der Aufzählung der Mittel gegen die Krankheiten des Urogenitaltractus, sowie mit der Technik der localen Behandlung beschäftigt und nichts Neues bringt.

Raff.

(14) Unter „falscher Cystitis“ versteht Guépin einen Symptomencomplex, welcher pathognomonisch ist für die Cystitis, obwohl eine anatomische Veränderung der Blase fehlt. Dieses Krankheitsbild wird hervorgerufen von den Nachbarorganen der Blase, welche dann mit Reizungerscheinungen reagirt. So können Erkrankungen der Prostata des Nierenbeckens, der Tuben diese Erkrankung verursachen. Der Verfasser hebt hervor, dass nicht nur theoretisch sondern auch praktisch die Erkrankung von Wichtigkeit ist. Man kann eine vermeintliche Cystitis lange behandeln, ohne Erfolg und plötzlich erfolgt die spontane Ausstossung eines Steines, der im Nierenbecken sass und die Cystitis ist mit einem Schlage verschwunden. Jedenfalls aber darf man nach Verfasser niemals die Diagnose auf eine wahre Cystitis stellen, bevor man nicht eine „falsche Cystitis“ ausgeschlossen hat.

Raff.

(15) Pousson kommt bei seinen Versuchen zu folgenden Sätzen: 1. die Blasenschleimhaut in intactem Zustande resorbirt nichts, 2. Resorption auch bei intacter Blasenmucosa findet statt, wenn die Lösung in die Pars prostatica kommt, 3. die Resorption geht schnell und ausgiebig vor sich, wenn das Epithel geschädigt ist. Pousson benützt 2—4% Antipyrinlösungen. Man injicirt zunächst 40—60 Gr. der Solution und wartet alsdann 10 Minuten, um von neuem bis 150—200 gr. in toto zu injiciren. Antipyrin wirkt anästhetisch und antiseptisch (wie Borsäure). Die Flüssigkeit lässt man spontan oder durch den Catheter ablaufen.

Pinner.

(16) L ou m e a u stellt eine 47jährige Frau vor, welche 6 Jahre vorher eine acute Cystitis nach Gonorrhoe durchgemacht hatte. Sie bekam damals Instillationen von Arg. nitr. und im Anschluss daran zweimal Haematurie. Die Cystitis wurde chronisch und besteht heutigen Tags noch. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlt man eine beträchtliche Verhärtung der Blase; sie vermochte nicht mehr als 100 Gr. Flüssigkeit zu fassen. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand sich in der vordern

oberen Wand der Blase eine 7 Cm. lange, 6 Cm. breite Narbe, in der Mitte derselben war eine oberflächliche Ulceration. Die Narbe führt Loumeau auf eine Ulceration zurück, die wahrscheinlich in Folge einer phlegmonösen Blasenentzündung entstand. Letztere führte zur eitrigen Einschmelzung eines Theils der Blasenwand. Therapeutisch empfiehlt Loumeau die Resection des Geschwüres und des Narbengewebes; denn wenn auch die physiologische Capacität der Blase nicht wieder hergestellt werden kann, so ist jedenfalls die Ulceration beseitigt, und von dieser aus drohte bisher stets die Gefahr einer septischen Infection. Raff.

(17) English gibt in dieser mit einem Vortrage des Autors im Wiener medicinischen Doctorencollegium inhaltlich nahezu identischen Publication eine genaue Uebersicht aller möglichen Behandlungsarten aller vorkommenden Formen von Blasencatarrh. Selbstverständlich ist es nicht Aufgabe des Referenten auch nur auszugsweise hier Details anzuführen. — Der Grundzug der Anschauung English's liegt darin, dass er nicht Anhänger der unbedingten bakteriogenen, infectiösen Provenienz der Blasencatarrhe ist, sondern auch der Disposition grosse Bedeutung zumisst, woraus der Autor folgert, dass jeder Fall streng individualisirend aufgefasst und behandelt werden muss. Der Autor gibt nun eine Zusammenstellung der verschiedenen Arten von infectiösen bacteriogenen und nicht bakteriogenen, idiopathischen Blasencatarrhen und deren Behandlung streift dabei ganz kurz auch den gonorrhöischen Blasencatarrh, dessen Behandlung mit heroischen Instillationen (Nitras argenti) er auf Grund seiner Erfahrungen für unzweckmässig hält. — Alles Nähere muss in dem reichhaltigen Originale nachgesehen werden. Ullmann.

(18) Casper's Mittheilung ist für unsere Specialwissenschaft insofern von Interesse, als es sich in den beiden von ihm mitgetheilten Fällen um Erkrankungen der Nierenbecken und der Ureteren im Anschluss an Gonorrhöen handelt, um „Pyelitis gonorrhöica“, wie C. sagt, wobei sich allerdings mikroskopisch keine Gonococcen fanden. Die Behandlung bestand in Ausspülungen des Nierenbeckens mit Argentum nitricum-Lösungen und führte in relativ kurzer Zeit zur Heilung.

Karl Herxheimer. (Frankfurt a. M.)

(19) Schnitzler hat mit *Bacterium coli commune* Cystitis bei Thieren künstlich erzeugt. Machte er vorher die Thiere diabetisch, so entstand auch Gasansammlung in der Blase. Ferner züchtete Schnitzler aus der Blase einer Kranken, die mit Pneumaturie behaftet war, aber keinen Zucker im Urin hatte, einen kurzen plumpen, unbeweglichen Bacillus, der in zuckerfreiem Nährboden sowohl wie in der Blase diabetisch gemachter Thiere Gas entwickelte. Waren die Thiere jedoch vorher nicht diabetisch gemacht, so blieb die Gasentwicklung aus. (Schon Morelle 1892 und Barlow 1893 haben darauf aufmerksam gemacht, dass das *Bacterium coli* aller Wahrscheinlichkeit nach für eine Anzahl von Fällen als Erreger der Pneumaturie bei Diabetes angesehen werden müsse.)

Barlow (München).

(20) In einer Anzahl von Fällen renaler Haematurie sah Gumprecht zahlreiche Fragmentationsformen der rothen Blutkörperchen, während dieselben bei vesicalen Haematurien meist fehlten. Auf Grund von Versuchen glaubt Gumprecht schliessen zu dürfen, dass wenn reichliche Fragmentation vorhanden, die Blutung in der Niere ihren Sitz habe. (Anmerkung des Referenten: Da aber auch, wie Gumprecht selbst betont, es bei intensiver Nierenblutung nicht zur Fragmentation und umgekehrt bei Gerinnselbildung in der Blase zu solcher kommen kann, so dürfte ein positiver oder negativer Befund in der einen oder anderen Richtung für die Praxis nur wenig bedeuten.) Barlow.

(21) Otis hält die spektroskopische Harnuntersuchung für die beste zur Feststellung, ob in demselben Blut vorhanden ist. Im zweiten Theil seines Vortrages bespricht er die Mittel und Wege, welche die Localisation der Blutung und der erkrankten Stelle ermöglichen. Ueber die Bedeutung der verschiedenen urethroskopischen und kystoskopischen Instrumente entsteht eine lebhaft debatte, in welcher aber keine neuen Gesichtspunkte erörtert werden. Pinner.

(22) Bradley beobachtete bei einem 33 J. alten Manne eine profuse Blutung aus der Urethra; irgend eine objective Ursache war nicht nachweisbar. Die urethroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen, jedoch liess sich an der Ansatzstelle des Scrotum an dem Penischaft eine auf Druck schmerzhaft Stelle nachweisen. Die Blutung stand auf Compression und wiederholte sich nicht mehr. Der betreffende Patient war ein Hämophile leichten Grades. Paul Oppler (Breslau).

(23) Cathcart hat 2 Fälle von spitzen Condylomen bei jungen Männern beobachtet, von denen der eine zur Zeit nicht, der andere überhaupt noch nicht gonorrhöisch erkrankt war. Er glaubt also ein spezifisches Contagium für die Entstehung der Condylomata acuminata annehmen zu müssen, dessen Wesen ihm unbekannt ist.

Paul Oppler (Breslau).

(24) Gaither sah bei einem 30jährigen Manne auf dem Dorsum des Präputiums ein schmierig belegtes Ulcus. Das Präputium geschwollen, entzündet, nicht zurück zu bewegen über die Glans. Das Ulcus fühlt sich so derb an, dass G. an Gumma oder Epitheliom dachte. Die Dorsalincision zeigte, dass ein grosses Convolut von spitzen Condylomen die Härte vorgetäuscht und die Drucknecrose bewirkt hatte. Pinner.

(25) Brocq lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Affection, die in der Form von kleinen transparenten Bläschen an Glans und Präputium auftritt. Dieselben zeigen keine periphere Entzündung und entleeren beim Anstechen eine weit grössere Quantität von Flüssigkeit, als der Grösse der Blase entspricht. Es handelt sich um richtige Varicen des Lymphgefässsystems. Treten die oben erwähnten Bläschen zu 8—10 auf, so können sie zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben. Manchmal findet sich gleichzeitig Schwellung des Penis und Vergrösserung der Leisten-drüse. Paul Oppler (Breslau).

(26) Martin glaubt, dass zu wenig bei Störung des Allgemeinbefindens der Kinder an die Symptome gedacht wird, welche die Phimose hervorzurufen im Stande ist. Er theilt sie ein in directe und indirecte. Die localen Störungen sind meist die Folge der Urinretention im Präputialsack, welcher sich Entzündung und Eiterung mit Verwachsung der Vorhautblätter anschliessen kann. Indirect, d. h. reflectorisch kann die Phimose zu Krämpfen und schwerer Schädigung des gesammten Körperzustandes führen. Er bittet deshalb der Beschaffenheit des Präputiums mehr Aufmerksamkeit zu schenken, da die rechtzeitige Beseitigung dieses pathologischen Zustandes auch für später (Gefahr der venerischen Infection) nicht ohne Bedeutung ist. Pinner.

(27) Guépin warnt vor der excessiven Ueberdehnung der Urethra, namentlich bei Prostatikern, und empfiehlt dieses Verfahren zu verlassen, wenn nicht baldiger guter Erfolg eintritt. F. Epstein (Breslau).

(28) Natanson gibt ein neues Instrument zur Phimosenoperation an, welches eine Fixation der beiden Präputialblätter ermöglichen soll. Ein sondenartiges Instrument mit zwei cachirten Häkchen wird unter das Präputium geschoben und die beiden Blätter alsdann durchstoehen; die Operation wird in der gewöhnlichen Weise ausgeführt. Pinner.

(29) Bogdanik erwähnt eines Falles von Carbolvergiftung bei einem Neugeborenen, an welchem nach vollzogener ritueller Beschneidung ein feuchter Verband mit 5%iger Carbollösung durch nur 2 Tage aufliegen gelassen worden war. Der charakteristische schwarzgrüne Carbolurin, sowie der klinische Befund, endlich das Sectionsergebniss lassen über die Richtigkeit der Auffassung wohl keinen Zweifel aufkommen. Der Autor gibt weiters eine Zusammenstellung vieler Fälle von Carbolintoxication nach externer Anwendung des Mittels, die oft, zumal bei Kindern, schon in geringer Stärke angewendet sehr giftig wirkt. Ullmann.

(30) Burgsdorff beschreibt einen von ihm in der dermatologischen Klinik des Prof. Gay zu Kasan beobachteten Fall von Einklemmung des Membrum virile in einer Thürklammer, welche 110 Gramm schwer war; ihre Länge betrug etwa 14 Cm., die Dicke an der Basis 1·3 Cm., die Dicke der Wände des Ringes war unregelmässig und betrug im Minimum 0·5 Cm., im Maximum 0·9 Cm. Die Form des Ringes im Allgemeinen ist unregelmässig eiförmig: senkrechter Durchschnitt beträgt 2·9 Cm. und der quere 2·3 Cm. Aus der Anamnese war zu entnehmen, dass Patient starke Schmerzen in den Genitalorganen hatte und da in der Umgegend kein Arzt zu finden war, wandte er sich an eine sogenannte Zauberin, welche ihm den Rath ertheilte, die beschriebene Klammer aufzusetzen. Der Penis war immens verdickt und wies an mehreren Stellen Cyanose auf. Nach Entfernung der Klammer und Auflegen der Martin'schen Binde zweimal des Tages auf  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Stunde gelang es, den Patienten nach Ablauf von etwa 8 Tagen als vollständig gesund zu entlassen. A. Grünfeld (Rostow).

(31) Simpson theilt mit, dass ein 45jähriger Mann zu ihm kam, dem eine Hutnadel mit dem Kopf voran in die Urethra eingedrungen war.

Nach verschiedenen fruchtlosen Versuchen, die Nadel auf andere Weise zu extrahiren, stiess Verfasser die Spitze, die nahe dem Frenulum zu fühlen war, durch den Penis durch, zog sie bis zum Kopf durch die äussere Haut an, drehte sie dann nach hinten um und stiess nun den Kopf durch den Meatus heraus, worauf die ganze Nadel entfernt werden konnte. Patient verspürte nur 1—2 Tage Schmerzen beim Urinlassen, sonst verlief die Heilung glatt. Die Nadel war 5 Zoll lang, der Knopf hatte fast  $\frac{1}{2}$  Zoll Durchmesser.

Sternthal (Braunschweig).

(32) Stack berichtet ebenfalls über einen 45jährigen Mann, der sich eine Hutnadel mit dem Knopf voran in die Urethra geschoben hatte. Die Art der Extraction glich genau jener, wie sie Simpson (Lancet. 22. Sept. 1894) in seinem Falle veröffentlicht hat. Auch hier erfolgte sehr schnelle Heilung.

Sternthal.

(33) Bago t versteht unter Urethraldiverticel oder Pseudo-Urethrocele einen Hohlraum oder eine Tasche im Urethro-Vaginalseptum, welche durch eine enge Oeffnung — gewöhnlich im mittleren Drittel — mit der nicht dilatirten Urethra communicirt und deren Inhalt aus Eiter, Urin, eventuell auch Phosphatconcrementen etc. besteht. Ihre Grösse ist schwankend.

Aetiologie: Trauma (Katheterismus), congenitale Anlage, Entzündung von Urethralakunen, cystische Erweiterung von präexistenten Urethraldrüsen, Blutcysten nach harter Arbeit oder auf menstrueller Basis.

Symptome: Häufige und schmerzhaftige Miction, Tumor in der Vagina (Druckgefühl), Entleerung wechselnder Mengen ammoniakalischen Eiters durch die Urethra, dadurch bedingte Reizung derselben, Urethritis und Cystitis als sehr häufige Complication.

Diagnose: Festweicher Tumor meistens im mittleren Drittel durch Touchiren feststellbar, Eiterentleerung auf Druck; eventuell eine durch Urethroskopie oder Sondirung zu constatirende Communication mit einem Hohlraume.

Therapie: Exstirpation von der Vagina aus; darauf entweder primäre Naht, oder offene Wundbehandlung nach Einlegung eines Dauerkatheters.

Paul Oppler (Breslau).

(34) Ashburn's Patient beobachtete zuerst vor circa 30 Jahren eine schmerzhaftige kleine Geschwulst, die am Perinäum fühlbar war. Seit dieser Zeit war das Wasserlassen erschwert, bestand Harnträufeln und ab und zu traten Exacerbationen auf, die mit enormen Schmerzen und Urinerschwerung bis zur Verhaltung einhergingen. Trotzdem consultirte er bisher nie einen Arzt. Vor zwei Monaten eine neue Attake: Urinverhaltung, Urininfiltration des Scrotum, Infiltration nach oben entlang dem Samenstrange, unerträgliche Schmerzen. Nur mit grösster Mühe werden einige Tropfen trüben ammoniakalischen Eiters entleert. Unterhalb des Scrotum lässt sich ein überaus schmerzhafter gänseeigrosser Tumor palpiren, die eingeführte Metallsonde gibt den für einen Stein charakteristischen Ton beim Aufstossen. Durch eine Incision vom Perinaeum aus werden nach Entleerung einer reichlichen Menge foetiden Eiters 2 Steine extrahirt, der kleinere 60 Gr. schwer, der grössere von

ungewöhnlicher Grösse: er ist  $2\frac{1}{8}$  Zoll lang und  $1\frac{1}{4}$  Zoll breit und wiegt 660 Gr. Paul Oppler (Breslau).

(35) Die Urethralfisteln, die nach Incision oder spontanem Durchbruch der erkrankten Cowper'schen Drüse entstehen, unterscheiden sich von den Urethralfisteln anderer Aetiologie nach Reliquet und Guépin unter anderem durch ihre Localisation und vor allem dadurch, dass meist durch sie kein Urin nach aussen tritt, obgleich sie mit der Urethra communiciren. Die Heilung ist meist eine rasche, doch muss der Fistelgang so lange künstlich offen gehalten werden, bis das Gewebe in der Umgebung der Drüse wieder vollständig normal geworden ist, da sonst sicher Recidive entstehen. Max Dreysel (Leipzig).

(36) Horath beseitigte durch eine plastische Operation einen höheren Grad von bogenförmiger Krümmung des Penis, wie er sich bei diesem angeborenen Zustande so häufig findet und selbst den Coitus unmöglich macht. Das bleibend gute Resultat, das der Autor durch seine Art des operativen Vorgehens erzielt hatte, veranlasst ihn den Fall in extenso zu publiciren. Unter Cocainanästhesie wurde 1·3 Cm. von der Harnröhrenmündung nach abwärts das Bändchen und die Harnröhre bis zu den Penisschwellkörpern mittelst Querschnitt durchtrennt, hierauf wurde der Penis in die Länge gezogen, so dass die beiden Harnröhrenstücke stark aus einander wichen, und wo dann die Haut noch eine Spannung zeigte, wurden die Verwachsungen durchtrennt, hierauf erst unter Langstreckung des Penis von den beiden Seiten her eine plastische gestielte Transplantation mit der Penishaut gemacht. Prima intentio. Die Neigung der Eichel nach unten war aufgehoben, der Penis war leichter beweglich und liess sich jetzt auf die Bauchwand zurücklegen, die Harnröhre war in Folge der Operation auf  $2\frac{1}{2}$  Cm. in ihrem Laufe unterbrochen, der Penis um so viel verlängert worden. Ullmann.

(37) Fuller glaubt, als die häufigste Ursache für sexuelle Störungen Erkrankungen in den Samenbläschen constataren zu können, die gewöhnlich zu einer Aenderung des Ejaculationsmechanismus führen. Fuller theilt die sexuellen Störungen in 4 Classen: 1. Störungen im Anschluss an entzündliche Vorgänge in den Seminalvesikeln. 2. Störungen im Gefolge von Neurosen. 3. Störungen bei primärer Geisteskrankheit. 4. Störungen bei schlecht ernährten, körperlich heruntergekommenen Individuen. Die Classification entspricht der Häufigkeit der ätiologischen Momente. Nach kurzer Besprechung der 4 Arten mahnt Verfasser die Palpation mehr zu cultiviren und verweist auf die eingehende Darstellung dieses Capitels in seinem Lehrbuche.

Max Pinner (Breslau).

(38) Mansell Moullin betont, dass keine der bisher gangbaren drei Ansichten über das Zustandekommen der Prostatahypertrophie befriedigend sei. Die erste (von Velpeau; später von Thompson und White angenommen), dass eine Analogie zwischen dieser Erkrankung und der Fibroiderkrankung des Uterus bestehe, wird gänzlich durch die Entwicklungsgeschichte widerlegt; denn dem Uterus entspricht nicht die

Prostata, sondern der Utriculus prostaticus, ein ganz nebensächliches Gebilde innerhalb der Prostata, das sich weder an ihrer allgemeinen Vergrößerung noch an Tumorbildung je betheiligt. Aber auch histologisch lässt sich diese Ansicht nicht halten, denn uterine Geschwülste entstehen als Fibro-Myomata; sie haben mit der Schleimhaut oder deren Drüsen wenig oder nichts zu schaffen. Die Vergrößerung der Prostata hingegen ist in erster Linie glandulär; sie beginnt und breitet sich aus als Drüsenwucherung. Beide Organe enthalten zwar glatte Muskelfasern und die in ihnen entstehenden Wucherungen gleichen bis zu einem gewissen Grade einander an Gestalt — (sie sind gewöhnlich rund) — und in ihren anatomischen Beziehungen — (sie sind eingekapselt oder nehmen bisweilen polypoide Form an) — aber diese Besonderheiten sind nicht nur diesen Organen oder deren Geschwülsten eigenthümlich. Dass schliesslich Uterus und Prostata während der zweiten Hälfte der reproductiven Periode zur Tumorenbildung neigen, ist eine Thatsache von grosser Bedeutung, reicht aber nicht hin, um die Annahme der oben erwähnten Theorie zu rechtfertigen. — Noch weniger haltbar ist die zweite Hypothese von Guyon und der ganzen französischen Schule, dass nämlich die Prostatahypertrophie nur eine der Erscheinungen einer constitutionellen Erkrankung sei, die als Arteriosclerose beginne, in fibröse Degeneration ausgehe und das Urino-Genitalsystem in einer besonderen Weise befallende. Zwar kommen, wie Benjamin Brodie gezeigt hat, Prostatahypertrophie und Atherom häufig zusammen vor (die Zeit des Lebens, in der beide am häufigsten sind, ist die nämliche) aber das beweist nicht, dass das letztere die Ursache der ersteren ist. Arterielle Sclerose kann nicht eine Wucherung solcher Massen herbeiführen, wie sie bisweilen den Blasengrund völlig ausfüllen. Andererseits ist Prostatahypertrophie mit sonst vollkommen guter Gesundheit vereinbar, und die damit Behafteten erreichen bisweilen ein sehr hohes Alter, ohne dass die Existenz der Prostatahypertrophie gearnöhnt wird. Diejenigen, welche an Urinstörungen leiden, bilden nur einen kleinen Bruchtheil der überhaupt mit Vergrößerung der Prostata Behafteten. — Die dritte Ansicht, von Reginald Harrison, besteht darin, dass die primäre Veränderung in der Blase liege und dass die Vergrößerung nur secundär sei und eine Compensationsvorrichtung darstelle. Die Prostata ist aber, was ihre Drüsensubstanz wie ihr Stroma angeht, sexuellen Ursprungs und hat nur sexuelle Functionen. Sie entwickelt sich mit den Testikeln und atrophirt nach deren Entfernung. Sie hat mit der Urinentleerung nichts zu thun, die, wenn die Prostata unentwickelt bleibt oder atrophirt, so gut von Statten geht, als wenn die Prostata normal wäre. Auch spricht nichts dafür, dass das Herabsinken des hinteren Theiles der Blase eine primäre Veränderung sei oder dass, wenn dies Herabsinken beginnt, die Prostata sich compensatorisch vergrössert. Dies kann man sich nur bei aufrechter Lage der Prostata überhaupt vorstellen und wenn dieses Organ dieselben Beziehungen zur Blase hat wie beim Manne, während doch Prostatahypertrophie auch bei Hunden und anderen Vierfüsslern auftritt, bei denen die anatomischen Beziehungen ganz andere sind.

Die wahre Ursache für die Prostatahypertrophie bilden die Hoden. Bis zur Pubertät gibt es kaum eine Prostata. Wird eine Castration vor der Pubertät ausgeführt, so wächst die Prostata nicht; wenn nach der Pubertät, so verschwindet sie. Dasselbe ist jetzt gezeigt worden für die abnorme Entwicklung, die man als Hypertrophie kennt. Es sind Fälle berichtet, bei denen die Hypertrophie nach Castration in wenigen Wochen verschwand. In dieser Beziehung zwischen Prostata und Hoden liegt eine Parallele zu Uterus und Ovarien, d. h. nicht Uterus und Prostata sind homolog, sondern Hoden und Ovarien. Verfasser glaubt, dass die Hypertrophie abhängt von Veränderungen in den Hoden, und dass diese auf dem Wege des Nervensystemes auf die Prostata einwirken. Sternthal.

(39) Mansell Moullin theilt einen Fall enormer Prostatahypertrophie mit, der durch Castration geheilt wurde. Schon 3 Wochen nach der Operation war die Prostata nicht mehr nachweisbar; per rectum liess sich nur über dem durch die Urethra eingeführten Catheter eine spindelförmige Verdickung nachweisen, die aber so unbedeutend und weich war, dass der Catheter überall durchgeföhlt werden konnte. Verfasser weist auf die in der Literatur veröffentlichten ähnlichen Operationsresultate hin und betont die Wohlthat dieser Operation für Patienten, die sonst an septischer Cystitis zu Grunde gingen oder sich der gefährlicheren Prostatectomie unterziehen mussten. Die secundären Geschlechtscharaktere werden durch die Operation — im Gegensatz zur Castration junger Männer — nicht beeinträchtigt. Auch vom pathologischen Standpunkt aus ist die Operation von Interesse. Ihre Folgen beweisen, dass die Theorien, die Vergrösserung der Prostata sei eine Folge der Senilität, oder allgemeiner Atheromatose, oder einer compensatorischen Hypertrophie zum Ausgleich des Sinkens des Blasengrundes nicht haltbar sind, und sie widerlegen auch die Ansicht, dass die Vergrösserung der Prostata der fibroiden Erkrankung des Uterus analog sei. (Verfasser behandelt dieses Thema ausführlicher in einer Arbeit in *The Lancet* vom 20. October 1894, vergl. Referat.) Sternthal.

(40) Tano bespricht nach einer kurzen Uebersicht der verschiedenen Ansichten über Spermatorrhoe die Aetiologie derselben genauer. Die Ursache ist meist in vorausgegangener Gonorrhoe zu suchen (13mal unter 26 Fällen), welche die Schleimhaut der Samenblasen und die Ausführungsgänge derselben befällt. Die Musculatur derselben erschlafft und wird selbst für den kleinsten Reiz widerstandsunfähig. Später kommt es zu reactiver Bindegewebswucherung mit nachfolgender Schrumpfung, was Erweiterung der Ausmündungsspalten der Ductus ejaculatorii hervorbringt. Auch eine Prostatitis kann den gleichen Effect haben.

Ausser den peripheren mechanischen Reizen sind besonders Abusus in Coitu und Masturbation als Ursachen der Spermatorrhoe anzuföhren.

Bei Excessen in Coitu tritt dieselbe jedoch wesentlich seltener auf als bei Masturbation. Inwiefern diese letztere als Ursache der in Frage stehenden Krankheit zu beschuldigen ist, darüber gibt es zwei sich gegenüberstehende Ansichten.

Nach der einen sollen die wiederholten übermässigen peripheren Reize die Ejaculationscentren und Erectionscentren in einen derart erregbaren Zustand bringen, dass schon der geringste Anlass — central oder peripher — eine Wirkung auslöst, da man aber als Spermatorrhoe nach Tano nur solche Zustände bezeichnen soll, in denen Samenabgang weder von Ejaculation noch von Erektion begleitet ist, so kann er diese Erklärung nicht acceptiren.

Die andere Ansicht, der sich auch Tano anschliesst, sucht die Ursache in localen Veränderungen. Als Folge excessiver Masturbation entsteht Atomie der Musculatur der Samenbläschen oder des Ausspritzapparates oder beider zugleich und ausserdem findet man endoskopisch die Symptome einer catarrhalischen Entzündung. Andere Ursachen centraler oder constitutioneller Natur sind selten.

Formen der Spermatorrhoe: Unter 26 Fällen waren 16 von Defäcationspermatorrhoe und 10 Defäcations-Mictionsformen. Reine Mictionspermatorrhoe wurde nie beobachtet.

Prognose: Von den 16 Defäcationsformen heilten 12 = 75%, von den an der Mischform Erkrankten 4 = 40%. Am besten war die Prognose bei den Fällen, wo die Potenz erhalten war.

Diagnose: Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Urethrorrhoe, Prostatorrhoe und Gonorrhoe. Es ist zu beachten, dass für die Spermatorrhoe nur gewisse Formen von Spermatozoen (welche? Anm. d. Ref.) charakteristisch sind. Die physiologische Samenflüssigkeit enthält neben den Secreten der Hoden und Samenblasen noch die Secrete accessorischer Drüsen. Bei Spermatorrhoe findet sich nur Hoden- und Samenblasensecret. Auf das Vorhandensein der Schreiner'schen Spermakrystalle ist kein Gewicht zu legen. Dieselben sprechen mehr für Prostatorrhoe. Endoskopisch findet sich bei Spermatorrhoe vergrösserter Colliculus und stark erweiterter Sinus prostaticus.

Symptomatologie: Abgesehen von dem unfreiwilligen Samenabgang bestehen besonders in älteren Fällen die verschiedenen Formen der Impotenz, sowie oft schwere nervöse Erscheinungen.

Therapie: Allgemeinbehandlung ist dieselbe wie sie für die verschiedenen Formen von Neurasthenie verwandt wird. Wichtiger ist die Localbehandlung. Auf Burkhardt's Klinik werden veraltete Fälle erst einer Sondencur mit Metallsonden hohen Kalibers unterzogen. Als local anzuwendende Adstringentien kommen Tinctura jodi oder Lugo'sche Lösung, als Causticum Arg. nitr. 1—20% oder in Substanz in Betracht. Eventuell wird nach Cocainisirung die kranke Partie mit Galvanokauter verschorft (2—3 Sitzungen in 3—4tägigen Pausen) und danach alkoholischer Sublimatlösung eingepinselt; Nachbehandlung mit Sonden, schwachen Desinficientien und Insufflationen von Jodoformpulver. Eventuell Anwendung des faradischen Stromes mittelst Elektrodencatheters oder Rectalelektroden.

Barlow.

(41) Colin bringt 2 ausführliche Krankengeschichten von Prostatikern, bei denen das Leiden schon hochgradig fortgeschritten war.

Beide wurden durch regelmässigen Catheterismus geheilt und die Blase, vorher paralytisch, nahm ihre Function wieder auf. Barlow.

(42) Guyon stellt einen greisen Patienten mit einer Orchitis prostatichen Ursprungs vor und betont, dass sich diese Hodenerkrankung spontan, ohne Catheterismus, im Gefolge einer Urethritis posterior mit Prostatitis und Cystitis entwickeln könne. Diese Orchitiden zeigen grosse Tendenz zur Vereiterung, gehen aber schnell in Lösung über, so dass die Punction nur bei den mit lebhaften Schmerzen einhergehenden Erkrankungen in Frage kommt. Ferdinand Epstein (Breslau).

(43) Martin beschreibt einen Fall, in dem einen Tag vor dem Auftreten einer Parotitis eine ziemlich starke linksseitige Orchitis mit geringem Fieber aufgetreten war. Am nächsten Tage, als auch die Schwellung der Parotis deutlich wurde, war der Hoden um das Doppelte seines ursprünglichen Volumens vergrössert. Beide Organe schwellen ziemlich gleichzeitig ab und in ca. einer Woche fühlte sich der Pat. wohl. Nach 3 Monaten zeigte sich der Hoden atrophisch und war auf die Hälfte seiner ursprünglichen Grösse geschwunden. Der Verf. glaubt, dass ein solcher Fall dazu dient, einen gewissen Zusammenhang zwischen den beiden Organen zu erweisen. Otto Lasch (Breslau).

(44) Die auf Anregung Dubreuilh's angefertigte Arbeit von Brau betrifft eine ziemlich seltene und wenig bekannte, sich aus chronischer Hyperplasie und Ulceration zusammensetzende Affection der weiblichen Genitalien, welche, obgleich sie schon vor 40 Jahren von Huguier unter dem Namen Esthiomène eingehend geschildert worden ist, bis in die neueste Zeit zu mannigfachen diagnostischen Irrthümern, und zu falschen Vorstellungen über die Aetiologie des Leidens Anlass gegeben hat. Bei der bis vor Kurzem noch auf diesem Gebiet herrschenden Unklarheit erscheint ein ausführlicheres Referat über die umfangreiche Arbeit umso gebotener, als durch sie die Aetiologie und die Natur der Affection zum ersten Mal in erschöpfender Weise klar gestellt wird, und Brau zu denselben Resultaten gelangt, wie der Ref. in seiner den gleichen Gegenstand behandelnden, in diesem Archiv veröffentlichten Arbeit. Der erste Theil der Abhandlung gibt eine historische Uebersicht und kritische Beleuchtung über die diesen Gegenstand behandelnden französischen und englischen Arbeiten. Die erste ausführliche Schilderung stammt von Huguier, dem „Vater des Esthiomène“, die auch heute noch in allen wesentlichen Punkten zutrifft. H. unterschied eine oberflächliche, eine perforirende und eine elephantiasische Form, jede mit einigen Unterarten. Die Arbeiten der späteren Autoren, nämlich von Beruntz und Fiquet in Frankreich, von Max Donald, West, Taylor und Kelsey in England, bzw. in Amerika bereichern zwar die Casuistik, verwirren aber die Situation durch die missverständliche Auffassung des Wortes „Lupus“, mit dem sie den Begriff einer tuberculösen Erkrankung verbanden. Trotzdem also die Symptomatologie des Leidens in der vorzüglichen Arbeit von Matthew und Duncan noch einmal klargestellt wurde, wurde in der Folgezeit die Verwirrung noch auf das Höchste gesteigert durch Deschamps,

welcher die Existenz einer idiopathischen ulcerösen Erkrankung der weiblichen Genitalien überhaupt leugnete und alle unter dem Namen „Esthionième“ beschriebenen Affectionen auf Lues, Tuberculose und Carcinom zurückführen zu müssen glaubte. In der neuesten Zeit bedeuten zwar R. W. Taylor's Arbeiten ein gut Stück vorwärts; doch hat T. seine Absicht, seine Beobachtungen zu vervollständigen und eine abschliessende Abhandlung zu liefern, bisher nicht ausgeführt.

Im zweiten Theil seiner Arbeit, die seine persönlichen, klinischen und experimentellen Studien betreffen, bespricht B. zunächst die Eintheilung und Symptomatologie. Die Existenz der „erythematösen Form“ wird gelehrt; ebenso ist die tuberculöse (= knotige) Form zweifelhaft; es hat sich in den einschlägigen Fällen vielleicht um exulcerirte Gummen gehandelt. B. acceptirt deshalb nur 2 Formen, nämlich 1. die ulceröse und 2. die hypertrophische oder ulcero-hypertrophische; es wird übrigens zugestanden, dass auch diese Eintheilung nur eine künstliche ist. Die ulceröse Form etablirt sich mit Vorliebe in der Umgebung der Harnröhre, an der unteren Commissur und am Anus. Die Ulcera beginnen in der Furche zwischen den kleinen Labien und den Carunkeln, zerstören diese letzteren und umgeben kranzartig das vulväre Orificium. Allmählig kommt es in der Nachbarschaft zu leichter Verdickung und Hypertrophie; die hypertrophischen Partien nehmen später eine weinhefenartige Färbung an. In manchen Fällen lassen sich entzündliche Schübe beobachten, welche zu vorübergehenden Oedemen und schliesslich zu chronischer Elephantiasis Veranlassung geben; Hand in Hand geht damit eine Neigung zu narbiger Verengung und zur Entstehung papillärer Vegetationen.

Die Ulcera sind ausgezeichnet durch ihren atonischen Charakter, sie umgreifen hufeisenförmig die Harnröhrenmündung, um nach abwärts durch molecularen Gewebszerfall fortzuschreiten und sich hier von beiden Seiten zu begegnen. Sie können auch in die Tiefe gehen und unterhalb des Harnröhrenwulstes einen tiefen Trichter bilden, in welchen schliesslich der Anfangstheil der Harnröhre mit einbezogen wird. In vorgeschrittenen Fällen sieht man dann eine grosse Oefnung, die von hypertrophischen Wülsten und Trümmern des alten Vestibulums begrenzt wird. Aehnliche Zerstörungen verursachen die selteneren Ulcera der Form navicularis. Die dritte anale Form ist, wie die zweite, zum Glück seltener; ihr Entstehen wird durch Hämorrhoidalknoten, Condylome u. s. w. begünstigt; sie verursacht in Folge des durch die Kothmassen ausgeübten Reizes ausgiebige Zerstörungen und verschlechtert die Prognose erheblich. Des Weiteren werden Grund, Oberfläche und Ränder der Ulcera ausführlich geschildert. Bei der zweiten Form, der ulcero-hypertrophischen, die nach Br. meist ein Folgezustand der ersteren ist, steht im Vordergrund die entzündliche Hypertrophie, an der sich grosse und kleine Labien, Clitoris und Umgebung des Anus betheiligen, und die Neigung zu papillomatösen Wucherungen. Die Verdickungen der grossen Labien erreichen manchmal eine enorme Ausdehnung, ebenso die der Umgebung des Anus. In vorgeschrittenen Fällen bilden diese mannigfachen, von Fissuren durchsetzten

blassgrau bis braunroth oder violett verfärbten Wülste ein wüstes Chaos und umgeben den oben beschriebenen exulcerirten Trichter, in dem die Harnröhre, soweit sie erhalten, mündet, und der vom Anus nur durch eine dünne Brücke geschieden ist. Schliesslich wird auch diese durchbrochen und es kommt zur Entstehung einer veritablen Cloake. Die Prognose ist in derartigen Fällen schlecht, in den weniger vorgeschrittenen gut. In einem Fall fanden sich die Inguinal-Drüsen vereitert.

Die von Dubreuilh vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Bindegewebes, das theils zellarm, theils reichlich mit Zellen durchsetzt war. Nirgends liess sich die Structur eines tuberculösen Follikels nachweisen. Sehr reichliche Vascularisirung. Die Zellen sind von rundlicher oder unregelmässiger Form; sie haben 1 oder 2 Kerne und mässig viel granulirtes Protoplasma; doch sind es keine „plasmatischen“ Zellen. Mässig viel Mastzellen; keine Riesenzellen. Im Ganzen zeigt der anatomische Befund auffallend viel Aehnlichkeit mit dem beim Ulcus cruris resp. bei der elephantiasisch verdickten Haut des Unterschenkels, die sich nach Ulcerationen entwickelt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Krebs, Lues und Tuberculose. Die Diagnose des Carcinoms machte keine Schwierigkeiten; für die Erkennung der Lues, die möglicher Weise den Boden vorbereitet, ist der Erfolg der Jodtherapie wichtig. Hinsichtlich der tuberculösen Ulcera der Vulva ist B. nur der von Deschamps beschriebene Fall bekannt, wie überhaupt die deutsche Literatur gänzlich unberücksichtigt geblieben ist. Was den eigentlichen Lupus anlangt, verweist B. auf die ausführliche Schilderung Leloir's, die nicht auf Esthiomène passt, und auf den Erfolg einer Therapie, die in der Hauptsache in der Fernhaltung reizender Einwirkungen resp. in möglichster Sauberhaltung der Genitalien besteht. Ferner fanden sich in den excidirten Gewebstückchen keine Tuberkelbacillen und ebenso blieb die Ueberimpfung von solchen in die Bauchhöhle von Meerschweinchen erfolglos. In ätiologischer Beziehung hält B. die weichen Schanker für am wichtigsten, besonders die Formen, welche sich in den Vertiefungen der Carunkeln einnisten und hier der Entdeckung entgehen, ferner die Schanker am Anus, die mit den Kothmassen in fortdauernde Berührung kommen. Dem Trauma legt B. kein grosses Gewicht bei, umso mehr den schädlichen Einflüssen der Prostitution, resp. der häufigen Cohabitation und der grossen Unsauberkeit der niederen Huren, die ihre venerischen Affectionen, Ausflüsse etc. völlig vernachlässigen. Ferner kommen häufige Geburten und Varicen der Vulva in Betracht und schliesslich Syphilis und Alkohol, schlechte Ernährungsverhältnisse und Schwächezustände nach vorhergegangenen Krankheiten.

Therapeutisch werden innerlich Chinin und Leberthran empfohlen, local Sauberkeit und kauterisirende Mittel, resp. Jodoform oder Salol; die Hyperplasien soll man chirurgisch behandeln. Am Schluss seiner Arbeit zieht B. nochmals das Facit aus seinen Untersuchungen, dass es sich nicht um Lupus handelte, wie man bisher glaubte, und dass Lupus und Esthiomène keineswegs Synonyma sind, sondern dass es sich bei der ge-

schilderten Affection um eine einfache chronische Ulceration handelte, die durchaus nicht specifisch ist und auf die Dauer durch eine gewöhnliche Elephantiasis complicirt wird. Er findet ein in allen Beziehungen gleichwerthiges Krankheitsbild im Ulcus cruris und führt die mannigfachen Analogien, die Symptomatologie und Aetiologie der beiden Affectionen darbietend, im Einzelnen des weiteren aus. Nach Mittheilung der im Original nachzulesenden 4 ausführlichen Krankengeschichten stellt B. folgende Schlussätze auf:

1. Es gibt eine, anfänglich ulceröse, auf die Dauer sich mit Elephantiasis complicirende chronische Affection der Vulva, welche weder Krebs noch Syphilis, noch eine tuberculöse Ulceration ist.

2. Es handelt sich auch nicht um Lupus, wenngleich man das bisher allgemein behauptet hat.

3. Die Affection entsteht in den meisten Fällen in Folge eines weichen Schankers oder seltener, einer Wunde, nach einer Verletzung der durch mehrfache Schwangerschaften, Vulvavaricen, Excesse jeder Art, Alkoholismus vorbereiteten Gewebe.

4. Die Virulenz des weichen Schankers verschwindet bald. Man hat dann ein chronisches, durch den Mangel an Sauberkeit conservirtes Geschwür vor sich.

5. Die Gegend wird der Sitz häufiger entzündlicher und lymphagitischer Schübe, welche in den vorgeschrittensten Fällen chronische Hypertrophie verursachen.

6. Im Ganzen lässt sich die Affection, welche ein völliges Analogon zu den varicösen Geschwüren der Unterschenkel darbietet, auf zwei Formen zurückführen, welche selbst zwei verschiedene Stadien der Krankheit sind, auf eine ulceröse und eine ulcero-hypertrophische.

7. Die Behandlung besteht in allgemeiner (tonischer) und localer (peinliche Sauberkeit und Excision der hypertrophischen Partien).

8. Der alte, durch den Gebrauch geheiligte Name „Esthyomène“ verdient es, zur Bezeichnung dieser bisher schlecht bekannten Affection weiter gebraucht zu werden.

Franz Koch (Berlin).

(45) In allen Fällen, welche Longyear gesehen hat, betraf die Kraurosis vulvae Frauen über 40 Jahre und immer koincidirte ihr Auftreten mit den Beschwerden der beginnenden Menopause. Paul Oppler (Breslau).

(46) Monod stellt die sehr seltene Leukoplasmie der Vulva und Vagina vollständig der Leukoplasmie der Mundschleimhaut gleich. Ebenso wie diese hat sie die Neigung carcinomatös zu werden. Es empfiehlt sich daher bei einer geringen Zahl weisser Flecken dieselben prophylaktisch zu entfernen; sind sie zahlreich und confluiren, dann bedarf es einer aufmerksamen Ueberwachung und eines Eingreifens beim geringsten Verdachte. Ist das Carcinom der Vulva oder Vagina einmal ausgebildet, so muss so schnell und so umfangreich wie möglich extirpirt werden; trotzdem sind die Chancen der Operation wegen der grossen Neigung zu Recidiven sehr schlecht.

Paul Oppler (Breslau).

(47) Porak hatte schon in einer früheren Sitzung der Pariser gynäkologischen und geburtshilflichen Gesellschaft die Behauptung aufgestellt, dass stärker gewucherte Condylomata acuminata bei Graviden allemal operativ entfernt werden müssten, welche Behauptung starker Opposition begegnet war, da die Mehrzahl der Mitglieder der Meinung war, dass einerseits die Condylomata acuminata in der Gravidität wieder wucherten andererseits nach der Entbindung von selbst verschwänden. Um letzteren Einwand zu entkräften, führt P. die Krankengeschichte einer im Hospital entbundenen gonorrhöisch inficirten Para an, bei der — auch nach Heilung der Gonorrhöe — 2 Monate post partum die sehr entwickelten Condylome nicht spontan geschwunden waren, so dass sie dann noch operativ entfernt werden mussten. Paul Neisser (Beuthen.)

(48) Green bespricht einen Fall von urethro-vaginalem Abscess, der in Folge doppelseitigen Durchbruchs die Erscheinungen eines schweren Blasenleidens und einer schweren Genitaleiterung machte. Ein operativer Eingriff brachte Heilung. Zum Schluss gibt Verf. eine kurze Uebersicht über alle differential-diagnostisch in Betracht kommende Zustände.

Pinner.

(49) De Bar zeigte in der gynäkologischen Gesellschaft in Paris einen Fall von Schwangerschaftsherpes. Die Eruptionen waren symmetrisch und bereits in derselben Form bei einer früheren Schwangerschaft beobachtet worden. Aus der Analyse des Urins diagnosticirte de B. eine Toxämie in Folge unzureichender Harnstoffausscheidung. X.

(50) Lutaud will bisweilen den beginnenden, sich erst durch Jucken und Brennen äussern den Herpes der Vulva noch durch folgende Mittel coupiren:

Resorcin	2·0	Acid. carbol.	0·25
Cocain mur.	1·0	Cocain mur.	1·00
Spirit. vin. rectific.	100·0	Spirit. vin. rectific.	100·0

Hiermit befeuchtete Compressen lässt er mit Gummipapier bedeckt auf die Vulva legen und 3—4mal tägl. wechseln.

Bei schon entwickelten Herpes und noch fest haftender Kruste empfiehlt er

Borax porphyrisé	1·0
Glycérolé d'Amidon	10·0
Tinct. Myrrh. gtts. X mit Nachpudern von Bismut.	

subnitr. 4·0, Calomel 1·0.

Nach Ablösung der Krusten empfiehlt er Puderung mit Pulv. Lycopod. 10·0, Tannin, Bismut. subnitr. aa. 2·0; zur Vermeidung von Recidiven sind Tonica, Alkalien und Schwefelthermen zu empfehlen. Bei hartnäckigen Fällen von Folliculitis vulvae verordnet L. Vollbäder, Kleienbäder, abwechselnd mit alkalischen Bädern, Morgens und Abends gründliche Waschungen der Vulva mit Seife und warmem Wasser und alsdann Application von einem Puder bestehend aus Acid. tannic. pulv. 2·0, Bismut. subnitr. 1·0, Amyli 50·0. In sehr hartnäckigen Fällen nimmt er Pinselungen der Vulva mit 5% Arg. nitr. Lösung — mit sofortiger Salzwasser-

neutralisirung — bei Pustelbildung Incidirung der Pusteln, ferner Einführung von Ichthyoltampons in die Scheide vor. Paul Neisser.

(51) Verf. empfiehlt das Europhen bei Ulcus molle, zerfallenen Primäraffecten und gummösen Geschwüren. Bei Ulcus molle zieht er es dem Jodoform wegen des geringen Geruches und der prompten Wirkung vor. Bei stark secernirenden Primäraffecten wendet er Europhen mit Calomel alkoholisatus zu gleichen Theilen an. Eine 1%ige mit Lanolin und Olivenöl hergestellte Salbe des Mittels bewirkte bei gummösen Geschwüren schnelles Nachlassen des Schmerzes. Karl Herxheimer.

(52) Leistikow hat neuerdings ein 7% (früher 6%) Jodvasogen benutzt, dessen Wirkung eine schnellere und mehr in die Tiefe gehende ist. Reizerscheinungen kamen bei dessen Gebrauch nicht vor. Die günstigen Resultate, die Verf. früher bei Epididymitis, Lymphadenitis inguinalis incipiens, Lymphadenitis indurativa cervicalis, Ulcus cruris specificum etc. erhalten hatte, kann er vollkommen bestätigen. Die Indicationen für das Medicament lassen sich aber erweitern, da es ausgezeichnet bei specifischen Nervenschmerzen wirkte und auch bei syphilitischer Knochenaufreibung, obwohl vorher Hg-Schmiereur und interner Jodgebrauch ohne Erfolg waren. Verf. glaubt, dass dem Jodvasogen eine abnorm rasche Jodresorption zukommt, und er empfiehlt das Mittel bei allen hartnäckigen Syphilisformen der frühen und späten Periode und bei den durch Syphilis bedingten Nervenaffectionen. Sternthal.

- 
1. **Puschmann**, Th. Die Theorie vom amerikanischen Ursprunge der Syphilis. Wiener med. Wochenschr. 1895. Nr. 25 und 26. Vortrag, geh. in der Sitz. der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 30. Mai 1895.
  2. **Buret**. La syphilis au XVIII. siècle. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 340.
  3. **Sandberg**, D. Die Syphilis im District von Kozlow. Wratsch 1894. Nr. 26—30.
  4. **Gottheil**, W. S. When may our syphilitics marry. Southern Med. Record. 1894. XXIV. p. 407.
  5. **Frank**, E. Maine. The marriage of syphilitics. New-York Med. Rec. 10. Nov. 1894.
  6. **De Heredia**. Un cas de réinfection syphilitique. La Cronica médica. 1893. Concepcion, Chili. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1894 p. 185.
  7. **Orel**, A. P. Ein Fall von Reinfectio syphilitica. Woennio-Medizinskii Journal. Aug. 1894. Ref. Jeszenedjelnik 1894. Nr. 45. Russisch.
  8. **Horovitz**, M. Reinfectio? Reinduratio? Gumma? Allg. Wien. med. Zeitg. 1893. 37. Ref. Deutsche Medic.-Zeitg. 1894. 90 p. 1013.
  9. **Charrier**, P. Durch längere Zeitintervalle getrennte Primäraffecte bei einem und demselben Menschen. Ann. de Dermat. et de Syph. T. V. Nr. 4. 1894.

10. **Hotth**, S. Sur trois nouveaux cas d'auto-inoculation du chancre dur. Norsk magazin for lægevidenskaben. L. V. 5. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1894 v. 687.
11. **Calvo**, C. Formas de la sífilis. Cronica med. Valence. 1892. Nr. 293. Ref. Annal. de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1892 p. 962.
12. **Moreira**, Juliano. Etiologie de la syphilis maligne précoce. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 49.
13. **Cathcart**. Ulceröse Frühlues. Edinburgh Med. Journal. March 1895. Nr. 426. Medico-Chirurgical Society of Edinburgh. 19. Dec. 1894.
14. **Ascoli**. Un caso di sífilide grave. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1895. 15 giugno. Nr. 72.
15. **Bayet**. Les stigmates durables de la syphilis secondaire. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 705.
16. **Mauriac**. Sul periodo terziario della sífilide. Le bulletin médical. Nr. 21. 1895. Il Morgagni. 12. Oct. 1895. Nr. 41.
17. **v. Esmarch**. Die Diagnose der Syphilome. Wie lassen sich die syphilitischen Sarkome und Lymphome (anatomisch und klinisch) von andern Sarkomen und Lymphomen unterscheiden? Congress der deutschen Ges. f. Chir. zu Berlin. Arch. f. klin. Chir. Bd. L. p. 646. 1895.
18. **Fournier**. Le pronostic de la syphilis issue de chancres extra-génitiaux. Sem. méd. 4 Déc. Ref. in La médecine moderne. 6. Jahrgang. Nr. 95. 7. Dec. 1895.
19. **Klotz**, G. Die Prognose der erworbenen Syphilis im Einzelfalle. New-Yorker Medicinische Monatschrift. Bd. IX. Nr. 12.
20. **Deaths** from syphilis. The Brit. Med. Journ. 16. Febr. 1895.
21. **Weber**. Syphilis and Lardaceous disease. American journal of the medical sciences. Nov. 1895.
22. **Maréchaux**. Syphilis und Unfallverletzung. Aertzliche Sachverständigen-Zeitung. 15. Jan. 1896. Ref. im „Medico“. 12. Febr. 1896.
23. **Rindfleisch**. Ueber Beeinflussung der Tuberculose durch Syphilis. Vortrag, geh. auf der Naturforscher-Versamml. zu Wien. Sept. 1894. Centralbl. f. allg. Pathologie. V. 1894 p. 847.
24. **Augagneur**. Lupus ancien et syphilis récente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 741.
25. **Lafitte**, M. Syphilis ou tuberculose. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir. 20. Febr. 1896.

(1) Puschmann tritt der schon im 16. Jahrhunderte allgemein verbreiteten Lehre von der Einschleppung des Syphiliscontagiums im Jahre 1492 aus Amerika nach Europa auf Grund eines ausführlichen Quellenstudiums entgegen. Namentlich die historische Studie Ph. Hensler's: Ueber den westindischen Ursprung der Lustseuche, Hamburg 1789, ist Puschmann ein massgebender Beweis für die Unhaltbarkeit obiger Annahme. — Puschmann verspricht in einem späteren Vortrage die literarischen Documente und Belege dafür erbringen zu wollen, dass die Syphilis schon im Alterthume und Mittelalter in Europa herrschte.

Ullmann.

(2) In einer längeren, sich zum Referat nicht eignenden Arbeit bringt Buret eine Geschichte der Syphilis im 18. Jahrhundert. Die beiden wichtigsten Marksteine dieser Epoche sind zweifellos die Arbeit Hunters, welcher eine genaue Charakteristik der Sclerose „des indurirten Hunter'schen Schankers“ gab, und die Benjamin Bell's, der die Behauptung zuerst aufstellte, dass Syphilis und Gonorrhoe zwei verschiedene Krankheiten seien.

Paul Neisser.

(3) Der Inhalt der Arbeit von Frau Sandberg deckt sich mit dem des in diesem Archiv veröffentlichten Aufsatzes.

(4) Gottheil gestattet Syphilitikern die Ehe, wenn 1. sie in die tertiäre Periode eingetreten sind, da dann eventuell auftretende Affecte nicht contagiös sind, 2. ein Jahr nach den letzten Symptomen der Krankheit, 3. die ersten 3—4 Jahre nach der Infection gestattet er die Ehe nicht. Verf. spricht von der Gefahr der Infection, ohne auf Heredität Rücksicht zu nehmen.

Ernest Finger (Wien).

(5) Frank E. Maine hält es, ganz abgesehen von der Wirksamkeit der Therapie, für absolute Pflicht des Arztes, den Syphilitikern überhaupt vom Heirathen abzurathen, weil das „Geschlecht nur aus bestem Material geschaffen werden solle“ und ein Luetiker niemals ganz ungeschwächte Nachkommenschaft erzeugen könne.

Felix Loewenhardt (Breslau).

(6) De Heredia berichtet über einen Patienten, welcher mit Primäraffect und secundären Erscheinungen in das Krankenhaus aufgenommen wurde und der nach seiner Angabe und den Aussagen des ihm damals behandelnden Arztes, Dr. Allende, vor 14 Jahren an einer schweren Syphilis 8 Monate in demselben Spital behandelt wurde.

Paul Neisser.

(7) Orel berichtet über eine zweifellose Reinfectio syphilitica, welche nach 5½ Jahren sich eingestellt hat.

A. Grünfeld.

(8) Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Horovitz gelangt, seien folgende hier wiedergegeben:

1. Die an evident syphilitischen Personen nach stattgehabten adaequaten Reizen bei Abwesenheit von Consecutiverscheinungen auftretenden Knoten sind als Syphilisproducte anzusehen, die an die ursprüngliche Infection sich anreihen.

2. Die nach Reizen an Stelle der Sclerose auftauchenden Gewebsverdichtungen sind als locale Recidive, d. h. als Reindurationen anzusehen.

3. Reinflection soll nie aus dem praesumptiven Primäraffect allein, sondern aus diesem und den eigenthümlichen Syphilismerkmalen abgeleitet und diagnostisch sichergestellt werden.

Münchheimer.

(9) Charrier berichtet über einen Kranken, bei dem zuerst ein inficirender Chancre in der Schamgegend und etwa in der drittfolgenden Woche zwei weitere, ebenfalls indurirende Geschwüre an der Penishaut auftraten. Ch. lässt letztere Geschwüre durch Autoinoculation entstanden sein, sieht in dem schubweisen Auftreten den Beweis für die nicht mehr neue Annahme, dass der Organismus eine gewisse Zeit nach dem Erscheinen des Primäraffectes noch nicht gegen eine gleiche Infection an

anderer Stelle immun sei. Dass somit der Chancre im Beginn ein locales Leiden sei, möge die Anhänger der Frühexcision ermunthigen.

R. Winternitz (Prag).

(10) Hottth berichtet über 3 Fälle von Autoinoculation von Sclerosen.

I. Fall: Ein Patient inficirt sich Ende August, Ende November entwickelt sich am rechten oberen Augenlied, kurze Zeit nachdem das Auge durch einen Eisensplitter verletzt worden war, den er 8 Tage im Auge trug und sich dabei oft dasselbe rieb, eine typische Sclerose. Im zweiten Falle entstand 3 Wochen nach der Sclerose am Penis eine solche in der rechten Achselhöhle, wo sich Pat. oft kratzte. Im dritten Falle entwickelte sich am Penis selbst 4 Wochen nachdem zwei Sclerosen entstanden waren, eine dritte am Praeputium.

Paul Neisser.

(11) Die Localisation der syphilitischen Erscheinungen ist nach Calvo von individuellen Verschiedenheiten der Constitution, des Temperaments und der persönlichen Verhältnisse in der Weise abhängig, dass das Virus der Syphilis in erster Linie den schwächsten Punkt afficirt, bei lymphatischen und schwächlichen Personen also die rothen Blutkörperchen und die blutbildenden Organe, bei nervösen das Nervensystem. Die einzelnen Formen, in denen sich die Syphilis manifestirt, unterscheidet Calvo in asthenische und irritative, von denen die ersteren sich äussern können als schmerzhaft oder als anämische Symptome, die letzteren als febrilneuralgische oder als exanthematische. Die Richtigkeit dieser allgemeinen Regel werde nicht durch Coincidenz, resp. Combination mehrerer „Formen“ erschüttert; denn wenn auch, wie zumeist in praxi, z. B. bei einem lymphatischen Individuum während der Secundärperiode der Lues neben der Anämie andere specifische Erscheinungen aufträten, so stehe doch diese im Vordergrund.

Münchheimer.

(12) In einer längeren Arbeit untersucht Moreira die Aetiologie der malignen Syphilis und kommt zu dem Resultat, dass alle den Organismus schwächenden Momente und Krankheiten dieselbe begünstigen. Er führt in erster Linie den Alkoholismus, die Malaria und die Tuberculose an, sodann Scorbut, Diabetes, Gicht und Nephritis. Was das Alter anbetrifft, so ist das erste Lebensjahr, ebenso wie das hohe Greisenalter am meisten bedroht; auch die Gravidität gebe eine schlechtere Prognose(?). Armuth und Unsauberkeit, überhaupt Ausserachtlassen hygienischer Massnahmen lasse die Syphilis oft ernstere Formen annehmen.

Im Uebrigen documentirt sich Verf. als ein Gegner der Reglementirung der Prostitution, welche er durch Strenge auszurotten hofft.

Paul Neisser.

(13) Cathcart stellte in der Medico-chirurgischen Gesellschaft Edinburgs 2 Fälle von ulcerösen kaum  $\frac{1}{2}$  Jahr nach dem Infectionstermine aufgetretenen Syphiliden vor. In dem einen Falle erschien eine typische Rupiaeruption auf der Haut, in dem zweiten eine tiefe Kehlkopfulceration. Die Erkrankung betraf 2 junge Leute, von denen der eine, wie Cathcart betont, eine kräftige Constitution hatte.

Hugo Müller (Frankfurt a. M.)

(14) Ascolli stellt einen 39 Jahre alten Patienten vor, der vor 3 Monaten eine Sclerose gehabt hatte. Sublimatinjectionen mussten damals wegen Stomatitis ausgesetzt werden. Seit 3 Wochen Schwindelgefühl, Schwerhörigkeit. Aufgenommen wurde er mit einer Neuro-retinitis rechts, Parese des Facialis und Abducens, spastisch-paretischem Gang; die Reflexe sind gesteigert; Sclerose, Roseola, Drüsenschwellung noch vorhanden. Auf Calomelinjectionen bedeutende Verschlimmerung. A. hält den Fall für eine schwere, aber nicht galoppirende Form der Syphilis, weil die tertiären Erscheinungen fehlen. Verf. glaubt, dass die Hauptsymptome hervorgerufen werden durch eine Periostitis im Clivus Blumenbachii. Die Prognose stellt A. nicht gerade ungünstig, wenn auch die Periostitis kaum ganz sich zurückbilden wird und wenn auch der Patient Alkoholist ist.

Dreyse l.

(15) Bei der enormen Bedeutung, welche eine sichere syphilitische Anamnese für die Diagnose visceraler Luesfälle und der nach Fournier sogenannten parasymphilitischen Erkrankungen hat, bedauert Bayet, dass wir nicht, ebenso wie bei der tertiären Syphilis, auch nach secundärer Syphilis untrügliche Kennzeichen am Körper des Patienten finden. Bei seinem Suchen nach solchen erwähnt er 3 Symptome, welche, wenn auch nicht immer, so doch häufig zu finden sind und die Anamnese und Diagnose bedeutend erleichtern: 1. die Narbe der Sclerose (wohl nur bei Männern, und auch da nicht immer, zu constatiren); 2. das syphilitische Leukoderma colli (in der Mehrzahl der Fälle nur bei Frauen und nur in den ersten Jahren der Lues zu finden) und 3. die Achromie, die an stark pigmentirten Stellen, an den weiblichen Genitalien, am Scrotum und Anus, nach breiten Condylomen zurückbleibt (auch nicht constant).

Paul Neisser.

(16) Mauriac spricht zuerst über die Häufigkeit der tertiären Syphilis und über den Zeitpunkt ihres Auftretens. Er schliesst sich in diesen Fragen der bekannten Meinung von Fournier, Ehlers u. A. an. Nach M.'s Ansichten stellt auch die hereditäre Syphilis einen grossen Procentsatz zum Tertiarismus. Dagegen ist Mauriac nicht der Ansicht, dass die Syphilis des Nervensystems so häufig zur tertiären Lues zu rechnen sei, wie Fournier dies angibt. Am häufigsten kommt die tertiäre Syphilis auf der Haut und auf den Schleimhäuten vor. Zur tertiären Syphilis rechnet M. auch die maligne Syphilis trotz ihres frühen Auftretens. Die Ursachen der tertiären Lues sind: schlechte hygienische Verhältnisse, Alkoholismus, Malaria, andere schwächende Allgemeinkrankheiten, ungenügende Behandlung in der Secundärperiode.

Mauriac meint, die Spätsyphilis sei in den letzten 15 Jahren viel seltener geworden und schreibt dies den Fortschritten der Hygiene zu. Das Hauptmittel gegen die tertiären Syphilide ist das Jod; aber auch das Quecksilber muss als Mittel gegen die Syphilis selbst gegeben werden. Die Theorie der parasymphilitischen Krankheiten im Sinne Fournier's erkennt M. nicht an. Er glaubt, es sei schwer in dieser Beziehung eine

Grenze zu ziehen; jede Erkrankung der inneren Organe liesse sich in Zusammenhang mit einer zufällig vorausgegangenen Syphilis bringen.

Raff.

(17) Esmarch betont die häufige Verwechslung von syphilitischen Geschwülsten mit echten Sarkomen und die hierdurch bedingte Ausführung von verstümmelnden Operationen. Als Verdachtsmomente, dass eine syphilitische Geschwulst vorliegt, führt E. folgendes an: das Bestehen anderweitiger Zeichen vorhandener oder überstandener Syphilis, resp. der anamnestiche Nachweis der Infection. Ferner sind verdächtig Tumoren der Bauchmuskeln, des Rückens, der Beine und der Zunge, sowie tiefe Backengeschwülste; weiter Tumoren, welche nach der Exstirpation unter rascher Zunahme recidiviren; sodann solche, die nach Gebrauch von Jodkali, Hg, oder Zittmann'schem Decoct oder Arsen schwinden. Auch das Verschwinden von Tumoren durch Erysipel oder auch nach Coley'schen Injectionen erregt den Verdacht. Vielfach kann der anatomische Befund schon makroskopisch die Diagnose stützen, besonders wenn das von Virchow beschriebene Bild: Fettherde in dem rötlichen Granulationsgewebe, sich findet. Häufig besteht die Nothwendigkeit zur Differentialdiagnose gegenüber Spindelzellensarcom oder Carcinom Excisionen behufs Untersuchung vorzunehmen. Grosse Schwierigkeiten macht die Unterscheidung syphilitischer von tuberculösen, leukämischen oder pseudoleukämischen Tumoren. Für diese Fälle wäre die Entdeckung des Mikroorganismus der Syphilis sehr erwünscht.

S. Stein (Görlitz).

(18) Fournier hebt hervor, dass der extragenitale Sitz des Primäraffectes an sich keine ungünstigere Prognose hinsichtlich des Gepräges des gesammten Krankheitsverlaufes gestatte, als der genitale Sitz der Sclerose.

F. Epstein (Breslau).

(19) Nach einem allgemeinen Ueberblick über die gewöhnlichen Verlaufsarten der acquirirten Syphilis bespricht Klotz die Prognose dieser Erkrankung. Von Bedeutung hierbei ist zunächst: Alter, Constitution, Gesundheitszustand, geistige und physische Beanlagung, Beschäftigung und Lebensweise des Inficirten. Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Lues, ebensowenig der Umstand, ob das inficirende Secret von einer primären oder secundären Efflorescenz stammt; auch Race, Hautfarbe oder sonstige Eigenschaften des inficirenden Individuums sind irrelevant. Gewisse Uebereinstimmungen bestehen zwischen der Art des Primäraffectes und den ihm folgenden Secundärefflorescenzen. Ohne prognostische Bedeutung ist Sitz und Volumen der Initialsclerose. Das rasche Auftreten von Secundärererscheinungen lässt etwas schwerere Symptome erwarten, als ein spontan verlangsamtes. Die günstigste Prognose gestattet der quasi normale Verlauf. Bei den tertiären Processen hört alle Regelmässigkeit auf. Der beste Zeitpunkt zum Beginn einer Hg-Cur ist nahe dem ersten Auftreten von Secundärererscheinungen. Die Behandlung muss mindestens 2 Jahre lang in Intervallen oder continuirlich fortgesetzt werden. Vor einem Uebermass einer Hg- oder Jod-Application ist zu warnen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(20) Das *British Medical Journal* berichtet, dass 1893 in England 1190 männliche Personen an Syphilis starben. Von diesen waren 998 oder 77·2% unter 5 Jahr. In derselben Zeit starben 964 weibliche Personen an derselben Krankheit, von denen 745 oder 77·2% unter 5 Jahre alt waren. Dieses Vorwiegen des frühen kindlichen Alters zeigt, wie schwer die unschuldigen Kinder unter den Folgen der Syphilis leiden.

Sternthal.

(21) Weber schliesst auf die Existenz eines die Syphilis verursachenden Mikroorganismus aus folgenden Ueberlegungen: Amyloide Degeneration kommt bei Syphilitikern ohne jede Eiterung vor, ferner in der Umgebung visceraler Gummen. Sie ist nach Krawkow (*Centralblatt für allgem. Pathologie und pathologische Anatomie*, Mai 1895) das Resultat der Absorption gewisser in das Blut gelangter Parasitenproducte. K. konnte durch Terpentineiterung keine Amyloiddegeneration erzielen, während ihm dies durch Culturfiltrate des *Pyocyanus*, durch die Producte des *Bacillus*, ohne den *Bacillus* selbst möglich war. Beim Menschen kommt Amyloiddegeneration, ausser bei Syphilis, kaum ohne Eiterung vor; sie kann bei der Syphilis sehr gering sein oder fehlen. Es liegt also nahe, bei der Lues die Anwesenheit eines nicht eitererregenden, aber die Amyloiddegeneration verursachenden Mikroben anzunehmen, nämlich des bis jetzt noch unentdeckten Syphilisbacillus. Die gelegentliche Localisation der amyloiden Veränderung in der Nachbarschaft von Gummen spricht ebenfalls für die Anwesenheit der Syphilismikroben, durch deren „active Thätigkeit“ das Gumma, wie der Tuberkel durch die Tuberkelbacillen, gebildet und durch deren metabolische Producte zunächst die benachbarten Gewebe geschädigt werden. Es finden sich also zunächst hier die charakteristischen Veränderungen in der Wand der kleinen Gefässe, bevor diese Producte in den Blutstrom gelangen und die amyloide Degeneration der Milz und anderer Organe verursachen. „Es gibt also einen specifischen Syphilismikroben, dessen locale Anwesenheit die Ursache tertiärer Affectionen ist. Die metabolischen Producte dieses Mikroben haben, gleich denen des *Staphylococcus pyog. aur.* und des *Bacillus pyocyanus*, die besondere Eigenthümlichkeit, Amyloiddegeneration in den Geweben der Wirthe zu verursachen.“ Die Spätinfection der Kinder (nach zehn Jahren und mehr zurückliegender Infection der Eltern) erklärt sich Weber durch die Annahme, dass die Syphilismikroben im secundären Stadium für gewöhnlich ruhig in den Geweben liegen, um gelegentlich später in den Blutstrom zu gelangen. Hiervon hängt es ab, ob ein Kind mit congenitaler Lues oder ohne solche geboren wird. Deshalb ist die Lues der Mutter auch gefährlicher für das Kind, wie die des Vaters, da die Mikroben während der ganzen Schwangerschaft Gelegenheit haben, durch die Placenta vom mütterlichen in das kindliche Blut zu gelangen.

Koch.

(22) Maréchaux betont die Wichtigkeit der Berücksichtigung einer eventuellen Luesinfection bei Unfallverletzten, da einerseits bei einem Syphilitiker durch ein Trauma eine Manifestation der Lues am

Orte der Läsion auftreten kann, andererseits bei einem Unfallverletzten (namentlich nach einem Trauma des Kopfes) durch eine nach dem Unfall acquirirte Syphilis schwere Erscheinungen (z. B. cerebrale) sich einstellen können. In letzterem Falle haftet die Versicherung nicht; in ersterem Falle, wie in allen zweifelhaften Fällen dieser Art, soll der Patient vor der Festsetzung der Erwerbsfähigkeit eine antiluetische Cur durchmachen. Zum Schlusse führt M. noch einige Anhaltspunkte zur Differentialdiagnose zwischen luetischen und rein traumatischen Periostitiden an.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(23) Rindfleisch fand bei der Obduction eines jungen Mannes, der zu seiner Lungenspitzentuberculose Syphilis acquirirt hatte, neben schweren syphilitischen Veränderungen verschiedener Organe in der einen Lungenspitze eine erbsengrosse Caverne in einem knotigen von fibrösen Zügen durchflochtenen Infiltrate gelegen, das sich mikroskopisch als ein die Höhle umgebender Kranz von etwa hanfkorngrossen echten Syphilomen erwies. Die in der Nähe dieser Caverne gelegenen Tuberkel fielen durch ihre derbfibröse Structur auf und waren z. T. durch derbfaserige, mit den Lungenseptis zusammenhängende Bindegewebszüge abgekapselt. Auch in manchen Riesenzellen fanden sich fibröse Züge. R. sieht die fibröse Veränderung der Tuberkel als eine günstige Einwirkung der Syphilis an, die durch Bindegewebsbildung die Producte der Tuberculose abkapselt und so eine Art von Heilwirkung ausübe. Dafür spreche die Erfahrung, dass tuberculöse Syphilitiker rapid zu Grunde gehen, wenn sie antiluetischen Curen unterworfen würden. In der Discussion bestätigt Chiari die Umwandlung tuberculöser Gewebe in derb-fibröse Schwielen durch Lues und erinnert an Councilman's analoge Befunde.

Münchheimer.

(24) Augagneur demonstrirt einen Patienten mit Lupus und Lues. Der Lupus ist schon vor 25 Jahren operativ behandelt worden und hat trotzdem im Gesicht und an den Extremitäten an Extensität zugenommen, bis im letzten Jahre Patient, von Syphilis befallen, einer combinirten Behandlung unterworfen wurde. Unter dieser ist der Lupus fast völlig (zu 90%) vertheilt.

Paul Neisser.

(25) Lafitte stellt in der Soc. de méd. de Bordeaux ein junges Mädchen vor, welches seit 5 Jahren an beiden Beinen eine geschwürige Affection zeigt, die bisher localer und allgemeiner Therapie getrotzt hat. L. schwankt bei der Diagnose zwischen Lues hereditaria tarda und Tuberculose. In der Discussion erklären sich Dubreuilh, Frèche und Méneau für die Diagnose: „indurirtes, scrophulöses Erythem“ und empfehlen therapeutisch: Leberthran, Jodkali in hohen Dosen und Carbolwasserumschläge.

Ferdinand Epstein (Breslau).

- 
1. **Wwedensky, A. A.** Zum Baue der syphilitischen Primärsclerose. Inaug.-Dissertat. Petersburg 1892. 43 S. nebst 1 lithogr. Taf. Russ.

2. **Gottheil**, William, S. Pseudo-Chancr. The New-York Med. Journal. Vol. LXII. Nr. 13. 28. Sept. 1895.
3. **Morel-Lavalle**. Vaccine ulcéreuse. Pustules simulant des chancres infectants. (Vaccin d'origine animale.) Gaz. des Hôpit. Nr. 100. 1894.
4. **Zabolowsky**, A. M. Statistische Angaben über extragenitale Infection mit Lues aus der Poliklinik des Miasnitzky-Krankenhauses in Moskau. Berichte der Moskauer venerol. und dermat. Ges. 1893-94. Bd. III.
5. **Joseph**, M. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger, Berlin.
6. **Fournier**, E. Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux. La Médecine moderne. 8. Jan. 1896.
7. **Fournier**. De la contagion médicale de la syphilis. La France méd. 3. Januar 1896. Nr. 1.
8. **Petrini de Galatz**. Quelques mots sur les chancres extra-génitaux. Presse médic. roumaine. 1894 p. 1—17.
9. **Spillmann und Etienne**, G. Syphilis in der Familie. Annales de Dermat. et de Syphil. T. V. Nr. 6. 1894.
10. **Deforin**, J. P. Ein Fall von Ansteckung mit Syphilis während der Vaccination. Russkaja Medizina. 1894. Nr. 32. Ref. Jeszenedjelnik. 1894. Nr. 41. Russisch.
11. **Haushalter**. Un cas de syphilis vaccinale. Journal des malad. cut. et syphilitiques. 1894. p. 483.
12. **Fisher**, F. S. Syphilis, acquirirt im Wochenbett. Lancet 1895. 16. Febr. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie. 1895 p. 874.
13. **Cheinisse**, L. Chancres syphilitiques multiples consécutifs au tatouage. Annal. de Dermat. et de Syphil. 1895. 1.
14. **Hutchinson**. Syphilis through Flea-bite. Archives of Surgery. Oct. 1895. Ref. Medical News. Vol. LXVII. Nr. 23. 7. Dec. 1895.
15. **d'Aulnay**, Richard G. Chancre de la sous-cloison du nez. Annal. de Derm. et de Syphil. 1895. 11.
16. **Mendel**. Syphilitischer Chancre um die Nasenlöcher. Soc. fr. de dermat. et de syph. Annales 1895 p. 210.
17. **Noekkentoed**. Vier Fälle von extragenitaler Syphilis. Hospitals-Tidende 1, 9. Ref. Deutsche Med.-Zeit. 1894. 87 p. 981.
18. **Dantos**. Indurirter Schanker des unteren Augenlides. Soc. de dermat. et de syphil. Séance du 10 Janv. 1895. Annales de dermat. et de syph. 1895 p. 14.
19. **Snell**. Neuf cas de chancre des paupières. La Médecine moderne. 17. Juli 1895. Nr. 57.
20. **Snell**. Chancres de la conjonctive. Société d'ophthalmologie. Séance de 12 Juin 1895. Ref. Le Mercredi médical. Nr. 27. 3. Juli 1875.
21. **Ewdlitz**. Extragenitale Sclerosen. Soc. de dermat. et de syphil. Ann. 1895 p. 124 u. 125.
22. **Kácsér**. Drei Fälle von extragenitaler Syphilis-Infection. Pester Medicinisch-chirurgische Presse. Nr. 33. 1894.

23. **Jacobsohn**, W. A. H. Five Cases Of Digital Chancres Occurring In Medical Men. Guy's Hospital Reports. Vol. L. London 1894.
24. **Panas**. Chancre syphilitique de la paupière. Clinique de l'Hôtel Dieu. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1894 p. 116.
25. **Vignes**. Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire. Journal des mal. cut. et syph. 1894 p. 184.
26. **Berliner**, Carl. Seltene Localisation der Initialsclerose mit Bemerkungen über die Verbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XX. Nr. 7.
27. **Fournier**, A. Chancre de l'amygdale. Leçon recueillie par Edmond Fournier. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. Jahrgang 42. Nr. 37. 14. Sept. 1895.
28. **Szadek**. Indurations et ulcérations syphilitiques primitives des amygdales et de l'oesophage. Przegląd Chirurgiczny. Tome I. Fasc. IV. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1894 p. 742.
29. **Wickham**, Louis. Ein Fall von Lichen syphiliticus. Soc. de dermat. et de syph. Annales 1895 p. 125.
30. **Casoli**. Note cliniche sopra alcuni casi di sifiloderma papulo-circinato. Il Morgagni. 12. Oct. 1895. Nr. 41.
31. **Free**, James. Syphilitic Warts. The Boston Medic. and Surg. Journ. Vol. CXXXIII. Nr. 24. 12. Dec. 1895.
32. **Hallopeau**. Ein Syphilom mit Schwellung der Unterlippe. Soc. de dermat. et de syphil. Annal. 1895 p. 118.
33. **Ehrmann**, S. Ueber Combinationsformen nichtsyphilitischer Hautveränderungen mit syphilitischen Exanthenen. Wien. med. Blätter. 1894. Nr. 52.
34. **Breton**. Manifestations cutanées d'une syphilis évoluant chez un morphinomane. Journal des malad. cutan. et syphilit. 1894 p. 712.
35. **Payne**, J. F. Destructive Folliculitis of the Scalp in a Syphilitic. British Journal of Dermatology. Ref. The Medical and Surg. Reporter. Vol. LXXIII. Nr. 2. 13. Juli 1895.
36. **Renaut**. Syphilide pigmentaire. Société médic. des hôpitaux. Séance du 31 mai 1895. Le Mercredi médical. Nr. 23. 5. Juni 1895.
37. **Dedjurin**, J. P. Leucoderma syphiliticum. Russkaja Medizina. 1894. Nr. 34. Ref. Jeszenedjelnik 1894. Nr. 47. Russisch.
38. **Semen**. Siflide pigmentaria. Thèse de Paris. 1895. Ref. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1895. Nr. 156.
39. **Bruck**, A. Fall von doppelseitiger syphilitischer Erkrankung des äusseren Gehörgangs. Berlin. med. Gesellschaft. Berl. klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 7.
40. **Jullien**. Lésions syphilitiques secondaires tardives de la langue. Séance de la société médicale du IX. arrondissement du 8 Févr. 1894. Journ. des mal. cut. et syph. 1894 p. 162.
41. **Sendziak**, J. An Extraordinary Case of Syphilis of the Tonsils. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. 1895. Nr. 9. Ref. The Amer. Journal of the Medical Sciences. Vol. CX. Nr. 2. Aug. 1895.

42. **Vedova.** Siflide gommosa delle amigdale. Nicolai, journal de l'Institut oto-rhino-laryng. de Milan. 1894. Ref. Revue de Laryng., d'Otol. et de Rhinologie. Nr. 17. 1. Sept. 1895.
43. **Mendel.** De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. 1895. Nr. 18.
44. **Battle.** Syphilitic Stenosis of Pharynx. Clinical Society of London. The Brit. Med. Journ. 16. Febr. 1895.
45. **Ficano.** Sulla follicolite ulcerativa sifilitica terziaria della faringe. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 14 dicembre 1895. Nr. 150.
46. **Rutten.** Malade guérie d'un syphilome de la paroi latérale droite du cou et de la gorge. Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1. Aug. 1895. Nr. 15.
47. **Labit.** Condylome syphilitique des fosses nasales. Ref. Le Mercredi médical. 7. Aug. 1895. Nr. 32.
48. **Ripault.** Syphilides nasales végétantes à la période secondaire de la syphilis. Revue de Laryngol., d'Otologie et de Rhinol. 1895. Nr. 18.
49. **Norval, H. Pierce.** Syphilis of the Nose; with Reports of Cases. The New-York Medical Journal. Nov. 1895.
50. **Hallopeau und Jeanselme.** Ueber Eiterungen bei tertiären Syphilomen der Nasenhöhlen. Ann. de Derm. et de Syph. T. V. Nr. 4. 1894.
51. **Stangenberg, E.** Ueber syphilitische Affection in der Nase. Hygiea 1895. Nr. 5.
52. **Hennebert, C. und Coppez, H.** Exophthalmus, bedingt durch ein Syphilom der Fossa pterygo-palatina. Annales de dermat. et de syph. 1895 p. 193—200.
53. **Baudet.** La résorption progressive des arcades alvéolaires ou mal perforant buccal. Archives générales de médecine, p. 61. Janv. 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg. Nr. 80. 5. Oct. 1896.
54. **Mansilla, G.** Gumma der Orbita. Revista de medicina y cirugía. Madrid 1894 p. 195.
55. **Mandelstamm.** Ein seltener Fall vonluetischer Affection der Augenhöhlen. Centralbl. für prakt. Augenheilkunde. 19. Jahrg. Sept. 1895.
56. **Walter, O.** Doppelseitiges Gumma der Augenhöhle nebst Sectionsbefund. Zehenders klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. Jan. 1895.
57. **Rueda.** Arthrite crico-arythénoidienne syphilitique. Rev. de laryng. 1894. Nr. 2. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1894 p. 251.
58. **Zechanowitsch, A. S.** Ein Fall von Gonorrhoe, welche sich unter Einwirkung der Syphilis herauszeigte. Russkaja Medizina. 1894. Nr. 22. Ref. Jeszenedjelnik 1894. Nr. 37. Russisch.

(1) Die Untersuchungen von **Wwedensky** betreffen hauptsächlich die Veränderungen in den Gefässen und den Nerven bei syphilitischer Primärsclerose von 12 Patienten. In 8 Fällen wurden die Sclerosen herausgeschnitten, entweder schon bei Anwesenheit der allgemeinen Symptome der Syphilis oder kurz (3—8 Tage) vor Auftreten derselben. In 4 Fällen wurden die Sclerosen entfernt circa 4 Wochen nach dem letzten verdächtigen Coitus. — Die Präparate wurden nach dem gebräuchlichen

Härtungs- und Färbungsmethoden angefertigt. Wwedensky formulirt das Resultat seiner Untersuchungen folgendermassen: 1. Ausser dem Infiltrations- und Proliferationsprocess in den Gefässwänden ist bei der syphilitischen Primärsclerose eine hyaline (im Sinne Recklinghausen's) Degeneration der Gefässwände zu constatiren. 2. Der hyalinen Degeneration sind unterworfen kleine Arterien, theilweise auch Capillaren und Venen. Dieselbe beginnt in den Arterien und Venen wahrscheinlich in der Media und erst später verbreitet sie sich auf die Intima. 3. Die hyalin degenerirten Gefässe liegen hauptsächlich in den peripheren Theilen der Primärsclerose. 4. Die hyaline Degeneration der Gefässe beginnt höchst wahrscheinlich kurz vor dem Auftreten der allgemeinen Symptome der Syphilis. 5. In den Nervenbündeln, welche im Gewebe der Primärsclerose sich befinden, ist das sogenannte Neurilemm den Veränderungen unterworfen. Dieselben bestehen in Infiltration des Neurilemms mit zelligen Elementen, wobei das dem Epineurium entsprechende Bindegewebe und das Perineurium stets bedeutender infiltrirt sind als das Endoneurium. — Zum Vergleiche der Veränderungen in den Gefässen untersuchte Wwedensky auch 3 Fälle von weichem Schanker und konnte in demselben keine hyaline Degeneration der Gefässwandungen beobachten.

A. Grünfeld.

(2) Gottheil stellt die Schwierigkeiten fest, welche die Diagnostik des harten Schankers bietet. Folgende Affectionen können seiner Ansicht nach ein Ulcus durum vortäuschen.

1. Artificielle Induration nach Aetzung einer Erosion oder nicht specifischen Ulceration mit Argent. nitricum, Carbol-, Essig-, Salpetersäure u. s. w.

2. Lymphangitis nodularis bei Gonorrhoe, wenn keine Phimose vorhanden ist und die Knötchen somit mechanischen Läsionen ausgesetzt sind.

3. Irritirte Scabiesherde am Penis.

4. Eine secundäre Induration, wie sie sich in seltenen Fällen im Verlaufe der Lues an der Stelle des Primäraffectes bilden kann.

5. Eine Papel oder ein Tuberkel des Penis.

6. Ulcerirtes Gumma.

7. Epithelioma.

Diesen theoretischen Auseinandersetzungen fügt Gottheil noch die Krankengeschichten und Photographien von zwei von ihm beobachteten Fällen hinzu. Bei dem ersten handelte es sich um eine herpetische oder kankroide Ulceration mit artificieller Induration (seit 2 Jahren auf Allgemeinerscheinungen beobachtet), welche schnell auf locale Application von Calomel heilte, bei dem zweiten um eine gummöse Affection am Penis eines Patienten, der auch sonst am Körper tertiäre Efflorescenzen und Gummata aufwies. In letzterem Falle rapide Heilung auf Jodkalium ohne locale Behandlung. Die Einzelheiten dieser Fälle sind im Originale nachzusehen.

Paul Oppler (Breslau).

(3) Morel-Lavallée impfte mit animaler Vaccine eine Familie von 7 Köpfen. Während bei 6 Personen die Impfung und Heilung ohne

jede Störung verlief, traten bei der 7. Person entzündliche Erscheinungen an den Impfstellen auf, welche der Impfpustel allmählig das Aussehen eines Primäraffectes gaben. Da bei der Impfung mit absoluter Antisepsis vorgegangen war und die Lymphe bei den anderen Impfungen nicht diese anormalen Symptome hervorgerufen hatte, so musste Morel an eine Idiosyncrasie glauben. In diesem Glauben wurde er dadurch noch bestärkt, dass die Person ihm erzählte, ihre Schwester hätte nach der Impfung die gleichen Erscheinungen dargeboten, was Morel aus seinen Notizen bestätigen konnte, weil er zufällig auch die Schwester vor 2 Jahren geimpft hatte. Feuchte Kataplasmen brachten schnelle Heilung. Später traten in der Peripherie der Impfnarben heftige Schmerzen auf, welche Verfasser als postinfectiöse Neuritis deuten will. Pinner.

(4) Zabolowsky. Die Gesamtzahl der Fälle extragenitaler Infection mit Lues, welche in der Poliklinik des Miasnitzky Krankenhauses während der letzten 3 Jahre (vom 1. Juli 1890 bis zum 1. Juli 1893) beobachtet wurden, beträgt 139, von welchen 62 auf Männer, 77 auf Frauen kamen. Der Localisation nach waren die Primäraffecte am häufigsten an den Tonsillen, dann an den Lippen und weiblichen Brustwarzen, seltener an anderen Körperteilen. An den Tonsillen waren im Ganzen 104 Fälle (52 Männer und 52 Frauen) d. h. mehr als  $\frac{3}{4}$  der Gesamtzahl. An beiden Tonsillen 30 Fälle, an der linken 42, an der rechten 32. Unter diesen 104 Fällen waren 26 Kinder (13 Knaben und 13 Mädchen). An den Lippen waren 13 Fälle. An beiden gleichzeitig 1 Fall, an der oberen 9 Fälle, an der unteren 2. An den weiblichen Brustwarzen waren 16 Fälle von Primäraffecten. Unter diesen waren 4 Ammen. Die übrigen 27 Fälle von extragenitalen Primäraffecten waren folgendermassen localisirt. 1 Fall an der rechten Wange eines Kindes, dessen Eltern syphilitisch waren. 1 Fall an der Nase nach einem Biss von einem Syphilitiker. 1 Fall am linken oberen Augenlide. 1 Fall an der rechten Schulter. 1 Fall am rechten Oberarm. 1 Fall am Bauch und 1 Fall am rechten Oberschenkel. Dem Alter nach lassen sich die Kranken folgendermassen gruppieren:

Von $\frac{1}{2}$ bis 5 Jahren		13 Fälle.	— Von 5 bis 10 Jahren		9 Fälle.
„ 10	„ 15	„ 13	„ 15	„ 20	„ 16
„ 20	„ 25	„ 36	„ 25	„ 30	„ 34
„ 30	„ 35	„ 6	„ 35	„ 45	„ 9
„ 45	„ 55	„ 3			

In der grossen Mehrzahl der Fälle (102) waren die Primäraffecte einzeln, in 36 Fällen doppelt, und nur in einem Falle waren 3 an den Lippen. Die extragenitale Infection mit Lues beträgt bei den Männern 4.26% der Genitalien; bei den Frauen 8.42%. — Die Procentzahl der extragenitalen Infection bei Frauen ist also 2mal so gross, als bei den Männern, obwohl die Gesamtzahl der die Poliklinik besuchenden Frauen nur die Hälfte der Gesamtzahl der Männer beträgt.

E. v. Sachs (Breslau).

(5) Von 50 extragenitalen Primäraffecten, die Joseph aus dem Materiale seiner Poliklinik zusammenstellen liess, fanden sich 31 bei

Männern, 19 bei Frauen. Von allen überhaupt beobachteten Primäraffecten waren extragenital jedoch nur 2.73% bei Männern, 27.94% bei Frauen. Der Sitz der Sclerose war am häufigsten an der Lippe (Unterlippe häufiger als Oberlippe); dann folgen in absteigender Häufigkeit: Mundwinkel, Tonsille, Kinn, Anus, Zunge, Nase und Bauch. Gleichzeitig theilt Joseph 4 interessante Krankengeschichten mit:

1. Eines Falles, in welchem der Patient (Sohn und Bruder eines Arztes) sich, ohne dass seine ärztlichen Familienmitglieder dagegen Einspruch erhoben, trotz seines luetischen Lippenschankers verlobte und seine Braut ebenfalls an der Lippe luetisch inficirte.

2. Einer Patientin, welche ca. 20 Monate post infectionem oberhalb der Mammilla eine etwa thalergrosse Efflorescenz bekam, welche im Centrum einen grossen Roseolafleck zeigte, der von einem weissen Saume umrahmt war, um den herum sich kleine Papeln entwickelt hatten (Gegenstück zu Jadassohn's Fall: Centrale Papel mit umgebenden maculösen Efflorescenzen).

3. Einer Patientin, welche ein luetisches Kind geboren und selbst keine sichtbaren Zeichen von Lues gezeigt hatte und trotzdem  $\frac{1}{2}$  Jahr post partum einen Primäraffect bekam, der von typischen Syphilisercheinungen gefolgt war.

4. Eines Falles von Reinfectio syphilitica.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(6) E. Fournier hat 78 Fälle von extragenitalen Sclerosen zusammengestellt und in Uebereinstimmung mit der früheren Statistik aus dem Hôpital Saint Louis und der aus dem Hôpital Ricord gefunden, dass die Mehrzahl der extragenitalen Primäraffecte am Kopfe (74.3%) und von diesen wieder 70% an den Lippen vorkommen, während am Stamm erheblich weniger (von seinen 78 Fällen 17) und noch weniger an den Extremitäten (3 Fälle) zur Beobachtung kamen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(7) Fournier bespricht in einem Vortrage die Möglichkeiten der Uebertragung der Syphilis bei der Ausübung des ärztlichen Berufes. Die Syphilis kann sowohl vom Arzt auf den Patienten, als auch vom Kranken auf den Arzt übertragen werden. Die Infectionen der ersten Gattung können nach Fournier veranlasst werden:

1. Durch die Hände des Arztes.

2. Durch seine Instrumente.

3. Durch organisirte Gebilde, welche vom Arzte einem Syphilitischen entnommen und auf einen Gesunden gebracht werden.

Durch die Hände des Arztes kommt eine Infection zu Stande, wenn er eine syphilitische Efflorescenz berührt und unmittelbar darauf eine gewöhnliche Wunde. Besonders häufig sind die Fälle der Art, wo der Arzt oder die Hebamme einen Primäraffect an der Hand haben, und dieser nicht diagnosticirt wird. Auf diese Weise kann eine Menge von Personen inficirt werden und in der That sind Endemien von Syphilis beschrieben worden, welche so entstanden waren.

Von Instrumenten, durch welche Syphilis übertragen werden kann, kommen nach Fournier vorwiegend in Betracht: Messer, Lanzetten, die Instrumente zum Schröpfen, Specula, Catheter für die Tuba Eustachii, Zungenspatel, Kehlkopfspiegel, endlich Verbandzeug. Fournier führt dafür eine Menge Beispiele an. Er beschreibt auch Infectionen, welche durch den Höllensteinstift herbeigeführt wurden, jedoch kann bloss die Einfassung des Stiftes die Uebertragung vermitteln, denn der Höllenstein selbst ist ein zu mächtiges Zerstörungsmittel für alles organisirte, als dass der Syphiliskeim dadurch nicht sofort unschädlich gemacht würde.

Bezüglich des dritten Punktes führt Fournier Fälle an, in denen bei Gelegenheit einer Transplantation und bei der Reimplantation von Zähnen Syphilis übertragen wurde.

Der Arzt selbst kann sich in der Praxis am leichtesten im Gesichte und an den Händen inficiren. Im Gesichte kommt dies vor, wenn Kranke mit syphilitischen Affectionen des Mundes bei Gelegenheit der Untersuchung expectoriren und der Arzt eine Excoriation im Gesicht hat. Noch häufiger ist aus begreiflichen Gründen bei Aerzten der Primäraffect an den Händen und Fournier nennt ihn geradezu „le chancre médical par excellence“. Unter 79 Fällen, die er selbst beobachtete, betrafen 30 Aerzte. Fournier räth deshalb die grösste Vorsicht bei der Untersuchung von syphilitischen Efflorescenzen anzuwenden und empfiehlt Excoriationen an der Hand des Arztes vor der Untersuchung mit Heftpflasterstreifen oder mit einer Collodiumschicht zu bedecken. Fournier hebt noch hervor, dass die Prognose dieser „Berufssyphilis“ eine ungünstige sei und glaubt diese Thatsache durch 3 Gründe erklären zu können, welche die Entwicklung einer schweren Syphilis begünstigen können. Der Arzt ist erstens durch die Infection sehr deprimirt, weil er die Gefahren kennt, die seine Krankheit mit sich bringen kann. Dann ist der Arzt überarbeitet, durch seine Praxis angestrengt, isst unregelmässig u. s. w. Endlich aber behandelt der Arzt gewöhnlich seine eigene Syphilis schlecht, theils aus Gleichgiltigkeit, theils aus Mangel an Zeit, theils aus Mangel an Vertrauen zu seiner Therapie. In dieser Weise glaubt Fournier die Börsartigkeit der Syphilis bei Aerzten erklären zu können.

Raff (Breslau).

(8) Petrini berichtet über 3 Fälle extragenitaler Infection an Daumen, Lippe, Mundschleimhaut mit schweren consecutiven Symptomen, betont die Häufigkeit schweren Verlaufes der Syphilis bei extragenitaler Infection, die nach Annahme des Verfassers damit zusammenhängt, dass der Reichthum der oberen Körperpartien an Lymphgefässen eine rasche und reichliche Resorption des Virus bedingt. Finger (Wien).

(9) Spillmann und Etienne. Bericht über eine Reihe von Infectionen, die durch familiäres Zusammenleben entstanden sind; darunter mehrere extragenitale Primäraffecte, so am Kinn, an der weiblichen Brustwarze, am Mundwinkel, am Nasenflügel. Winternitz.

(10) Deforin constatirte bei einem einjährigen Knaben an den Impfstellen 3 harte Geschwüre, allgemeine Scleradenitis, Syphilis papu-

losa; papulae mucosae ani, oris et angina papulosa. — Die Lymphe ist von einem Kalbe genommen. Somit fand die Infection vermittelt des inficirten Instrumentes statt.  
A. Grünfeld.

(11) Haushalter berichtet über einen Fall von Impfsyphilis. Das betreffende 5jährige Mädchen, das Kind gesunder Eltern, war bis vor circa 3 Monaten völlig gesund; seitdem zweifellose Erscheinungen von secundärer Lues; Impfung vor 4½ Monaten an beiden Armen; am rechten Arme bald darauf Entwicklung einer braunen, 2 francstückgrossen, festhaftenden Kruste, die erst nach 2 Monaten, ohne Narben zu hinterlassen, abfiel. Heilung unter 20 Einreibungen mit ung. hydr. einer. Da die Lymphe animale war, kann die Infection nur mit dem impfenden Messer erfolgt sein. Verf. rät dringend zu peinlichster Sauberkeit, resp. Anwendung frischer oder gut desinficirter Messer bei jedem Impfung in Anbetracht der grossen socialen und hygienischen Gefahr, die ein solcher syphilitischer Impfung für seine Umgebung ist.  
Paul Neisser.

(12) Fisher berichtet über 10 Fälle, in denen Wöchnerinnen innerhalb der Monate August, September und October 1882 von einer Hebamme, die eine Sclerose an der Hand hatte, syphilitisch inficirt wurden. F. nimmt an, dass in diesem Zeitraum sicher noch mehr Wöchnerinnen von der betreffenden Person inficirt worden sind. Die Hebamme, die sich die Sclerose bei Untersuchung einer Prostituirten zugezogen hatte und genau die Natur der Erkrankung kannte, wurde zu 12 Monaten Zwangsarbeit verurtheilt.  
Paul Neisser.

(13) Cheinisse berichtet, nach einer kurzen Angabe der einschlägigen Literatur, über einen Fall von fünf typischen, durch Tätowiren an der Beugefläche des Vorderarmes entstandenen Initialaffecten. Das die Tätowirung ausführende Individuum hatte die Nadel wiederholt mit eigenem Speichel benetzt. Die Incubationsperiode zwischen der Impfung und dem Auftreten der Initialaffecte betrug 100 Tage. Finger (Wien).

(14) Hutchinson beobachtete bei einem Collegen eine frische Lues; derselbe gab an, dass an eine durch geschlechtlichen Verkehr erworbene Infection nicht zu denken sei. Als einzige Eingangspforte für das Virus konnte eine bereits fast ganz geschwundene „Beule“ an dem einen Schenkel angesehen werden, welche ihrem klinischen Verhalten nach wohl ein Primäraffect sein konnte. Die regionären Drüsen waren leicht geschwollen. Patient will sich nun ganz genau erinnern, dass er an dieser Stelle einen Flohstich gehabt und sich gewundert habe, dass dieser sich in dieser Weise verhalte. Hutchinson ist geneigt auch wirklich diesen, auf einem Omnibus erhaltenen Flohbiss als ätiologisches Moment anzusehen.  
Paul Oppler (Breslau).

(15) Richard d'Aulnay berichtet über den Fall eines syphilitischen Initialaffectes an der häutigen Nasenscheidewand durch Cunnilingus entstanden.  
Finger (Wien).

(16) Mendel demonstrirt einen Fall mit symmetrisch zu beiden Seiten der häutigen Nasenscheidewand gelegenen primären Sclerosen und submaxillärer Drüsenschwellung.  
Winternitz.

(17) Nockkentoed sah auf dem Lande einen Primäraffect an einem Mundwinkel, der durch Mitbenutzung der Pfeife eines an spezifischer Angina leidenden Knechtes entstanden war. In den übrigen 3 Fällen war der Infectionsmodus nicht zu eruiren, der Primäraffect überhaupt nicht auffindbar. Patient nimmt aber auch in diesen Fällen Mund und Rachen als Eingangspforte an.

Münchheimer.

(18) Danlos demonstrirt eine Sclerose des unteren Augenlides, welche sich durch eine bedeutende Ausdehnung, geringe Geschwürsbildung und bis in die Fossa supraclavicularis reichende Drüsenschwellung auszeichnete.

Winternitz.

(19) Unter 9 Fällen von Primäraffect der Augenlider, welche Snell bespricht, sind 2 besonders bemerkenswerth. Der eine betraf ein Kindermädchen, welches sich durch ein syphilitisches Kind inficirte. Im andern Falle handelte es sich um einen 30jährigen Mann; derselbe hatte sich im Schlachthause verwundet und die Wunde mit einer zufällig in einer Schale stehenden blutigen Flüssigkeit gewaschen.

Raff.

(20) Suell hat 9 Conjunctivalschanker beobachtet. Bei einem Falle hatte der Schanker, der im inneren Augenwinkel sass, beide Lider ergriffen und zeigte sehr deutliche Induration. Schwellung der Paräauricular- und Submaxillardrüsen. Die betreffende Patientin war Amme und hatte sich an einem luetischen Kinde angesteckt. Bei einem anderen Falle sass der Schanker am oberen Lide.

Paul Oppler (Breslau).

(21) 1. Syphilitischer Schanker der häutigen Nasenscheidewand: Typischer indurirter Schanker der häutigen Nasenscheidenwand mit submaxillärer Drüsenschwellung. 2. Multiple syphilitische Schanker der Unterlippe und der Zunge: Demonstration eines typischen Falles.

Winternitz.

(22) Kácsér berichtet über eine Glossitis syphilitica gummosa bei einem 24jährigen Bauern, bei welchem eine Genitalinfection nicht nachweisbar war, ferner über Condylomata in ano bei einem 8jährigen Knaben, den sein luetisch erkrankter Onkel päderastirt hatte. Die Mutter des Knaben bekam eine Sclerose an der linken Backe und syphilitische Erkrankung des ganzen Rachenraumes. Die Infection der Mutter erklärt Verfasser durch Essgeräthe, welche gemeinsam benutzt wurden.

Pinner.

(23) Jacobsohn hat in einer umfangreichen Arbeit ausser fünf eigenen Beobachtungen von syphilitischem Primäraffect an den Fingern von Aerzten eine grosse Anzahl analoger Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Im Anschlusse daran bespricht er die mannigfachen, wenig typischen Bilder, unter denen der Primäraffect sich verbergen kann. Besonders hervorzuheben ist das durch die Localisation bedingte Fehlen einer Induration. Ulceration kann ebenfalls fehlen oder ganz geringfügig sein. Die primäre Läsion kann ferner auftreten: als Geschwür, als Wunde mit üppigen Granulationen, als indurirte Papel, mit

und ohne Ulceration, als indurirtes Geschwür oder ebensolche Fissur, als phagedänische Wunde und als acut entzündete Wunde mit Septicämie. Eine primäre Continuitätstrennung der Haut soll für das Zustandekommen der Infection nicht unbedingt erforderlich sein. Es genügt eine besonders weite Oeffnung von Talgdrüsen oder Haarfollikeln, sowie Zartheit der Haut am Nagelfalz oder frische Narben von den bekannten kleinen Einrissen der Haut am Seitenrande des Nagelbetts, in Verbindung mit einer besonders infectiösen Beschaffenheit des syphilitischen Virus. Als Beleg dienen Citate aus Hutchinson und anderen Autoren. — Erschwerende Factoren für die Diagnose sind: 1. Das häufige Fehlen einer Anamnese. 2. Die zahlreichen Varietäten und oft atypischen Formen des Primäraffects, auf die bisher noch zu wenig Werth gelegt worden ist. Daraus ergibt sich die Lehre, jede Wunde, die unter der gewöhnlichen Behandlung nicht heilt, für syphilitisch — viel seltener für tuberculös — anzusehen. 3. Die profuse Eiterung und häufig vorhandene Entzündung, sowie das nicht seltene Fehlen einer Induration. 4. Das Uebersehen der Schwellung der Axillar- und Cubitaldrüsen. Als Infectionsmodus ist, neben den bekannteren, auch Ansteckung gelegentlich der Section einer syphilitischen Leiche beobachtet worden. Dass extragenital erworbene Syphilis schwerer und hartnäckiger verläuft, als die gewöhnlichen Fälle, ist nur in dem Sinne zuzugeben, dass Infectionen der ersten Art erst spät diagnosticirt zu werden pflegen, und sich daher gegenüber der Therapie ebenso verhalten, wie jede andere spät zur Behandlung kommende Syphilis. Günsburg. (†)

(24) Panas hält Sclerosen des Augenlids für häufiger, als man annimmt und glaubt, dass sie oft mit Cancroid, Lupus und Anthrax verwechselt werden. Die Diagnose sichere vor Allem die schnell eintretende Induration und das Anschwellen aller Gesichtsdrüsen, besonders der vor dem Ohr gelegenen. Die Behandlung soll nach Verf. eine energische sein und in Sublimatinjectionen, verbunden mit Jodkali, bestehen. Local sei Kauterisation zu vermeiden und nur Jodoform anzuwenden.

Paul Neisser.

(25) Der seit einem Monat erkrankte Patient Vignes' zeigt neben enormer Chemosis des linken Auges zwei Ulcera in der Nähe des inneren Augenwinkels auf der Conjunctiva bulbi; die enorm geschwollenen indolenten Präauricular- und Mandibulardrüsen sprechen zweifellos für Primäraffect.

Paul Neisser.

(26) Berliner berichtet ausführlich über einen Primäraffect am Nabel eines 19jährigen Mädchens; derselbe soll so entstanden sein, dass die Patientin nach einem Coitus mit ihrem syphilitischen Bräutigam sich mit dem Fingernagel am Nabel kratzte. Ferner theilt er einen Fall mit, in dem das primäre Geschwür 2 Cm. oberhalb des mittleren Theiles des rechten Poupart'schen Bandes sass; 10 Tage, nachdem Verf. diesen Patienten zum ersten Male gesehen, stellten sich Roseola und Angina specifica ein. Verf. glaubt den Eindruck gewonnen zu haben, dass die extragenitalen Initialaffecte eine langsamere Heilungstendenz zeigen als die genitalen. — Das

grösste Contingent für extragenitale Infectionen stellen Frauen und Kinder. Verf. erwähnt als Infectionsmodus für Kinder (neben den von Fournier angegebenen Wegen) die Uebertragung durch die Circumcision und — bei uns sehr selten, nach Duncan Bulkley für Deutschland, Schweiz und Holland nur 7% aller extragenitalen Sclerosen — durch die Vaccination. Für die Vereinigten Staaten beträgt hier der Procentsatz 68%. Einen bei uns seltenen, im Orient dagegen häufigen Infectionsmodus gibt die dort stark verbreitete Päderastie ab. Weitaus am häufigsten kommt extragenitale Infection per os zu Stande. Verf. bespricht die für die Diagnose massgebenden Momente. Häufig sind auch die durch das Säugen syphilitischer Kinder entstehenden Brustdrüsensclerosen. Indessen können sich die extragenitalen Sclerosen überall finden, und in der Literatur finden sich Angaben über solche auf dem behaarten Kopf, der Stirn, am Augenlide, auf den Wangen, der Nasenspitze, in der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, in der Internammargegend, an den Armen, Händen, Fingern, am Abdomen, an den Nates etc. Als seltenste extragenitale Localisation erscheint die Ohrmuschel. Verf. gibt eine Tafel aus dem Buche Duncan Bulkleys „Syphilis in the Innocent“, welche Häufigkeit und Sitz der extragenitalen Sclerosen zeigt und fügt diesen 9058 Fällen noch die 539 von Krefting und 86 Fälle aus der Literatur der letzten Jahre incl. seiner eigenen hinzu.

Sternthal.

(27) Fournier gibt eine eingehende klinische Schilderung des Primäraffectes der Tonsille. Aus der ausführlichen Arbeit sei Folgendes hervorgehoben. Das syphilitische Virus findet in den Krypten und Erosionen der Tonsillen die beste Inoculationsgelegenheit. Lange Zeit wurde der Tonsillarschanker in seiner Natur nicht erkannt. Meistens tritt er singular auf und überschreitet gewöhnlich nicht das Tonsillargewebe. Seine Grösse schwankt zwischen 5 Millimeter und 3 Centimeter. Er beginnt mit leichten Schlingbeschwerden, welche in charakteristischer Weise einseitig auftreten und persistiren. Seine hauptsächlichsten Formen sind 1) die erosive, 2) die ulceröse, 3) die anginöse und dann die selteneren 4) diphtherische und 5) sphaceloide oder gangränöse Form. Die beiden letzten gehen ebenso wie die anginöse Form mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen einher im Gegensatze zu den Primäraffecten an anderen Körpertheilen. Die stets beträchtliche Drüsenschwellung nimmt die Umgebung der Cartilago thyreoidea und des grossen Zungenbeinhornes ein, sie ist multipel, indolent und zeigt keine Entzündungserscheinungen. Die betreffende Tonsille ist — wenn auch oft schwer feststellbar — indurirt. F. gibt nun die Differentialdiagnose gegen Carcinom, Angina vulgaris, Plaque muqueuse, tertiäre Ulceration, Angina membranacea und lacunaris. Die Dauer schwankt zwischen 5 bis 8 Wochen. Die Therapie besteht in Ausspülungen mit Borsäure etc. Bei lebhaften Schmerzen wird etwas Opium oder Cocain hinzugefügt. Ferner werden verwendet Pinslungen mit Tinct. Jodi oder Jodoform-Alkohol-Aether-Tinctur. Endlich Cauterisation mit dem Argentumstifte.

Paul Oppler (Breslau).

(28) Szadek bespricht das häufige Vorkommen von Primäraffecten an den Tonsillen und am Oesophagus. (Pospelow bringt in seiner Statistik unter 198 extragenitalen Primäraffecten 46 Mal solche an den Tonsillen, Bulkeley unter 272 Fällen 200 an den Tonsillen, 29 am Oesophagus und 20 am Gaumensegel und Gaumenbögen). Was die Aetiologie betrifft, so kommt wohl in den seltensten Fällen die Infection durch den Coitus per os zu Stande, schon häufiger durch Küsse (daher die Häufigkeit bei Kindern); in der Mehrzahl der Fälle findet die Uebertragung wohl aber durch Ess- und Trinkgeschirre statt; die Uebertragung durch ärztliche Instrumente ist nicht zu vergessen. Szadek bespricht sodann die Symptomatologie (Induration, Glanz, Schwellung der benachbarten Drüsen u. s. w.) und die Behandlung, wobei er neben localer Anwendung von Calomel, Sublimat, Jodoform, Argentum nitr. sehr für Allgemeinbehandlung plaidiert.

Paul Neisser.

(29) Der von Wickham demonstrirte Fall war nicht nur durch lichenartige Eruption, sondern auch durch das heftige Jucken der Knötchen ausgezeichnet. Die Ulceration einzelner Knötchen, die pustulöse Beschaffenheit der jungen Knötchen, die Alopecie und andere Erscheinungen sicherten die Diagnose.

Winternitz.

(30) Die klinischen Charaktere des circinären Syphilides sind nach Casoli folgende: Eruption von Papeln, kreisförmige Anordnung, psoriasis-ähnliche Abschuppung, die Hartnäckigkeit des Exanthems und seine Localisation. Das Exanthem kommt sehr selten vor; es ist der Secundär-Periode zuzurechnen, denn es hat einen oberflächlichen Sitz und ist contagiös. Der Lieblingssitz ist der Nacken und die Streckseite der Extremitäten, so dass es der Psoriasis sehr ähnlich wird. Der Behandlung gegenüber — local und allgemein zusammen — verhält sich das circinäre Syphilid sehr resistent. C. führt dies darauf zurück, dass das circinäre Syphilid am Ende der secundären Periode auftritt, und in dieser Zeit alle Syphilide schwerer beeinflussbar sind; ferner kommt in Betracht die Infiltration der Haut, welche viel stärker ist als beim gewöhnlichen papulösen Syphilid, und endlich die Anordnung in Kreisen, welche auch bei andern Hautkrankheiten ein Zeichen für die Hartnäckigkeit des Krankheitsprocesses ist. C. theilt die Meinung Unnas nicht, dass zum Zustandekommen des circinären Syphilides ausser der Lues auch noch das seborrhoische Eczem beitrage.

Raff.

(31) Free. Nichts Neues.

Paul Oppler (Breslau).

(32) 2 Jahre nach der Infection begann bei einem Pat. Hallopeau's die Unterlippe zu schwellen und ist seit ungefähr 8 Jahren mit abwechselnden Besserungen vergrößert geblieben. Gegenwärtig sind die Durchmesser der durch eine mediale Furche getrennten Unterlippenhälften 6 und 4 $\frac{1}{2}$  Cm. Farbe roth, an der Oberfläche excoriirte Plaques opalines, Consistenz weich. Sclerosirung der Zunge. Hallopeau sieht in dieser Schwellung nicht eine der Syphilis zukommende Eigenthümlichkeit; vielmehr biete die Unterlippe bei ihrem dünnen und engen Lymphgefässnetze für solche ödematöse Schwellungen günstige Bedingungen. Unterstützend für die

Rückbildung sei neben der Allgemeinbehandlung die örtliche Compression. Winternitz.

(33) Ehrmann erörtert den Einfluss syphilitischer Dyskrasie auf das morphologisch anatomische Verhalten gleichzeitig bestehender nicht-syphilitischer Hautveränderungen: Lichen pilaris, Cutis marmorata, Psoriasis vulgaris, sowie umgekehrt das Verhalten gewisser Dyskrasien (Tuberculose, Scrofulose), und den Einfluss von Hautreizen, Sinapismen, Maceration durch Flüssigkeiten, insbesondere an den Genitalien auf die Gestaltung von in loco auftretenden syphilitischen Efflorescenzen. — Das Hauptmoment dieser modificirenden Wechselwirkung liegt nach Ehrmann in der dem jeweiligen entzündlichen Reize folgenden und andauernden oder aber wechselnden Parese der Hautgefässe, durch welche ein längeres Verweilen und dementsprechend vermehrtes Wuchern, Auskeimen des organisirten Syphilisgiftes im Blute innerhalb der Gefässwand stattfindet. So entwickelt sich bei Personen mit Cutis marmorata häufig ein confluirendes grossmaculöses Syphilid, an Stellen, wo früher Reize, Sinapismen, Ekzeme etc. eingewirkt hatten, ein mässigeres, reichlicheres papulöses Exanthem als an den übrigen Körperstellen. Die Erörterungen sind an sich mehr theoretischer, speculativer Natur und stützen sich auf die reichen Erfahrungen des Autors aus der Praxis und Klinik, welche derselbe als Beweis für seine Annahme heranzieht. Ullmann.

(34) Breton's Patient, ein 34jähriger Kaufmann, der seit 5 Jahren Morphiumist ist und sich allmählig an die kolossale täglich auf einmal injicirte Dosis von 2·0 Morphium gewöhnt hat, hatte sich vor 3 Jahren Syphilis dadurch zugezogen, dass er seiner Maitresse, mit der er wegen Impotenz seit einem Jahr nicht mehr geschlechtlich verkehrte, eine Morphiuminjection machte und gleich darauf dieselbe Canule zu seiner eigenen Injection benützte; 25 Tage später trat an der Injectionsstelle eine Sclerose, und nach 6—7 Wochen ein papulöses Syphilid am Bauche auf. Obgleich diese Syphilis nun fast gar nicht behandelt wurde, so hatte Patient eigentlich keinerlei schwere Erscheinungen davon; nur an jeder Stelle, wo er sich eine Injection machte, traten kleine, linsengrosse Papeln von kupferrother Farbe auf, während die vor der Infection erfolgten Injectionsstiche als kleine, weissliche, eingesunkene Narben imponirten. Verf. wirft die Frage auf, ob etwa durch das im Blute kreisende Morphium die Entwicklung der Lues gehindert worden sei. Unter genügender Entziehungsur und Hg-Behandlung ist Patient augenblicklich fast völlig wieder hergestellt. Paul Neisser.

(35) Die Patientin Payne's, ein 14 Jahre altes Mädchen, litt seit 6 Jahren an einer Affection der Kopfhaut: suppurative Folliculitis mit Borken- und Krustenbildung, welche durch Zerstörung der Haarbälge zu einer oval begrenzten Alopecie geführt hatte. Herpes tonsurans und Favus waren durch das Fehlen von erkrankten Haaren auszuschliessen. Das Allgemeinbefinden konnte auf Tuberculose oder hereditäre Syphilis schliessen lassen. Die Anamnese der Eltern und der Rückgang der Er-

krankung auf eine spezifische Cur (Jodkali, Sublimatpillen, Quecksilber) entschied für Syphilis.

Paul Oppler (Breslau).

(36) Renaud stellt einen Fall von ausgedehnter Pigmentsyphilis vor. Die pigmentirten Stellen sind nicht allein auf den Hals beschränkt, sondern auch am Stamm und besonders in der Lendengegend sehr reichlich. Ausser einer Papel an der Brust und einer am Arm sind die Pigmentefflorescenzen die einzigen floriden Erscheinungen. Renaud ist der Ansicht, dass diese Pigmentanomalie nichts mit der Leukomelanodermie (Besnier und Haslund) zu thun hat, da letztere meist nur an Stellen auftritt, wo früher schonluetische Efflorescenzen waren. Thibierge erwähnt das häufige Zusammentreffen dieser Pigmentlues mit ausgedehnter Alopecie und glaubt, dass der Einfluss des Nervensystems sehr wichtig dabei ist.

Pinner.

(37) Dedjurin berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Lues, in dem das Leucoderma erst bedeutend später als andere Symptome nach recht energischer Behandlung geschwunden war. A. Grünfeld.

(38) Semen hat bei 200 Fällen von Lues 54mal Leukoderm gefunden. Er misst demselben einen grossen Werth in diagnostischer Beziehung bei, da das Leukoderm durch seine Localisation am Hals und durch sein langes Persistiren nur schwer übersehen werden kann. Ein kaum sichtbares Leukoderm kann nach Verf. dadurch deutlicher gemacht werden, dass man zwischen Haut und beobachtendem Auge und zwar möglichst nahe an letzteres ein blaues Kobaltglas bringt. Verf. hat auf diese Weise auch andere Exantheme, papulöses Ekzem, Morbillen entdecken können, die für das unbewaffnete Auge noch unsichtbar waren.

Dreysel.

(39) Bruck demonstirte in der Berl. medicinischen Gesellschaft einen Pat. mit zerfallenen Papeln der äusseren Gehörgänge, welche  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Infection aufgetreten waren. Nach der allerdings etwas kurzen Schilderung des Krankheitsbildes muss man annehmen, dass es sich um eine Uebergangsform zur malignen Syphilis gehandelt hat.

Karl Herxheimer.

(40) Der 34jährige Patient Julliens, der vor 6 Jahren eine Syphilis acquirirt hatte, die zwar fortwährend, aber nicht energisch behandelt worden war, hatte seit einem Jahre eine Affection der Zunge, die schon von 5 Aerzten behandelt worden war und ihm lebhaftes Schmerz verursachte. Während sich auf der rechten Seite derselben eine etwa 1 Francstück grosse glänzende, von einer Fissur umgebene Plaque zeigte, strahlten links von einer kleinen Vertiefung sternförmig einige höchstens 6 Mm. lange Risse aus; die Zunge selbst war im vorderen Theil etwas geschwollen. Der Patient, welcher seit 2 Jahren nicht rauchte, zeigte keinerlei Drüsen und auch sonst für manifeste Lues nichts Verdächtiges, ausser auf der rechten Fusssohle einige kreisförmig angeordnete mattrothe, leicht schuppene Papeln. Damit war die schwierige Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Diabetes, Epitheliom und Syphilis zu Gunsten der letzteren ent-

schieden, wie auch der Erfolg der Behandlung bewies, da nach 2 Calomel-injectionen die Zungenaffection völlig verschwunden war.

Paul Neisser.

(41) Der Fall Sendziak's wurde nach einander als Diphtherie, Angina fibrinosa, als eine neue Mycosisform und endlich als Sarkom diagnosticirt. Eine allerdings erst spät eingeleitete antisymphilitische Cur hatte prompte Heilungsergebnisse. Schuld an dem Irrthum war der eigenartige Befund: die rechte Tonsille war so stark vergrössert, dass der Isthmus faucium beinahe verschlossen wurde; sie war in toto mit einer weissbläulichen dick schmierigen und von dem Tonsillenparenchym nicht abziehbaren Membran bedeckt. Das Aussehen entsprach ungefähr dem Befunde nach einer ausgiebigen Argentum-nitricum-Aetzung.

Paul Oppler (Breslau).

(42) Nach Besprechung der einschlägigen Casuistik schildert Vedova 2 von ihm beobachtete Fälle: Doppelseitiges ulcerirtes gummöses Syphilid der Tonsille bei einem Mann von 27, und ein gleiches auf der linken Tonsille eines Mannes von 40 Jahren. Bei beiden Fällen rapide Heilung nach Sublimatpülungen und Jod, darauf eine gemischte Hg- und Jodcur. Die Schlüsse, zu denen der Autor kommt, sind folgende: 1. Gummata der Tonsillen sind sehr selten. 2. Diese tertiär luetische Affection kennzeichnet sich leicht anderen Erkrankungen der Tonsille gegenüber. 3. Die Behandlung mit Jod muss rechtzeitig eingeleitet werden, um die schweren Complicationen der ulcerirenden Form zu vermeiden.

Paul Oppler (Breslau).

(43) Mendel bespricht zunächst die Schwierigkeit der Diagnose des Primäraffectes an den Tonsillen. Besonders eine Form der Entzündung der Mandeln, die Verf. Amygdalite ulcéreuse chaneriforme nennt, kann mit diesem Leiden eine grosse Aehnlichkeit haben. Verf. glaubt, dass es sich bei dieser Entzündung vielleicht um einen Herpes der Tonsillen handeln könne. Drüsenschwellung war unbedeutend, die Dauer erstreckt sich auf 2—3 Wochen. Dies sind die beiden differentialdiagnostischen Momente, welche meist gestatten, diese Form der Entzündung vom Schanker der Tonsillen mit Sicherheit zu unterscheiden. Die Therapie ist eine ganz indifferente, Spülungen mit Borsäure, eventuell leichte Cauterisation. 6 kurze Krankengeschichten sind am Schlusse der Arbeit beigefügt.

Dreysel.

(44) Battle zeigte einen 24jährigen Mann, bei dem tertiäre Ulceration des Pharynx zu einer Schrumpfung gegenüber dem Zungengrunde geführt hatte. Die Oeffnung in dieser Stenose liess nur einen Catheter Nr. 12 passiren. Sie war von einer dichten Narbenmasse umgeben, und die Epiglottis war verschwunden. Battle durchschnitt den Rand mit der Scheere und führte häufig einen Dilatator ein, was jetzt noch nöthig ist.

Sternthal.

(45) Ficano ist der Ansicht, dass ein grosser Theil der Fälle von ulceröser Pharyngitis, welche bisher zur Scrophulose gerechnet wurden, durch Syphilis bedingt ist. Zum Beweis für seine Behauptung führt er

5 von ihm selbst beobachtete Fälle an. Alle fünf kamen in Behandlung mit den Symptomen einer chronischen Pharyngitis: sie hatten schleimig-eitrigen Auswurf, ein Gefühl von Brennen im Schlunde, welches sie beim Sprechen und Schlucken störte, und mussten fortwährend husten. Die Inspection ergab eine Schwellung der Rachenschleimhaut; dieselbe war stark geröthet und mit einem schleimig eitrigen Exsudat bedeckt. Ferner sah man deutlich die Schwellung der einzelnen Follikel. Es wurde in jedem Fall die gewöhnliche Behandlung der chronischen Pharyngitis eingeleitet, welche aber stets ohne Erfolg blieb. Endlich begannen sich an der Stelle der geschwellten Follikel Ulcerationen, deren Grund mit schlappen Granulationen und mit grauweisslichem Belag bedeckt war, zu entwickeln. Jetzt wurde der Verdacht auf Syphilis rege, und die spezifische Behandlung — Hg und JK — führte jedesmal zur Heilung. Nur in 3 von den 5 Fällen gaben die Patienten an, früher syphilitisch erkrankt gewesen zu sein. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

1. Tuberculöse Geschwüre des Pharynx. Dieselben sind jedoch ganz ausserordentlich selten, treten ausserdem stets multipel auf und machen starke Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, Schmerzen, welche bis in die Ohren ausstrahlen.

2. Der Lupus des Pharynx. Primär ist er ebenfalls sehr selten; der secundäre Lupus des Pharynx kann jedoch schwerlich mit obiger Affection verwechselt werden, schon deshalb, weil er auf spezifische Behandlung nicht reagirt.

3. Das Carcinom des Pharynx. Auch von Carcinom wird der Pharynx nicht häufig befallen; überdies verursacht dasselbe heftige Schmerzen; das Krebsgeschwür ist stärker geröthet, der Auswurf ist putride. Verfasser glaubt, dass die beschriebene Affection zur tertiären Periode gehöre, aber vom Gumma zu trennen sei, weil sich keine Geschwulstbildung zeige. Er empfiehlt schliesslich, bei jedem Fall von chronischer Folliculitis des Pharynx, welcher der gewöhnlichen Behandlung trotze, eine antiluetische Cur einzuleiten. Raff (Breslau).

(46) Rutten. Der Inhalt des Vortrags ist durch den Titel wiedergegeben. Raff.

(47) Ausser dem von Labit erwähnten Falle gibt es nur noch zwei Publicationen von luetischen Papeln in der Nase. Die Diagnose war noch dadurch erschwert, dass Labit bei seiner Patientin sonst keine auf Syphilis verdächtigen Symptome auffinden konnte. Pinner.

(48) Ripault veröffentlicht in den Annales des Malad. de l'oreille, du larynx etc. 1895. Nr. 3 die Krankengeschichte einer 21jährigen Frau, bei welcher ein vollständiger Verschluss des linken Nasenloches besteht, hervorgerufen durch graue, unregelmässige Wucherungen. Wegen Verdachtes auf Tuberculose wird ausgekratzt und mit Milchsäure geätzt. Recidiv nach kurzer Zeit; zugleich trat eine typische luetische Roseola auf. Auf innerliche antisiphilitische Behandlung schwanden die Tumoren vollständig. Verf. ist der Ansicht, dass derartige Tumoren nicht so selten vorkommen als allgemein angenommen wird. Dreysel.

(49) Norval H. Pierce gibt erst eine Literaturübersicht über die extragenitalen Sclerosen, welche in der Nase localisirt waren und beschreibt dann die Symptome, welche secundäre und tertiäre Lues in der Nase machen, auf Grund seiner Beobachtungen unter Anfügung von vier Krankengeschichten. Symptomatologie und Diagnose werden auch in differentialdiagnostischer Beziehung nochmals besprochen und die Prophylaxe wie locale Therapie eingehend erörtert, ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu bieten.

Pinner.

(50) Hallopeau und Jeanselme berichten über einen Fall, bei dem sich im Anschluss an eine syphilitische und zu Defecten führende Ulceration des weichen Gaumens, der Nasenseidewand und der Oberlippe ein profuser eitriger Nasencatarrh entwickelte, der geradezu enorme Mengen Eiters zu Tage förderte und sich auf die Nebenhöhlen der Nase, den Thränensack und das Mittelohr verbreitete. Diese complicirende Eiterung ist wohl durch Eitermikroorganismen entstanden — sie fanden einen Streptococcus, den Staphylococcus aureus und das Bact. coli commune. — Als Eingangspforte für den Catarrh sind die durch die Syphilis bedingten Geschwürsprocesse anzusehen. Die Prognose dieser eitrigen Catarrhe halten die Verff. mit Rücksicht auf ihre Verbreitungsfähigkeit und Hartnäckigkeit für eine ungünstige.

Winternitz.

(51) Stangenberg hebt hervor, dass Läsionen der tertiären Syphilis nicht so selten sind und beschreibt in Kürze 12 von ihm beobachtete Fälle.

E. Welander.

(52) Hennebert und Coppez. Ein 40jähriger Bergwerker litt seit 3 Monaten an einem fortschreitenden rechtsseitigen Exophthalmus, welchem heftige Kopfschmerzen der rechten Schläfengegend, Neuralgien in den letzten Molares der rechten Seite vorangegangen waren und der von einer Schwellung der rechtsseitigen Schläfengegend begleitet war. Herabsetzung der Sehschärfe auf ein Drittel, Verminderung der horizontalen Beweglichkeit des Augapfels, leichter Ausfall der oberen Augenwimpern, geringe Mydriasis, bedeutende Pupillenträgheit. Mässige Venendilatation der Papilla n. opt. Der Tumor der rechten Schläfengegend war ziemlich bedeutend, weich, nicht druckschmerzhaft, die Haut über demselben verschiebbar. In der rechten Nasenhöhle wurde ein grau gefärbter, gelappter Tumor gefunden, der mit der mittleren Muschel zusammenhing, das ganze Nasenloch ausfüllte und das Septum etwas nach links devierte. Im hinteren Nasenrachenraume war eine abnorme Schwellung der Falte der Tuba Eustachii tastbar. Rechtsseitige vollständige Taubheit mit intermittirendem Ohrensausen. Die Gehörsprüfung ergab Verschluss der Tuba Eustachii. Mit Rücksicht auf diesen Befund wurde anfangs ein fibröser Polyp der Fossa pterygopalatina angenommen. Nachdem jedoch eine Untersuchung von Delsaux einen grossen Substanzverlust in der knöchernen Nasenseidewand sowie charakteristische Narben um die Choanen ergeben, wurde energische, spezifische Behandlung eingeleitet, die den Tumor zum Schwinden brachte.

Die Autoren führen im Anschluss an diesen Fall das casuistische Material überluetischen Exophthalmus und Periostitis der Augenhöhlenbegrenzung an und weisen auf die Nothwendigkeit hin, bei Fällen, wo die genannten Theile, resp. die umgebenden Höhlen von Tumoren ausgefüllt erscheinen, ätiologisch auf Lues zu untersuchen.

Winternitz.

(53) Baudet. Unter dem Namen: progressive Resorption des Kiefer- und des Gaumensegels, oder „mal perforant buccal“ versteht man seit Labbé (1868) folgendes Krankheitsbild. Vorher ganz gesunde Zähne werden plötzlich locker und fallen aus. Darauf — meistens beginnt die Erkrankung am Oberkiefer und breitet sich von dort nach beiden Seiten und dem Unterkiefer aus — schmelzen die Zwischenwände der Alveolen und der Kieferrand ein. Zu gleicher Zeit beginnt eine Art Unterminirung des weichen Gaumens, welche zur Bildung gewöhnlich mehrerer, länglicher Perforationen führt, die einen fürchterlichen Foetor verursachen und eine directe Communication mit der Nasenhöhle und dem Sinus maxillaris schaffen. Die Erkrankung tritt gewöhnlich bei Menschen mittleren Alters (40 Jahre) auf und verursacht in den meisten Fällen weder Blutung noch Eiterung und Schmerzen. An den Perforationsstellen fehlt die Sensibilität fast ganz; am übrigen Körper kann sie herabgesetzt sein. Als Aetiologie wird von vielen Lues angenommen. Nach B.s Ansicht ist das „Mal perforant buccal“ als die Folge einer localisirten Sclerose anzusehen, welche die Kerne und den Stamm des Nervus V. in Mitleidenschaft zieht.

Paul Oppler (Breslau).

(54) Mansilla berichtet über einen Fall von Osteoperiostitis der Orbita, der für Sarcom gehalten, fast zu einer Enucleation des Auges geführt hätte. Die heftigen nächtlichen Schmerzen derselben, die mit Chemosis, Oedem der Lider, Immobilisation des Auges einherging, sowie die syphilitische Vergangenheit der Patientin, einer 26 Jahre alten, von ihrem Manne inficirten Frau, führte auf die richtige Diagnose. Traitement mixte brachte rasche Heilung.

Finger (Wien).

(55) Der 55j., vor 20 Jahrenluetisch inficirte Pat. Mandelstamm's war seit 6 Monaten an einer eigenartigen Augenaffection erkrankt, welche beinahe gleichzeitig auf beiden Seiten mit der Bildung eines ödematösen Hautsackes unterhalb der unteren Augenlider begann. Als M. den Patienten sah, war starker Exophthalmus, rechts mehr noch als links, vorhanden; die Bulbi lassen sich absolut nicht aus ihrer Lage drängen, ohne dass dabei in den Orbitae eine Resistenz nachzuweisen wäre. Chemosis der ganzen rechten Cornea und Conjunctiva, sowie der unteren Hälfte der linken Conjunctiva. Die oberen Lider sind in die Höhe gezogen, rechts ist der Lidschluss durch die Chemosis unmöglich. Beiderseits am unteren Lidrande beginnend pralle ödematöse Hautsäcke, rechts bis zum Nasenflügel herabreichend. Die Augenbewegungen nach aussen und oben beschränkt, ausgesprochenes Gräfe'sches Symptom. Keine Schmerzen; Augenhintergrund, Gesichtsfeld, Sehschärfe normal. Am rechten Auge Spuren einer alten Iritis. An den inneren Organen und der Körperoberfläche

nichts Verdächtiges; es fehlen die Patellarreflexe. Unter expectativer Behandlung Verschlimmerung des Zustandes, ebenso während einer zwölf-tägigen Schmiercur mit Unguent. cinereum. Trotz häufiger Scarification der chemotischen Partien. Epithelverluste an beiden Hornhäuten. Daher Aussetzen der Schmiercur. Auch unter Darreichung von JK in grossen Dosen Verschlimmerung des Exophthalmus, der Oedeme, der Chemosis, rechts Hypopyonkeratitis, spontaner Verlust der Linse. Daraufhin Einleitung einer Injectionscur mit Hydr. salicyl. 0.1 pro dosi. Alle zwei Tage eine Injection, combinirt mit JK, 2.0 pro die. Nach der vierten Injection Stillstand; nach 3 Monaten (30 Injectionen) langsamer aber sicherer Zurückgang der bedrohlichen Erscheinungen. Der letzte Status ergibt Restitution des rechten Auges, soweit es nach den vorangegangenen Zerstörungen noch möglich war, links restitutio ad integrum. M. nimmt an, dass es sich um einen Fall von Lues tarda mitluetischen Ablagerungen in der Nähe der Fissurae orbitales superiores, der Durchgangspforte der Venen und Augenmuskelnerven, handelt. Paul Oppler (Breslau).

(56) Bei der Section eines 3½-jährigen, an hochgradigem Exophthalmus, nachfolgenden Hornhautgeschwüren und Verlust der Augen behandelten Kindes fand Walter ausser in den Organen auch in den Orbitae Gummata — die letzteren waren wahrscheinlich von den Sehnervenscheiden ausgegangen. Y.

(57) Rueda. Ein seit vier Monaten heiserer Arzt, der als Student eine Syphilis acquirirt hatte, zeigte ausser einer Iritis einen harten Tumor in der Gegend des rechten Aryknorpels mit Bewegungslosigkeit desselben und des rechten Stimmbandes bei Phonation und Respiration. Heilung unter Gibert'schem Syrup, von dem bis zu 7 Löffel pro Tag genommen wurden. Paul Neisser.

(58) Zechanowitsch beobachtete bei einem 23jähr. Soldaten, welcher mit Ulcus durum im Sulcus retroglandularis aufgenommen wurde, am 11. Tage ein roseolaartiges Exanthem. Zu gleicher Zeit stellte sich eine acute Urethritis und rechtsseitige Epididymitis ein. Unter specifischer Behandlung sind nach 5 Wochen alle Secundärererscheinungen der Syphilis geschwunden und dabei auch die Urethritis sowie die Epididymitis. Locale Behandlung wurde nicht vorgenommen. Die Syphilis spielte hier die Rolle eines den Organismus abschwächenden Factors: Die Gonococcen, welche früher für sich keinen günstigen Boden vorfanden, konnten jetzt bei Eintritt der syphilitischen Hyperämie und Ulcerationen auf der Urethral-schleimhaut, ihre Lebensfähigkeit offenbaren. Grünfeld.

1. **Vandervelde, P. und de Hemptinne, P.** Autopsie eines Falles von generalisirter Spätsyphilis. Journ. de Méd. de Bruxelles. 1892. Ref. Deutsche Med.-Zeitung. 1894. 90 p. 1014.
2. **Mendel.** Tertiäre vorzeitige (praecox) Laryngitis. Soc. franç. de dermat. et de syph. Annales 1895 p. 208.

3. **Davis.** Laryngeal Syphilis. With Report of a Fatal Case; Autopsy-Notes. Medical News, Vol. LXVIII. Nr. 3. 18. Jan. 1896.
4. **Caporale.** Sifilide polmonare. Clinica terapeut. Ginn. 1895. Nr. 6
5. **Vires.** Syphilis pulmonaire. Gazette des hôpitaux. 1895. Nr. 98.
6. **Raynaud.** Pleurésie syphilitique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 146.
7. **Carra.** Etude sur la pleurésie syphilitique du stade roséolique. Thèse. Paris 1894.
8. **Woloschin.** Zur Frage der syphilitischen Affection des Gefäßsystems. Petersburger Diss. 1894. Medicin. Obosrenije. 13. 1894. Ref. Wiener klinische Rundschau. 25. August 1895. Nr. 34.
9. **Wetzomow, E.** Zur Lehre über die Syphilis des Herzens. Ein Fall von Myocarditis syphilitica. Sep.-Abdr. aus d. „Dniewnik Obschestwa wratschei“ an der kais. Univers. Kasan. 1894. II. Lief. Russisch.
10. **Rendu.** Sifilide cardiaca. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 1. Juni 1895. Nr. 66.
11. **Massary.** Gomme du coeur. Mercredi méd. 1895. 29.
12. **Woronkow, W. J.** Zwei Fälle von Syphilis des Herzens. Wratschebnija Sapiski. 1. Januar 1895. Ref. Wratsch 1895. Nr. 23 p. 648. Russ.
13. **Loomis, H. P.** Syphilitic Lesions Of The Heart. The Amer. Journal of the Medical Sciences. Vol. CX. Nr. 4. October 1895.
14. **Jacquinet.** La syphilis du coeur. Gazette des Hôpitaux. 68. Jahrg. Nr. 93. 10. Aug. 1895.
15. **Lorrain.** Gomme du myocarde. Société anatom. de Paris. 22. Nov. 1895. Le mercredi méd. 1895. Nr. 48 p. 572.
16. **Kalindero et Babes.** Sur l'anévrysme syphilit. de l'aorte. Roumanie médicale. Oct. 1894 p. 129.
17. **Mendel.** Phlébite et myosite syphilitiques. Soc. de dermat. et de syph. Séance du 10 Janv. 1895. Annal. de dermat. et de syph. 1895 p. 11.
18. **Neumann, J.** Syphilis des Oesophagus. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger, Berlin.
19. **Buday.** Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Syphilis. Virchow's Archiv. Bd. 141. Heft 3. 1895.
20. **Schede, M.** Ueber die Resection des Mastdarmes bei den stricturirenden Geschwüren desselben. Arch. für klin. Chir. 50. Bd. 1895 p. 835.
21. **Königstein, J.** Ein Fall von luetischer Spätform der Leber. Krankendemonstration im Wiener medicin. Club. 8. Mai 1895. Wiener med. Presse. 1895. Nr. 2.
22. **Gallot, A.** Contribution à l'étude de la syphilis hépatique. Thèse. Lyon 1894.
23. **Colombini.** Lo stato della milza nella sifilide acquisita. Il Morgagni. 15. Juni 1895. Nr. 24.
24. **Schlagenhauser.** Syphilitic Sclero-Gummatous Disease of the Pancreas. L'Union Médicale. Ref. The St.-Louis Med. and Surg. Journal. Vol. LXIX. Nr. 3. September 1895.
25. **Demel.** Adenoma acinoso del pancreas e pancreatite sifilitica. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 21. Nov. 1895. Nr. 140.

26. **Chiperovitsch.** Etiologia e cura del morbo di Addison. *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche.* 27. Juli 1895. Nr. 90.
27. **Discussion** zu G. Klemperer's Vortrag über paroxysmale Haemoglobinurie. Gesellschaft der Charité-Aerzte. 27. Mai 1895. *Berl. klin. Wochenschrift* 1895. Nr. 36 p. 794.
28. **Loumeau, E. et Peytoureau, A.** Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique ou a frigore. *Progrès méd.* 1895. Nr. 22.

(1) Vandervelde und de Hemptiune fanden bei der Section einer an Influenza gestorbenen, seit mehr als 20 Jahren syphilitischen Frau miliare bis erbsengrosse Gummata an fast allen inneren Organen und auch in den serösen Häuten und den Bronchialdrüsen, sowie Arteriosclerose der grossen Gefässe. Amyloide Veränderung war trotz dieser Generalisation nicht vorhanden. Münchheimer.

(2) Mendel. Bei einer Frau von 21 J. traten ein Jahr nach der Infection Gummata am Unterschenkel, an der Oberlippe und Heiserkeit auf. An der hinteren Rachenwand erschienen Ulcerationen von ungefähr Markstückgrösse mit etwas ulcerirten Rändern und einem tiefen, grau belegten Grunde. Der Kehlkopf zeigte gummöse Infiltration seiner linken Hälfte. Das linke Stimmband war auf das Dreifache geschwellt, das falsche sowie die regio arytenoidea auf das Doppelte. Weiters bestand Infiltration der articulatio crycoidea. Eine Calomelinjection sowie gleichzeitige Jodkali-Verabreichung besserte den Zustand erheblich. Winternitz.

(3) Davis hat bei einem 46jährigen Manne eine innerhalb eines Monats trotz Hg- und JK-Behandlung zum Tode führende Kehlkopfsyphilis beobachtet. Krankengeschichte. Sectionsbefund.

Paul Oppler (Breslau).

(4) Caporale berichtete über einen Kranken, der alle physikalischen Symptome einer chronischen Tuberculose zeigte, welche aber nach Jodkali und Hg verschwanden. Das Sputum zeigte keine Tuberkelbacillen. Prof. Renzi hebt hervor, wie schwierig manchmal die Diagnose der Lungentuberculose sein kann, wenn keine Bacillen im Sputum sind, und wie leicht eine Lues der Lungen damit verwechselt werden könne.

Raff.

(5) Vires bespricht zunächst die Geschichte der Lungensyphilis, die Häufigkeit und die Zeit des Auftretens derselben und kommt dann auf die pathologische Anatomie zu sprechen. Nach Fournier und anderen Autoren unterscheidet Verfasser dreierlei verschiedene Formen: 1. Gummata, 2. Sclerosirung, 3. Sclerosirung mit Gummabildung. Die Gummata sind meist klein, selten nussgross, fast immer auf eine Lunge beschränkt; die Sclerosirung tritt in mehr oder weniger grossen, derben, fibrösen Knoten auf, die fast ausschliesslich in der Nähe von Bronchien mittlerer Grösse liegen. Dem klinischen Bilde wendet V. die grösste Aufmerksamkeit zu. Er bespricht ausführlich zunächst die Symptome der Lungensyphilis im allgemeinen, dann im besonderen die der gummösen, sclerosirenden und sclero-gummösen Form und kommt dann auf diejenigen Formen zu sprechen, die einerseits unter dem Bilde einer tuberculösen

Bronchopneumonie, andererseits unter dem einer Tubercul. pulmonum verlaufen. Zum Schluss wird das Zusammentreffen von Lues und Tuberculose besprochen. Bei der Differentialdiagnose kommt ausser Carcinom, Bronchiektasien etc. vor Allem Tuberculose in Betracht. Die einzelnen differentialdiagnostischen Momente werden eingehend gewürdigt und sind alle Einzelheiten im Original nachzulesen. Die Therapie muss vor allem eine spezifische, Quecksilber und Jodkalium, sein. Dreysel.

(6) Nach Mittheilung der Krankengeschichte eines Patienten, welcher neben einem papulösen Exanthem und Papeln am Scrotum eine linksseitige Pleuritis mit Fieber hatte, die schon nach 3 Tagen unter spezifischer Behandlung geschwunden war, kommt Raynaud zu dem Schlusse, dass die durch Syphilis bedingte Pleuritis viel häufiger vorkomme, als man glaube, dass sie sowohl im Secundär- wie im Tertiärstadium eintreten könne, und betont vor Allem ihr promptes Verschwinden nach Hg-Behandlung. Paul Neisser.

(7) Carra bespricht, auf der Basis der entsprechenden Anschauungen von Chantemesse die secundäre Pleuritis, die er als echt syphilitische unter Hg rasch heilende Affectio ansieht. Finger (Wien).

(8) Woloschin untersuchte mehrfach Herz, Aorta und Arteriae coronariae von plötzlich verstorbenen Syphilitikern. In allen Fällen fand sich starke Verengerung der Coronararterien, bisweilen eine Verstopfung derselben mit frischen fibrinösen Pfropfen. In der Aorta schwielige Verdickungen, besonders an der Basis der Semilunarklappen und an diesen selbst, und Endoaortitis von der Intima ausgehend und auf Media und Adventitia übergreifend. Im Myocardium parenchymatöse und fettige Degeneration. Paul Oppler (Breslau).

(9) Wetztomow beobachtete im Laufe von 6 Jahren einen Fall von Myocarditis syphilitica bei einem 47jährigen Beamten und constatirte dabei folgende Thatsachen: 1. Die Diagnose der syphilitischen Herzaffectionen, insbesondere bei Abwesenheit von Antecedentia et jvantia, ist sehr oft erschwert. 2. Obwohl die Krankheit in den meisten Fällen schliesslich schlimm endet, muss man doch sagen, dass die rechtzeitig vorgenommene spezifische Behandlung quoad valetudinem recht gute Resultate geben kann. 3. Das beste Mittel zur Behandlung der Syphilis des Herzens besitzen wir in den Präparaten des Quecksilbers, welches als Tonicum-cardiacum und Diureticum seine Dienste leistet. Darauf folgen die Jodpräparate. 4. Von den symptomatischen Mitteln wirkt sicher und längere Zeit hindurch Adonis vernalis. Die Digitalis wirkt nur zu Beginn der Krankheit. A. Grünfeld.

(10) Der Fall Rendus betrifft einen Kranken, der im Leben die Zeichen einer Mitral-Insufficienz bot. Die Section ergab eine Hypertrophie des I. Ventrikels, eine Verdickung des Aortenzipfels der Mitralis. Im Myocard, in der Nähe der Aorta, sass ein nussgrosser Herd mit allen Kennzeichen eines Gummas sowohl makroskopisch als auch mikroskopisch. Die Nieren zeigten eine chronische Nephritis, die nervösen Centralorgane waren intact. Auffälligerweise hatte der Kranke während seines Lebens

Pulsverlangsamung gezeigt, während sonst die Syphilis des Herzens Pulsbeschleunigung und Unregelmässigkeit desselben hervorzurufen pflegt. R. glaubt, dass diese Pulsverlangsamung auf die Nierenerkrankung zurückzuführen sei und zwar meint er, dass sie ein anämisches Symptom gewesen sei.

Raff.

(11) Massary zeigt ein am oberen Theil des l. Ventrikels sitzendes taubeneigrosses Gumma; das Fehlen von Bacillen, tuberculösen Follikeln, Riesenzellen legen die Diagnose „Gumma“ nahe.

X.

(12) Woronkow berichtet über zwei Fälle von Syphilis des Herzens, welche er bei 2 Frauen, beide im Alter von 44 Jahren, beobachtet hat. Bei beiden Patientinnen besserte sich der Zustand nach der eingeleiteten gemischten specifischen Behandlung mit Hg und J. bedeutend. Dabei äussert Woronkow die Meinung, dass die antisypilitische Behandlung bei Syphilis des Herzens sich nach gewissen Zwischenzeiten wiederholen muss, sogar bei subjectivem Wohlbefinden der betreffenden Person, sowie das auch bei der Syphilis anderer Organe geschieht.

A. Grünfeld.

(13) Loomis kommt auf Grund seines reichlichen Sectionsmateriales zu folgenden Ergebnissen bezüglich der Veränderungen, welche die Syphilis am Herzen setzt. Die häufigsten Veränderungen sind die der Herzgummata. Sie sitzen meistens in der Wand des linken Ventrikels und haben Bohnen- bis Olivengrösse. Ihr Aussehen ist das des typischen Gumma: grau-gelb, homogen, von ziemlich fester Consistenz, in der Mitte käsig. Ganz frische Gummata sind mehr röthlich-gelb, von weicher homogener Structur; bei ihnen fehlt die Verkäsung im Centrum. Gegen die Umgebung setzen sie sich nicht scharf ab, sondern gehen allmählig über. Nur in einem Falle hat L. multiple Gummabildung gesehen, sonst nur solitäre. Er betont die Schwierigkeit der Diagnose *intra vitam* und der Differentialdiagnose gegen Sarcome, solitäre Tuberkel etc. bei der Autopsie. Die zweite syphilitische Veränderung, die L. am Herzen gefunden hat, ist fibröse Degeneration, die Myocarditis. Folgende 3 Formen finden sich: 1. Wohl umschriebene fibröse Plaques, in welchen alle Muskelfasern zu Grunde gegangen sind, gewöhnlich  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Zoll im Durchmesser. Sie liegen in der Muskelsubstanz, ohne das Endo- oder Pericard zu afficiren. Aehnliche ebenfalls auf Syphilis zurückzuführende Affectionen finden sich in der Musculatur der Extremitäten. 2. Unregelmässig angeordnete Flecken von jungem Bindegewebe, manchmal ganz diffus; die darüber liegende Serosa ist bisweilen faltig und verdickt. Hier ist die makroskopische Unterscheidung von anderen fibrösen Myocarditiden sehr erschwert. Mikroskopisch wird sie durch die Gefässveränderungen gesichert. 3. Interstitielle Myocarditis verursacht durch partielle Resorption eines Gumma und fibröse Degeneration der Aussenzone desselben. Einmal fand L. amyloide Degeneration der Herzmusculatur. Beigegeben sind die Krankengeschichten und der pathologische Befund von 4 Fällen, deren Einzelheiten im Originale nachzulesen sind.

Paul Oppler (Breslau).

(14) *Jacquinet* beschäftigt sich eingehend mit der syphilitischen Erkrankung des Herzens unter Berücksichtigung der gesammten Literatur, klinischer Beobachtungen und histologisch - pathologisch - anatomischer Untersuchungen. Seinem ausführlichen Berichte sei Folgendes entnommen. Syphilis des Herzens ist überaus selten; *Jullien* konnte 1886 nur 30 publicirte Fälle sammeln, *Lang* 1889: 44, *Mracek* 1893: 102, davon nur 80 mit Autopsien. Das männliche Geschlecht scheint bevorzugt zu sein, ebenso das Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Sie gehört vorzüglich zu den tertiären Erscheinungen und tritt meistens mit solchen gepaart auf. Am öftesten wird das Myocard ergriffen, und mit ihm dann ab und zu das Endo- und Pericard. Am Myocard finden sich: 1. Gummata, und zwar vorzugsweise am linken Ventrikel und multipel, unregelmässig gruppiert, zuweilen auch solitär. Die Grösse schwankt von Linsen- bis Pflaumengrösse. Feste Consistenz, graue oder gelblich - weisse Farbe, umgeben von einer gefässreichen fibrösen Kapsel. Ausser dieser noch in scheinbar gesunder Musculatur miliare Gummata. Das Schicksal derselben ist das gewöhnliche. Bei der Resorption der zerfallenen Partien kann es zu embolischen Processen in den verschiedensten Organen kommen. 2. Findet sich eine bindegewebig-sclerosirende Myocarditis. Dieselbe ist fast immer partiell, und zwar scheint sie mit der beinahe in allen Fällen circumscripten syphilitischen Endarteriitis in Zusammenhang zu stehen. 3. Als Folgeerscheinung, durch die Involution der gummösen Prozesse veranlasst, hauptsächlich atrophisirende Veränderungen der Herzmusculatur. Das Endocard ist häufig der Sitz syphilitischer Veränderungen; meistens sitzen sie in der Nachbarschaft der myocarditischen Herde. Es finden sich Gummigeschwülste, Ulcerationen und vorzüglich sclerosirende Prozesse. Häufig finden sich bei Endocarditis der Klappen condylomatöse Wucherungen, die von vielen für specifisch gehalten, sich in nichts von denen unterscheiden, welche man bei der gewöhnlichen, entzündlichen, rheumatischen oder infectiösen Endocarditis findet und den Ausgangspunkt von Embolien bilden können. Das Pericard ist nur sehr selten luetisch erkrankt; neben der gewöhnlichen Pericarditis kommen gummöse Prozesse vor. Im Anschlusse an eine solche Erkrankung kann es zu Pleuraaffectionen kommen. Im Verlaufe der Syphilis hereditaria kommen verhältnissmässig viele Herzerkrankungen vor; doch sind sie nur zum geringsten Theile specifischer Natur; meistens sind sie eine Folge des allgemeinen schlechten Ernährungszustandes solcher Kinder. Bezüglich der Symptomatologie, des Verlaufes und der Diagnose sei auf das Original verwiesen. Als Behandlung wird eine combinirte Jodkali-Quecksilbercur angewendet werden müssen. JK in grösseren Dosen (6—10 Gr. pro die). Quecksilber: innerlich, als Einreibung und Injectionen. Namentlich letztere sind wirksam.

Paul Oppler (Breslau).

(15) *Lorrain* demonstrirte ein Gumma des Myocards, das bei einem plötzlich verstorbenen 49jährigen Mann neben multiplen Aneurysmen der Aorta sich in der Scheidewand der Ventrikel fand und aus „cellules embryonnaires géantes“ und käsigen Massen bestand.

J. Jadassohn (Breslau).

(16) Kalindero und Babes berichten über zwei Fälle von Gumma der Aorta und über eine Form von Aneurysmen bei jungen Syphilitikern, die sich als kleine sphärische Hohlräume nahe dem Ursprunge von Gefässabzweigungen zeigen und der Erweichung kleiner Gummen, dadurch Resistenzverminderung der Wand mit consecutiver Ausbuchtung ihre Entstehung verdanken. Diese Form zeichnet sich durch ihre besondere Tendenz zur Perforation aus. Finger (Wien).

(17) (Mendel) Ein 32j. Mann, seit 2 Monaten luetisch, zeigt längliche, harte Knoten in der Wade, alle der Längsaxe des Beins entsprechend, weiters einen im Tibialis anticus; die Knoten machen die Muskelbewegungen mit. Weiters knotige und schmerzhafte Phlebitis beider Saphenen und an den Armvenen. In der Discussion hielt Besnier die syphilitische Natur der Erkrankung für nicht ausreichend begründet.

Winternitz.

(18) Neumann berichtet nach Anführung der Publicationen über Syphilis des Oesophagus über 2 derartige Fälle aus seiner Klinik, von denen der zweite intra vitam und post mortem eingehend untersucht wurde. Es handelte sich hierbei, ausser sonstigen Erscheinungen tertiärer Lues, um ausgedehnte syphilitische Ulcerationen des Pharynx, Larynx und Oesophagus, welche in der Speiseröhre dicht unterhalb des Ringknorpels durch Narbenzug die Bildung einer halbcirculären dünnen Schleimhautfalte verursacht hatten, so dass — was klinisch sehr sonderbar erschien — der Patient zwar feste Speisen, sehr klein zerkaute, mit grosser Mühe herunterschlucken konnte, während Flüssigkeiten, welche die Falte meist wie ein Segel ausbuchteten, stecken blieben und unter starken Hustenstössen wieder herausbefördert wurden. Ferd. Epstein (Breslau).

(19) Der von Buday mitgetheilte Fall ist besonders interessant, weil so hochgradige Erkrankungen der Magen- und Darmschleimhaut in Folge von Syphilis sehr selten zur Beobachtung gelangen, und weil sich im Dünndarm sehr zahlreiche syphilitische Geschwüre in den verschiedenen Entwicklungsstadien vorfanden, so dass an denselben die einzelnen Phasen der Entwicklung sich sehr gut untersuchen liessen. Während einzelne Stellen nur ganz oberflächliche Schleimhautdefecte mit darunter erkennbarer röthlich-weisser, fast markiger Geschwulstmasse von sehr weicher Consistenz zeigen, findet sich an anderen diese Masse bereits nekrotisch geworden, an anderen die Geschwüre gereinigt und bereits mit beginnender Narbenbildung. Im Gegensatz zu den typischen Geschwüren fällt der Sitz der hier beobachteten syphilitischen in keinem Falle mit den Peyerschen Haufen zusammen. Auch im Magen waren nahe der grossen Curvatur zwei fast kreisrunde Geschwüre vorhanden, von denen das eine fast die ganze Magenwandung durchsetzte, das andere bis in die Muscularis ging; in der Nähe des Pylorus war ein drittes Geschwür. Auch in den Nieren und der Leber waren kleine gummöse Herde. Im Mesenterium fanden sich fast faustgrosse Geschwülste, die auf dem Durchschnitt eine derbe Rindenschicht und eine centrale, kuglige, nekrotische, etwas weichere Partie erkennen lassen. Auch in den epigastrischen Lymph-

drüsen waren ähnliche Geschwulstbildungen. Am Grunde der Zunge — rechts vom Frenulum epiglottidis — ein öpfennigstückgrosses Geschwür mit aufgeworfenen Rändern. In Bezug auf den genauen Obductionsbefund und die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen sowie die Besprechung der Differentialdiagnose, muss auf das Original verwiesen werden. Hier sei der Fall nur der Seltenheit der syphilitischen Magen- und Dünndarmerkrankungen wegen registriert. Lasch.

(20) Aus der im Wesentlichen rein chirurgischen Mittheilung Schede's, in welcher er für die Resection des Mastdarmes plaidirt, deren Gefahren geringer, deren Resultate günstiger seien, als vielfach angenommen, erwähnen wir nur das für unser Gebiet Interessirende: In den letzten 13 Jahren ist die Erkrankung in Hamburg unter 38.000 Personen weiblichen Geschlechtes 54 Mal, bei Männern gar nicht beobachtet worden. Aetiologie und pathologische Anatomie sind noch nicht genügend geklärt; nur in 2 Fällen fehlen „sichere Zeichen constitutioneller Syphilis“. Interessant ist ein Fall, in welchem die Resection eines 6 Cm. langen Stückes des Rectums gelang; als nach 6 Monaten die Patientin starb — nachdem Durchfälle etc. fortbestanden hatten, zeigte sich 10 Cm. über dem Sphincter — von ihm durch gesunde Schleimhaut getrennt — wie mit dem Loch-eisen herausgeschlagene ulceröse Schleimhautdefecte und dann eine 20 Cm. lange Stenose des Darmes mit fast totaler Ulceration und auch weiterhin noch einzelne Ulcera und Narben. Jadassohn (Breslau).

(21) Königstein gibt die Krankengeschichte der 31jährigen Patientin, die vor 10 Jahren Lues, vor 3 Jahren Malaria acquirirt hatte und derzeit neben zahlreichen Narben und Symptomen gummöser Syphilis eine grosse lappige Leber und vergrösserte Milz aufweist. Der Redner glaubt durch das Verhalten des Blutes (Freisein vom Pigment) und des Urins (Freisein von Albumen und Amyloidecylindern) berechtigt zu sein, Malaria respective Amyloid der Organe ausschliessen und demnach Syphilis als Ursache der Veränderung annehmen zu können. Ullmann.

(22) Gallot unterscheidet zwei Formen von secundärsyphilitischem Icterus, eine milde rasch ablaufende, auf Catarrh der Gallengänge beruhende, und eine schwere, unter dem Bilde einer Infectionskrankheit verlaufende mit Hämorrhagien, Fieber, Collaps einhergehende, die auf Hepatitis und Perihepatitis interstitialis, gelber Leberatrophie beruht und tödtlich ausgeht.

Finger (Wien).

(23) Colombini hat bei 80 Syphilitischen die Milz untersucht und gefunden, dass noch vor Auftreten der secundären Symptome, zugleich mit der Vergrösserung der Lymphdrüsen Milzschwellung auftritt, welche mit dem Erscheinen der secundären Symptome noch zunimmt. Er betrachtet daher den Milztumor selbst als erstes Secundärsymptom und hält ihn für ein wichtiges differential-diagnostisches Merkmal bei einem gleichzeitigen Ulcus, dessen Diagnose nicht sicher ist. Auch betreffs der Einleitung einer Allgemeincur käme die Vergrösserung der Milz bei sonst fehlenden Erscheinungen in Betracht, wenn ein suspectes Ulcus vorhanden ist. Im ersten Jahre der Syphilis bleibt der Milztumor bestehen und

verschwindet dann allmählig. Bei tertiärer Syphilis findet man fast nie Milzschwellung. Raff.

(24) Schlagenhauser fand bei einem an Pneumonie Verstorbenenluetische Leber und Hodenerkrankung. Die auffälligste Veränderung fand sich jedoch am Pankreas. Am Kopfe desselben eine deutlich sklerosirte Partie, am Körper ein Gumma von Haselnussgrösse.

Paul Oppler (Breslau).

(25) Bei der Section eines an Pyelonephritis verstorbenen Patienten fand Demel interessante Veränderungen des Pancreas: dasselbe war beträchtlich verkleinert, zeigte kaum noch Drüsengewebe, sondern war allseitig von straffem Bindegewebe durchzogen. Am untern Rande des Pancreas befand sich ein taubeneigrosser weicher Tumor von hyalinem Aussehen, mit bindegewebigen Septen. Derselbe erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Adenom vom Bau des Pancreas. Die Bindegewebsentwicklung und zwar sowohl im Pancreas als im Tumor führt der Autor auf Syphilis zurück; sonst steht die Cirrhose des Pancreas in keinem Zusammenhang mit der Entwicklung des Adenoms. Für Syphilis sprachen noch: Narben der Leber, Verdickung der Intima in den Arterien des Gehirns, des Pancreas und der Aorta. Ein Adenom des Pancreas hat Verfasser in der Literatur nicht erwähnt gefunden.

Raff.

(26) Chiporovitsch hat bei einem 60jährigen Mann einen Fall von Morbus Addisonii beobachtet, den er auf Syphilis zurückführen zu dürfen glaubt. Der Patient hatte 20 Jahre vorher Lues acquirirt. Eine specifische Behandlung brachte eine wesentliche Besserung. C. empfiehlt daher in jedem Fall von Morbus Addisonii eine antiluetische Cur einzuleiten.

Raff.

(27) Lewin hat 50 Fälle von paroxysmaler Haemoglobinurie zusammengestellt und 18 bis 20 Mal in der Lues die wahrscheinliche Ursache der Erkrankung gefunden, nur 4—6 Mal konnte Lues ausgeschlossen werden; L. meint, dass „das syphilitische Virus eine Schwächung der Blutkörperchen herbeiführen zu können scheint, so dass sie bei Einwirkung von gewissen Reizen secundär zerfallen“.

Y.

(28) Auch in Loumeau's und Peytoureau's Fall von paroxysmaler Haemoglobinurie war neben anderen schwächenden Momenten Syphilis in der Anamnese zu finden.

Y.