

Sitz (Potenzstörungen bei Stoffwechselerkrankungen [Adipositas universalis, Nephritis chron., Diabetes, Marasmus]). In therapeutischer Hinsicht kommen in Betracht: Sexuelle Abstinenz, diätetische, mechanische, medikamentöse, Psycho- und Elektrotherapie, sowie endlich Hydrotherapie, mit deren Hilfe bei zielbewußter Anwendung eine große Zahl von Fällen zur Heilung gebracht, viele gebessert werden können, und die so die Zahl der Krankheitsformen, deren Behandlung bisher als wenig aussichtsreich galt, verringern helfen.

V. Lion (Mannheim).

Tobias, Ernst. Die physikalische Therapie der sexuellen Impotenz. Dtsch. med. Woch. Nr. 20. 1913.

Tobias gibt eine ausführliche Übersicht der Indikationen und Anwendungsweisen physikalischer Heilmethoden bei sexueller Impotenz. Anders gestaltet sich das Bild bei organischen Grundleiden oder bei funktionellen Störungen. Ist bei Tabes genügend gesundes Gewebe vorhanden, so sind kompensatorische Übungen, tonisierende Bäder, milde nicht zu lange Kohlensäure- und Sauerstoffbäder oft von Nutzen. Liegt Diabetes vor, so ist neben milder Diät Gymnastik, Hydrotherapie aber kein Sport zu empfehlen. Der Nutzen physikalischer Übungen bei Fettsucht ist bekannt. Unter den Intoxikationsursachen tritt der Morphinismus, der physikalischen Maßnahmen nicht unzugänglich ist, besonders hervor. Wenig aussichtsvoll ist die Behandlung sexueller Anästhesie oder Hypästhesie, hingegen haben bei sexueller Schwäche infolge von Onanie u. dgl. Gymnastik, Hydrotherapie und Elektrizität häufig gute Erfolge erzielt. Liegen nur funktionelle Störungen vor, so tun Bewegung in freier Luft, Reisen, reizlose Kost, auch schwache Faradisation oder Galvanisierung, eisen- und arsenhaltige Wässer sowie kühle Waschungen gute Dienste. Naturgemäß muß bei rein psychischer Impotenz auch eine psychische Behandlung einsetzen. Das Hauptgebiet der physikalischen Heilwirkung liegt aber in der Prophylaxe. Die heranwachsenden Kinder sollen nicht nur geistig aufgeklärt, sondern auch körperlich durch Abhärtung, Schwimmen, Turnen, zweckmäßige Kleidung und Ernährung gestählt werden. Max Joseph (Berlin).

Syphilis. Symptomatologie.

Bonnet-Laborderie. Pathogenese des plötzlichen „sofortigen“ Todes der syphilitischen Neugeborenen. Journ. d. méd. de Paris 1913. Nr. 17.

Bonnet-Laborderie genügen die bisherigen Erklärungsversuche für das plötzliche Absterben mancher syphilitischer Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt, ohne daß

die Sektion organische Krankheiten entdeckt, durchaus nicht. Weder kann er mit Fournier und Finger annehmen, daß eine Dystrophie générale oder „Mangel an Lebenskraft“ die Todesursache bilde, noch diese in Gastous Hinweis auf beobachtete Obliteration der Vena portae richtig finden. In acht Fällen hat er eine enorme Ausdehnung des Abdomens gesehen und dann bedeutende Vergrößerung einzelner Unterleibsorgane (Leber, Milz) allein oder kombiniert mit Aszites sowie ungenügende Entwicklung der Lungen konstatiert. Verf. folgert aus diesen Beobachtungen: Hypertension des Abdomens verschuldet zumeist oder sogar stets den plötzlichen Tod syphilitischer Neugeborener unmittelbar nach der Geburt, da sie die Abdominalwände und das Zwerchfell starr macht. Intrauterin wird die fötale Entwicklung der Lungen gehemmt, nach der Geburt funktionieren diese ungenügend und es muß sofort Asphyxie eintreten. Schleunige Parazentese bei syph. Neugeborenen mit starkem Aszites (Vorschlag Sfamenis) dürfte daher nur selten den Tod verhüten, sollte aber stets als ungefährlich versucht werden.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Castaigne. Icterus syphilit. im Sekundärstadium. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 18.

Castaigne sah schweren Ikterus bei einem Manne, der vor 2 Monaten infiziert frisch vernarbten Schanker und Inguinaldrüschwellung aufwies, aber noch keine Sekundärererscheinungen gehabt hatte. Entfärbung des Stuhles wies darauf hin, daß spezifische Erkrankung der Leberzellen resp. der Gallenblase vorliege. Die Behandlung des Icterus syph. muß eine intensive sein, obgleich sowohl Hg. wie namentlich Salvarsan und Neosalvarsan bei Luetikern einen toxischen Ikterus provozieren und beim spezifischen Ikterus zunächst eine Verschlimmerung als Herxheimersche Reaktion hervorrufen können. Einige Tage später aber tritt Heilung ein. Castaigne erzielte sie mit Salvarsan in 3 Fällen sehr schnell.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Fießinger. Die langsamen Pulse. Journ. d. pratic. 1913. Nr. 9.

In dieser Arbeit bespricht Fießinger nochmals die Bradykardien infolge Störung in der Fortleitung von Herzohren zu Herzkammern. Diese Störung kann von einem Gumma im Hirschen Muskelbündel herrühren. Bei Bradykardie resp. Herzblock muß man daher, wenn frühere Syphilis angegeben oder eine andere Ursache für die Pulsverlangsamung nicht gefunden wird, an Lues denken. F. hat WR + in einem solchen Falle konstatiert, bei dem die Infektion vor mehr als 50 Jahren erfolgt war.

F. Münchheimer (Wiesbaden).

Jeanselme. Syphilis und Säugling. Journ. d. méd. de Paris 1913. Nr. 10.

Schanker an der Brust einer jungen Frau. Der Hausarzt der Familie hatte den Säugling täglich untersucht und ihm Liq. van Swieten verschrieben, die Amme aber über die Natur der Krankheit nicht aufgeklärt. Schweigepflicht existiert in selchem Falle nicht, der Arzt kann verantwortlich gemacht und zur Zahlung einer Entschädigung verurteilt werden (§ 1383 des Code civil). F. Münchheimer (Wiesbaden).

Mattauschek und Pilcz. Zweite Mitteilung über 4134 katamnestic verfolgte Fälle vonluetischer Infektion. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. XV. H. 5. p. 608.

Die Ergebnisse der statistischen Arbeit sind:

1. Mindestens 2·73% Luetiker erkranken an Tabes.
2. Die Mehrheit betrifft Individuen, deren Syphilis ungewöhnlich leicht und ohne Rezidive verläuft, oder die gar nicht oder ungenügend behandelt worden sind. Bei Paralyse ist diese Mehrheit prozentuell noch höher.
3. Intensive antiluetische Behandlung verkürzt bei den Patienten, die überhaupt tabisch wurden, das Intervall zwischen Primäraffekt und Manifestwerden der Tabes, wodurch man sich aber wegen der sub II erwähnten Gefahren von einer intensiven Kur nicht abschrecken lassen darf.
4. Von Tabikern waren 11·93% später auch von Paralyse befallen.
5. In 8·18% der Tabiker wurde Opticus atrophie gefunden.
6. Körperliche Strapazen, Erkältungen etc. können als unterstützende ätiologische Momente nicht anerkannt werden.
7. Mindestens 3·19% Luetiker erkranken an Lues cerebrospinalis.
8. Bezüglich Rezidiv und Therapie zeigen die Luetiker mit L. cerebrospin. ein bei Paralyse gemachten Beobachtungen entgegengesetztes Verhalten.
9. Nur sehr selten scheint ein an L. cerebrospinalis Erkrankter später auch Paralyse zu bekommen.
10. Die häufigsten Manifestationen der L. cerebrospin. sind die endarteriitisch bedingten Formen mit gleichzeitiger Beteiligung von Hirn- und Rückenmark, denen gegenüber alle anderen bekannten Krankheitsbilder an Häufigkeit zurücktreten.

Herbert Wallfisch (Breslau).

Fischer. Gibt es eine Lues nervosa? Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. XVI. H. 1 u. 2. p. 120.

Statistische Arbeit, in der Verf. zahlenmäßig den Beweis zu erbringen sucht, daß es eine L. nervosa gibt, d. h. eine Form der Lues, welche mit Vorliebe das Nervensystem befällt

und deren Krankheitserreger selbst oder deren Toxine gerade auf das Nervensystem eine besonders schädliche Wirkung ausüben. Verf. folgert aus seinen Berechnungen, daß diejenigen Personen, welche von später an Paralyse erkrankten Luetikern angesteckt werden, mehr gefährdet sind, eine Metalues zu bekommen, als andere Luetiker, und zwar ist es nach seinen Berechnungen hauptsächlich die leichte L., welche zu Metalues führt.

Herbert Wallfisch (Breslau).

Bezdek. Über Lues des Larynx. Časopis lékařův českých. Nr. 18—20. 1913.

Eingehende statistische Arbeit mit Angabe einzelner interessanter Fälle, welche in der Zeit vom Jahre 1906—1912 in dem böhm. laryngol. Institute des Prof. Dr. Frankenberger in Behandlung standen.

Von 17.090 Patienten litten 140 Kranke, das ist 0·81%, an Larynxlues, davon entfielen auf Männer 101, auf Frauen 39.

Ein Primäraffekt des Larynx kam bis jetzt nicht vor, in 75 Fällen wurden sekundäre, in 65 tertiäre Lueserscheinungen konstatiert.

J. Odstrčil (Prag).

Core, Donald. Tödlich endigende Hämatemesis bei einem Fall von Lebersyphilis. The Lancet 1913. März 8. p. 677.

Bei Cores Patienten, einem 29jährigen Mann, bei dem es nach anhaltendem Bluterbrechen zu plötzlichem Tod, wohl durch zerebrale Anämie, kam, handelte es sich um einen Fall von gummöser Lebersyphilis, der in seinen Krankheitserscheinungen sehr der gewöhnlichen Leberzirrhose ähnelte. Die Symptome sind gewöhnlich Schmerzen im rechten Hypochondrium, mehr oder weniger ausgesprochene gastrische Störungen, gelegentliches Erbrechen und Aszites. Die Diagnose bei solchen Fällen stützt sich auf das Präponderieren von Syphilis über Alkoholismus in der Anamnese und die Erleichterung der Symptome durch die antisyphilitische Behandlung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Brooks, Harlow und Carroll, John. Die Symptome und die Diagnose des Befallenseins des Herzens bei Syphilis. Medical society of the State of New-York, 1913. April 28/30. The Journal of the American Medical Association. 1913. Mai 10. p. 1483.

Kurzes Resumé der Diagnostik der Syphilis des Herzens, ohne neues zu bringen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Fox, Howard. Ein Fall von annulärem papulösen Syphilid bei einer Negerin. The Journal of the American Medical Association. 1913. Mai 10. p. 1420.

Wie Fox hervorhebt, gelten gewöhnlich drei distinkte

Erkrankungen als charakteristisch für die Negerrasse, nämlich das Keloid, die Elephantiasis und das uterine Fibroid. Es ist nicht so bekannt, daß auch das sog. annuläre Syphilid besonders beim Neger vorkommt. Die Herde, dem Frühstadium eigen, beginnen als flache Papeln, heilen zentral ab, um an der Peripherie weiter zu schreiten und bilden zirkuläre erhabene Ringe. Das annuläre Syphilid ist bei der schwarzen Rasse nicht bloß häufiger als bei der weißen, sondern tritt auch extensiver auf. Die Affektion ähnelt manchmal der Trichophytie und dem Erythema multiforme. Der Arbeit sind vorzügliche Abbildungen eines Falles beigegeben. Fritz Juliusberg (Posen).

Bronner, Adolph. Unilaterale Irido-Cyclitis (seröse Iritis) behandelt mit subkonjunktivalen Injektionen von Quecksilberzyanid. The British Medic. Journal. 1913. März 22. p. 608.

Bronner hat in einem Falle von einseitiger Iritis serosa mit gutem Erfolge subkonjunktivale Injektionen von Quecksilberzyanid angewendet. Syphilis fand sich bei der 26jährigen Patientin nicht in der Anamnese, doch macht die gute Wirkung der lokalen Quecksilberbehandlung den Fall für den Autor verdächtig. Keine Angabe über eine ev. Wassermannreaktion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Addison, O. L. Syphilis der Knochen und Gelenke bei Kindern. West London Medico-Chirurgical Soc. 1913. März 7. The Lancet 1913. März 22. p. 827.

Ausführlicher Vortrag über Knochen- und Gelenksyphilis bei Kindern, nicht zum kurzen Referat geeignet, mit anschließender Diskussion.

Fritz Juliusberg (Posen).

Bosányi, Andor. Die Raynaudsche Krankheit als Symptom der hereditären Syphilis. Orvosi hetilap. 1913. Nr. 10.

B. beobachtete 2 kongenitale Luesfälle, bei denen Symptome der Raynaudschen Krankheit auftraten, die nach Salvarsanbehandlung prompt verschwanden; demzufolge glaubt Autor an einen engen Zusammenhang der Raynaudschen Krankheit mit der Lues.

Alfred Roth (Budapest).

Semon, Henry. Das Raynaudsche Syndrom und Syphilis. The British Medical Journal. 1913. Feb. 8. p. 278.

Wie Semon hervorhebt, sind die Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur Syphilis zuerst von Jonathan Hutchinson 1889 gewürdigt worden. Um die Raynaudsche Krankheit in ätiologischer Beziehung richtig aufzufassen, soll man die Raynaudsche Krankheit nicht als eine Krankheit sui generis betrachten, sondern als einen von verschiedenen Faktoren abhängigen Symptomenkomplex, bei dem die angiospastische Auffassung nur einen Teil der Ursache darstellt und bei dem noch

andere organische und strukturelle Veränderungen am Gefäßsystem mitsprechen. Er berichtet im Anschluß an diese Erörterung über einen Fall, der bereits in der Dermatologischen Sektion der Royal society of medicine vorgestellt (und auch hier referiert) wurde. Aus der Literatur führt er eine weitere Reihe von Fällen an, die die Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur Syphilis erhärten sollen, so einen Fall von Kriowski (Jahrbuch der Kinderheilkunde. 1895), zwei Fälle von Gaucher und Brocq, jüngst vorgestellt in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und einen Fall von Lustgarten. Er weist auf die Notwendigkeit hin, bei jedem Fall von Raynaudscher Krankheit die Wassermannreaktion zu prüfen.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hope. Laryngitis syphilitica. Royal society of med. Section of laryngology. 1913. Januar 10.

Hope berichtet über eine ungewöhnliche Form von syphilitischer Laryngitis, bei der die Uvula, die Arytenoidknorpel und die oberen ventrikularen Bänder mit weißen soliden Schwellungen bedeckt waren. Auf dem Gaumen waren Narben vorhanden. Wassermannreaktion positiv. Nach Salvarsan ausgesprochene Reaktion, dann lokale Besserung.

Fritz Juliusberg (Posen).

Konrád, Béla. Über das Syphilisfieber. Gyógyászat 1913. Nr. 9.

Fiebererscheinungen können in jedem Stadium der Lues auftreten. Das Fieber hat gewöhnlich einen intermittierenden Typus, ein Schüttelfrost begleitet die Temperaturerhöhung. Die Kranken kommen nach langandauerndem Fieber herab, es zeigt sich aber bei ihnen keine Kachexie, wie bei tuberkulösen oder Typhus-Kranken, sie sind meistens außer Bett und auf eine Quecksilberkur schwindet das Fieber.

Alfred Roth (Budapest).

Kleefeld. Foetus syphiliticus myxoedematosus. Société d'Anatomie pathologique de Bruxelles.) Journal médic. de Bruxelles. Nr. 16. 17. April 1913.

Eine Frau mit syphilitischen Anzeichen bringt eine 7 Monate alte mazerierte Frucht zur Welt. Neben einer starken Lebervergrößerung bemerkt man am Fötus ausgebreitetes Ödem des Gesichtes und der Extremitäten, das nach mikroskopischer Untersuchung seinen Sitz im Stratum mucosum hat. Die Plazenta zeigt das Bild der syphilitischen Erkrankung. Der fötale Teil der Nabelschnur ist zyanotisch und ödematös. Die Ursache für die Erkrankung dürfte in einer Läsion der Drüsen mit innerer Sekretion gelegen sein.

Ernest Spitzer (Wien).

Brooks, Harlow. Ein ungewöhnlicher Fall von syphilitischer Nephritis, Hepatitis und Myokarditis.

New York academy of medicine. Sitzung vom 21. Jan. 1913. Medical Record. 1913. März 22. p. 551.

Brooks 63jähriger Patient litt an Kurzatmigkeit, besonders bei Überanstrengung, Schmerzen im Perikard, Kopfschmerzen und Zyanose der Hände und Füße. Die klinischen Symptome führten zur Diagnose Aortenaneurysma, Myokarditis, Leber- und Milzzirrhose mit sekundärer Nephritis und Polyzythämie. Besserung unter Salvarsanbehandlung. Später trat ein Gangrän am rechten Fuß auf, der der Exitus folgte. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose. Das Herz zeigte eine diffuse interstitielle Myokarditis mit kleinen gummösen Narben. Ebensolche Narben fanden sich in der stark vergrößerten Leber.

Fritz Juliusberg (Posen).

Hausmann, Theodor. Die syphilitischen Tumoren der Oberbauchgegend, insbesondere des Magens und ihre Diagnostizierbarkeit, mit besonderer Berücksichtigung der mit Hilfe der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation erzielten Resultate. Diss. Rostock 1911.

5 Fälle. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Retroperitoneale gummöse Infiltrationen ergeben ein atypisches Krankheitsbild. Bei sicher gummösen Erkrankungen der Bauchorgane ist eine Anazidität häufig. Das Magengumma, die syphilitische Hyperplasie des Magens, verläuft mit Anazidität. Die Kombination von Ulkussymptomen mit Anazidität spricht für gummöses Ulkus. Retroperitoneale Tumoren sind immer stark syphilisverdächtig. Pylorustumoren sind als syphilitisch anzusehen, wenn sie fixiert sind und keine Stenosenerscheinungen machen. Die diffuse syphilitische Hyperplasie des Magens ist der Palpation leicht zugänglich. Das Salvarsan gibt in manchen Fällen die Möglichkeit, schneller als die anderen antisypilitischen Mittel eine Diagnose ex juvantibus zu stellen.

Weiler (Leipzig).

Bricout, C. Über Herzsypphilis. Gazette médicale de Paris 1913. Nr. 183.

Nichts neues.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Wilson. Über seltenere Erscheinungsformen der Parasyphilis des Nervensystems. Brain. 1912. Vol. 35. Part. II.

Anschließend an eine Besprechung und an Beispiele von Tabes und progressiver Paralyse und deren Kombination beschreibt Verfasser Fälle von primärer Optikusatrophie, primärer Lateralsklerose und progressiver Muskelatrophie bei positivem Wassermann und vielfach positiver Luesanamnese und bei zum Teil gleichzeitiger Tabes oder Paralyse. Auch Kombinationen von Optikusatrophie und Lateralsklerose, bei progressiver

Muskelatrophie und endlich von Lateralsklerose und progressiver Muskelatrophie führt er an und kommt zu dem Schlusse, daß all' diese Erkrankungen wenigstens zum großen Teile ihre Hauptursache in einer früher erworbenen Syphilis haben. Bezüglich Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Theodor Schwab (Karlsruhe).

Chevron. Zwei Fälle von Chorea syphilitica. Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Nr. 11. 10. April 1913.

Bericht über zwei Fälle von Sydenhamscher Chorea bei hereditär-luetischen Kindern. E. Spitzer (Wien).

Sergent. Aortenaneurysma und Mediastinitis syphilitica. Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux. Nr. 12. 1913. 17. April.

Bei der nicht so seltenen Kombination beider Erkrankungen kann bei radioskopischer Untersuchung das Pulsieren des Aortenaneurysmas durch den syphilitischen Mediastinaltumor verdeckt sein. Erst infolge spezifischer Behandlung tritt nach Verschwinden der Mediastinitis die Pulsation der erweiterten Aorta hervor. E. Spitzer (Wien).

Schuster, P. Die abortiven Formen der Tabes dorsalis und der übrigen syphilogenen Nervenkrankheiten. Med. Kl. Nr. 18.

Zu den Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks, deren Ursache heutzutage allgemein der Syphilis zugeschrieben oder als direkte syphilitische Krankheitsform aufgefaßt wird, rechnet man die Tabes dorsalis, die progressive Paralyse und die Lues cerebrospinalis. Diese Krankheiten in ihren ausgeprägten Symptomen zu erkennen, fällt nicht schwer. So setzt sich das Symptomenbild der Tabes zusammen aus reflektorischer Pupillenstarre, Verlust der Achilles- oder der Patellarreflexe, dann der Ataxie, der Störungen in der Urinentleerung, der verschiedenen schmerzhaften Krisen etc. Ebenso charakteristisch ist das Bild der typischen progressiven Paralyse mit Pupillenstarre oder Differenz, Sprachstörungen, Störungen in der Funktion der Blase oder des Mastdarms, Steigerung der Kniereflexe, dazu kommen dann noch die Störungen der Psyche mit Größen- und Wahnvorstellungen. Schuster führt dann weiter an, daß die Lues cerebrospinalis sich von den beiden genannten Erkrankungen einmal dadurch unterscheide, daß sie als eine echte syphilitische Erkrankung zu gelten habe (nachdem jetzt Spirochaeten bei der Paralyse nachgewiesen sind, wird wohl der Standpunkt über die postsyphilitische oder syphilitische Natur dieser Krankheit eine Änderung erfahren müssen, Anmerkung des Referenten) und andererseits sich für diese Erkrankung kein engumschriebenes Krankheitsbild konstruieren lasse, da je nach dem Sitz

der Lues sich die Erscheinungen ändern. Das einzige typische Symptom sind Lichtstarre oder Differenz der Pupillen als Zeichen einer mehr oder weniger starken basalen Leptomeningitis in der Gegend der Augennerven, die sich bei fast allen Formen der zerebrospinalen Lues findet.

So einfach die Diagnose dieser drei Krankheitsformen bei den ausgesprochenen Fällen ist, so schwer kann sie bei den abortiven oder rudimentären Erkrankungen sein. Das häufigste Symptom, welches bei allen dreien Krankheiten vorhanden ist, ist die Affektion an den Pupillen, die jahrelang ganz allein für sich bestehen kann; hinzu tritt dann oft eine leichte Hypalgesie. Die einzigen Erkrankungen, die hier differentialdiagnostisch in Frage kämen, sind die Arteriosklerose und der chronische Alkoholismus. Die Wassermannsche Reaktion im Verein mit der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis auf Eiweißgehalt und Zellen und vor allem die Beobachtung über den weiteren Verlauf, müssen die Diagnose sichern. Die Schwierigkeit, zu welcher syphiligen Affektion bei positivem Ausfall der spezifischen Reaktionen ein derartig abortiver Fall gehört, bleibt dann allerdings noch bestehen, so daß, wie Schuster sagt, die Frage mit Sicherheit überhaupt nicht zu entscheiden sei.

Daß die Prognose bei solch abortiven Fällen viel günstiger zu stellen ist wie bei den ausgesprochenen, ist leicht erklärlich. Es sind sogar Fälle beschrieben, bei denen Symptome wieder verschwunden sind. Natürlich kann aus einer abortiven Tabes oder Paralyse jederzeit eine progrediente werden, besonders beim Eintritt gegebener Momente (nach einem Schreck oder sonstiger starker Gemütsregung). Therapeutisch empfiehlt Schuster bei allen diesen Fällen eine milde antisiphilitische Behandlung.

Ludwig Zweig (Dortmund).

Syphilis. Therapie.

Zieler, K. Moderne Syphilisbehandlung. Klin. therap. Wochenschr. 1913. Nr. 1 u. 2.

In einem sehr instruktiven Übersichtsreferat rollt Zieler die ganze Frage der modernen Syphilisbehandlung auf. Der Autor betont überall seine subjektive Anschauung, die insbesondere in der Salvarsanfrage zum Ausdruck kommt. Zieler befürwortet im Frühstadium der Lues eine energische Verwendung des Salvarsans in Verbindung mit Hg.

Viktor Bandler (Prag).

Schramm, R. Über Aqua destillata zur Salvarsanbereitung. Berl. klin. Woch. 1913. Nr. 10.

Technisches.

Max Leibkind (Dresden).