

Geschlechts-Krankheiten.

Anatomie, Physiologie, allem. u. exp. Pathologie, path. Anatomie, Therapie.

Paschkis, R. Zur Frage des Vorkommens der Talgdrüsen am inneren Blatte des Präputium. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. Bd. XLI.

P. fand bei histologischer Untersuchung von 9 Vorhäuten von Kindern im Alter von 15 Tagen bis 3 Jahren zweimal freie Talgdrüsen am Innenblatt zunächst dem Frenulum u. zw. bei einem 4 Mon. und 8 Mon. alten Kind. Er schließt daraus, daß die freien Talgdrüsen am inneren Vorhautblatt normale, jedoch an Zahl und Größe sehr variable Gebilde sind, die sich schon bei Kindern nachweisen lassen, ob sie sich schon ante partum oder erst später entwickeln, ist noch unentschieden. P. spricht sich gegen die Annahmen Delbancos aus, daß ihre reichliche Entwicklung auf entzündliche Reizung zurückzuführen sei; es handelt sich nach seiner Meinung um Bildungen, die durch den entzündlichen Zustand leichter zur Anschauung gelangen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Lichtenberg, A. Beiträge zur Histologie, mikroskopischen Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Urogenitalkanals des Mannes und seiner Drüsen. Anatom. Hefte. Bd. XCIII. 1906. pag. 135—199. Mit 6 Tafeln.

Das Epithel der Pars cavernosa urethrae ist nach L. kranial von der Einmündungsstelle der Cowperschen Drüsen einschichtig mit meist zweizeiligem Typus der Kernanordnung, während kaudal von der Einmündungsstelle dieser Drüsen Vielzeiligkeit des Epithels (wahrscheinlich verbunden mit Erhaltung des einschichtigen Charakters) besteht. — Die Drüsen der Pars cavernosa urethrae gliedern sich in drei Kategorien: 1. Subepitheliale tubuloalveoläre Drüsen, ziemlich gleichmäßig über die ganze Pars cavernosa verteilt. Ihre Jugendformen liegen vielfach intraepithelial und wurden bisher meist als „Cysten“ bezeichnet, vielfach für degenerierende Schleimhautpartien gehalten. Manche dieser Formen öffnen sich breit in das Lumen der Harnröhre, im Niveau der Schleim-

haut verbleibend; andere rücken in die unmittelbar unter dem Epithel befindliche Bindegewebslage. 2. Drüsenartige Buchten, nur proximal von der Einmündungsstelle der Cowperschen Drüsen vorkommend, von irregulärem Bau. 3. Submuköse Drüsen, nur distal von der Einmündungsstelle der Cowperschen Drüsen vorkommend, bis in die Submucosa reichend. — Beim Relief der Harnröhrenwand unterscheidet der Autor genau Art und Vorkommen bestimmter Rinnen und Falten. An den Enden der Falten finden sich überall blindsackartige Erweiterungen; die größten liegen an der oberen Wand (Morgagnische Lakunen der Autoren). Die Rinnen 3. Ordnung des proximalen Teiles der Harnröhre weisen partiell die oben erwähnten drüsenartigen Buchten auf. Die Richtung der Rinnen und Falten ist im allgemeinen eine dem Verlaufe der Harnröhre parallele, wobei sich die Hauptrinnen und Falten wahrscheinlich durch die ganze Länge der Harnröhre erstrecken. Ein Ausgleich der Falten der Harnröhrenwand ist nur in beschränktem Maße möglich und nach einem solchen bilden sich immer wieder dieselben Falten, die vorher bestanden. Das feinere Relief des proximalen Teiles der Pars cavernosa und die Lakunen sind stationär. — Was den Canalis urogenitalis und die akzessorischen Geschlechtsdrüsen betrifft, so stellt L., gestützt auf vergleichend-anatomische und embryologische Tatsachen, folgende Einteilung derselben auf

A. Teile des Canalis urogenitalis:

1. Ecto- oder mesodermaler Anteil, welcher sich an die Geschlechtsdrüsen anschließt — Samenröhre.

2. Entodermales Verbindungsstück, welches in 2 Teile zerfällt: Kranial ist bloß ein Harn-, kaudal ein gemeinsamer Harn- und Samenweg vorhanden — entodermales Kloakenstück.

3. Die sekundäre Samenröhre — ektodermales Mündungsstück.

Die Grenze zwischen den beiden zuletzt erwähnten Teilen ist die Einmündungsstelle der (vom Ektoderm aus entstehenden) Cowperschen Drüsen. Vor ihr befindet sich das ektodermale, hinter ihr (bis zur Blase) das entodermale Gebiet, in welchem letzterem allerdings die Wolffschen Gänge einen Teil der entodermalen Zone verdrängt haben (colliculus seminalis).

B. Gruppen der akzessorischen Geschlechtsdrüsen:

1. Die vom ektodermalen Mündungsstücke abstammenden und zwar: a) Cowpersche Drüsen; b) alle kleinen Drüsen der Harnröhre bis zu den Cowperschen; fälschlicher Weise als Littresche oder als Urethraldrüsen bezeichnet.

2. Die Drüsen des entodermalen Kloakenstückes (Prostata und die kleinen, sehr verschieden großen Drüsen dieses Abschnittes).

3. Die von der Samenröhre stammenden Drüsen (Ampulle, Samenblase).

In jeder dieser 3 Drüsengruppen ist eine Drüse (beziehungsweise Drüsenmasse) den übrigen gegenüber zu gewaltigem Übergewicht gelangt,

bleibt aber ihrem morphologischen Charakter nach deutlich als Glied der Gruppe erkennbar.

Hinsichtlich der speziellen Entwicklung dieser Drüsen, sowie der *Corpora cavernosa* berichtet L. folgendes.

Die Cowperschen Drüsen entstehen — als die erstauftretenden drüsigen Anhänge des *Canalis urogenitalis* — am Ende des 2. Monates als schlauchartige Wucherungen des Samenröhrenepithels. Die zuerst entstandenen Stammschläuche der Drüsen haben das Bestreben ihre Verästelungen aus dem Bereiche des *Bulbus urethrae* herauszuschieben, während der *Bulbus* wiederum die Tendenz zeigt, seine beiden Hälften aneinander zu schließen. Dadurch werden die sich entwickelnden Drüsengänge beengt und, wenn sie nicht nach der Mitte (oder nach der sekundären Samenröhre hin) ausweichen, von dem *Bulbus* eingeschlossen. Gelingt es einer oder der anderen Drüse nicht aus dem Bereiche des *Bulbus* herauszukommen, so muß sie sich lebenslang innerhalb des geschlossenen Raumes des *Bulbus* entfalten. Die langen, glatten Schläuche hingegen, welche sich rechtzeitig über die *Bulbus*-Grenze hinübergeschoben haben, beginnen sich dann zu den Drüsenschläuchen zu differenzieren; nach ihnen auch die Stammschläuche. Das Resultat ist, daß die Cowperschen Drüsen keine eigentlichen Ausführungsgänge besitzen, denn die langen Gebilde, welche die Samenharnröhre mit dem Drüsenkörper verbinden, sind den räumlichen Verhältnissen angepaßte sezernierende Drüsenteile. — Die kleinen Drüsen des ektodermalen Mündungsstückes bilden mit den Cowperschen ontogenetisch und histologisch eine morphologische Einheit, entwickeln sich jedoch später und nicht in dem Ausbildungsgrade der letzteren. Die ersten von ihnen treten an der vorderen Wand der Harnröhre auf. Sogenannte akzessorische Cowpersche Drüsen kommen bei fast jedem Embryo vor und sind als an atypischer Stelle entwickelte Vertreter der Drüsen-Stammform aufzufassen. — Betreffs der Entwicklung der Drüsen des entodermalen Kloakenstückes und der Samenröhre hat Lichtenberg den diesbezüglichen (in diesem Archive früher referierten) Angaben Pallins nichts Neues und Wesentliches hinzuzufügen. Das erste Auftreten der prostatishen Drüsen läßt sich schon bei 45 mm langen Embryonen in Form von Knospen, das der Samenröhrendrüsen bei 68 mm langen Embryonen in Form von mit Lumen versehenen Ausstülpungen nachweisen. — Das *Corpus cavernosum penis* entsteht im Zentrum des Genitalhöckers durch Verdichtung des bis dahin lockeren mesodermalen Gewebes. Später verdichtet sich in der Umgebung des *Corpus cavernosum penis* das mesodermale Gewebe zur Bildung der Glans und des *Corpus cavernosum urethrae*. Hierauf kommt es zur Vaskularisation, welche jedoch nicht gleichzeitig in den beiden Schwellkörpern erfolgt. Die Kapillarisation des *Corpus cavernosum penis* bleibt zunächst weit hinter jener der Glans und des *Corpus cavernosum urethrae* zurück. Besonders die Vaskularisation der Glans schreitet rasch vorwärts, sie bleibt jedoch schon auf einer frühen Entwicklungsstufe stehen, nimmt überhaupt keinen kavernösen Charakter an, sondern mehr den eines venösen Wunder-

netzes. Die morphologische und ontogenetische Differenz der beiden Corpora cavernosa (penis und urethrae) beruht auf der Verschiedenheit ihrer Anlagen, nicht auf der Verschiedenheit ihrer Differenzierungsart. Die Zerteilung des ursprünglich einheitlichen Corpus cavernosum penis vollzieht sich von hinten nach vorn und von ventral nach dorsal und ist am Schlusse des embryonalen Lebens noch nicht beendet.

A. Fischel (Prag).

Morel et Dalous. Un procédé simple de coloration du gonocoque sur les coupes. Journ. des mal. cut. et syph. 1905. pag. 425.

Morel und Dalous empfehlen folgende Gonokokkenfärbung im Gewebe:

Methylenblau 1·0
 Formaldehyd (40%) . . 4·0
 Aq. destil. 100·0

Statt des Methylenblau eventuell Methylenblau 0·75, Thionin 0·25. 1—2 Minuten färben, dann in leicht angesäuertem Wasser spülen, in Alkohol gründlich waschen, aufhellen in Xylol.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Mair. Note on a paracolou bacillus found in the unne. The British Med. Journal. 4. Feb. pag. 438 ff.

Mair isolierte aus 2 Fällen von saurem Urin bei Cystitis einen Bazillus, der morphologisch und kulturell dem Bacillus coli gleich, aber in Glukose oder Laktosehaltigen Nährböden kein Gas entwickelte. Er färbt sich nicht nach Gram; er verflüssigt die Gelatine nicht; die Kolonien setzen Weinhefefarben aus. Auf gewöhnlichem Agar und auf Drigalskis Lakmus-Laktose-Agar ist er vom Bacillus coli nicht zu unterscheiden. Klinisch verliefen die Fälle wie die vom Bacillus coli verursachten.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Müller, R. und Scherber, G., Wien (Klinik Finger). Weitere Mitteilungen über die Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa. Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 21.

In einer früheren Arbeit haben die Autoren die Ansicht ausgesprochen, daß entsprechend den gleichen bakteriologischen Befunden die Balanitis erosiva und gangraenosa ätiologisch identische Prozesse sind. Ungefähr 40 weitere, im letzten Halbjahr untersuchte Fälle von spezifischer Balanitis erosiva und gangraenosa zeigten in ihren Deckglasbefunden das gleiche Verhalten. Weiters zeigte sich die Tatsache, daß zeitweise eine größere Reihe von Fällen dieser Erkrankung zur Beobachtung gelangt, während zu anderen Zeiten Fälle völlig fehlen. Aus der Reihe dieser Beobachtungen greifen die Autoren einige interessante Krankengeschichten heraus und zeigen durch Wiedergabe derselben klassische Bilder für die ätiologisch gleichen, klinisch jedoch verschiedenen, aber oft kombinierten und ineinander übergehenden Formen dieser Erkrankung. Bei all den geschilderten Formen von Balanitiden, wie in den gangrä-

nösen Geschwüren der Haut fanden sich stets grampositive, vibrioförmige Bazillen von 2—3 μ Länge mit verjüngten Enden. Neben den vibrioförmigen Bakterien findet man in wechselnder Zahl ausschließlich gramnegative Spirochaeten. Der histologische Befund zeigt einen mit Exsudation und Nekrose einhergehenden Prozeß, in den Schnittpräparaten fanden sich stets, nach Weigert oder Levaditi gefärbt, die vibrioförmigen Bakterien. Neben den Vibrionen zeigen die Levaditipräparate Spirochaeten in der Tiefe der Infiltrate, welche sich von der *Sp. pallida* durch die Flachheit der Windungen unterscheiden, aber auch den Zerfall im Gewebe zeigen. Diese Tatsache ist geeignet, die Frage aufzuwerfen, ob in den nach Levaditi gefärbten Präparaten syphilitischer Primäraffekte alle dort gesehenen Spirochaetenformen der *Sp. p.* angehören oder nicht.

Viktor Bandler (Prag).

Ballenger, Edgar G. Prostatic Albuminuria. Not an Infrequent Cause of Error in the Diagnosis of the So-called Orthostatic, Postural, Physiological and Cystic Albuminuria. New-York. Med.-Jour. Bd. LXXXIII. pag. 399. 24. Feb. 1906.

Ballenger macht darauf aufmerksam, daß Eiweiß im Urin nicht notwendiger Weise immer Nierenkrankheit bedeutet und daß, während normales Prostatasekret kein oder nur äußerst wenig Eiweiß enthalte (nur nach Massage der vesic. semin.), das Sekret einer hyperämischen oder akut oder chronisch entzündeten Prostata dies immer tue. Der Urin mag klar oder leicht trüb sein; wegen seiner Alkalinität mag das Prostatasekret zuweilen Eiweißgerinnung verhindern. Wie an den Krankengeschichten einiger Patienten erläutert wird, treten zuweilen Vermehrungen der Prostatasekretion periodisch und zyklisch wiederkehrend auf ähnlich der Menstruation, so daß B. geneigt ist ähnliche Ursachen für beide Zustände anzunehmen. Diese Absonderung eiweißhaltigen Sekrets hält B. für eine konstante Erscheinung bei chron. Prostatitis; sie müsse daher besonders berücksichtigt werden bei dunklen Formen von Albuminurie wie die in der Überschrift genannten. B. hält den Namen prostatistische Albuminurie für passend für den Zustand.

H. G. Klotz (New-York).

Roberts, H. H. Oxaluria. New-York. Med. Jour. Bd. LXXXIII. pag. 347. 17. Febr. 1906.

Roberts beschäftigt sich besonders mit dem klinischen Bilde der Oxalurie, er hält dieselbe und ihre Folgen für viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird. Die Anwesenheit einer größeren Anzahl von Kristallen von oxalsaurem Kalk ist noch nicht ein Beweis wirklicher Oxalurie. Zu unterscheiden ist die auf der größeren Zufuhr von Oxalsäure durch den Genuß gewisser Früchte und Gemüse beruhende Ernährungs-oxalurie und die intestinale oder allgemeine (systemische); ohne eine gewisse Anomalie des Stoffwechsels kann dieselbe nicht vorkommen, sie ist als eine Art Indigestion anzusehen. Die gewöhnlich mit Oxalurie in Verbindung gebrachten Symptome werden aufgezählt und besprochen. Der Zustand wird nicht selten mit Harnsäurediathese, Gicht, Lithaemie

und Rheumatismus zusammengeworfen. R. hält die Oxalsäure für das Produkt unvollkommener Oxydation der Harnsäure infolge mangelhafter Umbildung des Nukleins; irgendwelche Störung der Oxydationsvorgänge im Körper könne Oxalurie erzeugen. Oxalurie ist eine, vielleicht die Hauptursache der Appendixerkrankungen. Als Hauptbehandlung empfiehlt er eine Diät, welche besonders oxalsäurehaltige Nahrung vermeidet und solche begünstigt, die leicht oxydiert wird und rasche Verbrennung begünstigt. Unter den Arzneimitteln sind diejenigen am wirksamsten, welche die größte Menge Sauerstoff liefern, daneben Salizylate und Alkalien, neben diesen sind Hydrotherapie, Elektrizität, frische Luft und fleißige Bewegung im Freien empfohlen. H. G. Klotz (New-York).

Höber, R. und Königsberg, A. Farbstoffausscheidung durch die Nieren. Archiv für die gesamte Physiologie. Bd. CVIII. pag. 323.

Anschließend an die Untersuchungen von Gurwitsch machten Höber und Königsberg neue Versuche und studierten die Ausscheidung vitaler und nichtvitaler Farbstoffe durch die Froschniere und Kaninchenniere. Die Autoren fassen ihre Resultate in folgenden Schlußsätzen zusammen. Nicht bloß die lipoidlöslichen vitalen Farben, sondern auch die lipoidunlöslichen werden in die Epithelien im 2. Abschnitt der Froschnierenkanälchen aufgenommen und in Vakuolen gestapelt. Die Vakuolengröße variiert nach der Art des einverleibten Farbstoffes. Die Plasmahaut der Epithelien ist Salzen gegenüber impermeabel, die Aufnahme nicht vitaler Farben beruht also wahrscheinlich nicht auf einer veränderten Permeabilität. Lipoidlösliche und lipoidunlösliche Farben werden in den gleichen Vakuolen gesammelt. Die Neutralrot-Bismarckbraun- und Bordeauxvakuolen werden in toto aus den Epithelien in die Harnkanäle abgestoßen und gelangen unverändert in den Harn.

M. Winkler (Luzern).

Vogel. Über Hämaturien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. 1906.

Zusammenfassung der verschiedenen Kriterien zur topischen Diagnostik der Blutungen aus Harnröhre, Blase und Niere.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Karwowski, A. v. Hämaturie und Albuminurie infolge von Urotropin. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XLII.

Den in der Literatur niedergelegten 15 Fällen von Albuminurie und Hämaturie bzw. Hämoglobinurie infolge von Urotropingebrauch fügt Verf. eine eigene Beobachtung an. Er verordnete 3×0.5 Urotropin wegen Harngries, der auch prompt verschwand. Dafür traten Schmerzen in der Nierengegend, Strangurie und Albuminurie auf. Nach Aussetzen des Urotropins hörten diese Erscheinungen auf. v. K. erklärt diese Erscheinungen damit, daß das Formaldehyd aus dem Urotropin nicht, wie normalerweise erst im Urin, sondern schon im Blute abgespalten wurde und bei seinem Durchtritt durch die Nieren zu Reizung derselben führt.

Ludwig Waelsch (Prag).

Knorr, R. Über die Ursachen des pathologischen Harn-drangs beim Weibe, insbesondere Cystitis colli et Pericystitis, sowie deren Behandlung. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. LV. pag. 472.

Knorr teilt seine Erfahrungen über den pathologischen Harn-drang beim Weibe mit; er hat dieselben an seinem poliklinischen Material gesammelt. Jede fünfte Frau seiner poliklinischen Praxis soll über Harn-beschwerden klagen und bei $\frac{2}{3}$ aller Fälle mit Harnbeschwerden soll Cystitis colli chronica vorliegen.

Die Symptome der Cystitis colli bestehen nach Knorr in häufigem Drang zum Urinieren, Schmerzen und Drang bei der Harnentleerung, Schmerzen und Druckgefühl in der Blasengegend. Urin meist klar, zeitweise Trübung durch Schleim oder Salze, morphologische Elemente, Eiterkörper und Epithelien nur mittelst Zentrifuge nachzuweisen.

Das zystoskopische Bild zeigt Veränderungen des Trigonums und des Sphinkterrandes in Form von Trübung des Epithels, Schwellung der Schleimhaut, mitunter Auflagerung von Schleim oder Fibrinflocken. In schwereren Fällen Hämorrhagien der Schleimhaut. Auch Ödem und papilläre Wucherungen kommen vor. Als Ursachen sind anzusehen: entweder Infektion oder venöse Stauung und Hyperplasie. Zur Behandlung empfiehlt Knorr Ausspülen der Blase und lokale Behandlung mit 1% Arg. nitr.-Lösung vermittels Playfairsonde.

Bei Pericystitis und Paracystitis sind durch das Cystoskop weißgelbe feine Linien rechts und links am Blasengrund zu sehen, daneben schattenwerfende Stränge und Vorsprünge der Blasenwand. Die Kapazität der Blase ist verringert.

Zur Therapie der peri- und paravesikalen chronischen Veränderungen eignet sich in schweren Fällen Operation, in leichten Fällen Blasen-dehnung mittelst Katheter und Spritze. M. Winkler (Luzern).

Weiss, A. Wien (Abteilung Frisch). Ein Fall von Fremdkörper der Urethra mit Sequestrierung eines Teiles der letzteren. Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 16.

Weiss teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, der im Anfang der klinischen Beobachtung unter dem Bilde einer retrostrikturalen Urminfiltration verlief und erst nach der Operation während des Wundverlaufes durch Sequestrierung einer Gewebsmasse, in der sich eine 4 cm lange abgebrochene Spitze eines Hühnerfederkieles befand, die wahre Natur des Leidens in dem eingeführten Fremdkörper erkennen ließ.

Viktor Bandler (Prag).

Stern, Karl. Über Perforation der Harnblase bei Ausschabung derselben. Dtsch. med. Woch. Nr. 15. 1906.

Im Anschluß an einen tödlich verlaufenen Fall von Kurettierung eines Blasenpapilloms bei einer 57jährigen Frau erörtert Stern die Frage, ob es überhaupt richtig sei, die Ausschabung der Blase ohne Sectio alta vorzunehmen. Trotz aller Vorsicht, welche hier bei der mit dem Strauss-schen Instrument vorgenommenen Operation waltete, verstarb die Patientin

und die Sektion ergab eine linsengroße Perforation des Blasenscheitels und sekundäre Peritonitis. Verf. betont, daß ein solcher Unfall bei der kürzeren Harnröhre der Frau allerdings leichter vorkommen könne als beim Manne, da hier durch die Schwere des Instruments der Schraubenteil bodenwärts sinkt, wodurch schon eine gewisse Gefahr entsteht, die Blase mit dem nach oben ausschlagenden Kuretenteil zu berühren. Gegen die Operation im Dunkeln führt Verf. an, daß bei der Narkose die völlig erschlaffte Blase dem Instrumente keinen Widerstand biete; die Tierexperimente, welche gesunde Blasen betrafen, könnten für durch Krankheit geschwächte Menschen nichts beweisen. Hingegen käme beim Eröffnen der Blase von oben Auge und Finger dem tastenden Instrumente zu Hilfe, die große Gefahr des Arbeitens im Dunkeln falle fort und der am leichtesten gefährdete Blasenteil, der Scheitel, sei geschützt. Auch ist nicht zu vergessen, daß die durch Sectio alta bewirkte Ruhigstellung der Blase allein schon von hohem Werte für den Kranken ist.

Max Joseph (Berlin).

Veress, Fr. v. Über einige Fälle von Urethritis traumatica. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XLII.

3 Fälle:

1. Extraktion eines ca. 18—20 cm langen und 7—8 mm dicken bleistiftförmigen, massiven Zapfens aus der Harnröhre, darnach heftige Blutung und Entwicklung einer Narbenstriktur längs der ganzen Harnröhre. Der Zapfen war die infolge vorausgegangener Einspritzungen mit starker Cupr. sulf.-Lösung mortifizierte Schleimhaut.

2. Einspritzung mit Scheidewasser, nach der sich filiforme Striktur entwickelte.

3. Einspritzung mit konzentrierter Karbolsäure; darnach keine Striktur bedeutenderen Grades. In allen 3 Fällen wurden die Injektionen von Kurfuschern oder eigenmächtig zur raschen Tripperheilung vorgenommen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Taylor, H. und Johnson, A. G. Impaction of a hatpin in the male urethra. The British Med. Journal. 1906. 17. Feb. pg. 380.

Taylor und Johnston hatten Gelegenheit je eine in die Urethra gebrachte Hutnadel, die sich verfangen hatte, ohne Inzision in das Lumen zu schieben und zu extrahieren.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Batut. Des adénites vénériennes et des adénites tuberculeuses et de leur traitement. Journal des mal. cut. et syph. 1904. pag. 561.

In einem längeren mit Krankengeschichten versehenen Aufsatz bespricht Batut die venerischen und tuberkulösen Bubonen. Während Bubonen bei Gonorrhoe nur sehr selten auftreten und dabei meist ohne chirurgische Eingriffe bei Bettruhe und eventuellem leichten Kompressivverband, in schlimmsten Fällen nach einer einfachen Inzision ausheilen, empfiehlt er bei chankrösen Bubonen die radikale Ausräumung aller

Drüsen mit nachfolgender Tamponade. Luetische Bubonen heilen wohl meist nach Anwendung spezifischer Therapie ohne irgendwelche besondere Eingriffe. Was die tuberkulösen Bubonen betrifft, so rät Batut, bei diesen stets radikal auszuräumen, eventuelle Fisteln zu spalten, nie aber die Kurette anzuwenden, weil er bei Anwendung dieser bisweilen das Auftreten tuberkulöser Meningitis beobachtet habe.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Gunn Leveson-Gower. Tuberculous disease of the seminal tract. The Lancet. 1901. 9. Juni. pag. 1603 ff.

An der Hand von sechs Fällen bespricht Gunn den Modus des Weiterschreitens der Genitaltuberkulose, die Diagnose, welche Teile befallen seien und die Operationsmethoden.

Die Infektion kann vom tuberkulösen Hoden auf die Samenbläschen und die Prostata auch bei gesund bleibendem Samenstrang erfolgen, die Tatsache also, daß bei einem erkrankten Hoden der Samenstrang normal ist, schließt eine Erkrankung der Samenbläschen nicht aus. Bei Erkrankung beider Hoden und der Samenbläschen ist allein die Radikaloperation von Erfolg begleitet.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Moses. Über Bubonenbehandlung nach der Bierschen Methode. (Aus dem städtischen Krankenhaus für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Obdach der Stadt Berlin.) Mediz. Klinik. 1906. Nr. 13

Moses bringt eine Übersicht über 25 Fälle von Bubonen, die ohne Rücksicht auf ihre Ätiologie und den Erkrankungszustand nach der Bierschen Methode, d. h. mittelst Stichinzision auf der Höhe des Tumors und Applikation der Sauggläser $\frac{3}{4}$ —1 Stunde behandelt wurden.

Verfasser hat den Eindruck gewonnen, daß diese Art der Bubonenbehandlung gegenüber der früher angewandten eine Abkürzung erfährt, dazu für den Patienten eine viel angenehmere und schmerzlosere ist. — Nach unseren Erfahrungen können wir das durchaus bestätigen. (Ref.)

Oskar Müller (Dortmund).

Joseph, Max. Bemerkungen zu der Arbeit von Felix Moses über Bubonenbehandlung nach Bierscher Methode. (Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.) Mediz. Klinik. 1906. Nr. 14.

Enthält einen Hinweis, daß auch Verfasser die Biersche Stauung bei Bubonenbehandlung mit gutem Erfolge angewandt hat.

Oskar Müller (Dortmund).

Delaunay et Darré, H. Diagnostic clinique des ulcérations du col utérin. Gazette des Hôpitaux. 1905. pag. 1247.

Der Artikel enthält ein eingehendes klinisches Bild der Ulzerationen an der Portio mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Es werden sukzessive abgehandelt: die Geburtsverletzungen am Uterushalse, die gonorrhöischen Erosionen, der harte und weiche Schanker, Herpes, die sekundären und tertiären luetischen Erscheinungen und schließlich die Veränderungen an der Portio bei chronischer Metritis, Tuberkulose, Carcinom und Sarkom.

M. Winkler (Luzern).

Finlay Douglas. Case of Pseudoelephantiasis of vulva. The British Med. Journal. 1906. 13. Juni. pag. 81 ff.

Finlays Patientin, vor 6 Jahren syphilitisch infiziert, bekam Ulzerationen und fibromatöse Verdickung auf der linken Seite der Vulva. Die syphilitischen Erscheinungen heilten auf Quecksilber und Jod ab, die Verdickung an der Vulva mußte operativ entfernt werden.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Jeanseime, M. Diagnostic et traitement des ulcérations de la verge. Gazette des Hôpitaux. 1905. pag. 1719.

Jeanseime behandelt in einem klaren Vortrage die Ulzerationen am Penis bei Balano-Posthitis, Herpes genitalis, Ulcus molle, Ulcus durum, Gumma und Epitheliom, sowie ihre Differentialdiagnose und Behandlung.

M. Winkler (Luzern).

Jangger, Theodor. Zur Therapie der funktionellen Enuresis. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1905 pag. 538.

Da die Behandlung der Enuresis zur Zeit in vielen Fällen noch eine recht schwierige ist, so sind die günstigen Erfolge, welche Jangger mit seiner Therapie erzielt hat, beachtenswert.

Jangger faßt die funktionelle Enuresis als eine allgemeine Neurose mit prägnanter Muskelschwäche des Blasenhalses auf. Zur Behandlung empfiehlt er namentlich die kombinierte Massage des Blasenhalses nach Walke, wobei er die allgemeinen Maßnahmen keineswegs vernachlässigt wissen will; als solche nennt er: Erziehung der Patienten durch Eltern und Lehrer, Diätvorschriften, Flüssigkeitsverbot nach 4 Uhr abends, hartes Lager ev. Hochlagerung des Beckens, Aufnahme des Kindes 2mal nachts, Hydrotherapie in Form von kalten Abreibungen und Regenduschen. — Die Massage soll 1—2mal wöchentlich vorgenommen werden und zwar 4—5 Minuten lang ev. mit Sphinkterdrückung nach Thure Brandt. Zur Massage werden die Patienten in Rücken- oder Seitenlage gebracht und dann wird die eine Hand oberhalb der Symphyse dem ins Rektum eingeführten Zeigefinger der andern Hand entgegengedrückt; es können dann kreisende Bewegungen ausgeführt werden. Jangger hat bei 6 Fällen von chronischer Enuresis, deren Krankengeschichten er kurz resümiert, in 5 Fällen Heilung erzielt, in einem Falle bedeutende Besserung.

Winkler (Luzern).

Finsterer, J. Ein Beitrag zur Kenntnis der Harnröhrensteine. Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. LXXXI. X.

Finsterer unterscheidet mit Lieblein zwischen eigentlichen Urethralsteinen d. h. solchen, „die entweder primär in der Harnröhre entstanden sind, oder aber Blasensteinen, die auf dem Wege ihrer Ausstoßung in der Harnröhre zurückgeblieben sind und sich hier vergrößert haben“, und zwischen unechten d. h. Blasensteinen, „die, als solche symptomlos getragen, erst auf dem Wege durch die Urethra klinisch Erscheinungen gemacht haben“. Aus der Sammlung der II. chir. Klinik zu Wien führt Verf. als Beispiel der letzteren Kategorie 3 Fälle an und im Anschluß hieran eine Reihe von Fällen aus der Literatur.

Die Harnröhrensteine im engeren Sinne kann man wieder unterscheiden in solche, die sich im Lumen der Urethra selbst weiter entwickeln unter allmählicher Dilatation derselben, und in solche, die sich in taschenförmigen Ausbuchtungen derselben eingelagert haben, erstere mehr langgestreckt, letztere der jeweiligen Form des Divertikels entsprechend. Bei ersteren kann die Dilatation der Harnröhre unter Umständen eine ungeheure sein. In einem Falle entfernte Röhrig einen 8 cm großen, 250 g schweren Stein von der Form eines Kuhorns. Natürlich kommen Übergänge zwischen beiden vor. Zu den Harnröhrensteinen gehören auch die sogenannten Pfeifensteine, die in der Blase, Blasenhalshals und dem Anfangsteil der Urethra sitzen, und manche Fälle der sogenannten Prostatasteine. Im Anschluß werden dann noch die sogenannten Präputialsteine besprochen, aus deren Zusammensetzung man oft schließen kann, daß sie aus den höheren Harnwegen stammen. Urethralsteine beim Weibe sind naturgemäß sehr selten und meist die Folge von Divertikeln infolge Prolapses der vorderen Vaginalwand.

Was das Alter anbetrifft, so fand Verf. folgendes:

Das Alter zwischen 40–50 Jahren ist am meisten beteiligt, vor allen gilt dies von den eigentlichen Urethralsteinen, während die nur vorübergehend in der Urethra aufgehaltenen Steine am häufigsten im 1. und 2. Dezennium zu finden sind. Die Urethralsteine im engeren Sinne und die Divertikelsteine sind in $\frac{1}{3}$ aller Fälle in der Mehrzahl vertreten. Das Gewicht schwankt sehr, ist doch von Kurbatow ein Stein von 390 g beschrieben worden. Die chemische Zusammensetzung ist eine einfache, geschichtete Steine kommen nicht vor, Phosphate überwiegen.

Ortmann (Magdeburg).

Selhorst, S. B. Treatment of cicatricial strictures of the urethra with the electrolytic needle. The British Med. Journal. 1906. 24. März. pag. 674 ff.

Selhorst behandelt Urethralstrikturen folgendermaßen: Zunächst wird bis 23 Charrière entweder mit Béniqué-Bougies gedehnt oder bei sehr hartem Narbengewebe die innere Urethrotomie gemacht. Dann erfolgt nach vorheriger Ausspülung mit Hg. oxycyanat. die elektrolytische Behandlung. Die dazu verwandte Nadel, sonst isoliert, hat eine $1\frac{1}{2}$ –2 cm lange Spitze aus Platin. Diese wird, nachdem die Striktur ins Lumen des Oberländerschen Urethroskops eingestellt ist, $\frac{1}{2}$ –1 cm tief ins Narbengewebe eingestoßen und mit dem negativen Pole einer galvanischen Batterie verbunden, während die positive Elektrode auf Schenkel oder Bauch zu liegen kommt. Selhorst läßt den 4–6 Milliampère starken Strom 3 Min. wirken, unterbricht zunächst den Strom und zieht dann die Nadel heraus, um dieses Vorgehen 4–5mal in derselben Sitzung zu wiederholen.

Die Behandlung erfolgt zunächst zweimal in der Woche, später einmal. An jede Sitzung schließt sich eine Ausspülung mit Hg. oxycyanatum oder Arg. in 1:4000 an. Durch letztere hat Selhorst in den 6 Jahren, in denen er die Methode ausübt, Komplikationen wie Cystitis,

Epididymitis und Bakteriurie vermieden. Während der Behandlung wird einmal wöchentlich bougiert. Im Laufe dieser Therapie verwandelt sich, wie die urethroskopische Kontrolle zeigt, die graue Farbe der Striktur in eine blaßrote; die Oberfläche wird weich und eben, später glänzend.

Die Dauererfolge der Behandlung haben Selhorst veranlaßt auch bei der Prostatahypertrophie diese Methode anzuwenden, gleichfalls unter urethroskopischer Kontrolle und unter Kontrolle des in den Mastdarm eingeführten Fingers.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Newmann, David. Demonstration of the cystoskope. The British Med. Journal. 1906. 24. u. 31. März. pag. 660 u. 727 ff.

Ausführliche Darstellung des Instrumentariums und der Technik der Cystoskopie, die sich nicht zur Wiedergabe als Referat eignet.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Thomson, William. Enucleation of the prostate for haemorrhage. The Brit. Med. Journal. 1906. 27. Jän. pag. 188 ff.

Thomsons Patient litt an Blasenblutung besonders im Anschluß an körperliche Übungen; sorgfältige Untersuchung des Urogenitaltrakts ließ ausschließen, daß das Blut aus der Blase oder den Nieren stammte; die Prostata, die vergrößert war, wurde auf suprapubischem Wege entfernt.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Arnold, Gilbert. A case of suprabubic cystotomy under local anaesthesia. The British Med. Journal. 1906. 6. Jän. pag. 21.

Arnold hat eine Haarnadel aus der weiblichen Blase entfernt, wobei er die Blase vom Hypogastrium aus inzidierte. Die Operation erfolgte unter lokaler Infiltrationsanästhesie mit Encain.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Lohnstein, H. Über Alypin in der urologischen Praxis. Dsch. med. Woch. Nr. 13. 1906.

Gute anästhetische Erfolge erzielte Lohnstein mit dem Alypin bei 1⁰/₁₀iger Anwendung behufs schmerzloser Einführung des Endoskop-tubus, ferner zur Erschlaffung des Compr. urethr. bei Janet-Irrigationen und tiefen Harnröhreninjektionen. Die Anästhesierung stand der des Cocain nicht nach. Verf. injizierte sodann bei Argentuminstitutionen 1 ccm 5% Argentumlösung und 5 ccm Cocainum nitr. oder 1% Alypinum nitric.-Lösung. In gleicher Weise trat in beiden Fällen die Empfindung des Brennens oder Drängens erst 5 Minuten nach erfolgter Applikation, also erst nach vollendeter Wirkung des Argen. nitric. ein. Bei Applikation von Bougies, Kathetern oder Cystoskopen ergab ebenfalls das Alypin eine gleichwertige Anästhesie wie das Cocain, ebenso erreichte es bei Phimosenoperationen und Inzisionen des Orific. extern. urethr. in 20 Fällen bis auf einen Fall vollkommene Schmerzlosigkeit. Einige Male schien die Anästhesie etwas langsamer einzutreten als beim Cocain, andere Male aber in der gleichen Frist. Die Unannehmlichkeit, daß bei gleichzeitiger Anwendung von Alypin mit Argent. nitric. ein Niederschlag erfolgte, welcher die Wirkungen beider Medikamente abschwächen mußte, beseitigte die Fabrik von Bayer, welcher die Präparate entstammen, durch

Herstellung eines salpetersauren Salzes des Alypin, welches mit Argent. nitr.-Lösung vermischt eine klare Flüssigkeit bildete. Im ganzen konnte Verf. aus den 120 Fällen, welche mit 60 g Alypin behandelt wurden, die Erfahrung abstrahieren, daß das Alypin, besonders sein salpetersaures Salz, ein vollkommenes Ersatzmittel für die Cocainsalze darstellt, vor diesen aber den Vorzug geringerer Giftigkeit, der Unzersetzbarkeit und Sterilisierbarkeit besitzt.

Max Joseph (Berlin).

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Carlk, J. Bayard. Gonococcic Infections and the Physicians Responsibility. New-York. Med. Jour. Bd. LXXXIII. pag. 444. 3. März. 1906.

Clarks Artikel ist eine mehr weniger statistische Studie der verschiedenen durch Gonorrhoe verursachten Störungen der urogenitalen sowohl wie anderer Organe bei beiden Geschlechtern, der Inhalt eignet sich daher nicht für ein eingehenderes Referat. Prostatitis, Cystitis, Sterilität, bes. Urethritis poster., gonorrh. Rheumatismus, Stomatitis, Ophthalmoblennorrhoe und besonders die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane werden der Reihe nach in Betrachtung gezogen.

H. G. Klotz (New-York).

Torrey, John O. An Antigonococcus Serum Effective in the Treatment of Gonorrheal Rheumatism.

Rogers, John. The Treatment of Gonorrhoeal Rheumatism by an Antigonococcus Serum. Journ. Amer. Med. Assoc. Bd. XLVI. pag. 261 u. 263. 27. Jän. 1906.

Torreys Artikel soll eine vorläufige Mitteilung darstellen über die Herstellung eines therapeutisch wirksamen Antigonococcus Serum. Solches Serum ist bisher nicht benutzt worden, weil 1. eine durch einen früheren Anfall bewirkte Immunität beim Menschen noch nicht beobachtet worden ist, 2. die Infektion eines Tieres noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen wurde, 3. im allgemeinen angenommen wird, daß üppige Wucherungen von Gonokokken unter künstlichen Bedingungen sich nicht erzeugen lassen und 4. das Toxin des Gonococcus ein Endotoxin ist. Im Interesse eines an einer außerordentlich langwierigen gonorrhoeischen Gelenkerkrankung leidenden Patienten von Rogers veranlaßt versuchte F. die Herstellung eines Serum. Von einem bisher unbehandelten akuten Fall von Gonorrhoe beim Manne wurden die ursprünglichen Kolonien gewonnen. Als bestes Kulturmedium erwies sich eine Mischung gleicher Teile einer reichen Ascitesflüssigkeit und leicht saurer Pepton Fleischbrühe, die in einer Temperatur von 36° bis 37° C. gehalten wurden. Nach 18 bis 24 Stunden erscheint auf der Oberfläche und am Rand der Röhren leicht granulierte Kultur, nach 6 Tagen ist das Medium beim

Schütteln gleichmäßig trüb. Gonokokkenstämme erweisen sich nach über einem Jahre noch ebenso kulturfähig und ein ebenso wirksames Serum liefernd. Zur Herstellung des Serum werden ausschließlich große Kaninchen benutzt; Inokulationen von ca. 10 ccm der gesamten Kultur werden in Pausen von 5—6 Tagen vorgenommen und immer intraperitoneal, die besten Resultate gaben Kulturen von 6 bis 15 Tage alt. Nach 6 Impfungen etwa innerhalb eines Monats wird dem Kaninchen zum ersten Male Blut entzogen; das Serum späterer Blutentziehung scheint aber wirksamer zu sein. Nach einiger Zeit tritt bei den meisten Tieren eine Überempfindlichkeit gegen das Toxin auf, sie verweigern die Nahrung und sterben in abgemagertem Zustand. Das Serum wird in 2 cc. haltenden verschlossenen Glasröhren zum Gebrauch abgegeben und hält sich im Eisschrank 1—2 Monate wirksam. Über Tierexperimente, nam. mit Rücksicht auf den Modus der Wirkung des Serums, verspricht T. ausführlichere Mitteilung.

Rogers bespricht zuerst die Natur und Eigenschaften des gonorrhoeischen Rheumatismus. Von der Annahme ausgehend, daß in lang anhaltenden Fällen von Infektion die Antikörper fehlen, die bei der großen Majorität der Individuen von Natur vorhanden sind oder produziert werden und daß eine Heilung oder Besserung erzielt werden möge, wenn dieselben künstlich zugeführt werden könnten, veranlaßte er die Herstellung eines Serum und wandte dasselbe in einer Anzahl von Fällen an. Das Serum soll in Dosen von 20 bis 60 Minims jeden Tag oder jeden zweiten Tag in das lockere Zellgewebe oberhalb der Fascie auf der Rückseite des Oberarms injiziert werden; man soll so früh wie möglich anfangen und fortfahren, bis Schmerz und Bewegungsstörung nachlassen. Nach 24 bis 36 Stunden pflegt wesentliche Erleichterung bemerkbar zu sein und in 8 bis 10 Tagen in akuten Fällen fast völliges Schwinden der Symptome. Rückfälle sind nicht ausgeschlossen, namentlich nicht, wenn die Urethritis fortbesteht, auf welche das Serum ohne allen Einfluß ist. R. will die Mitteilung nur als vorläufige angesehen wissen. Den Schluß bilden 8 Krankengeschichten als Beispiele der gewöhnlichen akuten, chronischen und besonders ausgedehnten Formen, darunter die desjenigen Patienten, der Veranlassung zu den Versuchen gab. Bei ihm hatten die Krankheitserscheinungen 17 Jahre bestanden mit Ankylosen verschiedener Gelenke, nam. der Wirbelgelenke. Diese wurden natürlich durch das Serum nicht beeinflußt, aber die Schmerzen und Entzündungserscheinungen zeigten sofortige Abnahme. Die Injektionen wurden während 3 Monaten 2mal wöchentlich gegeben.

H. G. Klotz (New-York).

Findlay, Palmer. Gonorrhoea in Women. Amer. Medic. Bd. XI. pag. 387. 17. März. 1906.

Findlay macht darauf aufmerksam, daß besonders in veralteten Fällen der anatomische Nachweis der Gonorrhoe des Urogenitaltrakts unmöglich sein könne. Zuweilen müsse man sich damit begnügen, entzündliche Erscheinungen an einer oder an mehreren Stellen des Traktes auf-

zufinden und mit der Ansteckungsmöglichkeit in Verbindung zu bringen. Eine absolut sichere Diagnose kann nur auf dem Nachweis des Gonococcus basiert werden. Aber die Kleinheit der Gonokokken und ihre geringe Zahl mag unter Umständen eine große Anzahl von Untersuchungen nötig machen. Bei der Schwierigkeit der Behandlung ist die Prophylaxe von der größten Wichtigkeit. Verf. warnt vor unangebrachten Applikationen in die Harnröhre oder in den Uterus im frühen Stadium, die nur zu oft eine Ausbreitung der Infektion zur Folge haben und schwere Schädigung hervorrufen, wo sonst vielleicht die Erkrankung spontan verschwunden wäre.

H. G. Klotz (New-York).

Gans, Leon S. *Diagnosis of Chronic Urethral Discharges.* New-York. Med. Jour. Bd. LXXXIII. pag. 343. 17. Feb. 1906.

Gans gibt im ganzen nur eine Übersicht über ältere und neuere bekannte Untersuchungsmethoden, ohne wesentlich Neues. Einzelne Behauptungen dürften wohl nicht ohne weiteres allgemein als begründet angenommen werden, z. B. daß zu jedem Falle von gonorrhöischer Epididymitis sich eine Entzündung des Samenbläschens gesellen müsse, wie man leicht sehe aus dem anatomischen Verhalten: daß eine Seite des gemeinsamen duct. ejaculat. unmittelbar in den Ansführungsgang des Samenbläschens übergehe. (Das tut doch auch die Schleimhaut der vom Verfasser so streng geschiedenen Urethra anterior und posterior! Ref.) Eine Anzahl dieser Fälle von Vesikulitis heilen von selbst infolge des physiologischen Ausmelkens der Drüsen, das mit jedem Akt des Urinierens zu Stande kommt. Bei Untersuchung der Prostata ist der Widerstand der starken Glutealmuskeln zu überwinden. Das Endoskop wird als für die Diagnose wichtiges Instrument nicht berücksichtigt, da es als ein nur in einer verhältnismäßig kleinen Zahl ausgesuchter Fälle nützlicher Gegenstand angesehen wird und auch da nur in völlig geübten Händen. Nur unter solchen Verhältnissen ist es eine wertvolle Beihilfe, sonst ein gefährliches Spielzeug.

H. G. Klotz (New-York).

Ballenger, Edgar G. *Chronic Urethritis and an Improved Method of Applying Medication to the Urethra.* Am. Med. Bd. XI. pag. 316. 3. März.

Die neue Methode Ballengers zur Behandlung der chronischen Urethritis besteht in der Anwendung von mit Salben bedeckten Sonden, aber nicht mit Näpfen oder Rinnen versehenen. Eine Sonde von dem größten passierbaren Kaliber wird in Eiswasser abgekühlt eingeführt und dann entfernt; darauf wird eine mit der Salbe (Arg. nitr. 2—3:180 Butyr. Kakao) bedeckte und vorher ebenfalls in Eiswasser gekühlte Sonde kleineren Kalibers in die Harnröhre eingeführt und unter Massage von außen her einige Zeit darin gelassen. Die Methode sei leicht anzuwenden, gestatte gleichmäßige Applikation auf die vollgestreckte Schleimhaut und Einreiben durch Massage in die Falten und Follikel. Die Massage befördere auch die Absorption entzündlicher Exsudate oder sei vielleicht im stande die Bildung von Exsudat zu verhindern. Gegen die bereits vorhandene Strikturen führt die Methode neben der Dilatation die Lokal-

applikation der Salbe und die Massage zu Felde, die letztere in Verbindung mit der Kälte und der Salbenmedikation erhöhe den Tonus der Blut- und Lymphgefäße.

Die schlimmste Komplikation der chron. Urethritis ist die Striktur, dies solle man immer im Auge behalten und gerade dafür empfehle sich die Methode. Es handelt sich bei der Striktur um eine chronische Entzündung des subepithelialen Gewebes, besonders in der Umgebung der Follikel, die zwei Stadien durchmacht, Infiltration und Kontraktur. Die Salbensonden seien im stande der Strikturbildung vorzubeugen und die Absorption frischer Exsudate zu erzielen, ehe Organisation zu stande kommt. Die ausgedehnten Nervenbeziehungen und die verbreiteten Symptome, die von Verletzungen oder Erkrankungen der prostaticischen Urethra ausgehen, berechtigen, dieselbe als den plexus solaris des Beckens anzusprechen; manche unbestimmte, vage Schmerzen und Symptome sexueller Schwäche können oft durch geeignete Behandlung dieses Teils des Urethrankanals beseitigt werden. H. G. Klotz (New-York).

Trentwith, W. D. Gonococcus Vaginitis in Little Girls. New-York. M. Journ. Bd. LXXXIII. pag. 240. 3. Febr. 1906.

Trentwiths Fälle von Gonococcus Vaginitis bei kleinen Mädchen wurden ambulant beobachtet und behandelt; 12, die ausreichend lange beobachtet wurden, sind tabellarisch zusammengestellt. Betreffend die Art der Ansteckung und die Symptome wird nichts Neues geliefert; genauer beschrieben wird die Behandlung, welche hauptsächlich in 2 bis 3mal täglich vorgenommenen Ausspülungen vermittelst größerer Mengen einer Lösung von Kal. permang. c. 1:4000 durch einen in die Scheide eingeführten Nélatonkatheter besteht, welche die Mutter vorzunehmen hat; später werden Zinklösungen gebraucht und von Seiten des Arztes bei den Besuchen in der Klinik Lösungen von Arg. nitr. 1:2000 bis 1:125 in Gestalt von Einspritzungen kleinerer Mengen durch den Katheter. Die Urethra war nur selten beteiligt, eine einmalige Applikation einer 10% Silberlösung auf die Harnröhre genügte meist die Harnröhre zu heilen. Zum Schluß betont T. die Wichtigkeit früher Diagnose und Behandlung, die Notwendigkeit häufiger Spülungen mit größeren Mengen der Lösung, das Vermeiden des Gebrauchs von entfetteter Baumwolle und die Regel, die Behandlung fortzusetzen, bis keine Gonok. mehr nachgewiesen werden können. Er verlangt ausgiebige Belehrung an Gonorrhoe leidender Personen beiderlei Geschlechts über die Gefahren der Ansteckung und sorgfältiges Verhüten der Einführung mit Gonorrhoe behafteter Kinder in Kinderbewahranstalten und andere öffentliche Institute wie Hospitäler etc. H. G. Klotz (New-York).

Ware, Martin W. Gonorrhoeal Rheumatism. New-York. Med. Jour. Bd. LXXXIII. pag. 87. 13. Jän. 1906.

Ware gibt eine Übersicht über den heutigen Standpunkt unserer Kenntnis der gonorrhoeischen Gelenk-, Sehnen- und Muskelerkrankungen. Er berichtet einen Fall von Synovitis gonorrh. tarda, bei dem keine Gonokokken, sondern nur auf Gon. zurückzuführende Veränderung der Prostata

vorhanden war. Eigentümlich der gon. Arthritis ist das Beschränktsein auf ein Gelenk; mehrere Gelenke sind meist nicht gleichzeitig befallen, Herzgeräusche sollen selten vorkommen; häufig werden kleinere Gelenke befallen. Schwellung der Gelenke beruht häufiger auf Schwellung der Synovialmembran, Bänder und Kapseln infolge von Exsudat in dieselben als auf Flüssigkeitserguß. Große Empfindlichkeit ist häufig; eigentümlich rasches Auftreten von Muskelatrophie. Bei der Diagnose dunkler Gelenksaffektionen soll man immer den Urin untersuchen; Untersuchung der Prostata per rectum und Ausdrücken derselben wird oft den Beweis des gonorrhoeischen Ursprungs liefern; auch bei Frauen ist auf Zeichen der Gonorrhoe zu fahnden. Aspirations der befallenen Gelenke hält W. nur für erlaubt zur Erleichterung der Symptome, nicht allein für diagnostische Zwecke.

H. G. Klotz (New-York.)

Nobl, G. Wien. Zur Klinik und Ätiologie der Deferentitis pelvica. Ein weiterer Beitrag zur Pathogenese der blennorrhoeischen Samenleiter- und Nebenhodenentzündung. Wiener klinische Rundschau. 1906. Nr. 10 und 11.

Die aus der klinischen Beobachtung, der Gewebsuntersuchung und dem Tierversuche resultierenden Hinweise fügen sich enge aneinander, um den Schleimhautweg des Samenleiters als die einzige Gewebsbahn anzusprechen, in deren Kontinuität die blennorrhoeische Infektion von der Pars prostatica der Harnröhre auf den Nebenhoden übergreift. Klinisch läßt sich häufig (nach Nobl in 80%) eine beträchtliche Verdickung des druckempfindlichen Vas und seiner Umhüllungsschichten nachweisen, ehe noch die reaktiven Phänomene an der Nebenhodenkauda zum Ausdrucke gelangen. Aus Nobls Untersuchungen geht hervor, daß sich am Schleimhautbelage des Ductus deferens selbst intensive Entzündungsphänomene spezifischer Natur abspielen können, ohne daß die mächtige Muskelschicht des Ganges von der infiltrierten Tunica propria aus in Mitleidenschaft gezogen würde. Die Fortleitung des infektiösen Sekretes kann im Kanale des Samenleiters unter Umständen mit einer solchen Rapidität vor sich gehen, daß bei dem kurz dauernden Kontakte die Auskleidung des Ganges entweder völlig verschont bleibt, oder die entzündliche Auflockerung nur in singulären Bezirken desselben seßhaft wird. Bei der Rektalpalpation und Untersuchung der Ampulle des Ductus deferens fand Nobl die unvermutete Tatsache, daß die umschriebene spezifische Erkrankung dieses Harnleiterabschnittes in auffallender Häufigkeit zu den komplikatorischen Läsionen der Prostata und Samenblasen beizutreten pflegt, ohne daß sich in den klinischen Umrissen des Krankheitsbildes irgend welche hinweisende symptomatische Äußerungen bemerkbar machen würden. Bei exzessiver Entwicklung präsentiert sich diese meist unilateral auftretende Deferentitis pelvica als fingerdicker, von derben höckrigen Ausbuchtungen und muldenförmigen Einziehungen durchzogener, äußerst druckempfindlicher, harter Strang, der sich von der Basis der Prostata gegen die Beckengrenzen hin verfolgen läßt. Nobl erbringt weiters die Krankengeschichte eines Falles, in welchem für die

Deferentitis pelvica die Blennorrhoe durch den bakteriologischen Nachweis als Ursache erwiesen ist, welcher überdies nach der pathogenetischen Auffassung des Leidens mit einem bisher ausständigen Beweismoment zu Hilfe kommt, indem die Veränderung bei mangelndem Nebenhoden am reserzierten Stumpfe des Samenstranges in Erscheinung trat.

Viktor Bandler (Prag).

Stenczel, A. Wien. Beitrag zur Kenntnis und Therapie der unkomplizierten chronisch-gonorrhoeischen Prostatitis. Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 18.

Die unkomplizierte chronisch-gonorrhoeische Prostatitis besteht nach Stenczel pathologisch-anatomisch nur aus einem spezifischen, rein desquamativen oder eitrig desquamativen Katarrh der Ausführungsgänge der Drüse allein oder vielleicht auch dieser und einzelner Azini der Drüse zugleich. Zur Diagnose der unkompl. chron. gon. Prostatitis fordert der Autor den Nachweis von polynukleären oder von nicht zu wenigen, speziell häufchenförmig angeordneten mononukleären Leukocyten, mit oder auch ohne Gonokokken im Prostatasekret bei negativem palpatorischen Befunde.

Die in diesen Fällen von Stenczel geübte Therapie verfolgt den Zweck, die zur Verwendung genommene Spülflüssigkeit durch längere Zeit und unter einem innerhalb physiologischer Grenzen gelegenen Druck auf die Pars posterior einwirken zu lassen. Die Methode der Behandlung ist folgende: abwechselnd mit gewöhnlichen Blasenspülungen wird dem Kranken jeden 3. Tag nach vorheriger Entleerung der Blase die Prostata in Knieellbogenlage sanft massiert. Im Anschlusse an diesen Akt wird die Blase per urethram mit der Druckspritze und aufgesetzter Olive solange mit einer der üblichen Spülflüssigkeiten gefüllt, bis der Kranke das Gefühl mäßigen Harndranges angibt, was in der Regel schon nach Einspritzung von 300 bis 500 g der Fall ist. Der Blaseninhalt wird nach einigen Minuten darauf entleert. Die Methode bezweckt die Vorzüge der Druckspülung auf die hintere Harnröhre auszudehnen.

Viktor Bandler (Prag).

Mazoyer. Les tysonites blennorrhagiques. Journal des mal. cut. et syph. 1905. pag. 801.

In einer längeren Monographie bespricht Mazoyer die durch Gonorrhoe verursachten Entzündungen der Tysonschen Drüsen, kleiner mit Plattenepithel ausgekleideter, an der unteren Fläche der Eichel und am Frenulum sitzender Einstülpungen der äußeren Haut. Er bringt aus der Literatur eine Zusammenstellung von 100 Fällen von gonorrhoeischer Affektion der Divertikel am Penis. Von diesen sind jedoch nur 16 histologisch untersucht und nur 10 betreffen Tysonsche Drüsen, während 5 paraurethrale Gänge und 1 eine Schweißdrüse betreffen. Differentialdiagnostisch wäre diese Entzündung der Tysonschen Drüsen, welche häufig unter der Form einer Pustel, eines Abszesses, einer Erosion oder Ulzeration auftreten, manchmal schwer von einem Epitheliom, einem Herpes, einer Tuberkulose, einem Ulcus zu unterscheiden, wenn nicht der

mikroskopische Nachweis von Gonokokken allen Zweifeln ein Ende machte. Therapeutisch empfiehlt Verfasser im Gegensatz zu den unsicheren Injektionen einiger Tropfen desinfizierender Flüssigkeit und dem Ausbrennen, als souveränes Mittel die Exzision.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

v. Herff, O. Zur Verhütung der gonorrhoeischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol. (Aus dem Frauenspitale Basel-Stadt.) Münchner Mediz. Wochenschr. 1906. Nr. 20.

Herff bespricht ein neues Silbereiweißpräparat, das „Formonukleinsilber“, in den Handel als „Sophol“ eingeführt und empfiehlt auf Grund ausgiebiger Versuche seine Anwendung als Prophylacticum gegen Ophthalmoblennorrhoe warm. Der Hauptvorteil des Sophols gegenüber den bisher in den Geburtsanstalten angewandten Silberpräparaten, vor allem dem Argentum nitricum besteht in der weit geringeren Reizwirkung bei stärker desinfizierender Kraft. Oskar Müller (Dortmund).

Mayer, A. Zur klinischen Diagnose der Wochenbetts-gonorrhoe. (Aus der Frauenklinik der Universität Heidelberg.) Mediz. Klinik. 1906. Nr. 21.

Seitdem man mit Hilfe der Bakteriologie erkannt hat, daß die Gonorrhoe eine allgemeine Infektion darstellen kann, hat man die Anschauung, daß die Gonorrhoe im Wochenbett immer eine harmlose, leicht verlaufende Erkrankung ist, fallen lassen. Trotzdem begegnet man nicht selten bei den Gynäkologen noch der Anschauung, daß es sich bei Wöchnerinnen mit schweren Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber um Staphylo- oder Streptokokkenprozesse handle. Verfasser weist auf das Irrige dieser Ansicht hin, da er bei reiner Wochenbettsgonorrhoe schon kurz nach der Geburt Fieber bis 41.2° verbunden mit Schüttelfrösten und schweren Allgemeinerscheinungen gesehen hat.

Oskar Müller (Dortmund).

Kaufmann, R. Über Santyl, ein neues Antigonorrhoicum. Monatshefte für pr. Dermatologie. Bd. XLI.

Santyl ist der Salizylsäureester des Santalöl, ein gelbes, fast geschmackloses Öl, von leicht aromatischem Geruch. Die Tagesdosis ist 3mal täglich 25–30 Tropfen in Milch, eventuell 2mal täglich 40–50 Tropfen. Bei 45 Patienten mit Gonorrhoe (darunter 30 akute, 8 chronische) erzielte K. sehr gute Resultate; geradezu glänzend bewährte sich Santyl bei Gonorrhoea posterior. Auch in Fällen von postgonorrhoeischen nervösen Beschwerden in den Harnorganen wirkte Santyl sehr gut. Es wurde immer gut vertragen, Nebenwirkungen traten nicht ein.

Ludwig Waelsch (Prag).

Dreuw. Mitteilungen aus der Praxis. Monatshefte f. pr. Dermatologie. Bd. XLII.

Schilderung eines Instrumentes zur Kombination von Prostata-massage und Faradisation, sowie eines Mastdarmobturators (s. Original).

Ludwig Waelsch (Prag).

Philipp. Ein neuer Wäscheschutz bei Gonorrhoe. (Aus der dermatologischen Poliklinik von Dr. P. G. Unna.) Münchn. mediz. Wochenschr. 1906. Nr. 13.

Philipp empfiehlt einen anscheinend praktischen Wäscheschutz gegen Verunreinigung mit Trippereiter. Oskar Müller (Dortmund).

Helkosen.

Batut. Chancere mou accidental de la main; complications insolites. Journal des mal. cut. et syph. 1905. p. 241.

Bei der Operation einer chancrösen Phimose sticht sich der operierende Arzt mit einer Nadel in den linken Handrücken zwischen Zeigefinger und 3. Finger. Einige Tage darauf entwickelt sich unter sehr heftigen Schmerzen an dieser Stelle ein weicher Schanker, welcher bald darauf von einer bis in die Achselhöhle reichenden Lymphangitis begleitet wird. Im Verlaufe der Krankheit, welche zahlreiche chirurgische Eingriffe nötig macht, entwickelt sich noch eine Periostitis der linken Clavicula, ein Erysipel am Rücken und eine Jodoformdermatitis an der Hand, so daß Patient erst nach 4½ Monaten als geheilt entlassen werden kann.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Syphilis. Allgemeiner Teil.

Grünbaum und Smedley. Note on the transmissibility of syphilis to apes. The British Med. Journal. 1906. März 17. p. 607.

Grünbaum und Smedley berichten kurz, daß sie mit positivem Erfolge einen Schimpansen am Augenhid mit Syphilis geimpft haben. Am 16. Tage erschien der Primäraffekt, Spirochaeten fanden sie erst am 37. Tage trotz vorhergehenden Suchens. Fritz Juliusberg (Berlin).

Neisser, A. Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen. Dtsch. med. Woch. Nr. 13. 1906.

Die von Neisser in Gemeinschaft mit Dr. Siebert und Dr. Schucht in Breslau mit tertiärenluetischen Produkten am Affen vorgenommenen Impfungen erzeugten typische Primäraffekte, sobald die syphilitische Neubildung noch nicht durch Vereiterung oder Nekrose zerstört war. Erst bei spezifischer Degeneration fiel die Impfung negativ aus. Verf. schließt aus diesen Tatsachen für die Praxis, daß jede tertiäre Lues noch kontagiös sei und Ansteckung durch sie möglich wenn auch geringer als bei Frühsymptomen. Diese auch beim Tierversuch in die Augen fallende leichtere Übertragbarkeit der primären und sekundären

Syphilis wird in der Praxis noch erhöht durch die größere Sorglosigkeit des Publikums leichteren Symptomen gegenüber, durch ihre häufige Lokalisation an Stellen, welche einerseits leicht der schützenden Epidermis beraubt, andererseits oft mit anderen Personen in Berührung gebracht werden. Gummata aber sind meist mit einfacher Epidermis bedeckt, während die zerfallenden ihre Kontagiosität verlieren und der schmerzhafteste, geschwürige Prozess wird von dem Kranken und seiner Umgebung eher beachtet. Neben energischer Jodzufuhr rät Verf. auch bei tertiärer Lues intermittierende Quecksilberkuren an, während beim Fehlen tertiärer Symptome Bade- und Schwitzkuren geeignet seien etwa latente Parasiten zur Zirkulation zu bringen und dem Quecksilbereinfluß zugänglich zu machen. Versuche mit hereditärer Lues, welche positive Erfolge bei Impfungen mit Herzblut, Leber, Niere, Lunge und Nasenschleim zeigten, ließen eine fast völlige Parasitendurchseuchung des Organismus erkennen. Da die Kinder oft in den ersten Lebenswochen gesund erscheinen, so wäre in verdächtigen Fällen eine sofortige Überimpfung auf Tiere oder auch eine Untersuchung auf Spirochaeten vielleicht am Platze, um die frühzeitige Diagnose und Behandlung klinisch zweifelhafter Erscheinungen zu ermöglichen.

Max Josef (Berlin).

Scherber, G., Wien (Klinik Finger): Durch Syphilisimpfung erzeugte Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen. Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 24.

Um die Befunde Siegels nachzuprüfen, unternahm es Scherber, Kaninchen durch Einbringung syphilitischer Produkte in die vordere Augenkammer zu infizieren. Die vordere Kammer wurde am Limbus mit der Lanze eröffnet und der Impfstoff nach Ablassen des Kammerwassers mit dem Spatel und der Pinzette eingebracht. Die acht mit Sklerosen, Drüsen und Papelmateriale geimpften Tiere zeigten ein fast völlig übereinstimmendes Krankheitsbild. Nach Abklingen der Reizerscheinungen blieb das Auge bis zum 8. oder 14. Tage frei; um diese Zeit traten meist nahe dem Pupillarrand der Iris kleinste, oft nur stippchenförmige Knötchen von weißgraugelber Farbe auf, welche sich etwas vergrößerten, vier bis sechs Wochen stationär blieben, um dann langsam zu schwinden. Die Kornea blieb bis zur sechsten Woche ungefähr glatt und glänzend. Um diese Zeit entwickelte sich ohne besondere entzündliche Reaktion der Iris eine Keratitis, die in den zentralen Partien der Kornea mit rauchiger Trübung und Rauigkeit der bis dahin anscheinend gesunden Kornea begann. Unter Zunahme der Trübung, welche dann wolkig erscheint und schließlich dicht und grauweiß wird, entwickeln sich vom Limbus her in allen Schichten der Kornea Gefäße, so daß schließlich das Bild einer Keratitis vorliegt, welche der menschlichen Keratitis parenchymatosa äußerst ähnlich erscheint. Ohne weitere Schlüsse aus allen diesen Befunden zu schließen, stellt der Autor die erhobenen Tatsachen fest und wird weitere Untersuchungen später mitteilen.

Viktor Bandler (Prag).

Wild, R. B. Klinisches über Syphilis. The Brit. Journ. of Dermat. Mai 1906.

Wild verwertet sein poliklinisches und klinisches Syphilis-Material, zusammen 1000 Fälle, die 5·17 % der gesamten Patientenzahl seines Hospitals ausmachten (die entsprechende Ziffer seiner Privatpraxis war 4·95), zu einer vornehmlich statistischen Zusammenstellung.

Von 76 kongenital Luetischen fand der Verf. 60 (im Maximalalter von 2 Jahren) mit sekundären, 16 (im Mindestalter von 3 und Höchstalter von 26 Jahren) mit tertiären Erscheinungen behaftet. — 55 Kranke — 38 Männer und 17 Frauen — hatten wegen ihres Primäraffekts ärztlichen Rat angesprochen; indessen sind diese Daten gleich der verhältnismäßig ungemein hohen Zahl von 18 extragenitalen Sklerosen kaum verwertbar, weil eigentlich „Geschlechtskranke“ in dem vom Verf. geleiteten Spital im Allgemeinen nicht behandelt werden. — Im Sekundärstadium des Leidens befanden sich 276 Kranke, u. zw. 97 Männer und 179 Frauen. Der Verf. erwähnt einiger interessanten Fehldiagnosen, zu welchen heftige Allgemeinerscheinungen in der Eruptionszeit Anlaß gaben und liefert dann eine Statistik der verschiedenen Ausschlagformen, die auch 3 Fälle von Purpura syphilitica (Krankengeschichten kurz mitgeteilt) und 15 von Framboesia syphilitica enthält; die Ätiologie der letzteren wird in einer Infektion der Papeln von außen her gesucht und für ihre Behandlung örtliche Antisepsis dringend empfohlen. — Die Kranken des Tertiärstadiums, 593 an der Zahl, nämlich 263 Männer und 330 Frauen, hatten ein mittleres Alter von 38·7 Jahren gegenüber einem solchen von 28·5 der sekundär Luetischen. Nach Ausschaltung derjenigen, die sich offenbar nicht mit ihren ersten gummösen Erscheinungen zur Behandlung eingestellt hatten, bleibt zwischen dem Ende des 2. und dem Anfange des 3. Stadiums immer noch ein Zwischenraum von durchschnittlich 5–7 Jahren bestehen. Aus diesem Umstande, der eine hinreichend lange Dauerbeobachtung der Fälle sehr erschwerte, und aus der ungemein großen Verhältniszahl der tertiär syphilitischen klinischen Kranken schließt der Verf., daß unsere gewöhnlichen Schätzungen bezüglich der Häufigkeit der gummösen Erscheinungen zu niedrig sind. — Entzündungen, besonders solche seborrhoischer Natur, begünstigen die Entstehung von Hautgummen. Erscheinungen von Seite des Nervensystems fand der Verf. nur bei dreien von seinen fast sechshundert Fällen tertiärer Lues.

In seinen Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis verfißt Wild für das Sekundärstadium lebhaft die Methode der Quecksilberdarreichung per os (Sublimat, Hydrargyrum cum creta), die während der ersten 2 Jahre in mehrwöchigen Kurperioden, getrennt durch höchstens 3 Monate währende Pausen, durchzuführen ist. Ist bei tertiärer Lues die Resorption der Infiltrate durch Behandlung mit Jod erreicht, so hat Quecksilber an seine Stelle zu treten. Der Wert der Sassaparilla für gewisse Fälle wird anerkannt. Bei tertiärer Syphilis trägt Alkohol oft zur Hebung des Allgemeinzustandes bei.

Paul Sobotka (Prag).

Hoffmann, Erich. Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes. Dtsch. med. Woch. Nr. 13. 1906.

Die Versuche Hoffmanns an niederen Affen bestätigten die Kontagiosität des syphilitischen Blutes während der Frühperiode, bewiesen auch, entsprechend den klinischen Erfahrungen, daß das Virus im strömenden Blute nur in geringer Menge oder abgeschwächt vorhanden sein könne. Von 4 an den Augenbrauen kutan, mit einwandfrei entnommenem Blute geimpften Affen blieben 2 gesund, während die beiden andern typische Primäraffekte zeigten, in welchen *Spirochaete pallida* nachzuweisen waren. Die Abimpfung vom Blute eines infizierten Tieres auf einen anderen Affen blieb bisher resultatlos. Seinen eigenen Beobachtungen schickt Verf. eine Zusammenstellung früherer Experimente über die Infektionskraft syphilitischen Blutes von Waller, Lindwurm, Pellizzari und Jullien voran.

Max Joseph (Berlin).

Gerson, K. Bemerkungen zu dem Vortrag von E. Metschnikoff (Paris).

„Über Syphilisprophylaxe.“ Abgedruckt in Nr. 15 dieser Wochenschrift. (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 18.)

Gerson bespricht die hochwichtige Entdeckung Metschnikoffs.

Oskar Müller (Dortmund).

Metschnikoff, E., Paris. Über Syphilisprophylaxe. (Klinischer Vortrag.) Mediz. Klinik. 1906. Nr. 15.

Auf Grund mehrjähriger eingehender Untersuchungen und Forschungen in der Syphilis-Frage kommen Metschnikoff und Roux zu folgendem Resultat:

1. Es gibt vorläufig noch kein Serum, das eine vollkommene Immunität hervorruft, da es noch nicht gelungen ist, die Spirochaeten zu kultivieren. Die mit lebendem Virus erzeugte Immunität hält nur kurze Zeit, sodaß alle 2—3 Wochen geimpft werden müßte, um einen vollkommenen Schutz zu erhalten.

2. Das inokulierte Syphilisvirus wird durch nachträgliche ausgiebige Waschung der Einimpfstelle mit Sublimatlösung in der üblichen Konzentration nicht zerstört.

3. Quecksilbersalben, selbst erst 18 Stunden nach der Einimpfung eingerieben, sind im stande, den Ausbruch der Syphilis zu verhindern.

Es wurden bisher 11 Versuche mit der prophylaktischen Salbenbehandlung an Affen gemacht, immer mit dem gleichen günstigen Ergebnis. Die Affen, deren inokulierte Teile eingerieben wurden, erkrankten nicht, während die Kontrolltiere ausnahmslos einen typischen Primäraffekt bekamen. Verfasser rät daher nach jedem verdächtigen Coitus 4—5 Minuten lang eine Quecksilbersalbe, am besten die nicht reizende Kalomel- oder weiße Präzipitatsalbe einzureiben.

Wenn sich diese einfache und bequem auszuführende Maßnahme beim Menschen geradeso wirksam erweist wie bei den anthropoiden und

anderen Affen, so dürfte ein Syphilis-Prophylaktikum von unabsehbarer Bedeutung gefunden sein. (Ref.) Oskar Müller (Dortmund).

Valentine, Ferdinand C. Education in Sexual Subjects. New-York. Med. Journ. 83. 276. 10. Feber 1906.

Valentine ist der Ansicht, daß Mädchen nur in Ausnahmefällen von frühzeitiger Entwicklung des Geschlechtstriebes Aufklärung über geschlechtliche Vorgänge erhalten sollten, dagegen Knaben unter allen Umständen, sobald geistige Geschlechtsreife dieselben befähigt, von der empfangenen Belehrung Nutzen zu ziehen. Die Art und Ausdehnung dieser Belehrung solle sich richten nach der Fähigkeit des einzelnen Schülers, den Wert der Warnung zu verstehen und in dem Alter stattfinden, in dem in jedem einzelnen Falle die Notwendigkeit derselben im Interesse moralischer und hygienischer Prophylaxe sich erweist. Ob die Eltern, Lehrer oder Ärzte die Belehrung übernehmen sollen, sei ebenfalls in jedem Falle davon abhängig zu machen, welcher Teil am besten dazu befähigt scheine. Erziehungsinstitute mögen zur Unterrichtung über sexuelle Verhältnisse zugezogen werden, dieselbe dürfe sich aber nur auf kleine Gruppen von Schülern beschränken, die mit Rücksicht auf möglichst gleichmäßige geistige Entwicklung auszusuchen seien. Lehrbücher sollten nicht besondere Kapitel über Geschlechtsphysiologie enthalten, sondern separat gedruckte Kapitel sollten in die Hände der Unterrichtenden gegeben werden. Aller Unterricht sollte zum Ziele haben als Grundsätze aufzustellen, daß geschlechtlicher Verkehr vor der Verheiratung zur Erhaltung der Gesundheit nicht notwendig ist, daß Enthaltensamkeit das geschlechtliche Verlangen verringert, daß vorehelicher geschlechtlicher Umgang das Sittlichkeitsgefühl schädigt und schwere Gefahren mit sich bringt, und daß Geschlechtskrankheiten nicht entwürdigenden, sondern meist die Folge eines unglücklichen Mangels an Selbstkontrolle sind.

H. G. Klotz (New-York).

Kelly, Howard A. The Regulation of Prostitution. Jour. Am. Med. Assoc. XLVI. 397. 10. Feber. 1906.

Kelly macht allgemeine Bemerkungen über die Nutzlosigkeit der Regulierung der Prostitution hauptsächlich als Einleitung zu der Übersetzung eines Artikels von Prof. J. L. Chanfleury van Jjsselstein im Haag (ohne Angabe wo derselbe veröffentlicht).

H. G. Klotz (New-York).

Keyes, E. L. If Education upon Sexual Matters is to be Offered to Youth, what should be its Nature and Scope and at what Age should it commence? New-York. M. Jour. 83. 274. 10. Februar 1906.

Keyes ist der Ansicht, daß man dafür sorgen solle, daß eine genaue und nicht entstellte Erkenntnis des Geschlechtslebens seitens der Kinder und jungen Leute erlangt werde, da sie eine solche unter allen Umständen erhalten. Naturgemäß sollte diese Erziehung durch die Eltern erfolgen, welche sonst in allen moralischen und sozialen Beziehungen Anweisung geben; man solle daher die Eltern unterrichten, auch über

die geschlechtlichen Verhältnisse Aufschluß zu geben. Er glaubt, man solle Kindern zwischen 7 und 12 Jahren an der Hand des Pflanzenlebens eventuell der Beziehungen derselben zu Insekten zu dem Verständnis bringen, daß alles Lebende von einem vorher existierenden Lebenden ausgeht, und daß es in der Regel zwei vorher existierende Lebende erfordert, ein männliches, das einen Teil liefert, und ein weibliches, das das übrige beiträgt. Später wird sich dieses Prinzip an den niedern und allmählich an den höhern Tieren nachweisen lassen. Eine derartige Belehrung müsse aber individuell sein und ohne gedruckte Unterlagen erfolgen. Weitere Belehrung möge dann erst erfolgen, wenn die jungen Leute anfangen eine gewisse Stellung in der Gesellschaft auszufüllen. Unterrichtung über sexuelle Verhältnisse würde die eine Entschuldigung der Patienten, die Unwissenheit, beseitigen.

H. G. Klotz (New-York).

Morrow, Prince A. Should the Youth of This Country be Instructed in a Knowledge of Sexual Physiology and Hygiene. Amer. Med. XI. 55. 13. Jan. 1906.

Morrow fordert, daß die heranwachsende Jugend durch ihre Erziehung auch ein klares Verständnis gewisser physiologischer Tatsachen, welche direkten Einfluß auf das Geschlechtsleben derselben haben, bekommen solle, ebenso Kenntnis der schlimmen Folgen erhalten solle, welche Verletzung der hygienischen Gesetze in Gestalt von Krankheiten und Tod begleiten. Man solle dafür sorgen, daß diese Kenntnis eine auf wissenschaftlichen Tatsachen beruhende, reine und gesunde sei, nicht aus unlauteren Quellen stammend. Eine solche richtige Belehrung über sexuelle Physiologie werde in wesentlichem Grade dem Übel der Selbstbefleckung steuern; sie würde die irrige Ansicht beseitigen, daß die Ausübung des Geschlechtsaktes zur Erhaltung der Gesundheit nötig sei und die venerischen Krankheiten beschränken. Solcher Unterricht müsse erteilt werden in einem Alter, in welchem die Grundlagen für den geschlechtlichen Charakter gelegt werden und Gewohnheiten des Denkens und Handelns ausgebildet werden, welche auf das spätere Geschlechtsleben bestimmend wirken.

H. G. Klotz (New-York).

Oltramare. Un cas de réinfection syphilitique. Journal des mal. cut. et syph. 1905. p. 92.

Der 49jährige Patient Oltramare hatte im Jahre 1888 eine Lues akquiriert und im Verlaufe derselben auch seine Frau infiziert. Die Erscheinungen, die 4 Jahre hindurch dauerten, bestanden in einem makulösen Exanthem, häufig rezidivierenden Plaques der Zunge und der Tonsillen und zuletzt in einem papulösen Exanthem an der Stirn. Die Behandlung, die von dem Verfasser selbst über 6 Jahre hindurch ausgedehnt wurde, bestand in Inunktionen und Verabreichung von Hg innerlich. Im Dezember 1902 suchte der Patient Oltramare wieder auf und zeigte — 30 Tage nach einem verdächtigen Coitus — einen Primäraffekt am Penis, welcher im April 1903 von Plaques der Mundschleimhaut und im Juni und Juli von einem papulösen Exanthem am Körper gefolgt war.

Die Behandlung wurde diesmal mit intramuskulären Injektionen von Hydr. salicyl. vorgenommen und es traten seitdem keine Erscheinungen mehr auf.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Weichselbaum, A., Wien. Über die Ätiologie der Syphilis. Wiener medicin. Wochenschrift. 1906. Nr. 8.

In einem referierenden Vortrage bespricht Weichselbaum zum Teil die Geschichte früherer Befunde von Syphiliserregern, um dann die Schaudinnische Entdeckung der *Spirochaete pallida* genauer zu erörtern. Zum Schlusse gibt der Autor die Wahrscheinlichkeit einer ätiologischen Bedeutung der *Spirochaete pallida* für die Syphilis zu.

Viktor Bandler (Prag).

Kraus, R. u. Volk, R., Wien. (Institut Paltauf.) Weitere Studien über Immunität bei Syphilis und bei der Vakzination gegen Variola. Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 21.

In früheren Arbeiten hat Kraus festgestellt, daß die experimentell erzeugte Syphilis bei Affen ähnliche Immunitätsverhältnisse setzt, wie die Syphilis beim Menschen: bei einem bereits bestehenden, manifesten Primäraffekte gelingt es nicht, eine Reinfektion zu erzeugen. Auf Grund der Versuche wurde angenommen, daß der syphilitische Primäraffekt wohl im stande ist, Immunität der Haut, nicht aber der inneren Organe zu erzeugen. Die Autoren suchten weiter festzustellen, wie lange nach gesetztem Primäraffekt Immunität der Haut eintritt. Kraus wies darauf hin, daß die Immunität bei experimenteller Syphilis langsam entsteht und erst nach längerer Zeit vollkommene Hautimmunität vorhanden ist. Die Autoren konnten durch Versuche feststellen, daß die nach gesetzter Infektion erzeugten Superinfektionen tatsächlich hafteten. Erst wenn der Primäraffekt kurze Zeit bestanden hatte, ergab die Reinfektion im allgemeinen ein negatives Resultat. Nach Excision von Hautstellen, die vor 7—14 Tagen infiziert wurden, dürfte Hautimmunität vorhanden sein, es traten keine typisch entwickelten, sondern nur rudimentäre Manifestationen auf. Bei Untersuchungen auf Immunkörper konnten die Autoren in einzelnen Versuchen Komplementablenkung mit Serum von Luetikern und Immunisierten feststellen, doch sind sie nicht im stande, heute schon Schlüsse auf Bestehen von Immunkörpern bei Syphilis des Menschen zu machen.

Bei Versuchen über Vakzineimmunität konnten die Autoren feststellen, daß bei Kaninchen und Affen Infektion der einen Kornea Immunität für diese Kornea setzt, nicht aber für die des anderen Auges. An Affen konnten die Autoren nachweisen, daß die durch kutane Infektion erzeugten Pusteln Immunität der gesamten Hautoberfläche, nicht aber der Kornea bewirken. Durch subkutane Immunisierungen gelingt es, eine Immunität der Haut gegen nachträgliche kutane Infektion zu setzen, die Kornea verhielt sich nicht immer gleich. Nach Infektion der Conjunctiva des unteren Augenlides eines Auges läßt sich nach Ablauf der Reaktion weder die Kornea derselben Seite, noch auch die Haut infizieren, wohl aber die Kornea des anderen Auges. Jedenfalls läßt sich

sagen, daß bei Immunität der Haut eine Empfänglichkeit gewisser Gewebe bestehen bleibt. Weitere Untersuchungen haben den Autoren gezeigt, daß einmalige subkutane Einführung von 2 cm³ einer Vakzineverdünnung von $\frac{1}{1000}$ bis $\frac{1}{500}$ bei Affen Hautimmunität zu erzeugen imstande ist. Damit war festgestellt, daß auch auf diesem Wege minimalste Mengen von Virus zur Immunisierung genügen.

Viktor Bandler (Prag).

Detre, Ladisl., Budapest. Über den Nachweis von spezifischen Syphilisantisubstanzen und deren Antigenen bei Luetikern. Wiener klinische Wochenschr. 1906. Nr. 21.

Die Resultate der Untersuchungen sind folgende:

1. An und für sich reißt die Organemulsion der syphilitischen Gewebe das Komplement an sich, gleichviel, ob zum Versuch frisches oder getrocknetes Material genommen wurde. Diese Komplementverankerung setzt langsam, etwa in einer halben Stunde ein, um dann rasch fortzuschreiten. Dieselbe Wirkung besitzen, anscheinend in schwächerem Maße, auch normale menschliche und tierische Organzellen.

2. Die komplementbindende Kraft der syphilitischen Gewebsemissionen erfährt eine gewisse Zunahme, wenn dieselbe mit erhitztem Serum von manchen Luetikern behandelt wurde, was an eine Anwesenheit von Syphilisantisubstanzen in diesen Seren klar hinweist. Von den sechs untersuchten Luetikern konnte Detre bei zweien diese Antisubstanzen nachweisen; bei einem bloß in geringen Mengen, beim anderen hingegen ($\frac{1}{4}$ Jahre Lues, zu jener Zeit äußerst schwache Sekundärererscheinungen, seit zwei Wochen Angina, die auf zwei Touren bereits im Rückgang begriffen ist) erhielt der Autor eine bereits deutliche Reaktion. Bei den vier verbleibenden Luetikern, sowie vier Kontrollgesunden keine Reaktion.

3. Das Serum, bei dem der Nachweis der Antisubstanzen deutlich gelang, gab die Bordet-Gengousche Reaktion mit sämtlichen untersuchten Geweben (Leber, Pankreas, Kondylom) und mit seinem eigenen Anginasekret, die sämtlich demnach die entsprechenden Antigene beherbergen mußten. Interessant ist in diesem Falle die gleichzeitige Gegenwart von Antigen (in dem Anginasekret) und Antisubstanz (Serum) im selben Organismus. (Vielleicht ist auch das auffallend hohe Komplementbindungsvermögen der zertrümmerten kranken Gewebe mit der gleichzeitigen Gegenwart beider Substanzen zu erklären.)

4. Der Nachweis der Antigene gelingt auch ohne weiteres im getrockneten und in Pulverform aufbewahrten luetischen Gewebe.

Viktor Bandler (Prag).
