



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

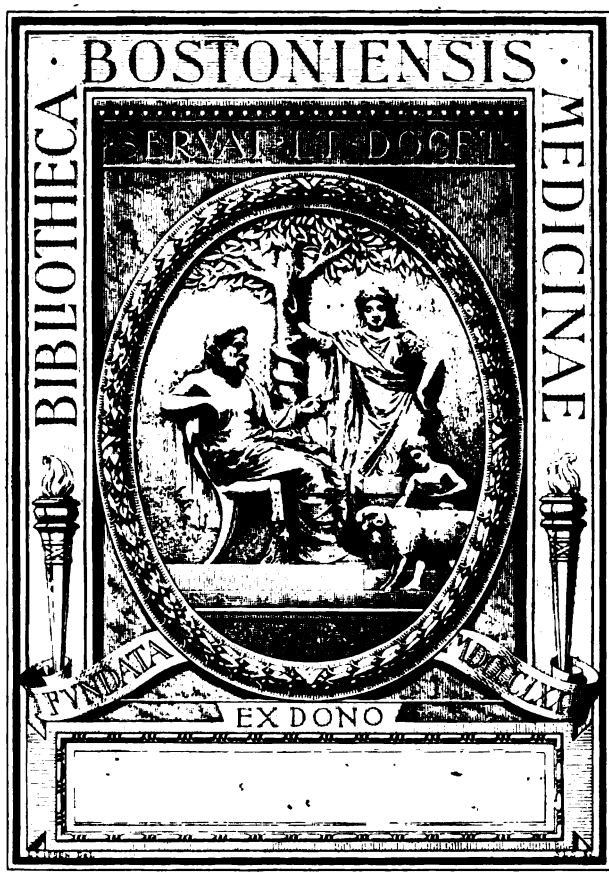
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



BOSTONIENSIS

BIBLIOTHECA

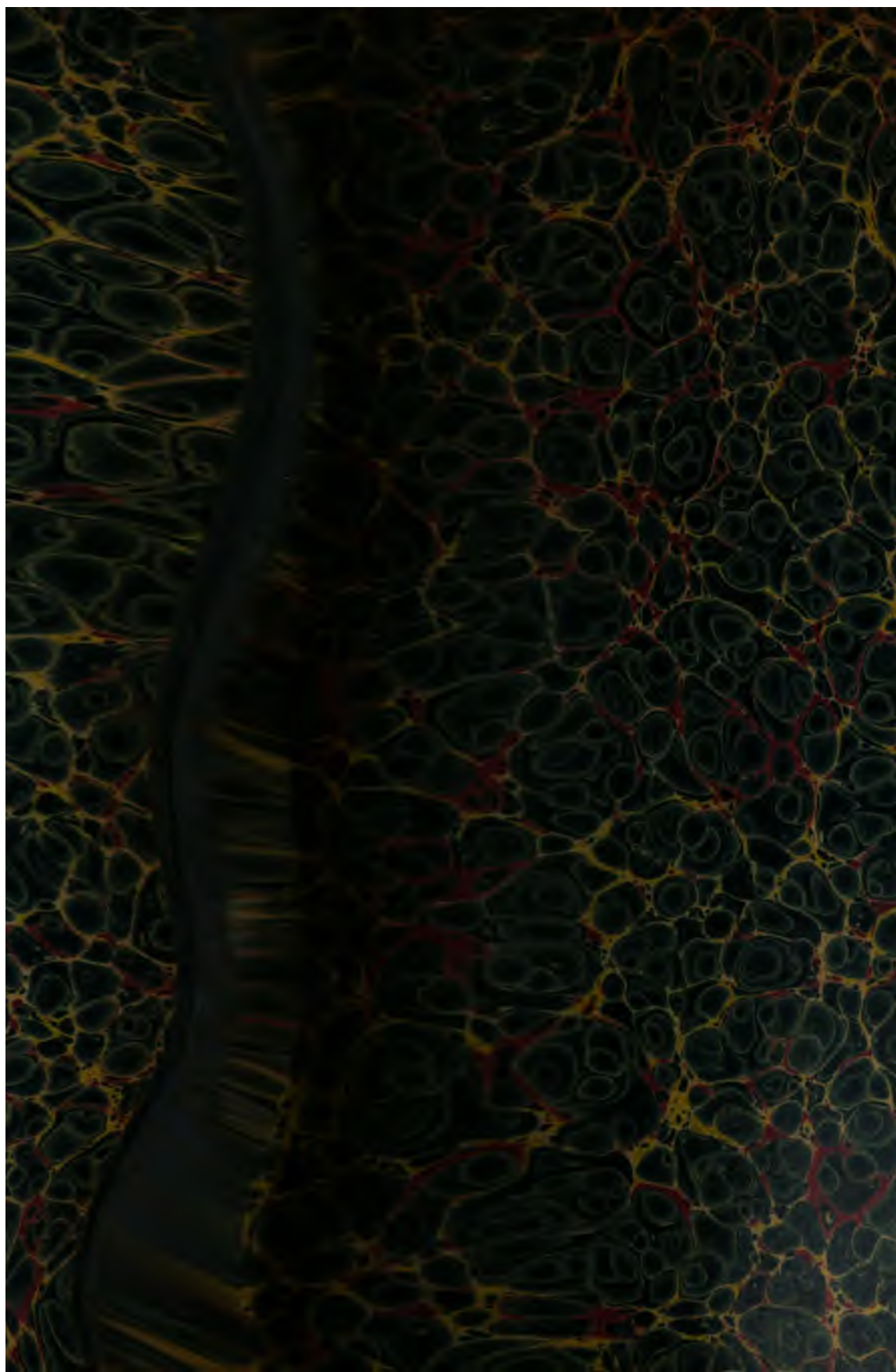
MEDICINAE

SERVATI DOGELI

FUNDATA

EX DONO

MDLXXI











MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. C. BERLINER IN AACHEN, PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL,
DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

NEUNUNDDREISSIGSTER BAND.

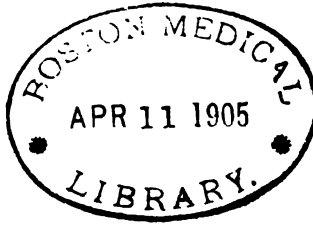
1904.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 8 TAFELN UND 11 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1904.



Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

	Seite
Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut, ihre pathologische Stellung und Ätiologie, von P. Thimm	1
Der therapeutische Wert des „Arhovin“ als Antigonorrhöikum, Harndesinfizien und Prophylaktikum, von J. Arnold Goldmann	22
Über Keraminseife, von P. G. Unna	78
Meine Methode zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe, von C. Engelbreth ...	78
Kerion bei Mikrosporie, von Bargum	84
Historische Streifzüge, von Moritz Cohn	88
X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepitheliom, von A. Pasini	125
Weitere Studien zur Aufklärung der chemischen Natur des Weigertachen und Unnaschen Elastinfarbstoffes nebst Mitteilungen über Schnellfärbung des elastischen Gewebes und neueschnellfärbende Elastinfarbstoffe, von A. Pappenheim und F. Pröscher	134
Über multiple neurotische Hautgangrän, von D. Latte	189
Exstirpations- und Operationsfeder, von Dreuw	208
Zur feineren Anatomie der Oberhaut, von Fr. Bering	210
Multiple neurotische Hautgangrän, von Alfred Brandweiner	241
Thesen bezüglich einiger pseudoparasitärer Krebseinschlüsse, von P. G. Unna ..	318
Die Epitheliome und ihre Behandlung, von V. Mibelli	315
Mykosis fungoides und Leukämie, von Mario Pelagatti	369. 433
Zur Technik der Urethralinjektionen, von Vajda	501
Bemerkungen zu Brandweiners Fall von neurotischer Hautgangrän, von Kreibich	505
Dermatotherapeutische und urologische Beobachtungen, von Franz Weitlaner	573
*Drei Fälle von Pruritus nach Tabakgenuss, von Bottstein	577
Zur Histologie des Hauthorns, von Caesar Philip	623
Ein Fall von Mykosis fungoides, von J. Ullmann	631
Über Hautveränderungen bei Nierenkranken, von Arth. Jordan	657
Das Tonogen supra renale sec. Richter. Adstringens und Anaestheticum in der Urologie und Dermatologie, von Moriz Porosz	647
Zur Anatomie des Präputiums, von Ernst Delbanco	652. 687
Zur Tabes-Syphilisfrage im Anschlusse an einige mit manifester Syphilis verbundene Tabesfälle, von Josef Guszman	708
*Zur Therapie der Impetigenes, von Honcamp	730

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus 90. 146.	663
Dermatologische Gesellschaft in Stockholm. Originalbericht von Ludwig Moberg	267
Krakauer dermatologische Gesellschaft	448
Bericht über den V. internationalen Dermatologenkongress in Berlin vom 12. bis 17. September 1904, von Hopf-Dresden	509

	Seite
Aus den Verhandlungen der Dermatologischen Sektion der Naturforscher-Versammlung in Breslau; 19.—21. September 1904, von Hopf-Dresden	578
72. Jahresversammlung der British Medical Association, abgehalten zu Oxford am 27., 28. und 29. Juli 1904	584
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan	664. 731
Gesellschaft der Charité-Ärzte	732

Fachzeitschriften.

Lepra	27. 593
Monatsberichte für Urologie	28. 995. 589. 734
Dermatologische Zeitschrift	30. 274. 400. 590. 667
The British Journal of Dermatology	33. 401. 450. 595
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis	34. 405. 451. 668
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie	36. 157. 453. 541
Journal des maladies cutanées et syphilitiques	37. 165. 406. 542. 674
Archiv für Dermatologie und Syphilis	149. 220. 888. 530. 586
Dermatologisches Centralblatt	152. 228. 733
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane	153. 449
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten	154
Annales des maladies des organes génito-urinaires	158. 408. 670. 738
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique	163. 740
Annales du service de dermatologie, de syphiligraphie et d'urologie	163
La Syphilis	165. 229. 543. 743
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes	169. 454. 741
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle	171. 410. 744
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle	175. 410
American Journal of Dermatology and Genito-urinary diseases	176
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie	178. 746
Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten	278
Mitteilungen aus Finsens medizinischem Lichtinstitut	397
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma	412
Monatschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene	666. 735

Bücherbesprechungen.

Krankheiten und Ehe, von Senator und Kaminer	230
Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten, von O. Rosenthal ..	231
Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe, von Jaroslav Elgart	233
Kompendium der Röntgentherapie, von H. E. Schmidt	414
Das Radium, seine Darstellung und seine Eigenschaften, von Jaques Danne ..	415
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mraček	417
Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder	455
Erbsyphilis und Nervensystem, von Johannes Bresler	456
Über die Prinzipien für die Behandlung der venerischen Krankheiten, von Edvard Welander	457
Die Geschlechtskrankheiten, von Lobedank	595
Manuale di pratica Dermosifilopatica ad uso dei Medici e degli Studenti, von V. d'Amato	596
Handbuch der Urologie, von A. v. Frisch und O. Zuckerkandl	675
Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung durch Verhütungsmaßnahmen, von M. Salomon	676
Medizinal-Kalender 1905	747
Handbuch der Physiologie des Menschen, von W. Nagel	747
La Pelade, von A. Chatin und F. Trémolières	747

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

	Seite
Über die Entwicklung der Glashaut des menschlichen Haarbalges, von Ph. Stöhr	92
Über Interzellularbrücken zwischen äußerer und innerer Wurzelsohede, von Ph. Stöhr.....	93
Die Glandulae praeputiales oder odoriferae beim Menschen, von A. Keith und A. Shillitoe	93
Über den „Bürstenbesatz“ der Knäueldrüsen, von A. Pasini	93
Bemerkungen zu A. Maximows Aufsatz „Über Klammatocyten und Mastzellen“, von Ludwig Schreiber	94
Ein Beitrag zur Genese der Mastzellen der Haut, von Julius Heller.....	94
Über die unmittelbare und Dauerwirkung thermischer Applikationen auf die Hauttemperatur, von E. Sommer.....	94
Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Ernst Sommer über die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur in Nr. 48 der Berliner klinischen Wochenschrift, 1903, von P. Meissner.....	95
Über die Bildung von phosphorsauren und kohlensauren Konkrementen im Haut- und Unterhautgewebe, von H. Wildbolz	889
Beiträge zur Frage über das Resorptionsvermögen der intakten Haut, von M. Gundorow.....	391
Das Absorptionsvermögen der Haut, von Alfred Schwenkenbecher.....	488
Untersuchungen über das Haarpigment, von Spiegler	488
Der Ursprung der Plasmazellen, von Leo Ehrlich	488
Der lokale Einfluß erhöhter Muskelfunktion auf die anormale Ernährung der Haut, von Jacob Halpern	529
Untersuchungen über die Muskeln des Perineums und des Diaphragma pelvis, über die sog. Cowperschen Drüsen und über die Entwicklung dieser Organe, von Albert Hogge	670

Mikroskopische Technik.

Weitere Mitteilungen über vitale und supravitale Granulafärbung, von J. Arnold	95
Das Mikrosporon der Katze, ein neues pathogenes Mikrosporon des Menschen, von A. Lefevre.....	164
Eine klinische differentielle Methode der Gonokokkenfärbung, von Roman v. Leszcynski.....	538
Die Färbung des Elastins und der Gebrauch von Kontrastfarben, von L. H. Huie	595

Bakteriologie.

Zur Färbung schwer färbbarer Bakterien (Rotzbakterien, Typhusbazillen, Gonokokken usw.) in Schnitten der Haut und anderer Organe, von Karl Zieler.	95
Staphylococcus albus, den Gonococcus Neisseri vortäuschend, von A. Paldrock	337
Asociation des Pseudodiphtherie-Bacillus mit dem Neisserschen Gonococcus, von Maccone.....	489

Hygiene.

Körperpflege und Heilkunde bei den alten Deutschen, von Julian Markuse ..	96
Fürorgenerziehung und Prostitutionsbekämpfung, von Schiller	154, 156
Bekonvalesszentenheime für Syphilitische, von Karl Stern	156
Die Veränderungen, welche getroffen worden sind bei dem gegenwärtigen System der Reglementierung der Prostitution in Paris. Beseitigung der Reglementierung der Gelegenheitsquartiere und der Bordelle, von L. Butte	168
Ausführungsgesetz zum Reichsseuchengesetz.....	337
Alkohol und Sexualhygiene, von Laquer	337
Sexuelle Hygiene und sexuelle Aufklärung in der Schule	338
Prostitution, Reglementierung und Abolitionismus	339
Infektion als Morgengabe, von W. Schallmeyer	339

	Seite
Der Krieg gegen die venerischen Krankheiten in Deutschland, von E. Lesser..	341
Die Geschlechtskrankheiten und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien, von Jullien	349
Zur Frage der sexuellen Aufklärung, von Albert Flachs.....	489
Die Kontrolle der Prostitution und die Verhütung der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, von M. L. Heidingsfeld.....	490
Über die Mafsregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Alfred Fournier	548
Zur Ätiologie und Behandlung der Prostitution, von W. Hanauer.....	666
Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung durch Verhütungsmafsnahmen, von Max Salomon	676
Ein Beitrag zur Bordellfrage in rechtlicher Beleuchtung, von Schweizer	737
Sexualhygiene, Frauenproteste und Libido sexualis, von C. Alexander.....	787
Commission extraparlamentaire du régime des moeurs, von Augagneur.....	748

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Zur Pathogenese kolloquativer Blasen, von Karl Kreibich.....	30
Das Wesen der Dermatosen. Versuch einer Neueinteilung, von L. Brocq	36
Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit, von Ernst Bendix	97
Die bakteriellen Infektionskrankheiten der Haut mit akutem Verlauf, von W. Scholtz.....	97
Beitrag zum Studium der Ursachen der Mumifikation, von Biondi	98
Über die visceralen Erscheinungen der Erythemgruppe der Dermatosen, von W. Osler.....	98
Über hysterische cutane Symptome und Ausschläge, von T. D. Savill.....	98
Über Hautabschilferung beim Abdominaltyphus, von D. Riesmann.....	99
Der nosologische Wert der Eosinophilie der Haut und des Blutes bei den bullösen Affektionen, von Bayet	164
Affektionen der Schleimhäute in Beziehung zu Hautkrankheiten, von J. A. For- dyce.....	451
Affektionen der Schleimhäute in Beziehung zu Hautkrankheiten, von M. F. Eng- mann	452
Der Zusammenhang von Mundhöhlenerkrankungen mit Dermatosen, von M. Joseph	490
Einiges über die Haare und den Haarschwund, von W. Schiele	490
Das Verhalten der Haut bei inneren Krankheiten, von R. Ledermann.....	491
Kosmetische Fehler der Hautgebilde und ihre Behandlung, von Matthias Hirschberg	491
Gichtische Hauterkrankungen, von Eddowes	520
Über Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien, von Noorden, Duncan Bul- ley, Radcliffe Crocker und Jadassohn	521
Die Bedeutung der vergleichenden Pathologie der Haut, von Heller	526
Klinisches und Histologisches über die Hautsymptome bei Leukämie und Pseudo- leukämie, von Nicolau	541
Über die Bedeutung der Bakterien und anderer Faktoren in der Ätiologie von Hautkrankheiten, von Arthur Whitfield	586
Der Einfluss der peripheren Nervenreizung auf die Hautkrankheiten, von N. Meachen	586
Die Spezifität der Hautkrankheiten, von H. Hallopeau.....	674
Das Phänomen der Gänsehaut und seine Erklärung, von F. B. Solger	733
Eine neue Auffassung der Hautkrankheiten? von A. Blaschko	742

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Das Formalin und seine Wirkungen auf den Favuspilz, von Bogrow und Scharkewitsch-Scharschinsky.....	31
Eine neue Kataphorese-Elektrode mit auswechselbaren Tonkappen, von Arthur Straufs	32
Hautkrankheiten und Radiotherapie, von Belot.....	37
Dritter Beitrag zur Radiotherapie. Die Dosierung der Röntgenstrahlen und ihre graphische Darstellung, von A. Béclère	39
Über Kosmetik der Haut, von Dreysel.....	99
Seebäder bei einigen Formen von Hauterkrankungen, von R. Abrahams.....	99

	Seite
Uriage als Heilort für Kinder, von A. Doyon.....	100
Ein Heißluftapparat, speziell für venerologische und dermatologische Zwecke angepaßt, von Axel Cedercrentz.....	100
Die epiduralen Injektionen und ihre Anwendung insbesondere bei den Krankheiten der Harnwege, von Arthur Straufs.....	100
Über offene Wundbehandlung durch Insolation und Eintrocknung (zugleich einiges über klimatische Einflüsse des Hochgebirges), von Oscar Bernhard.....	100
Zur Behandlung der granulierenden Hautwunden, von Neisser.....	101
Die Behandlung von granulierenden Hautwunden, von H. Wagner.....	101
Die Lokalbehandlung von Geschwüren, von L. W. Palmer.....	101
Fall von Hautüberpflanzung, von James Frederic Clarke.....	102
Die physiologischen Wirkungen des Lichtes, von Paul Jensen.....	102
Mitteilungen über Lichtbehandlung nach Dreyer, von Neisser und Halberstaedter.....	103
Die Finsen-Lichtbehandlung, von H. John Stewart.....	104
Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut, und über ihre Anwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten von Grön.....	104
Über den Einfluß des Lichtes auf den Menschen und den gegenwärtigen Stand der Freilichtbehandlung, von P. Maag.....	104
Fortschritte in der Lichttherapie, von A. Strebel.....	106
Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie, von H. Rieder.....	106
Entgegnung auf den von Prof. Rieder-München auf der Ärzte- und Naturforscherversammlung in Kassel gehaltenen Vortrag: „Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie“, von Breiger.....	108
Zur Röntgentherapie, von Leonhard Görl.....	108
Die X-Strahlen als therapeutisches Agens, besonders mit Bezug auf das Carcinom, von Arthur Dean Bevan.....	108
Zur Behandlung verschiedener Formen von Hautkrankheiten mit X-Strahlen und Phototherapie, von W. Allan Jamieson.....	109
Der diagnostische Wert der Röntgenstrahlen, von Charles Lester Leonard.....	109
Erfolge der Röntgentherapie, von Eduard Schiff.....	110
Die Röntgen- und die Lichtbehandlung der Hautkrankheiten, von W. A. Jamieson.....	111
Über die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung, von W. Scholtz.....	111
Aus E. Mercks Jahresberichten. 1902. XVI. Jahrgang.....	111
Acidum kakodylicum und seine Salze.....	111
Hydrargyrum jodokakodylicum.....	112
Anästhesin.....	112
Acidum pyrogallicum.....	112
Argentum colloidal (Itrol).....	113
Metaarsensäureanilid (Atoxyl).....	113
Calcaria hypochlorosa.....	113
Epithol.....	113
Extr. Folior. uvae urs. huid.....	114
Glykosal.....	114
Hermophenyl.....	114
Heroin. hydrochloricum.....	114
Hydrargyrum benzoic. oxyd.....	115
Hydrargyrum colloidal.....	115
Hydrargyrum lacticum oxyd.....	115
Jodophen.....	115
Jodyloform.....	115
Leugallol.....	115
Antipyrin.....	115
Anästhesin.....	116
Tumenol.....	116
Alumnol.....	117
Argonin.....	117
Albargin.....	117
Eine Gefahr des Adrenalins, von F. Neugebauer.....	117
Über Alkoholumschläge, von J. S. Kolbasenke.....	117
Die Anästhesinbehandlung des Erysipels, von Henius.....	118
Über Euguformum solubile, von Max Joseph.....	118

	Seite
Über Fetron-Salbe, von Oskar Liebreich.....	118
Über den diagnostischen Wert des Wasserstoffsuperoxyds bei Fluor und Fluorverdacht, von Hedinger.....	118
Über Gonosan, von M. Friedländer.....	118
Helmitol, ein neues Harndesinficiens, von F. Gilbert.....	118
Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol, von Josef Müller.....	119
Therapeutik der Ichthyolverbindungen mit spezieller Berücksichtigung des Ichthoforms und Ichthargans, von J. Burnet.....	119
Karbonsäure, Lysol, Lysoform, von F. Nagelschmidt.....	119
Einiges über Lygosinin-Chinin, von J. v. Török.....	119
Das Levuretin (eine völlig reine Trockenhefe) und die Saccharomycotherapie (Hefekur), von Hedrich.....	119
Untersuchungen einiger Dauerhefepräparate des Handels mit besonderer Berücksichtigung ihrer biologischen Eigenschaften und therapeutischen Verwertbarkeit, von Paul Krause.....	120
Über die Anwendungsweise des Mesotans, von L. Weil.....	121
Das Mesotan, von A. Tausig.....	121
Über Nafalan und Nafalanpräparate, von Edmund Saalfeld.....	121
Über Quecksilber-Nephritis, von T. M. Swan.....	122
Kohlenteer und seine Derivate in der Behandlung von Hautkrankheiten, von M. B. Hartzell.....	122
Die dermatologisch wichtigen Bestandteile des Teers und die Darstellung des Anthrasols, von H. Vieth.....	122
Das Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyols, von J. Silberstein.....	123
Beobachtungen über Thigenol „Roche“ in der Behandlung der Hautkrankheiten, von J. Pacyna.....	123
Über die Wirkung des Thioforms bei einigen Hautkrankheiten, von J. Szabóky.....	123
Trokansterilisatoren in der dermatologischen und urologischen Praxis, von Paul Meissner.....	152
Die Radiotherapie bei den Hautkrankheiten, von Belot.....	158
Die Phototherapie und der praktische Arzt.....	175
Erfolg und Mißerfolg bei der Elektrolyse, von Wisecup.....	177
Über Strahlenbehandlung von Hautaffektionen, von Ammon.....	177
Gegen Mücken- und Insektenstiche, von John H. Shoemaker.....	178
Ein Hauptgrundsatz bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Waugh....	178
Desinfector als Antiscabiesum, von K. Azuma.....	179
Über die Beziehungen zwischen Balneologie und Dermatologie, von E. Vollmer.....	227
Über den Wert der Medizinmengen und das System therapeutischer Einheiten, von P. N. Prokhoroff.....	230
Skarifikationsmesser, von Moberg.....	270
Zahnpasta, von Almkvist.....	278
Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen), von O. Lassar.....	275
Alkohelseifen, von Karl Gerson.....	277
Der Einfluß des Lichtes auf die kranke und gesunde Haut, von L. Bogrow....	278
Vorläufige Mitteilung über eine wirksamere Ausnutzung der Funkenlichtbestrahlungen, von H. G. Piffard.....	341
Über die örtliche Anwendung des Formaldehyds in der Dermatologie, von August Ravogli.....	343
Radiotherapie, von John R. Wathen.....	343
Quecksilber und Jodkalium, von Robbins.....	344
Die Behandlung von Erkrankungen der Haut und des Urogenitalgebiets mit Bädern und Klima, von Guy Hinsdale.....	345
Die Fortschritte der Lichttherapie (die Methode der Sensibilisierung), von René Martial.....	350
Auswahl und Vergleichung in der dermatologischen Therapeutik, von Leredde.....	351
Wirkungen des elektrischen Bogenlichtes auf Tuberkelbazillen in Reinkultur, von Sophus Bang.....	397
Methoden zur Messung der bakteriziden Wirkung des Lichtes, von Waldemar Bie.....	398
Einwirkung des Lichtes auf Infusorien, von G. Dreyer.....	399
Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Geschwulstzellen gegenüber intensivem Licht, von C. O. Jensen und H. Jansen.....	399
Lichtbiologie, von Gunni Busk.....	399
Vasenol, von P. Thimm.....	400

	Seite
Ein Fall von Antimon- und Bleivergiftung, von Leslie Roberts.....	403
Sabourauds Behandlung durch X-Strahlen im Hôpital Saint Louis, von J. L. Bunch	404
Über Hausmittel gegen Hautkrankheiten, von J. C. White.....	406
Die physiologische und therapeutische Wirkung des Radiums, von Fiocco.....	410
Die Wirkung der Kälte auf Gewebe, welche dem Einfluß von Traumen oder von Tuberkulininjektionen ausgesetzt worden sind, von Lanzi.....	413
Die Anwendung der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten, von Belot.....	453
E. Mercks Jahresbericht 1903.....	491
Acid. kakodylicum und seine Salze Hydrarg. kakodylicum.....	491
Hydrarg. jodo-kakodylicum.....	491
Natrium kakodylicum.....	491
Acid. osmicum.....	491
Acid. picricum.....	491
Acid. salicylicum.....	492
Acid. vanadinicum.....	492
Albargin.....	492
Ammonium benzoicum.....	492
Arheol.....	492
Crurin.....	492
Dymal.....	492
Empyroform.....	492
Epithol.....	492
Eguform.....	494
Gonocan.....	494
Helmitol.....	494
Heroinum hydrochloricum.....	495
Hydrargyrum cyanatum.....	495
Hydrargyrum amidato-bichloratum.....	495
Hydrargyrum sulfuricum aethylen (Sublamin).....	495
Jodipin.....	495
Kaliumpermanganat.....	495
Mesotan.....	495
Methylenblau.....	496
Nafalan.....	496
Organotherapeutische Präparate. Adrenalin-Suprarenin.....	496
Frotargol.....	496
Radium.....	496
Subcutin.....	497
Theocin.....	497
Thiosinamin.....	497
Urotropin (Hexamethylentetramin).....	497
Neu-Urotropin.....	497
Wasserstoffsperoxyd.....	498
Yohimbinum hydrochloricum.....	498
Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik, von E. Spiegler.....	498
Lichttherapie nach v. Tappeiner, von Jesionek.....	498
Die Entwicklung der Lichttherapie und ihre Bedeutung für die Behandlung der Hautleiden, von H. E. Schmidt.....	500
Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit konzentriertem Lichte, von Forchhammer.....	518
Erfolge der Paraffinplastiken bei Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekten, von Eckstein.....	525
Die Wirkung des Abrins, von Bettmann.....	528
Über die Verwendung des 30%igen Wasserstoffsperoxyd von Merck in der Dermatologie und Urologie, von W. Scholtz.....	536
Klinische, bakteriologische und mikroskopische Befunde bei der Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten, von Kurt Strafs- mann.....	539
Neue Fortschritte in der Aktinotherapie, von William S. Gottheil.....	547
Über die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit konzentriertem Licht nach Finsen, von W. Scholtz.....	547
Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen), von O. Lassar	548
Die Blaulichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von Louis E. Schmidt.....	548

	Seite
Neuere Studien zur Pathologie und Klinik der Radiumwirkung.....	549
Über die Behandlung einiger Fälle mit Radiumbromid, von J. M. Davidson ..	549
Die Grundlagen der Röntgentherapie, von G. Holzknecht.....	549
Bemerkungen zur Röntgentherapie, von G. Riehl.....	550
Die Resultate der Behandlung mit X-Strahlen, von Samuel Beresford-Childs	550
Die Behandlung mit X-Strahlen, von G. H. Stoven.....	550
Die Röntgenstrahlen bei der Behandlung und Diagnose von Krebs und Haut- krankheiten (und Epilepsie), von Herm. Branth.....	551
Behandlung nichtmaligner Hautkrankheiten mit X-Strahlen, von J. Grindon ..	551
Lupus, Carcinoma und X-Strahlen, von Norman Walker.....	551
Haarpflege im gesunden und kranken Zustande, von Joseph Pohl.....	552
Einige Fälle von ausgedehnter Hauttransplantation nach Thiersch, von H. Haberer	552
Über Spiritusverbände mit Duralkoholbinden, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände, von Albert Kaiser.....	552
Beitrag zum Studium der physiologischen und therapeutischen Wirkung der trockenen Wärme und ihrer lokalen Anwendung bei einigen Dermatosen, von D. G. Kouroudjiew.....	552
Thermische Wirkung der Salze auf die Haut und ihre Bedeutung in der Balneo- therapie, von Frankenhäuser.....	553
Zur Kenntnis der Wirkung von Kohlensäure- und anderen gashaltigen Bädern, von H. Senator und F. Frankenhäuser.....	553
Weitere Untersuchungen über die bakterizide Wirkung der Seifen, von Daniel Konrádi.....	553
Die Seifen von Krankenheil in der Kosmetik, von A. Rahn.....	554
Kastanol und Kastanoleifen, von Dommer.....	554
Über Fetronsalbe, von Edmund Saalfeld.....	554
Zur Charakteristik der neuen Salbengrundlage Fetron purissimum Liebreich, von Otto Kulka.....	555
Ein neues örtliches Anästhetikum, das Stovaine, von de Lapersonne.....	555
Beitrag zur therapeutischen Wirkung der Bierhefe, von Golinier.....	555
Fomitin, ein neues Mittel gegen Blasenleiden, Menstruationsstörungen und Häm- orrhoidalbeschwerden, von Th. Rosenbaum.....	556
Über die praktische Verwertung des Helmitol, ein neues Harndeinfizienz, von A. Schütze.....	556
Einige Beobachtungen über Hetralin, ein neues internes Harnantiseptikum, von H. Lohnstein.....	556
Ein nicht toxisches Jodpräparat, von Wingrave.....	556
Ichthoform, seine therapeutische Anwendung, von D. James Burnet.....	556
Einige Mitteilungen über Jodipin, von Fränkl.....	557
Über ein neues Merkurderivat „Lévurargyre“, von L. Jullien.....	557
Zur Mesotanbehandlung, von Niedner.....	557
Vermeidung von Hautreizungen bei der Anwendung des Mesotans, von J. Ruhe- mann.....	557
Zur Anwendung des Salocreol, von F. Siegmann.....	557
Versuche über Diurese, insbesondere über die Wirkung des Theocinnatrium aceticum, von J. Meinertz.....	558
Ein Beitrag zur diuretischen Wirkung des Theocins, speziell bei akuter Nephritis, von Hundt.....	558
Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Schwefels in Form des Thigenols für die Dermatotherapie, von J. Porias.....	558
Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche“ in der Dermatologie, von J. Pacyna.....	558
Über Vioform, von E. Wehrle.....	559
Über die Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffsperoxyd, besonders bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Paul Richter.....	559
Das Wasserstoffsperoxyd in der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Oppenheim.....	559
Die Spezifität in der Dermatologie, von Hallopeau.....	579
Das System der Strahlungstherapie, von Holzknecht.....	579
Einwirkung von Alkoholverbänden, Eiskompressen, Eisblase, feuchten und Pflanz- sowie heißen Umschlägen auf Entzündungsprozesse, von Schäffer.....	579
Die bakterientötende Kraft der Radiumverbindungen, von Aschkinas.....	580
Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen, von Strebel.....	580

	Seite
Die Photokaustik, von Strebel.....	581
Über die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe, von F. Schanz.....	593
Lichttherapie, von Reschetillo.....	665
Dermatoskop, von Pospelow.....	665
Über Adrenalin, von J. Cohn.....	666
Apparate für Maßbestimmungen bei der Radiologie und deren Anwendung, von H. Lebon.....	740
Inkompatibilitätsgrenzen zwischen Kalomel und Jodpräparaten, von Pelagatti.....	745
Über die Kryoskopie, von Akutsu.....	747

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

Lymphatische Hypersekretions-Verhaltungen und Ödeme, von Maurice Loeper.....	124
Das Verhältnis der Proteide zu Ödema bei infantilem Marasmus, Urinanalyse bei Diarrhoe der Kinder, von Palmek A. Potter.....	124
Hartes, traumatisches Ödem des Handrückens, von L. Cheinisse.....	124
Prurigo, Lichenifikation, Urticaria, Neurodermitiden, von Leredde.....	169
Ein Fall von Erythema scarlatiniforme recurrens bei einer hysterischen Frau, von H. Uno.....	180
Über das „harte, traumatische Ödem“ des Handrückens, von Robert Grünbaum.....	181
Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. R. Grünbaum über das „harte, traumatische Ödem“ des Handrückens, von Leopold Feilchenfeld.....	182
Über urticarielles Ödem, von Bruno Löwenheim.....	182
Über einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems, von H. Quincke und A. Gross.....	182
Über einen Todesfall durch das sogenannte akute umschriebene Ödem (Quinke- sche Krankheit), von Ernst Sträufleser.....	182
Über einen Fall von hartnäckiger, oberflächlicher Hyperämie bei einem 21jährigen Manne, welche durch Beseitigung von adenoiden Wucherungen geheilt wurde, von V. H. W. Wingrave.....	182
Drei sporadische Fälle von Pellagra, von Verotti.....	183
Zur Kenntnis der Salipyrin- bzw. Antipyrinexantheme, von Dittmar.....	183
Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, in- sonderheit über die scharlachähnlichen, von Oberwinter.....	183
Morbus maculosa Werlhofii, von Hochheimer.....	184
Die Pathogenese der Phlebektasie, von Bernhard Fischer.....	221
Zwei Fälle von Erythromelie (Pick), von Carl Grouven.....	222
Vasomotorische Phänomene, von Kreibich.....	528
Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe, von H. Rosenbach.....	559
Die anfallweise auftretende kongenitale Cyanose, von Variot.....	560
Ein Fall von allgemeiner entzündlicher Schwellung der Haut, von Hans Koerber.....	560
Ein Fall von angioneurotischem Ödem, von George Corin.....	561
Zur Klinik und Therapie des malignen Ödems, von Georg Lotheissen.....	561
Die Behandlung der Urticaria, von Trémolières.....	562
Beitrag zu Intoxikationsdermatosen nach Aspirin, von M. Ebersson.....	562
Ein scharlachähnlicher Arzneiausschlag, von Skene.....	562
Antipyrin und Purpura, von Rudaux.....	562
Pathogenese und Therapie der Purpura haemorrhagica (Morbus Werlhofii), von de Benedetti.....	563
Purpura fulminans, von A. v. Leeber.....	563
Hämaturie als einziges Symptom Barlowscher Krankheit, von Eugen Neter.....	563
Fall von Urticaria pigmentosa, von Rutherford.....	585

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

Ein seltener Bromausschlag, von Lotta W. Myers.....	35
Alopecie der von einem Vesikans herrührenden Narbe, von Ch. Audry.....	40
Zwei Fälle einer möglicherweise artefiziell entstandenen Krankheit des Kopfes, von Blaschko.....	91

	Seite
Dermatitis nach äußerer Applikation von <i>Scilla maritima</i> , von Hoffmann	91
Histologische Befunde beim Röntgenulcus am Kaninchen, von A. Gassmann . .	151
Ein Fall von Bromoderma nodo-ulcerosum, von S. Yema	178
Die Behandlung der Fissura ani, von M. Katzenstein	184
Wieder einmal die <i>Primula obconica</i> , von A. Model	184
Zwei Fälle von ausgedehnter X-Strahlennekrose mit etwas ungewöhnlichem Verlaufe, von Clarence Edw. Skinner	185
Über Verbrennungen, deren Prognose und Behandlung, von L. House Branson	185
Zur Behandlung der Verbrennung mit Trockenverbänden, von M. Sattler . . .	185
Über die Behandlung von Frostbeulen mit Salzwedelschen Alkoholverbänden, von Otto Lentz	186
Eine kurze Abhandlung über Erfrierung bei kleinen Kindern, von W. A. Hardaway	186
Über Vortäuschung eines Variola-Ausschlages durch ein Jodexanthem bei einer syphilitischen Patientin, von E. J. Hynes	186
Über bleibende Hautveränderungen bei Röntgenbestrahlung, von L. Freund und M. Oppenheim	563
Zur Anwendung des Xeroform bei Brandwunden, von J. Peer	564
<i>Unguis incarnatus</i> , von Tillaux	564
<i>Leukonychia striata arsenicalis transversus</i> , von C. T. Aldrich	564
<i>Eucalyptus-Dermatitis</i> , von Galewsky	582
Artifizielle Dermatitis durch Tomatenkraut, von Hopf	582
Formalin-Onychien, von Galewsky	583
Über ungewöhnliche Entstehung eines Quecksilberexanthems, von Max Joseph	733

II. Neurotische.

<i>Herpes genitalis</i> und Nervensystem, von P. Ravaut und Darré	157
Einige Fälle systematisierter Hautkrankheiten, von L. Dekeyser	164
Bilateraler, gekreuzter <i>Herpes zoster</i> mit begleitender <i>Facialisparese</i> , von M. Truffi	174
Über den <i>Herpes zoster oticus</i> (<i>Herpes</i> an der Ohrmuschel mit Lähmung des <i>Nervus acusticus</i> und des <i>Nervus facialis</i>), von O. Körner	187
<i>Zoster perinealis</i> nebst Bemerkungen über Segmentierungen der Haut auf der hinteren Fläche der unteren Extremität, von H. Cushing	187
Frühzeitige elektrische Behandlung des <i>Herpes zoster</i> , von J. Larat	187
<i>Herpetische Eruptionen</i> als Vorstadium eines <i>Hautcarcinoms</i> neben <i>Herpes zoster</i> , von Adolf Schmidt	225
Akute multiple Hautangrän, von Dinkler	393
Die <i>Piedra nostras</i> , von Lombardo	411
Über einen Fall von <i>Syringom</i> bei einem Greise, von Fiocco	411
Statistisches vom <i>Herpes zoster</i> , von Walther Pick	564
Rezidivierender <i>Zoster</i> , von L. G. Hill	564
Zur Diagnose des <i>Herpes zoster</i> , von Fabre	565

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe, von Jaroslav Elgart	233
Über die Bedeutung der Inkubationsperiode der Infektionskrankheiten, von G. Genersich	234
Das <i>Megalerythema epidemicum</i> ; die Großflecken, von Plachte	235
Zur Behandlung der Streptokokken mit Antistreptokokkenserum, von Arthur Hirsch	235
Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Blutuntersuchung, von Georg Jochmann	236
Untersuchungen über die Quelle der Scharlachinfektion und deren Bedeutung für die Krankenhausbehandlung, von R. E. Lauder	237
Über Gewichtsveränderungen im Verlauf des Scharlachfiebers, von Garnier und Sabaréanu	237
Scharlachfieber, von William L. Baum	237

	Seite
Die Behandlung des Scharlachfiebers, seiner Komplikationen und Folgen, von H. M. McClanahan.....	237
Zur Serumtherapie des Scharlachs, von Heubner	238
Meine Erfahrungen mit dem Moserschen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum, von Johann v. Bókay.....	238
Die Verwendung von Antistreptokokkenserum zur Behandlung von Scarlatina und Diphtherie, von F. P. Mackie.....	288
Das Invasionsstadium der Masern, von R. W. Marsden.....	239
Das Invasionsstadium der Masern, von E. Smith.....	239
Bakteriologische Untersuchungen bei der Conjunctivitis acuta, den Masern und der Influenza (Beitrag zum Studium der hämophilen Bazillen), von Giarré und Picchi.....	239
Hyperpyrexie bei Masern, von C. E. Stokes	239
Ein Fall von ungewöhnlich schweren Masern bei einem Erwachsenen; zweite Attacke, von J. J. Burgess.....	239
Über Masern, von Haarkma Tresling.....	240
Ohne Fieber und beinahe ohne Exanthem verlaufende Morbillen, von S. Gerlóczy.....	279
Beobachtungen über Kopliksche Flecke, Diazoreaktion und Fieber bei Masern, von Otfried Müller.....	280
Bericht über eine Dienstreise nach Algier behufs Prüfung der Impfverhältnisse, von Saint-Yves Ménard.....	280
Variolisation, von Hervieux.....	280
Beziehungen zwischen Lufttemperatur und Variola, von D. Sivewright.....	280
Bericht über den Artikel 6 (obligatorische Impfung gegen Variola) des Gesetzes vom 15. Februar 1902, betreffend den Schutz des öffentlichen Gesundheitszustandes.....	281
Pockenälchen oder Fadentalgen, von van der Loeff.....	281
Variolaläsionen, von Calkins.....	282
Vaccinekörperchen, von Tyzzer.....	282
Zwei mit Variolavirus geimpfte Affen, von Anna W. Williams.....	282
Studien über Vaccine, von Ewing.....	282
Die Pathologie der Variola, von W. R. Stokes	282
Komplikationen und Folgeerscheinungen nervöser Art bei Variola, von C. J. Aldrich.....	282
Augenkomplikationen bei Blattern, von Albert Rufus Baker.....	283
Über Verlauf und Diagnose der Blattern — nach der letzten Epidemie in der Stadt New York, von William S. Somerset	284
Pathologie und Behandlung der Pocken, von Nelson D. Brayton.....	284
Beitrag zur Behandlung der Variola und des Erysipels mit Tachyol, von Jaja..	284
Die Rotlichtbehandlung der Blattern, von Niels B. Finsen.....	284
Die Verwendung von rotem Licht bei der Behandlung von Variola, von J. T. C. Nash.....	285
Moderne Methoden der Impfung und deren wissenschaftliche Begründung, von S. Monckton-Copeman.....	285
Impfgesetz.....	286
Die Impfung in Bosnien und der Herzegowina und der Einfluss auf das Vorkommen der Blattern in diesen Ländern, von G. Kobler.....	286
Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1902, von L. Stumpf.....	287
Über das Verhalten des Vaccinevirus gegenüber physiko-mechanischen Agentien, von Santori.....	287
Glycerin und Lymphe, von E. Levy.....	287
Schon wieder ein neuer Impfschutzverband, von L. Voigt	288
Ein Staubschutz für den Lymphbehälter bei Impfungen, von Hagemann	288
Pocken und varioloide Dermatosen, von Schamberg.....	520
Gangrän bei Scharlach, von Netz.....	565
Scarlatina maligna	565
Über einen Fall von Scharlach mit Chylurie und Glykosurie, von Sahannat... ..	565
Experimentelle Übertragung von Scharlach und Masern auf Affen, von A. S. Grünbaum.....	565
Die Diagnose und Prognose der Masern, von Variot.....	565
Das Schleimhautexanthem der Masern, von O. Rüdell.....	566

	Seite
Bakteriologische Untersuchungen über Masernconjunctivitis, von Ernst Schottelius	566
Variola in Schottland	566
Die Diagnose der Blattern im Stadium des papillären Ausschlags	566
Über rotes Licht bei Pockenbehandlung, von E. Rahm	567
Die Vaccination im Inkubationsstadium der Variola, von W. C. Paterson	567
Variola oder Vaccine, von A. Baginski	567
Variola und Vaccination in New York	567
Bericht über die im Jahre 1903 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von Leonhard Voigt	568
Zwei Fälle von generalisierter Vaccine nach Übertragung der Vaccine auf ein chronisches Gesichtsekzem, von Kissling	568
Über Vaccine generalisata, von Swoboda	569
Impferfolg bei Wiederimpfungen, von E. Meder	570
Das Immunserum der Kuhpockenlymphe, von M. Freyer	570
Die Technik der Impfung, von Wodtke	571
Zur Impftechnik, von Eyff	571

b) Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Die Lepra auf den dänischen Antillen, von Eduard Ehlers	27
Bakteriologische und histopathologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra nodosa, von C. Zenoni	172
Lepra maculo-anaesthetica, von Sederholm	273
Zur Bakteriologie der Lepra, von J. Hübert	278
Experimentelle Erfahrungen über Lepraempfindungen bei Tieren, von W. J. Kedrowski	288
Lepra vom sanitären Standpunkt, von Isadore Dyer	289
Verbreitung der Lepra in der Provinz Schantung, von R. Pötter	290
Die Lepra auf den Hawaii-Inseln, von Judson Daland	290
Die Lepra und der Fischgenuss, von G. A. Casalis	290
Über die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien, von H. Koppel	290
Über die Wirkung des Oleum Gynocardiae bei der Lepra, von Siegfried Talwik	291
Über Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897, von Neisser	513
Differentialdiagnose der nervösen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica, von Jeanselme und Nonne	517
Erfolge bei Lepra mit Chaulmoograöl, von Roca und Tourtoulis	525
Über einen interessanten Fall von Lepra mutilans, von G. Démétriadé	590
Die Lepra: Zwölf Jahre Tätigkeit am Leprahospiz von Désirade (Guadeloupe), von L. A. Noël	598
Abnahme der Lepra in Norwegen, von G. A. Hansen	594
Über die pathogenetische Bedeutung des Hansenschen Bacillus beim sog. Pemphigus in den hämorrhagischen Flecken bei der trockenen Gangrän der Lepra anaesthetica, von Piazza	597
Ein autochthener Fall von Lepra in Niederland nebst einigen Bemerkungen über die ätiologische Streitfrage, von Mendes da Costa	597
Sieben Fälle von Lepra im alten Katharinenhospital im Jahre 1903, von Samgin	598
Über die Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl, von A. Kupffer	598

β. Tuberkulose.

Melanodermie bei verruköser Hauttuberkulose, von Raynaud	38
Tumorbildender Lupus beider Wangen, von Lesser	90
Tuberkulide, von Th. Mayer	146
Die Übertragung der Rindertuberkulose, von O. Lassar	170
Über das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis bei Bergleuten, von Hermann Schulze	226
Tuberkulöse Ulceration des linken Handrückens, von Moberg	268
Lupus nodularis serpiginosus, von Möller	269
Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äußeren weiblichen Genitalien und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae, von Jesionek	291

	Seite
Ein Fall von Epidermitis tuberculosa und ein Fall von Lupus erythematosus, von Frede.....	292
Bemerkungen über die Ätiologie des Lupus und über Fälle, welche mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht behandelt wurden, von F. H. Jacob.....	292
Über die Behandlung der ulcerösen und vegetierenden Formen des Lupus vulgaris, von L. Pautrier.....	292
Über die Behandlung der ulcerativen und wuchernden Formen des Lupus vulgaris, von L. Pautrier.....	293
Die Finsensche Lichtbehandlung des Lupus, von Lesser.....	293
Eine neue Behandlungsweise für Lupus und bösartige Neubildungen mittels molekularer Zertrümmerung durch kontinuierliche, hochgespannte, hochfrequente Funkenströme, von H. Strebel.....	293
Tumorartige Formen der Hauttuberkulose, von Walther Pick.....	342
Über Lupus pernio, von Karl Kreibich.....	391
Untersuchungen der bei der Lichtbehandlung des Lupus vulgaris hervorgerufenen histologischen Veränderungen, von Wanscher.....	397
Über einen Fall von Tuberculosis rupialis; Rupia tuberculosa, von Bosellini..	410
Über die Tuberculosis verrucosa der Vaginalschleimhaut, von Frattali.....	412
Tuberculosis verrucosa follicularis, von Frattali.....	412
Über die tuberkulöse Natur der Ozaena, von Frattali.....	418
Lupus tumidus mit Brom behandelt, von Reiss.....	448
Ein Fall von Lupus vulgaris, behandelt mit Tuberkulin, von E. G. Little.....	451
Behandlung des Lupus vulgaris, von Malcolm Morris.....	513
Die Beziehungen der sog. Tuberkulide zu einander, von Ehrmann.....	520
Primärer Lupus der Handflächen, von La Mensa.....	534
Lupus des Kinns, von La Mensa.....	534
Der Wert der alten und neuen Methoden der Behandlung des Lupus und anderer Hautkrankheiten, von Sequeira.....	585
Multipler Lupus vulgaris im Gefolge der Masern, von H. G. Adamson.....	595
Über eigentliche Hauttuberkulose des Penis bei Urogenitaltuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über verschiedene Formen von Periurethritis, von Rudolf Bloch.....	599
Die Entstehung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der v. Behring-schen Lehre, von Cornet.....	599
Über akneartige Formen der Hauttuberkulose, von Bettmann.....	599
Demonstration eines Falles von Lupus nach Tuberkulinbehandlung, von Oskar Pielieke.....	600
Radikalbehandlung von Lupus vulgaris und Knochencaries durch Röntgenstrahlen, von Freund.....	600
Ein mit der Dermolampe behandelter und geheilter Fall von Lupus vulgaris, von Eduard Schiff.....	600
Betrachtungen über die Behandlung des Lupus; Indikationen der Lichttherapie, von Carle.....	601
Die Finsensche Phototherapie in der Behandlung des Lupus vulgaris, von Paul François.....	601
Lupus des Ellenbogens, von Th. Mayer.....	663

γ. Syphilis.

Ein Fall von syphilitischer Pseudokontraktur des Biceps, von J. L. Bunch....	34
Syphilitische Plaques auf der Kopfhaut, von Umbert.....	37
Tubes syphilitischen Ursprungs, geheilt durch langdauernde, energische Quecksilberbehandlung, von H. Oltramare.....	37
Syphilis und Scabies, von Druelle.....	38
Ulcus durum in der unteren Nasenmuschel eines siebenjährigen Knaben, von Brunon.....	39
Kontraktur des M. cubitus anterior des linken Arms im Verlauf einer sekundären Syphilis, von Ch. Audry.....	40
Drei Fälle von ungewöhnlichem Sitz eines Ulcus durum, von Marcel Sée.....	41
Syphilitischer Ausschlag, von Lesser.....	90
Syphilitischer Primäraffekt an der Nasenscheidewand und zugehörigen Drüsen, von Wechselmann.....	147
Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis, von Fr. Lesser.....	147
Über die Rhodanausscheidung im Speichel Syphilitischer, von Max Joseph....	150

	Seite
Über die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von Benjamin Tarnowsky	165. 168
Über Jodöle, von L. Lafay	166
Über hereditär-syphilitische, venöse Dystrophien der Abdominalgegend und Gummata der rechten Hüfte, von Emery, Druelle und Umbert.....	167
Über die Behandlung der Sekundärsymptome bei einer schwangeren Frau mit grauem Öl. Heilung der Erscheinungen, normale Geburt, von A. Chatin und G. Lebret.....	167
Aus der Klinik des Hospital Saint-Louis, von Gaucher.....	167
Akute diffuse Hepatitis und Icterus gravis in der Sekundärperiode der Lues, von Armand Siredey und Henri Lemaire.....	169
Herpes syphiliticus und Syphilis herpetiformis in differentialdiagnostischer Bedeutung, von H. Guilly.....	169
Le pied de Mercure, von Boissard.....	169
Die Beziehungen zwischen Syphilis und Vitiligo, von Pautrier.....	171
Über einen Fall von Erythema syphiliticum hämorrhagicum, von A. Pasini....	173
Die syphilitischen Zähne, von Calderone	174
Zur Frage der Vererbung der Syphilis, von H. Napp.....	224
Hereditär oder kongenital? Ein Beitrag zur Frage von der „Vererbung“ der Syphilis, von F. Solger.....	228
Überimpfbarkeit tertiärer Syphilis, von J. Barthélemy.....	229
Versuche über die Überimpfbarkeit tertiärer Gummen, von Paul Salmon....	229
Über Injektionen von Jodöl bei der Behandlung der Syphilis, von Barthélemy und Lévy-Bing.....	229
Ein Fall von sekundärer Syphilis, typhoidem Fieber bei Periostitis costalis, von G. Gattier.....	229
Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten, von O. Rosenthal ...	281
Hereditäre Syphilis, von Welander.....	267
Roseola annularis, von Welander.....	267
Über Hg-Paraffinembolien, von Voss	275
Über die Dauer der kontagiösen Syphilisperiode bei der Landbevölkerung Rufelands, von N. Dolgopolow.....	278
Über syphilitische Neurasthenie, von Rudnitzky.....	278
Der Einfluß der künstlichen und natürlichen Schwefelbäder auf den Stoffwechsel der Syphilitiker, von A. Hefter.....	279
Zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion, von S. Jakowlew.....	279
Syphilisinfektion bei ritueller Beschneidung, von W. Kudisch.....	279
Über syphilitische Venenentzündung im Frühstadium, von Hoffmann.....	292
Fall von juveniler Paralyse, von Skoczynski.....	292
Über die Bekämpfung der Volksyphilis in Bosnien und der Herzegowina, von L. Glück.....	294
Zur Bekämpfung der Syphilis im Bezirke Kosow, von L. Doboszynski.....	295
Über die experimentelle Syphilis, von El. Metschnikoff und Em. Roux ...	295
Demonstration von Zeichnungen und Präparaten von mit Syphilisvirus geimpften anthropomorphen Affen, von Friedenthal.....	296
Über Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen, von Oskar Lassar ...	296
Die Übertragbarkeit der Syphilis auf den Affen, von G. Duhot.....	296
Versuche der Syphilisübertragung auf junge Schweine, von Z. Sowinski.....	297
Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere, von A. Neisser und Fritz Veiel	298
Über die Vererbung der Syphilis, von E. Finger.....	298
Das Profetasche und Collesche Gesetz, von v. Düring.....	298
Probleme über die kongenitale Syphilis	299
Die Behandlung der Syphilis von Neugeborenen mit Einspritzungen löslicher Quecksilbersalze, von Schwab und Levy Bing.....	299
Die Erbsyphilitischen, von Al. Boissard	299
Chronische frühzeitige Milzvergrößerung in der hereditären Syphilis, von Duhot	299
Über den Eiweißgehalt des Blutes Syphilitischer, von Jolles und Oppenheim	300
Syphilis und Ehe, von Du Castel	300
Syphilis im Lichtenfelder Kreiskrankenhause, von Goldscheider.....	300
Über ein bisher nicht beschriebenes postsyphilitisches Merkmal, von G. Nobl... 300	300
Die Beziehung des Argyll-Robertsonschen Phänomens zur Syphilis, von J. M. Clarke	301
Initialsklerose an der Lippe, von Vellacott.....	301

	Seite
Der weitere Verlauf eines Falles von extra-genitaler Syphilis; Schanker des inneren Canthus; Keratitis interstitialis bei der Patientin und einem ihrer Kinder, von S. Snell.....	301
Bericht über einen Fall von hartem Schanker der Lippe und dessen Entstehungsmodus, von L. G. Hill.....	301
Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffektes, von Eugen Holländer.....	301
Zur Therapie des harten Schankers, von Leo Caro.....	302
Differentialdiagnose und Behandlung von weichem und hartem Schanker, von C. G. Clark.....	302
Operative Entfernung einer mit primärem Schanker behafteten Tonsille, von Wladislaw Wróblewski.....	303
Ein Fall von tertiärer Lues, von Weber.....	303
Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis, von Hermann Ruge.....	303
Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei kongenitaler Lues, von Graeffner.....	303
Ein Beitrag zur Syphilis der Trachea und der Bronchien, von Neumann.....	304
Die tertiäre Syphilis des Kehlkopfes, von Chauffard.....	304
Tertiäre Syphilis von Nase und Rachen, von W. Scott Renner.....	304
Die Erkennung und Behandlung einiger Formen von Rachensyphilis, von Lewis S. Somers.....	305
Die Okularsymptome bei Syphilis, von Wendell Reben.....	305
Ein weiterer Fall von Fieber und Schüttelfrösten mit Leberschwellung geheilt durch Quecksilber, von Lipmann.....	306
Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis, von Bayerthal.....	307
Über die Pathologie der Paralysis progressiva, von Karl Schaffer.....	307
Doppelseitige syphilitische Facialisparalyse mit doppelseitiger Taubheit, von Bényaky.....	311
Diagnose und Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, von Luthen C. Peter.....	311
Syphilis und Tabes, von W. Erb.....	312
Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von H. G. Klotz.....	342
Die Notwendigkeit der Präventivbehandlung bei der Syphilis, von Leredde.....	351
Über die pathologische Anatomie des Nabelstranges bei hereditärer Syphilis, von Jean Franceschini.....	352
Über die Ernährung der hereditär Luetischen und den Wert einer Ernährungstabelle bei denselben, von Boissard und Dévé.....	353
Über die Behandlung neugeborener Luetischer selbst ohne sichtbare syphilitische Erscheinungen, von Keim.....	353
Über die Behandlung syphilitischer Neugeborener mit unlöslichen Quecksilberinjektionen, von Barthélemy, Lévy-Bing und Schwaab.....	353
Über Fieber bei syphilitischen Neugeborenen, von A. Schwaab.....	354
Über Fieber während der Sekundärperiode erworbener Syphilis, von A. Siredey und Henry Lemaire.....	354
Über die Ausstoßung des Quecksilbers durch das Menstrualblut während der mercuriellen Behandlung, von Pierre Nikolsky.....	354
Der Nutzen des Wassers von Barèges als Adjuvans bei der Behandlung der Syphilis, von Laroche.....	355
Über luetische Magenverletzung, von Louis Jullien.....	355
Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von Benjamin Taranowsky.....	355
Experimentelle Syphilis der Cornea, von Paul Salmon.....	356
Experimentelle Syphilis der Konjunktiva, von Paul Salmon.....	356
Beitrag zum Studium der Ernährungsstörungen bei der Syphilis. Einwirkung der Quecksilberbehandlung, von Moog.....	356
Tertiäres Erythem bei einem hereditär Syphilitischen, von Emery, Druelle und Umbert.....	357
Zur Ätiologie und Pathologie der Tabes, speziell ihr Verhältnis zur Syphilis, von Fritz Lesser.....	357
Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder ein sozialer Faktor maßgebend? von O. Rosenbach.....	358
Tabes dorsalis, von Dinkler.....	358
Die histo-pathologischen Veränderungen der Lymph- und Blutgefäße bei Syphilis, von A. Ravogli.....	358

	Seite
Syphilitische Läsionen der Haut und des Knochensystems bei Neugeborenen, von W. B. Wilson.....	359
Über die Frage der sogenannten „parasymphilitischen“ Affektionen, von Simonelli.....	359
Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffektes, von v. Niessen....	359
Über die Wirkung von Paulsens Syphilisheilserum, von Appel und Paulsen..	360
Zur Bakteriologie und Serotherapie der Syphilis, von Fouquet.....	360
Zur Injektionstherapie der Syphilis, von E. Deutsch.....	360
Therapeutischer Wert des Jodipins bei der Behandlung der syphilitischen Spätformen, von Serra.....	361
Die merkurielle Behandlung der Syphilis. Ein weiterer Beitrag zum Studium der Quecksilberinjektionen, von M. L. Heidingsfeld.....	361
Hydrargyrum anilinicum, von Fedschenko.....	361
Ein Fall vonluetischer Meningo-Encephalitis mit kortikaler (Jacksons) Epilepsie und Verlust des stereognostischen Sinnes, von P. M. Sniker.....	389
Das Syphilisheilserum von Dr. Paulsen, von Ludwig Waelsch.....	390
Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, von J. Justus.....	390
Über eine Weiterimpfung von syphilitisch infizierten Schimpansen, von O. Lassar	401
Ein Fall von pustulo-papulösen Syphiliden des sogenannten varioloiden Typus, von Arthur Shillitoe.....	404
Syphilis und Krebs der Mundschleimhaut, von Ch. Audry.....	407
Ichthyosis bei zwei Söhnen eines syphilitischen Vaters, von Ch. Audry.....	407
Neuritis optica; drohende Erblindung; Heilung mittels hochdosierter Kalomel-einspritzungen, von Jullien.....	407
Endourethrale Syphilome, Syphilis ignorée, von Ferrari.....	410
Über einige experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit des syphilitischen Gummas, von Franceschini.....	412
Lues hereditaria tarda, von Borzecki.....	448
Die pathogenetische und immunisierende Wirkung der Toxine bei Syphilis, von Hallopeau.....	510
Syphilis auf Affen zu übertragen, von A. Neisser.....	511
Die Ergebnisse der bisherigen ethnographischen und anthropologischen Forschung in bezug auf das Alter und die Provenienz der Syphilis, von J. Neumann	513
Bacillus der Syphilis und deren Serumbehandlung, von Paulsen und Appel..	523
Reformen in der Quecksilberbehandlung der Syphilitiker, von Leredde.....	523
Über syphilitische Erkrankungen des Zirkulationsapparates, von von Düring, Hansemann und Renvers.....	523
Diätetik der Syphilis, von J. Müller.....	528
Eine Syphilisendemie vor zwölf Jahren und ihre heute nachweisbaren Folgen, von W. Brosius.....	537
Die toxischen und immunisierenden Stoffe der Syphilis, von H. Hallopeau....	541
Syphilis und Krebs, von J. Etsheverry.....	542
Über Immunität bei Syphilis nebst Bemerkungen über Diagnostik und Serumtherapie der Syphilis, von Franz Nagelschmidt.....	546
Die erworbene Syphilis der Kinder, von Glück.....	579
Zur Technik der intramuskulären Injektionen, von S. Grosz.....	588
Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasymphilitischen Erkrankungen, von Fritz Lesser.....	591
Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis, von Peter Misch.....	598
Ein Fall von Syphilisinfektion einer ganzen Familie durch eine Amme, von Fournier	601
Extragenitale Syphilis, von Schnabel.....	602
Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen, von G. Nobl....	602
Ein seltener syphilitischer Primäraffekt (Syphilis insontium), von Romanowski	603
Ein sowohl hinsichtlich der Ätiologie, als der Lokalisation seltener Fall von extragenitaler Syphilisinfektion, von Blanche de la Roche.....	603
Über eine Weiterimpfung vom syphilitisch infizierten Schimpansen, von O. Lassar	603
Der Erreger der Syphilis ist ein „Blutprotist“, von René Horand.....	603
Ist das Syphilisgift filtrierbar? von Klingmüller und Baermann.....	604
Die Syphilis der Europäer in den tropischen Gegenden der ostamerikanischen Küste, von Zur Verth.....	604
Syphilis unter den tropischen Indianern, von Otto Effertz-Mihuatlan.....	605
Die latente Syphilis als ätiologisches Moment für die Entstehung alltäglicher Erkrankungen; diagnostische Wichtigkeit der kubitalen Drüsenanschwellungen, von de Dominicis.....	605

	Seite
Fall von verkannter Syphilis, von Verrotti.....	606
Über die Syphilis der behaarten Kopfhaut, von E. Finger.....	606
Gleichzeitig sekundäre und tertiäre Syphiliserscheinungen, von Horand.....	607
Ein Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser Syphilis, von K. Grossz.....	607
Ein Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Aorta, von Fritz Schweitzer.....	607
Über Vererbung der Syphilis, von Neumann.....	608
Hereditäre Lues in der zweiten Generation, von C. Boeck.....	608
Hereditäre Syphilis der zweiten Generation, von V. Chirivino.....	608
Bulbär-spinale Syphilis hereditaria tarda, von Raymond.....	608
Über hereditäre Syphilis des Herzens, von Bernhard Fischer.....	609
Über Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten, von Cassel.....	609
Die Heredosyphilis des Nervensystems, von Ingerlans.....	609
Wie und wo sollen wir hereditär-syphilitische Kinder behandeln? von Edward Welder.....	610
Gehirn und Syphilis, von Josef A. Hirschl.....	610
Das Zeichen von Argyll-Robertson und die Meningitis syphilitica, von Bertolotti.....	610
Ein Fall von sekundärer Syphilis mit schwerer Augenerkrankung, von George Pernet.....	611
Tabes und Syphilis in Bosnien und der Herzegowina, von Höldmoser.....	611
Ein Fall von familiärer Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis. Tabes bei der Mutter und ihren zwei hereditär-syphilitischen Töchtern, von M. Nonne... ..	612
Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder die Anlage und ein sozialer Faktor maßgebend? von O. Rosenbach.....	612
Zur Diagnose und Therapie der Tabes, von E. Coester.....	613
Paranoische Zustände bei Syphilis, von Waelsch.....	613
Ein Fall von syphilitischen Konvulsionen, eingeleitet durch einen langen, schlaf- ähnlichen Zustand, von W. B. Bennett.....	613
Zur Klinik der Hautsyphilis, von E. Finger.....	613
Skarlatiniformes Syphilid, von Gailleton.....	614
Die Bedingungen der Entwicklung der Pigment-Syphilide (Leucoderma syphi- liticum), von George Thibiérge.....	614
Syphilitische Erscheinungen in Nase und Rachen, von Paul Turner.....	615
Über das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis, von W. Lublinski.....	615
Ein Fall von Angina und Dysphagie; Erfolg antisypilitischer Therapie, bei einem irrtümlich als Epitheliom aufgefassten Krankheitsbilde, von Frank.....	615
Über Magenstörungen bei Syphilis, von Pierre Barbier.....	616
Über den syphilitischen Ursprung der Appendicitis, von E. Gaucher.....	616
Über Lungensyphilis, von Veress.....	616
Die syphilitische Wirbelentzündung, von Froelich.....	617
Über syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule, von J. Neumann.....	617
Syphilitische Proptosis, von Jesap.....	618
Spontanes Aneurysma der Arteria plantaris dextra infolge von gummöser Arteritis, von P. Gangitano.....	618
Ein Fall von syphilitischer Kniegelenkentzündung, von J. Fels.....	618
Noch einmal die Syphilisbehandlung im Lichterfelder Kreiskrankenhause, von Goldscheider.....	619
Einiges über Behandlung der Syphilis, von Henry H. Koehler.....	619
Über Syphilisbehandlung, von Max Joseph.....	620
Die Behandlung der Syphilis, von Gailleton.....	620
Die Notwendigkeit der Präventivbehandlung der Syphilis, von M. Leredde....	620
Über die Wirkung der in der Therapie der Syphilis gebrauchten Quecksilber- salben, von Feldschenko.....	621
Quecksilber und seine hypodermatische Anwendung bei Syphilis, von Bernart..	621
Die Methode von Scarenzio bei der Behandlung der Syphilis, von Truffi.....	621
Kupfer bei Syphilis, von Priel.....	622
Syphilitische Spontanfraktur der Ulna, von Friedländer.....	664
Hereditärsyphilitische Geschwüre, von Ledermann.....	664
Syphilisimpfung an anthropoiden Affen, von Pospelow.....	782
Über syphilitische Harnröhrenstrikturen, von C. Adrian.....	785
Die Behandlung der Syphilis bei Komplikationen mit Tuberkulose, von Dubé... ..	741
Die Zwecklosigkeit der Präventivbehandlung bei der Syphilis, von Danlos.....	741

	Seite
Syphilitische Leukomelanodermie (kabyrische Lepra) und Vitiligo, von Pautrier	742
Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von Benjamin Tar- nowsky.....	743
Ein Fall von Gummata der Paramammillardrüsen, von F. Ito.....	747

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Zur Frage der Seborrhoide und der Pityriasis, von Ch. Audry.....	33
Zur Therapie der Tylosis palmaris bei Erwachsenen, von Th. Mayer.....	33
Ein Fall von Impetigo circinata, von H. G. Adamson.....	33
Über einen kleinen Ausbruch von Trichophytia cruris, von T. G. Fox.....	34
Die Beziehungen der Dermatitis repens zur Myiasis, von L. P. Hamburger...	35
Luxation des linken Kniees im Verlaufe einer arthropathischen Psoriasis, von Ch. Audry und Ancian.....	39
Folliculitis decalvans oder Folliculitis crustosa, von Wechselmann.....	91
Erythema perstans, von Saalfeld.....	147
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Saalfeld.....	147
Bemerkungen zur neueren Literatur über Epidermolysis bullosa hereditaria, von H. Köbner.....	152
Über plötzliche Todesfälle, welche manchmal auf die sehr schnelle Heilung des Ekzems bei Kindern folgen, von L. Butte.....	163
Über eine durch Streptokokken verursachte chronische, in ihrem Aussehen dem Pemphigus analoge Dermatoese, von Krystalowicz.....	170
Über rudimentäre Psoriasis, von Benassi.....	173
Dermatitis herpetiformis, von Stelwagon.....	178
Ein Fall von rückfälliger häutiger Mundschleimhautentzündung mit Erythema exsudativum multiforme Hebra, von Blair.....	178
Beitrag zur Acanthosis nigricans, von Carl Grouven und Bernhard.....	223
Über Gelenkerkrankungen bei Psoriasis, von Jacob Menzen.....	223
Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus, von J. Fabry.....	221
Lichen corné hypertrophique, von Möller.....	269
Pemphigus foliaceus, von Möller.....	269
Warzen an der Lippenschleimhaut, von Andersson.....	269
Impetigo circinata, von Möller.....	271
Ausschlag an den Handrücken, von Moberg.....	272
Akuter infektiöser Pemphigus bei einem Metzger, von John T. Bowen.....	341
Dermatitis exfoliativa neonatorum oder Ritters Krankheit, von A. J. Patek....	341
Die Behandlung der akuten Dermatitis, von George G. Melvin.....	343
Die Therapie der Schuppenflechte, von Alexander Memelsdorf.....	343
Craw-Craw, von Barot.....	362
Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr und Blasenseuche der Milchtiere, von O. Wyss.....	362
Bakterienbefunde bei der Euterentzündung der Kuh und der Ziege, von Paul Steiger.....	362
Der Aspergillus des Tokelau, von C. Wehmer.....	363
Über eine Epidemie von Herpes tonsurans, von G. Bundt.....	364
Ein Beitrag zum epidemischen Auftreten von Herpes tonsurans, von Räuber ..	364
Die Staphylokokken des chronischen Ekzems, von Fritz Veiel.....	365
Verhütung der Weiterverbreitung des Ringworms, von F. H. BEADLES.....	365
Ein Fall von Seborrhoea nigricans (schwarze Gesichtsmaske), von A. van Har- lingen.....	365
Ein plötzlicher Todesfall nach Abheilung von Ekzem, von Heubner.....	366
Pityriasis rosea. Ein erythematöser Ausschlag inneren Ursprungs, von Ludwig Weiss.....	366
Über die Pityriasis rosea Gibert, von A. Lanz.....	366
Behandlung der Psoriasis.....	367
Über äußerliche Behandlung der Psoriasis, von K. Herzheimer.....	367
Bemerkungen zu K. Herzheimers Arbeit über die äußerliche Behandlung der Psoriasis, von Arnold Sack.....	367
Zur Lehre vom Pemphigus acutus (febris bullosa), von Rachmaninow.....	368
Zur Pemphigusfrage, von S. Prissmann.....	368

	Seite
Ein Fall von Onychomykosis trichophytina, von Neuberger	400
Die Beziehung der Seborrhoe zu verschiedenen schuppigen Dermatosen, von H. G. Brooke	401
Ein eigentümlicher ekzematoider Ausschlag der Lippengegend, von H. W. Stel- wagon	405
Ein zweiter Fall von Dermatitis repens (Lee), Larva migrans (Crocker), Hypo- nomoderma (Kaposi), Derma-Myiasis linearis migrans oestrosa (Kumberg), von H. W. Stelwagon	405
Über die Gründe, die Dermatitis oocidioides als selbständige Krankheit anzusehen, von D. W. Montgomery und Howard Morrow	406
Hyperkeratosis circumpilaris (Kératose pileaire engageante), von Ch. Audry.....	407
Die Streptokokkeninvasion bei Pemphigus, von Campana	413
Anstaltschronik aus der Sektion für ansteckende exanthematöse Affektionen, von Campana	413
Die Leukoplakia lingualis, von Gaucher	419
Leukoplakie und Krebs, von J. Darier.....	419
Leukoplakie und Krebs, von Gaucher.....	419
Die Scabies bei den Kindern, von Méry	419
Die Milbengänge und der Acarus scabiei, von G. S.	420
Die Intertrigo.....	420
Erythema scarlatiniforme, von J. Hamilton.....	420
Atypischer Fall von Psoriasis vulgaris diffusa, durch Kakodylinjektionen geheilt, von Klinger.....	420
Psoriasis und beginnende desquamative Dermatitis; Prurigo und pruriginöse Dermatosen nach modernen Begriffen, von R. Campana	420
Über den Einfluss von Hautreizen (besonders traumatischer) auf die Bildung von Psoriasis-effloreszenzen, von Verrotti.....	420
Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den Ekzemtod, von E. Feer	420
Die Leukoplakia oris, von Viau.....	421
Über Acne vulgaris, von Max Joseph	421
Hyperkeratosis palmae manus et plantae pedis congenita, von Reiss	448
Favus auf der Streckseite des rechten Vorderarms, von Reiss	448
Erythema exsudativum multiforme, von Reiss.....	448
Ichthyosis serpentina universalis, von Reiss	448
Ein Fall von Dariescher Krankheit, von Ormerod und MacLeod	450
Mammuthhaut, von von Petersen.....	520
Porokeratosis Mibelli, von Heidingsfeld	526
Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin, von W. Harttung und Arthur Alexander.....	538
Fall von Leukokeratosis buccalis, von Freeman.....	584
Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, von Freeman	585
Zur Histologie der Scabies, von Richard Volk	588
Pemphigus vulgaris, von H. Isaac.....	663
Keratosis follicularis rubra, von Buschke.....	664
Erythema exsudativum multiforme et Atrophia cutis idiopathica manum, von Jordan.....	664
Die Ätiologie und das Wesen der toxischen Erythème, von J. F. Schamberg ..	669
Pinta Paño Blanco, von B. G. Woolley.....	670
Ein neuer Fall von Scabies norvegica crustosa, von Thomas de Amicis	676
Kopfhaut und Lidrand, von Walter Albrand	676
Zur Frage der Seborrhoeide, von R. Sabouraud.....	677
Die Behandlung des Ekzems mit den neueren und neuesten Mitteln, unter anderem auch am eigenen Körper untersucht, von Ludwig Mayer.....	677
Über einen Fall von Ekzema reflexum s. neuroticum in Kombination mit Urti- caria, von L. Einis.....	677
Über Ekzema unguium localisatum, von F. Poor	677
Zur Ekzembehandlung mit dem neuen, farblosen Teer „Anthrasol“, von Sklarek ..	678
Zur Ätiologie und Therapie, speziell Balneotherapie der Psoriasis vulgaris, von H. Köbner.....	678
Zur Behandlung der Psoriasis durch den praktischen Arzt, von Dreuw.....	678
Über das Trichophytin, von Truffi	679
Die Behandlung der Psoriasis mit Atoxyl, von J. Gutzmann.....	679

	Seite
Akne keratosa, von William S. Gottheil	679
Keratosis palmaris artificialis, von R. Matsenauer und A. Brandweiner....	680
Gewerbedermatose bei Glasmachern, von Emil Stein	680
Über die Behandlung des Pemphigus neonatorum, von L. Ballin	681
Ein Fall von tödlichem Pemphigus neonatorum (Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter) mit Infektion der Mutter, von M. Osztermeyer.....	681
Dermatitis universalis, von Küsel.....	731
Die Massage bei Akne faciei, von Pospelow.....	741
Zwei Fälle von Keratosis follicularis mit Schuppenbildung, von T. Yoshitomi und S. Yesoye.....	747

b) Cutis.

Ein Fall von bullösem Lichen planus („Lichen planus pemphigoides“), von M. F. Engman.....	34
Ein Fall von Papilloma der Fußsohle, von T. D. Berry	35
Weitere Untersuchungen über den Stoffwechsel beim Lichen planus und über die Wirkungsweise des Arsens, von Fr. Radaeli	37
Mal perforans im Munde einer tabetischen Frau, von Rodier und Capdepon	37
Mykosis fungoides, von Saalfeld.....	147
Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie der Folliculitis, von Arthur Alexander	149
Beiträge zur Behandlung des Ulcus molle, von Walter Schneider	153
Rasch zum Ziele führende Behandlung des vereiternden Bubo mit Inzision, Ausdrücken und sofortiger Naht, von Legrain	162
Lichen simplex und Lichenifikation, von Leredde.....	170
Bouba des Kehlkopfes und der Trachea, von Breda.....	171
Über das nicht infektiöse Ulcus des Kopfes, von F. Diana	174
Infiltrate der Haut, von Möller	268
Mykosis fungoides, von Sederholm.....	269
Über einen Fall von Erythema nodosum mit ungewöhnlichem Verlauf und atypischer Lokalisation, von L. Einis.....	277
Ein Fall von Onchyomykosis blastomycetica, von Emma Dübendorfer	396
Ein Fall von „Granulosis rubra nasi“ (Jadassohn), von H. Macleod	311
Über einen Fall von diffuser Lichenifikation der Gesichtshaut, von Pautrier... ..	352
Zur Frage der Blastomykose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi), von Alfred Brandweiner	392
Über die Ätiologie der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen und Bubonuli, von Egon Tomaszewski.....	394
Pemphigus vegetans, von Duckworth.....	402
Ein Fall von Mykosis fungoides, von D. M. Greig.....	402
Eosinophilie des Blutes und der Haut bei der Dermatitis von Duhring und beim Pemphigus vulgaris, von Verrotti.....	412
Über Aktinomykose, von H. Neukirch.....	421
Ein Fall von Mykosis fungoides, von J. Reid	421
Mykosis fungoides, von John C. Hancock	422
Einige bakteriologische Untersuchungen beim Erysipel, von Paul Krause.....	422
Erysipelas contra Nephritis, von Nyrop.....	423
Das Gesichtserysipel, von Albert Robin	423
Zur Ätiologie der Gasphlegmone, von Ludwig Kamen	423
Über die gasbildende Gangrän, von Jacobelli.....	424
Milzbrandkarbunkel der Rachenschleimhaut, von E. R. Jahn.....	424
Behandlung der Pustula maligna, von Serbanescu.....	425
Über Lichen ruber pemphigoides, von Finger.....	425
Der Lichen planus und dessen Behandlung, von Trémolières.....	425
Das Rhinophym, von P. G. Unna.....	425
Staphylokokkeninfektion der Haut bei Typhuskranken, von David L. Edsall..	426
Über die sogenannte menschliche Botryomykose, von J. Frédéric	426
Xeroform bei Ulcus molle, von A. W. Blanche de la Roche	426
Beobachtungen über klimatische Bubonen, von zur Verth.....	427
Über Angina und Stomatitis ulcerosa, von Többen.....	427
Framboesia oder Buba, von Baldomero Sommer	520
Blastomykosen der Haut, von Oppenheim	525
Über einen Fall von „Elephantiasis nostras vulgaris“, von G. Sorrentino.....	532

	Seite
Die pathologische Anatomie des indischen Madurafusses (<i>Mycetoma pedis</i>), von M. Oppenheim.....	532
Die venerischen und tuberkulösen Bubonen und ihre Behandlung, von Batut..	542
Der innerliche Gebrauch des Ichthyols in drei Fällen von Mykosis fungoides, von Menahem Hodara	543
Fall von Pemphigus vegetans, von Pernet.....	585
Das „Erysipeloid“, von Gilchrist.....	586
Dermatitis framboesiformis, von Franz Samberger.....	586
Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi Jadassohn, von Ed. Bäumer	592
Lichen planus, von Th. Mayer.....	663
Heilung der Noma durch rotes Licht, von Motschan.....	688
Lichen planus in der Zone des 4. und 9. Cervikalsegments rechts, von Pinkus.	663
Annulärer, zentral mit Atrophie und Pigmentierung abheilender Lichen planus, von Friedländer.....	664
Halbseitiger Lichen ruber planus, von Friedländer.....	664
Über das Rhinophym, von G. W. Wende und Ch. A. Bentz.....	668
Folliculis und Erythema induratum Bazin, von Arthur Alexander	681
Pyämische Dermatitiden, von Lebet.....	682
Über Hautdiphtherie im Kindesalter, von Emerich Adler.....	682
Weiterer Beitrag zur Ätiologie der Noma, von Longo	683
Noma und seltene Lokalisation des Typhusbacillus, von H. Ravenna.....	683
Zur Behandlung des Erysipels, von Bragagnolo.....	683
Buba, Pian, Framboesia, von Baldomero Sommer.....	684
Erster Fall von Madurafuss oder Mycetoma in der argentinischen Republik, von Sommer und Greco.....	684
Über den Bacillus des weichen Schankers und sein Toxin, von Zdzislaw Sowioski.....	684
Die Behandlung von venerischen Geschwüren, von Wood Rupples.....	685
Die Behandlung der Ohrfurunkulose, von R. Haug.....	685
Die Bakteriologie des klimatischen Bubo, von Cantlie und Hewlett.....	685
Mykosis fungoides, von Krasnoglasow.....	731
Über das Ulcus molle, von F. Hammer.....	736
Die unblutige Behandlung der Furunkel, von Sembritzki	748
Beiträge zur Klinik und Bakteriologie der Angina ulcerosa-membranacea (meist Vincentsche oder Plautsche Angina genannt), von Albert Uffenheimer ..	748
Lichen und seine Behandlung, von Alfred Eddowes.....	749
Das Rhinophyma und seine Behandlung, von S. L. Bogrow.....	749

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Zur Diagnose des Epithelioma der behaarten Haut, von Ch. Audry.....	40
Ein Epitheliom auf einem Syphilom der Mundschleimhaut, von Ch. Audry	40
Carcinom der Wange auf Lupus, von Wechselmann	147
Zur Frage des Impfcarcinoms, von Walther Petersen.....	225
Über ein frühzeitig exstirpiertes Carcinom der Bauchhaut, von Josef Schütz .	226
Hautcarcinom, von Möller	268
Epithelioma nasi, von Moberg.....	268
Pagets Krankheit, von Sederholm	273
Über Pagets Disease, von A. Jungmann und J. Pollitzer	274
Das Carcinom der Knäueldrüsen, von Lusena.....	427
Die Behandlung des Carcinoms der Haut mit Röntgenstrahlen, von Leredde ..	428
Die Behandlung des Carcinoms mit Radiumbromid, von H. G. Plimmer.....	428
Ein Fall von Carcinom, das wahrscheinlich von einem nichtdeszentierten Hoden ausging, von W. S. Darby.....	428
Ein Fall von Ulcus rodens durch X-Strahlen behandelt, von Hugh Fraser	428
Ein Fall von Ulcus rodens behandelt mit Radium, von G. Sichel.....	429
Bericht über zwei mit Radium behandelte Fälle von Ulcus rodens, von A. S. Green	429
Die Radiotherapie bei den Hautepitheliomen, von Leredde	454
Die Behandlung des Hautcarcinoms mit X-Strahlen, von Leredde.....	454
Über parasitäre Carcinombefunde, von Unna.....	525

	Seite
Die Behandlung der Epitheliome.....	526
Sarcoma cutis multiplex melanosum, von Fokin.....	665
Zur Anatomie des Hautepithelioms, von K. Kreibich.....	667
Xeroderma pigmentosum, von Metscherski.....	732
Der Hautkrebs mit Röntgenstrahlen behandelt, von Leredde.....	740
Über infektiöse Epithelerkrankungen und ihre Beziehungen zu den Epitheliomen, von von Wasielewski.....	750
Über die Einwirkung von Radiumstrahlen auf das Carcinom der Mäuse, von H. Apolant.....	750
Zwei Fälle von „Korsettenkrebs“ nebst Bemerkungen über die Entstehung und Weiterverbreitung des Carcinoms, von R. C. Lucas.....	751
Ein Fall von Darrierscher Krankheit, von David Lieberthal.....	751
Multiple Sarkome des subcutanen Gewebes, ohne eine evidente vorhergehende primäre Geschwulst, von T. Turner Thomas.....	751
Über Ulcus rodens, von P. Grawitz.....	752
Ulcus rodens behandelt mit Radium, von Hammond.....	752
Ulcus rodens behandelt mit Röntgenstrahlen, von St. Taylor.....	752
b) Benigne.	
Adenoma sebaceum des Gesichts, von Pinkus.....	147
Fibromata mollusca, von Pinkus.....	147
Ein Fall von „Adenoma folliculare cutis papilliferum“, von Karl Kreibich...	149
Mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Cancroid und eine Schutzhülle gegen Röntgenstrahlen, von Levy-Dorn.....	184
Ein Fall von multiplen Dermatomyomen, von Brölemann.....	20
Adenoma sebaceum, von Möller.....	71
Disseminierte Xanthome, von Afzelius.....	23
Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum, von A. Buschke.....	25
Zur Frage der sog. gutartigen Sarcoidea, Neubildungen der Haut (Boeck), von P. Pawlow.....	28
Zur Behandlung multipler Warzen mit innerlichen Gaben von Magnesiumsalzen, von Arthur Hall.....	40
Ein weiterer Bericht über einen Fall von multiplen Hautmyomen, von W. A. Hardaway.....	40
Heilung eines Epithelioma vegetans des Gesichts durch Radiotherapie, von A. Béclère.....	407
Über traumatische Epithelcysten (Epidermoide), von Max M. Klar.....	425
Papilläre Cyste einer Schweißdrüse der Achselhöhle, von H. B. Robinson....	429
Traumatisches Aneurysma auf der Stirn, von R. Parker.....	430
Keloidbildung im Anschluß an die Vaccination, von Robert Rentoul.....	430
Ein Fall von Neurofibromatose, von Spitzmüller.....	430
Beitrag zum Studium des Molluscum contagiosum. Epithelioma molluscum (Virchow). Epithelioma contagiosum (Bollinger-Neisser), von Marullo.....	430
Über einen neuen Befund bei Molluscum contagiosum, von H. Herzog.....	431
Über einen Fall elephantiasischer Verdickung des Unterschenkels mit diffuser Knoten- und Warzenbildung, von Alexander Hagentorn.....	431
Ein Fall von ausgedehntem Naevus pilosus verrucosus bei einem 2 ¹ / ₂ -jährigen Mädchen, von Aronheim.....	432
Ein Fall von linienförmig angeordneten Warzen, von La Mensa.....	534
Fall von Aknekeloid, von Heath.....	584
Das benigne Cystepithelioma, von Hartzell.....	585
Über senile (und präsenile) rein hyperplastische Talgdrüsentumoren, speziell des Gesichts, von B. Hirschfeld.....	587
Über die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi, von Felix Pinkus.....	592
Benignes Cystepithelioma und seine Verwandtschaft zu dem sogen. Syringocystad- enoma, Syringocystoma und Haemangio-Endothelioma, von M. B. Hartzell.	594
Xanthoma multiplex, von H. H. Whitehouse.....	669
Multiple Steatocysten der Talgdrüsen, von Bosellini.....	746
Syringocystadenom und maligne Syphilis, von Weber.....	732
Ein falches oder Narbenkeloid, von A. Ravogli.....	752
Neurofibrom und Elephantiasis, von J. Déry.....	754
Über pathologischen Gigantismus, von K. Hudovering und U. Pétyz.....	754

c) Pigmentanomalien.

	Seite
Über einen Fall von sogenanntem Bronzediabetes, von Hauck.....	457
Angeborener Mangel der Pigmentation bei Negerinnen, von Morrison	458
Urticaria pigmentosa bei einem drei Monate alten Säugling, von Julius Heller	458
Ein Fall von einseitiger Lentigo, von John Irvine McKelway.....	458
Über die Addisonische Krankheit in Schweden, von E. O. Hultgen.....	458
Striae patellares nach Typhus, von G. Fischer.....	458
Morbus Addisoni, von Metscherski	665
Addisonische Krankheit mit und ohne Tuberkulose der Nebennieren, von Charles F. Withington	755
Über die Addisonische Krankheit in Schweden, von E. O. Hultgren.....	755
Mitteilung über einen Fall von Addisonischer Krankheit, mit Nebennierenextrakt und salzsaurem Adrenalin behandelt, von Douglas Symmers	756

Regressive Ernährungsstörungen.

Mehrere Fälle von Hautatrophie, von Arthur Alexander.....	31
Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes, von Julius Heller	31
Zwei Fälle von Addisonischer Krankheit, von Gillot.....	88
Lupus erythematosus im Anschluss an einen bullösen Ausschlag, von Ch. Audry	40
Multiple neurotische Hautgangrän, von Ledermann.....	91
Lupus erythematosus und Akne + Rosacea, von Ledermann	91
Lupus erythematosus, von Th. Mayer.....	147
Über Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen, von Bettmann.	151
Über zwei Fälle von periodisch wiederkehrendem Haarausfall, von Leo Caro..	153
Über Leukoplasia linguae, von Gaucher	175
Ein Fall von Alopecia areata bei einem Vitiliginösen. Einiges zur Peladefrage, von Ludwig Falk	228
Ulceration am linken Bein, von Antoni.....	267
Hautgangrän, von Afzelius.....	267
Dermatitis chronica atrophicans, von Möller	269
Hautatrophie, von Sederholm	271
Lupus erythematosus, von Sederholm	272
Ein Fall von Lupus erythematosus mit Erythema induratum, von R. Polland.	276
Die Behandlung der Alopecia areata, von Gilman Lusk.....	343
Sklerodermie en bandes, von Reiss	448
Die Radiotherapie der Alopecie, von R. Sabouraud	454
Hautteleangiectasien und ihre Ätiologie. Vergleichung mit der Ätiologie der Hämorrhoiden und varikösen Venen, von F. Parkes Weber.....	459
Alopecia areata nach Trauma, von Sprecher	459
Nosocomialgangrän, von S. Róna	531
Über Lichen atrophicus und andere makulöse Atrophien der Haut, von Wechsel- mann	535
Über eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten, von A. Buschke	587
Die Ursache der Alopecia praematura, von F. B. Solger	592
Phlebitis der linken Vena cephalica, von Wechselmann	663
Fälle von Sklerodermie, Erythromelie, Lupus, Pemphigus, von Lesser	732
Pathogenese der Alopecia areata, von Leredde	741
Über die Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen, von Bettmann	741
Über Striae cutis distensae, von Heinrich Köbner.....	756
Die Behandlung von langdauerndem Ulcus cruris, von H. W. A. Cowan	757
Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Rud. Oehler..	757
Haarausfall, von R. A. McDonnell.....	757
Pathogenese der Alopecia areata, von Theodor Mayer.....	759
Behandlung und Heilung der Alopecia areata durch direkte Bestrahlung mit kalttem Eisenlicht, von Kromayer	759
Beitrag zum Studium der Sklerodermie, von Ed. Payot	759

Mißbildungen.

Naevi syringoadenomatosi, von M. Wolters.....	227
Naevus systematisatus, von Batut.....	350

	Seite
Untersuchungen über weiche Naevi, von G. Migliorini.....	388
Hypertrichosis und Galvanodepilation, von F. S. Galiani	461
Über einige Entwicklungsanomalien der Barthaare, von V. Chirivino.....	530
Fall von angeborenen Hautwülsten, von La Mensa.....	534
Spina bifida occulta und Hypertrichosis sacralis, von Moritz Schein.....	535
Untersuchungen über die weichen Nävi und die pigmentierten Geschwülste, von G. Migliorini.....	746

Idioneurosen.

Pruritus ani, von James P. Tuttle	176
Über Jucken: 1. als Begleiterscheinung und Krankheitsursache; 2. dessen Therapie, von Edw. Bennet Bronson	459
Die Behandlung des Pruritus ani, von M. Morris.....	585
Über Prurigo, von Azuma	746
Ein Fall von Algolagnie (Schmerzgeilheit) im Kindesalter, von W. Hammer...	736
Pruritus ani, von A. B. Cooke	759

Sekretionsanomalien.

Die Bakteriologie der Chromidrosis, von Trommsdorff.....	760
--	-----

Saprophyten und Fremdkörper.

Myiasis cutanea tropica beim Menschen, von J. Lee Adams	460
Bemerkungen über die Ixodidae, von L. G. Neumann.....	460
Über einen Fall von Cysticercus cellulosae der Zunge, von L. de Gaetano....	460
Einige klinische Erscheinungen in Verbindung mit dem Guinea-Wurm, von D. C. Kemp.....	460
Ist „Craw-Craw“ bei uns eingeschleppt? von J. Dencer Whittles	461

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Penis, Urethra, Blase.

	Seite
Zwei Fälle von Harnröhrenverengerung, von Malengraux.....	41
Ein Wasserdilatator zur Behandlung der Harnröhren- und anderer Verengerungen, von Bakabinek.....	41
Die interne Behandlung der Blasenkrankheiten, von Louis Stern.....	41
Über epidurale Injektionen bei Erkrankungen der Harnblase, von Josef Peindls- berger	41
Die Behandlung der Hämorrhoidenblasenentzündung, von Arsène Mesnard...	42
Bericht über einen anscheinend durch Auftreibung der Blase bedingten Fall von Coma, von R. Main	42
Die Tumoren der Blase, von Guyon	42
Blasenpapillom mit Injektionen von Höllensteinlösungen, von Herring.....	42
Zehn Fälle von endovesikaler Trennung der Urinflüssigkeit beim Manne mit nach- folgender Operation, von Cathelin	43
Intravesikale Trennung des von jedem einzelnen Ureter ausfließenden Urins als diagnostisches Hilfsmittel bei chirurgischen Nierenleiden, von R. A. Bicker- steth.....	43
Die therapeutischen Wirkungen der Distension der Blase	43
Die Punktion der Blase.....	44
Intraperitoneale Zerreißung der Blase bei einem fünfjährigen Mädchen; Durch- trennung des rechten Schambeins an der Epiphysenlinie; Laparatomie, Blasen- naht, Genesung, von H. B. Robinson.....	44
Über Urethrotomia interna, von J. Preindlsberger	44
Die Bakteriologie der Cystitis, von R. C. Longfellow.....	44
Die vesikalen Infektionen und der Bacillus pyocyaneus, von Barth und Michaux	44

	Seite
Hartnäckige Cystitiden, von Imbert und Pasteau	45
Cystitis im Kindesalter, von Louis Frank	45
Behandlung der tuberkulösen Cystitiden, von E. Desnos	45
Behandlung der tuberkulösen Cystitis mit Gomenol und Anästhesin, von Duhot	46
Über nichtblennorrhöische Urethritis, von Ludwig Waelsch	151
Endourethrale Photographie, von Kollmann	153
Über eingesackte Harnsteine, von Englisch	159
Zur Bakteriologie der Balanitis vulgaris, von Vincent	158
Die hartnäckige chronische Cystitis, von Edgar Garceau	159
Über die intraperitonealen Rupturen der Blase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens, von C. Dambrin und E. Papin	161. 162
Ein seltener Fall von Blasen-Prostatastein, von F. Cathelin und M. Villaret	161
Ein neues Aëro-Urethroskop, von Wasserthal	162
Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Menschen, von B. Asakura	181
Ein Fall von Entwicklungsanomalie des Penis, von T. Okamura	181
Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Glanspenis, von Carl Grouven	222
Über chronische Cystitiden, von B. Motz und F. Montfort	279
Die Behandlung weiter Urethralstrikturen mit Kollmanns Intraurethrotom, von Mundorff	346
Zur Anwendung der spinalen Anästhesierung bei der chirurgischen Behandlung von Urogenitalaffektionen, von Martin Krotoschiner	346
Verhütung und Behandlung des post-operativen Blasenkatarrhs, von Jakob Block	346
Über die intraperitonealen Rupturen der Harnblase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens, von C. Dambrin und E. Papin	347
Modifizierte Sectio alta, bei welcher die Ureterenmündungen in der eröffneten Blase leicht sichtbar gemacht werden können, von Rochet und Ruotte	348
Die Histopathologie der Balanitis erosiva, von Dalous und Constantin	406
Schwarze Färbung des Penis nach Antipyrin, von Malherbe	408
Die Phosphatsteine der Blase (klinische und therapeutische Studie). Bemerkens- werte vorbeugende Wirksamkeit des Urotropins, von F. P. Guiard	408
Modifizierter hydraulischer Dilatator, der das Eindringen trockener Hitze und Kälte in die Urethra ermöglicht, von Pierre Bakaleinik	409
Untersuchungen über die Muskeln des Perineum und des Diaphragma pelvis, über die Cowperschen Drüsen und über die Entwicklung dieser Organe, von Albert Hogge	409
Der Dauerkatheter als Hilfsmittel bei ambulanter Behandlung einzelner Blasen- krankheiten, von Feleki	449
Ein Lufturethroskop, von Wasserthal	449
Ein Fall von Stricture urethrae infolge kongenitaler Phimose, von Ortmann	450
Hypertrichosis und Galvanodepilation, von F. S. Galiani	461
Ein kurzer Bericht über die vierjährige Tätigkeit an der zweiten chirurgischen Abteilung des Mount Sinai-Hospitals, von Howard Lilienthal	461
Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeits- verbrechen, von Arnemann	462
Die Behandlung der Tuberkulose des Harntractus, von H. Fenwick	462
Über den Gebrauch des Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harn- wege, von M. Fischer	463
Die Wirkungen der Caspar-Heinrich-Quelle zu Driburg bei Krankheiten der Harn- organe, von L. Lünemann	463
Neuer Aëro-Urethroskop, von Wasserthal	463
Über den Gebrauch des Oxygens zur Ausweitung der Blase bei der Cystoskopie, von A. G. Faulds	463
Die Balanitis, von Leredde	464
Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung, von Orłipski	464
Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Phimose, von Stenczel	464
Die Penis-Skrotumfisteln der Urethra, von Guyon	464
Bakteriologische Bemerkungen über einen Fall von periurethralem Abscess, von N. Giannettasio	464
Zur Komplikation der Urethritis, von Jahn	465
Prognose und Behandlung der Harnröhrenstriktur, von Edward L. Keyes	465
Traumatische Harnröhrenstriktur, von Jovin Abell	465

	Seite
Neue kombinierte Methode zur Behandlung von Verengerungen und chronischen Entzündungen der Harnröhre, von Paul Philippe	466
Technik und Indikationen der zirkulären Elektrololyse bei Harnröhrenverengerungen, von H. Minet und J. Averseng	466
Urethrotomie mit Hilfe kombinierter Anwendung einer vorderen und einer hinteren Leitsonde, letztere eingeführt auf dem Wege prävesikaler Punktur mit einer besonders gekrümmten Troicarkanüle, von G. W. Penn	466
Verengerungen der Harnröhre des Weibes, von H. L. E. Johnson	467
Ein Os penis im Röntgenbilde, von Brohl	467
Penissuspensorium, von Bernstein	467
Das Trigonum vesicae; dessen Anatomie und Physiologie, von Byron Robinson	467
Die Behandlung der Inkontinenz bei Kindern, von Genouville und Compain	468
Die Behandlung der Urininkontinenz der Kinder mittels Faradisation des Sphincter urethrae, von G. B.	468
Epidurale Injektionen bei Incontinentia urinae, von Cathelin	468
Die Wichtigkeit der ätiologischen Faktoren bei der Behandlung der Cystitis, von William O. Lower	468
Über hartnäckige Blasenkatarrhe (Cystites rebelles), von Georg Berg	468
Untersuchung über den Wert des Helmitols bei Cystitis, von G. Kelemen	469
Demonstration eines palpablen Blasendivertikels, von Oskar Pielicke	469
Über perineale Litholapaxie, von A. Hooton	470
Partielle Blasenresektion wegen Tumors, von Arcoleo	470
Betrachtungen über die Tuberkulose der Harnblase, von Alex. B. Johnson ..	470
Die Frühdiagnose der Blasen tuberkulose, von Guyon	470
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Silberpräparate auf die Harnröhre des Kaninchens, von H. Lohnstein	539
Ein perineales Harnröhrendivertikel, von Lessing	540
Therapie hartnäckiger Harnröhrenstrikturen mit der elektrolytischen Nadel, von Selhorst	582
Die Behandlung der Blasensteine beim Manne, von Jean Petit	673
Beitrag zur Kenntnis der Cystadenome des Harnapparates, von B. Motz und A. Cariani	673
Über die Kapazität der Harnröhre, von Biberstein	733
Die Hypospadie der weiblichen Harnröhre, von Viktor Blum	734
Über Enuresis nocturna, von K. Ries	735
Der gegenwärtige Standpunkt der Therapie der Blasen tuberkulose, von Wos- sidlo	737
Beschreibung eines Blasenschnitt-Dilatationspekulums, von Barthélemy Guisy ..	738
Sectio alta wegen Blasensteins, von Delefosse	740
Aseptisches Katheterisieren der Harnwege, von M. Krotoszyner	760
Pseudohermaphroditismus, von Pfister	761
Fünf geheilte Fälle von Nieren- und Blasen tuberkulose, von G. Kapsammer ..	761
Über die Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat, von E. Knecht ..	761
Über eine seltene Form der Epispadie, der Eichelepispadie und ihre Entstehung von M. Katzenstein	762
Zur Operation der Hypospadie, von F. König	762
Über eine neue Methode der Behandlung der chronischen Urethritis, von H. Lohnstein	763
Steinbildungen in der Harnröhre des Mannes als Ursache eines Verschlusses der Harnröhre, von Raymond F. Metcalfe	763
Über einen Harnröhrenstein von seltener Größe und die Ursache der Zusammen- setzung solcher „nur aus Phosphaten“, von Guttman	763
Über Suprarenin bei Kolikuluskaustik, von Dreuw	764
Ein Spülkatheter für die Blase nach Dommer, von F. Dommer	764
Drei Fälle von Blasenkatarrh im Kindesalter, von Otto Meyer	764
Die Behandlung der Enuresis bei Mädchen, von Lucius Stolper	764
Enuresis der Kinder, von J. G. Rey	765

b) Hoden und Samenbläschen.

Notiz über die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiacum, von Ph. Ferd. Becker	46
Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von Coitus interruptus, von Ernst Kerner	46

Über eine therapeutische Wirkung des Yohimbin „Biedel“ bei nervöser Impotentia virilis, von Ernst Hellmer.....	46
Hodenveränderungen bei Tieren nach Röntgenbestrahlungen, von Frieben.....	47
Die chirurgische Behandlung des nicht herabgestiegenen Hodens, von Arthur Dean Bevan.....	47
Drei Fälle von Orchitis nach Influenza, von E. Romme.....	47
Eine modifizierte Methode der Kastration, von W. Thorburn.....	48
Die Varicocele und ihre moderne chirurgische Behandlung, von Viridia.....	48
Hydrocele funiculi bilocularis extra- et intraabdominalis, von Carl Wettergren	48
Heilung der einfachen Hydrocele durch die Methode der Umstülpung der Tunica vaginalis, von Duhot.....	48
Vereinigung der Enden eines durchschnittenen Vas deferens, von J. L. Thomas	48
Über die Durchgängigkeit des nach Sektion oder Resektion genähten Vas deferens, von Vulliet.....	48
Ein Fall von Torsion des Samenstranges, von G. Turner.....	49
Die Suggestivbehandlung bei perverser Sexualempfindung, von Goodell.....	177
Über Priapismus, von J. von Broich.....	220
Die Behandlung der geschlechtlichen Nervenschwäche, von J. E. Morrow.....	346
Die Behandlung der Nebenhodenentzündung, von Granville MacGowan.....	347
Über einige Fälle von Spermacysten des Nebenhodens (intravaginale Spermacysten), von L. Pinatelle und E. Duroux.....	409
Vorübergehende Lageveränderung des Hodens, von Wanser.....	471
Ein Fall von nicht herabgestiegenem Hoden, von Frank Eugene Pilcher... ..	471
Zur Behandlung der Impotentia virilis mit Yohimbin auf Grund eigener Beobachtungen und Erfahrungen, von L. Jakobsohn.....	471
Orchitis fibrosa, von Fritz Lesser.....	471
Einige Betrachtungen zur Behandlung der Hodentuberkulose, von Joseph A. Blake.....	472
Die Behandlung der Hodentuberkulose, von Joseph B. Bissell.....	472
Klinische Studie über die bösartige Entartung des Hodens, von Cavazzani... ..	472
Über Impotenz, von M. Gordon.....	666
Spontane Torsion des Samenstranges, interstitielle Tuberkulose des Nebenhodens, Tuberkulose des Präputiums: histologische Studie, von E. Dalous und E. Constantin.....	672
Ruptur einer Varicocele mit Hydro-Haematocoele, von Maurice Patel.....	739
Ein Fall von häufig sich wiederholender Torsion des Samenstranges, von J. Vanverts.....	739
Die Fruchtbarkeit der Frau in 63 Ländern, von Samuel Gache.....	739
Die Kastration bei Tuberkulose des Hodens, von C. G. Cumston.....	766
Über interparietale Hydrocelen, von Stanislav Kostlivy.....	766
Zur Diagnose und Behandlung der Azospermie, von C. Posner und J. Cohn.....	766

c) Prostata.

Über Vibrationsmassage der Prostata mittels eines neuen Prostatavibrators, von Ferdin. Kornfeld.....	28
Die Prostata und ihre Beziehungen zu Mastdarmerkrankungen, von Collier F. Martin.....	49
Ein Apparat zur Vibrationsmassage der Prostata (Prostatavibrator), von F. Kornfeld.....	49
Über die Massage der Prostata, von Negrete.....	49
Die Massagebehandlung bei Erkrankungen der Prostata, von Sigmund Goldschmidt.....	50
Ein neues Verfahren für Instillationen bei Prostatikern, von M. Melun.....	50
Prostatahypertrophie und ähnliche Zustände, von William B. Jones.....	50
Die heutige Behandlung der Prostatahypertrophie, von C. Mansell Moullin..	50
Zur intrakapsulären Prostataresektion bei Prostatahypertrophie, von Rydygier.	51
Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie durch Totalexstirpation der Drüse, von J. W. Cooke.....	51
Ein Fall von Totalexstirpation der Prostata, von G. P. Newbolt.....	51
Über Prostatektomie, von Irwin Abell.....	51
Konservative perineale Prostatektomie, von Hugh H. Young.....	51
Der richtige perineale Prostatektomieschnitt, von Nicholas Senn.....	52

	Seite
Über die Excochleatio Prostatae, von Riedel.....	52
Die Freyrsche Methode, eine transvesikale totale Prostatektomie, von Jarvis und Proust	52
Über die Frage der ätiologischen Beziehungen zwischen Blennorrhoe und Prostat hypertrophie, von A. Rothschild	154
Fünf Fälle von perinealer Prostatektomie, von A. Bako.....	154
Über die spontanen Blutungen der Prostata, von B. Motz und L. Suarez.....	158
Die Behandlung des Blasensteins bei Prostat hypertrophie, von Reg. Harrison	176
Prostataatrophie, von Robert C. Bryan.....	177
Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis, von A. v. Nothafft.....	224
Wann und wie soll man bei Prostat hypertrophie operieren? von Willy Meyer	345
Die Radikalbehandlung des Prostatacarcinoms, von Alf. Pousson.....	349
Tuberkulöse fistulöse Deferentitis prostatischen Ursprungs, von E. Pillet.....	349
Über die konservative perineale Prostatektomie, von Young	395
Die Prostat akrisis, von Samuel H. Friend.....	473
Betrachtungen über die Chirurgie der Prostat hypertrophie, von John G. Sheldon	473
Die Prostat hypertrophie und ihre Behandlung nach Freyers Methode, von G. Barling.....	473
Über die moderne Chirurgie der Prostata, von W. Banks.....	478
Die Prostata und Prostatektomie, von J. W. Th. Walker.....	474
Eine anatomische Kritik des als totale Prostatektomie bekannten Verfahrens, von C. S. Wallace.....	474
Die Indikationen und die Technik der Prostatektomie, von Frank Lydston ..	474
Bericht über eine erste Serie von 25 perinealen Prostatektomien, von Rafin ...	475
Ein Fall von Prostatotomia infrapubica, von Heusner	475
Über die suprapubikale Prostatektomie, von Th. Stoker	475
Vasektomie wegen vergrößerter Prostata, von Th. A. Buck	476
Die Bottinische Operation bei Prostat hypertrophie, von Röhrig.....	582
Behandlung der Prostatiker mit inkompletter Harnretention und Distention der Blase, von Nicolich.....	674
Wann und wie sollen wir bei Prostat hypertrophie operieren? von Willy Meyer	784
Über Sondenbehandlung der Prostat hypertrophie, von A. Straufs.....	787
Chronische Prostatitis, von Charles G. Foote.....	767
Verursacht Blennorrhoe Prostat hypertrophie? von Edward E. Keyes	768
Die Chirurgie der Prostata, von J. P. Deaver.....	768
Die beste Operationsmethode zur Radikalbehandlung der senilen Prostat hypertrophie, begründet auf 150 Radikaloperationen, von Orville Horwitz	769
Die Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus, von J. P. zum Busch	770
Prostatektomie. Bericht über 51 in der Zeit vom 6. Mai 1901 bis zum 26. Febr. 1904 operierte Fälle, von John B. Murphy	770
Mediane perineale Prostatektomie, von George Goodfellow.....	771
Suprapubische Prostatektomie unter Stickoxydulanästhesie, von J. Wiener.....	771
Drei Fälle von Prostatektomie, von H. W. Allingham	772
110 Fälle von Totalaussschälung der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie dieses Organs, von P. J. Freyer.....	772
Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als Palliativverfahren, von Walther Fürstenheim.....	772

b) Nieren, Ureteren, Harn.

Über die Behandlung der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose, von Johannes Dzirne.....	29
Über doppelseitige, cystenartige Erweiterung des vesikalen Ureterendes, von Hans Wildbolz.....	29
Der klinische Wert der cystoskopischen Untersuchung des Urins, von Léon Bernard.....	53
Über die Natur der Körper im Urin, welche die Jodsäure reduzieren, von R. Riegler.....	53

	Seite
Zum Studium der Harncylinder, von G. Padoa.....	53
Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie, von Cnopf.....	53
Zum Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin, von E. Trevithick.....	54
Die stereoskopische Radiographie von Harnsteinen, von Béclère.....	54
Zum Nachweis des Quecksilbers im Harn, von M. Oppenheim.....	54
Ein genaues Urometer, von Jolles.....	54
Zur Bestimmung des spezifischen Gewichts geringer Mengen von Urin; vorläufige Note über ein spezielles Hydrometer (Urino-Pyknometer), mit welchem wenige Kubikzentimeter der Flüssigkeit gemessen werden können, von De Santos Saxe	55
Der Wert der Eiweißuntersuchung bei der Differentialdiagnose der Pyelitis von Cystitis, von Thomas R. Brown.....	55
Die heilbaren Albuminurien, von G. Lyon.....	55
Zur Frage der sogenannten febrilen Albuminurie nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung der Cylinder, von Hugo Lühje.....	55
Posturale Albuminurie, von W. H. Broadbent.....	56
Über die Pubertätsalbuminurie, von Pribram.....	56
Zur Therapie der Anuria calculosa. Zur Pathologie der Reflexanurie von Krebs	57
Hämaturie durch Oxalsäure nach Rhabarbergenuss, von Schulthess.....	57
Ein Fall von toxischer Hämoglobinurie bei einem an schwerem Magendarmkatarrh erkrankten Säugling, von Jean P. Cardarnatis.....	57
Hämoglobinurisches Fieber, seine Ursachen und seine Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Frage des Chiningsgebrauchs, von Walter Shropshire	58
Über eine neue Methode quantitativer Bestimmung von Zucker im Harn, von Emil C. Behrendt.....	58
Über die Zuckerbestimmungsmethode von Behrendt, von H. Wolff.....	58
Kritische Bemerkungen zu einer volumetrischen Harnzuckerbestimmung (nach Behrendt), von F. Goldmann.....	58
Ein Beitrag zu den Versuchen mit dem Lohnsteinschen Gärungssaccharimeter, von Josef Demant.....	58
Eine rasch ausführbare gasometrische Methode zur Bestimmung des Zuckers im Harn, von E. Riegler.....	58
Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Cystinurie, von Wasserthal.....	154
Zur Physiologie der Harnentleerung, von Rob. Lucke.....	154
Echinococcuscysten im Becken und Harnretention, von Henri Hartmann.....	161
Zu therapeutischen Zwecken vorgenommene Katheterisierung eines Ureters (durch Bacterium coli verursachte Pyonephrose, geheilt durch Spülungen des Nierenbeckens, von Rafin.....	161
Experimentelle und klinische Studie über die Ausschaltung einer Niere, von G. Gayet und P. Cavaillon.....	161. 162
Einige Erwägungen über Harnabszesse, von Jean de Smeth.....	165
Die Verlegung des Harnleiters durch periureterale Narben, von Byron Robinson	177
Hypernephroma, von Howard Lilienthal.....	345
Experimentelle und klinische Studie über die Ausschaltung einer Niere, von G. Gayet und P. Cavaillon.....	348
Zwölf Fälle von intravesikulärer Trennung des Urins beider Nieren, von F. Cathelin.....	349
Über intermittierende cystische Erweiterung des vesikulären Ureterenendes, von Ernst Portner.....	395
Über die Ureterenchirurgie bei der Behandlung der Ureterscheidenfistel, von Louis Garovi.....	409
Renale Hämaturie und Nephritis, von Emil Lewitt.....	395
Die Schätzung des spezifischen Gewichtes des Urins, von Mallannah.....	476
Untersuchungen des Harns bei Beri-Beri, von H. E. Durham.....	476
Über Harnretention, von Ferd. C. Valentine und Terry A. Townsend....	476
Über die Harncylinder, von Padoa.....	477
Untersuchung eines Falles von grünem Urin nach Gebrauch von Methylenblau in einem Geheimmittel, von James M. Cooper.....	477
Beobachtungen über Eiweißproben von Ch. Murray.....	477
Gibt es eine physiologische Albuminurie? von A. Oswald.....	478
Über die Pubertätsalbuminurie, von Pribram.....	478
Ein interessanter Fall von Cystinurie und Cystinsteinen, von E. Riegler.....	478
Klinische und experimentelle Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Mattiolo und Tedeschi.....	479

	Seite
Zur Frage über den Erreger der toxischen Hämoglobinurie bei dem Vieh in Kuban (Rußland), von E. Djatschenko	480
Über das Vorkommen von Pentosurie als familiäre Anomalie, von H. Bial.....	490
Über den heutigen Stand der Lehre von der Lävulosurie, von Ludwig Labaud	490
Olinjektion in den Ureter mit nachfolgendem spontanen Abgang eines Uretersteines, von Louis E. Schmidt	481
Beitrag zur Kenntnis der Hämaturien, wie sie bei brücker Katheterisierung in Fällen von akuter, kompletter Harnretention vorkommen, von Adam Grelinski	674
Die Rolle anormaler Gefäße in der Pathogenese der Hydronephrose, von F. Legueu	738
Über die Pylonephritis in ihren Beziehungen zum Wochenbett, von F. Legueu	739
Eine neuntägige Urinverhaltung; Operation; Heilung, von C. Dukes.....	773
Zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie, von F. Voit und H. Salvendi	773
Zur Behandlung der Albuminurie, von D. Newman	774
Über Bakteriurie, von Edw. L. Keyes	774
Bakteriurie, speziell Coli-Bacilluria, von Arthur R. Elliot	774
Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie, von F. Kornfeld	775
Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, und über Phosphaturie und Ammoninurie als objektive Symptome von Psychosen, von W. Heinicke.....	775
e) Labien, Vagina.	
Ein bisher noch nicht beobachteter Defekt im Genitalsystem, von L. Kleinwächter	59
Über pollutionsartige Vorgänge beim Weibe ohne sexuelle Vorstellungen und Lustgefühle, von Paul Bernhard	59
Urethralprolapse beim Weibe, von J. Lachs	59
f) Blennorrhoe und Komplikationen.	
Beiträge zur Histologie der Epididymitis blennorrhoeica, von Josef Sellei.....	30
Über die Variabilität der Gonokokken, von Fritz Schanz.....	60
Über die Variabilität der Gonokokken, von Th. Axenfeld	60
Blennorrhoe im Wochenbett, von A. Martin	60
Blennorrhoe beim Weibe, von Montgomery	61
Die Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von William B. Small.....	61
Zur Behandlung der Urethritis externa bei Frauen, von Edmund Falk	61
Über Blennorrhoe bei Frauen	62
Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von E. Falk.....	64
Die Lokalbehandlung der Blennorrhoe des Weibes, von Newman Dorland ...	64
Zur Behandlung des „Fluor albus“, blennorrhoeischen und anderen Ursprungs, mit vaginal-Zyminstäbchen (Dauerhefestäbchen) nach Albert, von E. Eraenkel.	65
Über die blennorrhoeische Urethritis der Knaben, von Rudski.....	65
Die Komplikationen der Blennorrhoe, von Georg Berg.....	65
Über Chorda venerea, von G. S. Peterkin	65
Zur Frage der Tripper-Nebenhodentzündung, von R. Romme.....	66
Über Punktion bei Epididymitis blennorrhoeica, von Rudolf Böhm.....	66
Über chronische, blennorrhoeische Prostatitis, von P. C. Layne.....	66
Blennorrhoeische Gelenkerkrankungen und deren Behandlung mit lokalen Fangoapplikationen, von Schuppenhauer	67
Über einen Fall von blennorrhoeischer Arthritis, von Gini	67
Über den Fersenschmerz der Blennorrhoeerkrankten (Bursitis achilles profunda), von G. Nobl	67
Ein Fall von Arterienthrombose aus blennorrhoeischer Quelle, von F. C. Moore.	68
Die Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe des Mannes, von Fr. Bering	68
Gibt es eine zuverlässige Abortivbehandlung der Blennorrhoe? von H. Christian	69
Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Ferdinand Fuchs.....	69
Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne, von F. Bierhoff.....	69
Über die Wahl der Behandlung bei der akuten Blennorrhoe. Technik der Behandlung mit großen Kaliumpermanganat-Spülungen, von K. Duhot	70
Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoe neonatorum, von Dauber	70
Die Augentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus, von Th. Axenfeld	70

Die neue Flasche „Simplex“ zu Einspritzungen bei Blennorrhoe, von Arthur Strauss	70
Zur inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe, von Edmund Saalfeld	71
Das Albargin bei der Behandlung der blennorrhoeischen Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von Vignolo	71
Albarginglycerinlösung, 20%ig, zur Behandlung der Blennorrhoe, von Strelitzer	71
Arhovin, ein neues innerliches Antiblennorrhoeicum, von Fritz Burchard und Arthur Schlockow	71
Ein neues Silbersalz zur Behandlung der Blennorrhoe, von T. Purdy	71
Ichthargan bei Blennorrhoe, von T. S. Glickmann	72
Erfahrungen über Ichthargan, von A. Kronfeld	72
Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritiden, von Adolf Cariani	159
Über einen Fall von metastatischem Abszess blennorrhoeischen Ursprungs, von Kérassotis	159
Heilung einer chronischen Blennorrhoe mit Dampfbädern, von Benoit	162
Das Gonorrhoe bei der Behandlung der Harnröhrenblennorrhoe, von d'Amato	175
Prostatitis blennorrhoeica, von Fletcher	178
Der Tripper und seine Verheerungen in Familie und Volk, von Dohi	181
Blennorrhoeische Gelenkaffektionen mit Hyperämie nach Bier, von Beckmann	268
Tropfenapparat „Cauto“, ein Prophylaktikum gegen Blennorrhoe, von Ahlström	268
Blennorrhoe bei einem neunjährigen Mädchen mit rascher Kondylomentwicklung, von J. Selenew	278
Die Heilung von Tripper binnen zehn Tagen, von Lenox Curtis	346
Das Induktionsfunkenlicht und das elektrische Glimmlicht als wirksame lichttherapeutische Faktoren bei Behandlung der Blennorrhoe und anderer entzündlicher Zustände, von H. Strebel	380
Das Ulcus blennorrhoeicum serpiginosum, von Thalmann	398
Über Enterokokkenurethritis, von Dreyer	396
Verlängerte Inkubation bei Blennorrhoe, von G. Pernet	401
Die Behandlung der Blennorrhoe der Harnröhre beim Manne mittels Spülungen ohne Katheter, von J. Janet	449
Ein Fall von isolierter blennorrhoeischer Affektion eines paraurethralen Ganges, von Voss	449
Beiträge zur Kenntnis der Blennorrhoe des Mannes, insbesondere der Prostatitis und Epididymitis, von Gassmann	450
Zur Statistik des Trippers, von Erb	481
Blennorrhoe, von A. Neisser und W. Scholtz	482
Zur Abwehr der blennorrhoeischen Infektion beim Manne, von G. Nobl	482
Mikroskopische Präparate von isolierter blennorrhoeischer Infektion präputialer Gänge, von Bruhns	488
Eine Untersuchung über Gonokokkenmetastasen; Mitteilung eines Falles, von James McColgan und James M. Cooper	488
Über Stomatitis blennorrhoeica beim Erwachsenen, von Jürgens	488
Beckenabszess im Gefolge der Blennorrhoe, von Robert Turner	488
Febris blennorrhoeica acutissima, von Z. Blinderich	488
Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nachweis der Gonokokken im Blute bei Lebzeiten der Patienten, von Paul Krause	484
Blennorrhoeische Epididymitis, von Sprecher	484
Blennorrhoeische Arthritis, von E. Weiss	484
Phlebitis blennorrhoeica, von Friedrich Sasserath	485
Über Phlebitis blennorrhoeica, von Julius Heller	485
Zur Behandlung der Blennorrhoe des Auges, von G. Hirsch	485
Blennorrhoeische Conjunctivitis, von Bronner	486
Über Mißerfolge bei der Blennorrhoebehandlung, von E. Finger	486
Über die interne Behandlung der Blennorrhoe, von Walter Schneider	486
Arhovin, ein neues Antiblennorrhoeikum für den innerlichen und äußerlichen Gebrauch, von Manasse	486
Beitrag zur Kenntnis des Gonoson und dessen Wirkung, von J. Schmidt	487
Zur Injektionstherapie der Blennorrhoe, von Robert Lucke	487
Zur Frage der Behandlung des blennorrhoeischen Prozesses der Uterusschleimhaut mit Silberpräparaten, von Rudski	487
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Argyrol, von J. Purdy	487
Die Pathogenese der blennorrhoeischen Nebenhodenentzündung, von Ullmann ..	521

	Seite
Die Ursachen der spontanen Harnröhrenaussflüsse beim Manne, von Carle.....	525
Blennorrhoebeobachtungen bei Männern, von Magnus Möller.....	532
Die Behandlung des Rheumatismus blennorrhoeicus mit Jodipineinspritzungen, von Schuster.....	543
Glimlichtbehandlung des Trippers, von Strebel.....	582
Kongenitale Strikturen und Tripper, von Löwenhardt.....	582
Eine neue Hilfsmethode zur Diagnose und Behandlung des Trippers, von Carl Alexander.....	583
Ein Beitrag zur Statistik der Epididymitis blennorrhoeica, von Arthur Jordan.....	589
Über ungewöhnlich lange Inkubationsdauer der Blennorrhoe, von Max Joseph.....	590
Die interne Behandlung der Blennorrhoe, von S. Boss.....	666. 736
Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Biberstein.....	733
Über Phlebitis blennorrhoeica, von F. J. Palm.....	736
Beitrag zum Studium der nicht blennorrhoeischen Urethritiden; Urethritis urica, von E. Panichi.....	744
Blennorrhoeische Orchio-Epididymitis, von Sorrentino.....	745
Das Gonorrol bei der Behandlung der Cystitis blennorrhoeica, von Vignolo- Lutati.....	745
Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von J. Lilienthal.....	776
Allgemeine Infektion mit dem Diplococcus Neisser als Komplikation chronischer Blennorrhoe, von Thomas J. Strong.....	776
Metastatische Konjunktivitis bei Blennorrhoe, von William George Sym.....	776
Über blennorrhoeische Arthropathien, von P. Bogdanow.....	776
Über akute Blennorrhoe, von Ludwig Weiss.....	777
Ein Fall von Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Hans Adolphi.....	778
Zur Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, von S. Bettmann.....	778
Über die Beteiligung des Endometriums an der blennorrhoeischen Vulvovaginitis der Kinder, von P. Jung.....	779
Über die Behandlung der blennorrhoeischen Erkrankungen der Schleimhaut des Collum und Corpus uteri mit Protargol, von W. N. Orlow.....	779
Über die interne Medikation bei Blennorrhoe und deren Folgeerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung des trockenen Extractum Pichi-Pichi, von A. Schufftan.....	779

Verschiedenes.

V. Internationaler Dermatologen-Kongress. Berlin, 12. bis 17. Sept. 1904.....	188
Die Notwendigkeit der Ausbildung der praktischen Ärzte in der Diagnose und Therapie der venerischen Krankheiten, von A. Neisser.....	240
Kasuistische Beiträge zur Ätiologie der Lipomatose und zur Säurebehandlung des Pruritus, von F. Köhler.....	240
Nachruf an Scarenzio, von E. Lesser.....	146
Aus der Mittwochs-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Hôpital Saint-Louis, von Gaucher.....	165
Wahrhafte Geschichte der dermosyphilographischen Klinik von Palermo bis De- zember 1903, von G. Profeta.....	175
Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich japanischen Uni- versität zu Tokio 1899—1901, von K. Dohi und S. Kuritu.....	179
XV. Internationaler medizinischer Kongress.....	312
Klinisches und Entwicklungsgeschichtliches über die Bedeutung der kongenitalen Anomalien der Haut der Steifsgegend (Steifs-Grübchen, -Fistel, -Cyste und Haarbildungen), von Theodor Brugsch.....	368
Ansprache des Präsidenten Joseph Zeisler.....	341
Subunguale Exostose an der großen Zehe, von M. Savariaud.....	432
Kokain und Adrenalin, von H. Braun.....	500
Über meine Anschauungen, von Jonathan Hutchinson.....	572
Das preussische Kultusministerium und die Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Kromayer.....	572
Ein einfacher Apparat zur Sterilhaltung der Injektionsspritze und der Kanülen bei subcutanen Quecksilberkuren, von Reinhold Ledermann.....	572

	Seite
Eine bakteriologische Untersuchung über die Sterilisation der Hände, von J. R. Collins	622
Personalia Dr. Valentin Zarubin	686
Nachruf auf Köbner, von Wechselmann	663
Aufruf für ein Finsen-Denkmal	780
Eine sterilisierbare Irrigatorflasche, von Straufs	780

Sachverzeichnis	781
Namenverzeichnis	798

Verzeichnis der Tafeln.

Zu 8.

Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut, ihre pathologische Stellung und Ätiologie, von P. Thimm. Tafeln I, II, III	1
X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepithelium. Tafel IV	125
Über multiple neurotische Hautgangrän, von D. Latte. Tafel V	189
Multiple neurotische Hautgangrän, von Alfred Rrandweiner	241
Mykosis fungoides und Leukämie, von Mario Pelagatti. Tafel VI	369. 438
Zur Histologie des Hauthorns, von C. Philip Tafel VII	623
Zur Anatomie des Präputiums, von Ernst Delbanco. Tafel VIII	652. 687

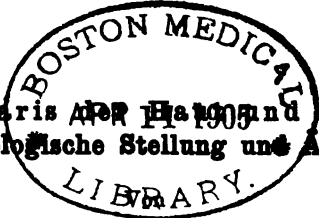
8656

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 39.

No. 1.

1. Juli 1904.



Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut,
ihre pathologische Stellung und Ätiologie.

Dr. P. THIMM in Leipzig.

(Hierzu drei Tafeln.)

Krankengeschichte: Vor nunmehr fünf Jahren, im Sommer 1899, gelangte der Zigarrenfabrikant U. wegen einer ausgebreiteten, sehr hartnäckigen Schuppenflechte vom Typus der Psoriasis geographica in meine Behandlung. Während dieses ganzen Zeitraumes unterstand der Kranke einer ziemlich regelmäßigen Beobachtung von meiner Seite. Abgesehen von einzelnen weniger ausgedehnten, kleineren Schüben, hat er sich in diesen fünf Jahren im ganzen sechs größeren Behandlungsperioden von wochen- bis monatelanger Dauer wegen neuer Rezidive oder plötzlicher größerer Ausbreitung seines Leidens unterzogen.

Die externe Therapie bestand in der üblichen Applikation von Salizylpflaster, Pyrogallol, Teer und Chrysarobin, während der letzten Attacke mit unvergleichlich besserem Erfolge in der Anwendung der DREUWSCHEN Salbenkomposition. Da die äußere Behandlung im großen und ganzen viel zu wünschen übrig ließ, so entschloß ich mich bald zur gleichzeitigen Arsenmedikation, und zwar in der Form der subcutanen Injektionen von arseniger Säure. Diese wirkten verhältnismäßig so prompt und schnell, daß der Kranke später nur schwer zur äußerlichen Behandlung bewegt werden konnte, weil er selbst der Überzeugung war, daß die Einspritzungen allein die Eruptionen zum Schwinden brächten. Ich möchte also ausdrücklich aus gewissen Gründen hervorheben, daß bei den letzten Rezidiven die externe Therapie zugunsten der internen wesentlich vernachlässigt, bisweilen längere Zeit gar nicht ausgeübt wurde.

Der Kranke ist ein kräftiger 36 jähriger Mann ohne sonstige Störungen seines Gesundheitszustandes. Er ist seit langem verheiratet und Vater von drei gesunden Kindern. Lues hat er nicht gehabt; Potus wird in mäßigem Grade zugegeben; infolge seines Berufes ist er übermäßig starker Raucher.

Während der dritten Behandlungsperiode machte er mich auf seine Mundschleimhaut aufmerksam. Er weiß nicht bestimmt anzugeben, ob auch früher bereits etwas Ähnliches bestanden haben könnte, und er führt selbst als augenscheinliche Ursache für die Affektion sein starkes Rauchen an. Bei der Inspektion vermochte ich eine typische, nicht sehr hochgradige SCHWIMMERSCHE Leukoplakia oris mit nur geringfügiger Epithelverdickung festzustellen, welche hauptsächlich die Schleimhaut der Wangen rückwärts von beiden Mundwinkeln und in geringerem Grade die Lippen wie die Seitenränder der Zunge ergriffen hatte. Außerdem konstatierte ich einen

auffallenden Reichtum an freien Talgdrüsen des oberen Lippenrots, der Mundwinkel und der Wangen im Bereich der Zahneindrücke. Ob auch damals bereits eine andere Affektion der Mundschleimhaut vorgelegen hatte, kann ich heute nicht behaupten, da mir jeder Gedanke an eine andere Erkrankung noch völlig fernlag. Die Behandlung der Mundschleimhaut vermochte um so weniger zu ändern, als der Kranke das Bauchen nicht lassen konnte.

Bei der folgenden Psoriasisur wies mich Patient, wiederum spontan, auf seinen Mund, zeigte mir aber diesmal eine Stelle, welche er selbst als andersartig gegenüber seiner sonstigen Schleimhautaffektion bezeichnete. Es hatte sich hinter dem rechten Mundwinkel mitten im perlmutterfarbigen leukoplakischen Schleimhautbezirk ein ovaler, im Längsdurchmesser ca. 1 cm messender, gleichmäßig leichtgewölbter, gelblich-bräunlicher Fleck von rauher Oberfläche etabliert. Eine Diagnose vermochte ich nicht zu stellen und suchte mir die Affektion faute de mieux als irgend einen Folgezustand des starken Tabakgenusses zu erklären. Die Behandlung bestand in Pinselungen mit Milch- und Chromsäure und Spülungen mit Kochsalzlösungen, zunächst ohne jeden nennenswerten Erfolg.

Inzwischen wurde die Psoriasis der Haut behandelt und, wie bereits bemerkt, in der Hauptsache mit Arseninjektionen. Da fiel dem Kranken, wie mir, zum ersten Male auf, daß zu derselben Zeit, als die äußeren Eruptionen zu schwinden begannen, der beschriebene Schleimhautfleck kleiner und glatter wurde und schließendlich ziemlich schnell und vollkommen abheilte, obwohl der Patient bereits seit einiger Zeit in Anbetracht des wochenlangen vergeblichen Bemühens die lokale Behandlung eingestellt hatte.

Nach einigen Monaten stellte sich der Kranke mit einem neuen ausgebreiteten Rezidiv der Schuppenflechte vor. Diesmal war auch das Gesicht erheblich in Mitleidenschaft gezogen. Ich konnte neben mehreren großen Psoriasisplaques von mehr seborrhoischem Typus der Haargrenze, beider Wangen und des Kinns aber auch noch folgende Manifestationen feststellen:

Mitten auf der etwas wulstigen Unterlippe war ein roter, runder, zweimarkstückgroßer Fleck derart etabliert, daß ziemlich genau die eine Hälfte auf die äußere Haut zu liegen kam, während die andere sich in durchaus gleicher Größe und kontinuierlichem Zusammenhang auf das Lippenrot, zum Teil auch noch auf die von der Oberlippe bedeckte Schleimhautpartie fortsetzte. Da der Kranke täglich rasiert wurde, so war von einer Schuppenbildung auf der äußeren Haut kaum etwas wahrnehmbar. Auch das affizierte Lippenrot war schuppenfrei, nur nach der Mitte zu war eine eben wahrnehmbare weißliche Verfärbung gerade noch zu bemerken. Der Fleck war in toto nur rot mit ganz minimal elevierten Rändern. An der Stelle jedoch, wo sein Rand den Lippensaum kreuzte, sah man beiderseits eine stärker gerötete, papulöse Erhebung von glänzender, wie lackierter Oberfläche. Nur der hintere Rand des Fleckes war un deutlich und von der stellenweise weißgrauen, leukoplakischen Schleimhaut der Unterlippe nicht überall sicher abzugrenzen. Ich sprach den ganzen Herd gleichfalls als eine Manifestation der Psoriasis vulgaris an.

Weiter fanden sich Psoriasisefloreszenzen in der stark bebärteten Oberlippe vor. Von diesen gingen nun in genau derselben Weise Herde kontinuierlich von der äußeren Haut unten in beide Nasenlöcher über. Sie unterschieden sich von dem Fleck der Unterlippe nur durch die stärkere Schuppenbildung, welche auch noch im Naseneingang deutlich zu sehen war.

Aber außerdem fanden sich in der Schleimhaut der rechten Wange oben und hinter dem Mundwinkel noch zwei Erkrankungsherde von gleicher Beschaffenheit vor, wie sie bei dem vorhergehenden Psoriasisrezidiv beobachtet worden waren.

Da diese Effloreszenzen beide Male gleichzeitig mit der allgemeinen Eruption der Schuppenflechte aufgetreten waren, da ferner der zuerst bemerkte Herd zugleich mit den äusseren Manifestationen sich zurückgebildet hatte, da endlich auf der Unterlippe eine Psoriasis-plaque auf das Lippenrot und die Mundschleimhaut, desgleichen Psoriasisherde von der Oberlippe auf die Nasenschleimhaut sich kontinuierlich fortsetzten, so stellte ich trotz meines bisherigen Anderswissens und trotz der abweichenden Ansicht der meisten Lehrbücher die Diagnose auf echte Psoriasis vulgaris der Schleimhaut.

Ich erbat und erhielt von dem Kranken die Erlaubnis zur Exsision eines Schleimhautstückchens von einem der beiden Flecke zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung. Bevor auf die Befunde derselben näher eingegangen wird, soll erst noch das klinische Aussehen der Herde genauer beschrieben werden. Die einige Monate später während der sechsten, bisher letzten Behandlungsperiode abermals beobachtete Schleimhauteffloreszenz war von gleichem Charakter.

Nach hinten und oberhalb vom rechten Mundwinkel sieht man etwa an der gleichen Stelle, wie beim vorgegangenen Rezidiv zwei nahe bei einander gelegene, verschieden grosse Flecke. Der grössere ist oval und misst knapp 1 cm im Längsdurchmesser. Er ist scharf umgrenzt und gleichsam, wie der Stein eines Siegelringes in das Metall, in die normale Schleimhaut eingelassen. Die gleichmässig rundlich gewölbte Oberfläche ist von schmutzig-gelblich-bräunlicher Farbe. Während die benachbarte Schleimhaut spiegelblank erscheint, ist die Oberfläche des Fleckes rau, wie fein zerklüftet, oder vielleicht besser fein zernagt. Man kann sie aber nicht etwa schuppig und schilfrig nennen; auch der von OPPENHEIM¹ für seinen Fall gebrauchte Ausdruck porös trifft bei mir nicht zu, da auch eine poröse, unverletzte Schleimhautoberfläche immer noch glänzen wird, was hier durchaus nicht der Fall war.

Die Resistenz der Efflorescenz war gegenüber der gesunden Schleimhaut etwas vermehrt. Kratzen mit dem scharfen Löffel vermochte weder nennenswerte Partikel abzulösen, noch eine kapilläre Blutung zu erzeugen.

Von diesem Fleck extirpierte ich etwa die Hälfte zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung.

Der kleinere Fleck dieser selben Eruptionsperiode unterschied sich von dem oben beschriebenen grösseren nur durch seine weniger scharfe, aber immer noch sehr deutliche Umgrenzung. Die gesunde Schleimhaut der Nachbarschaft setzte sich auch gleichmässiger auf ihn fort, so daß seine peripheren Partien noch spiegelten, und nur der grössere zentrale Anteil ebenfalls rau und leicht zernagt erschien.

¹ Diese Zeitschrift Band 37, Seite 489.

Auch diese beiden Effloreszenzen schwanden wiederum ungefähr gleichzeitig mit den äußeren Manifestationen.

Trotzdem ich nun den Kranken dringend angewiesen hatte, im Wiederholungsfall seines Leidens sich sofort bei mir einzustellen, bestand ein neuer Herd im Munde doch bereits einige Zeit, vielleicht 2—3 Wochen, als er sich wegen einer abermaligen Psoriasisruption mir präsentierte. Immerhin war dieser neue Fleck erheblich jünger als die andern.

Er saß im Bereich der Oberlippe und war im allgemeinen von der gleichen Beschaffenheit wie die vorher gesehenen; nur war er diesmal nicht rund oder oval, sondern von ganz unregelmäßiger Konfiguration.

Auch von diesem Herd durfte ich ein kleines Partikelchen zur Biopsie exstirpieren.

Der Kranke wurde entlassen, nachdem die Haut- und Schleimhautmanifestationen seiner Schuppenflechte völlig abgeheilt waren; einzig und allein der Herd an der Unterlippe trotzte jeder Therapie. Desgleichen bestand die Leukoplakia oris unverändert weiter fort.

Die beiden exstirpierten Schleimhautstückchen wurden in Alkohol gehärtet, und das erste in Celloidin, das zweite in Paraffin eingebettet.

Die Schnitte der beiden verschiedenen Effloreszenzen ergaben durchaus übereinstimmende Resultate. Die letzte Zeichnung (Fig. 5) stellt die starke Vergrößerung eines Schnittes vom Paraffinpräparat dar. Die vier ersten Abbildungen (Tafel I u. II) gehören zusammen. Sie sollen unter anderm die stufenmäßige Folge eines pathologischen Vorganges illustrieren, wie er meines Wissens bei der Psoriasis der äußeren Körperdecke nie verzeichnet worden ist. Von diesen vier Abbildungen sind 1 und 3 nach dem zuerst exzidierten älteren, in Celloidin eingebetteten Psoriasisherd, 2 und 4 nach dem jüngeren, zweiten Paraffinpräparat gezeichnet. Ich hätte ebenso gut den zu schildernden Entwicklungsgang des psoriatischen Prozesses an jedem einzelnen der beiden verfügbaren Objekte demonstrieren können, aber einmal paßten mir die vier vorliegenden Bilder am besten zur Illustrierung der speziellen Einzelheiten, welche ich zeigen wollte, andererseits wünschte ich gerade die Uniformität der Befunde durch die Wahl je zweier Schnitte aus verschiedenen Untersuchungsobjekten zu beweisen.

Des übersichtlichen Vergleiches wegen möge es mir gestattet sein, die heute allgemeiner anerkannten pathologisch-histologischen Verhältnisse des psoriatischen Prozesses in kurzen Schlagworten zu referieren: Drei Kardinalsymptome werden angegeben: Parakeratose, Epithelwucherung, Gefäßerweiterung; im speziellen bei der Epidermis: Verbreiterung derselben, Hypertrophie der Retezapfen, Verschmächigung der suprapapillären Rete-schicht, Ödem des Epithels (von KROMAYER bestritten), ödematöse Bläschenbildung der Epithelzellen, streifenförmige Leukocytenherde in den Schuppen (miliäre Abszessen MURRO) geringgradige Leukocytenwanderung, Intaktbleiben der Epidermis in toto, Parakeratose des Epithels, Bildung eingetrockneter Schuppenmassen; in der Cutis: Verbreiterung der oberen Cutisschicht durch Ödem, Ver-

längerung, Verdünnung, kolbige Anschwellung der Papillen, Infiltration der nächsten Nachbarschaft der Gefäße mit einkernigen Rundzellen, Erweiterung, Verlängerung, Schlängelung der Blutgefäße, Schwellung und Vermehrung der Endothelien. Entzündliche oder der Entzündung vergleichbare Prozesse des Papillarkörpers.

Unter meinen Schleimhautpsoriasischnitten treffen diese Befunde auf diejenigen Präparate durchaus zu, wie eins in Fig. 1 abgebildet ist. Man würde diese Zeichnung ohne allen Zweifel für die eines Schnittes von einer jungen, nicht mit Schuppen bedeckten Psoriasiseffloreszenz der äußeren Körperdecke halten können, und darum dürfte gerade sie am geeignetsten sein, als histologischer Beweis für die Richtigkeit der klinischen Diagnose zu dienen.

Meine weiteren Ausführungen gelten hauptsächlich zunächst nur für diese Zeichnung und die Kategorie von Schnitten, welche sie repräsentiert.

Mikroskopische Untersuchung: Wir sehen ein hochgradiges Ödem des erkrankten Schleimhautbezirks, sowohl an den verbreiterten epithelialen Saftspalten (auch Fig. 5 rechts) wie an den massenhaften großen Lymphseen der Lederhaut, wir sehen die Vergrößerung der Epithelleisten, die Verdickung der epidermalen Decke in toto, aber auch die Verschmächigung der Rete über den einzelnen verlängerten, hoch hinaufreichenden Papillen. Wir sehen endlich die kleinzellige Infiltration des oberen Koriums, die sich stellenweise in geringem Grade bis ins Epithel erstreckt, und schliesslich auch die erweiterten Blutgefäße.

Was wir aber nicht sehen, und was in keinem meiner Präparate zu finden war, das sind die parakeratotischen Schuppenauflagerungen des psoriatischen Herdes. Dieselben können ja auch bei der äußeren Schuppenflechte fehlen, doch geschieht dies wohl nur mehr ausnahmsweise, während sie, wie ich glaube, bei der Schleimhautpsoriasis in der Regel oder überhaupt nicht vorhanden sind. Allerdings konnte man in einigen Schnitten die alleroberflächlichste Epithelschicht, etwa in der Dicke von drei Zellagen, zu einem dunkelgefärbten, schmalen Bande zusammengedrängt finden, allein schon mit Rücksicht auf die durchaus glatten Oberflächenkontur möchte ich sie für eine auch nur einigermaßen ausgebildete Schuppe nicht ansprechen.

Es sind dies die ersten Verschiedenheiten, welche uns im histologischen Bilde des psoriatischen Prozesses der Haut und der Schleimhäute entgegentreten, und darum sind hier über die zuständigen Verhältnisse einige Bemerkungen am Platze.

Der Charakter irgend eines pathologischen Prozesses ist bis zu einem gewissen Grade unter anderem auch von der Beschaffenheit seines Standortes abhängig. Man erinnere sich nur der Verschiedenheit der Carcinome als Plattenzellen, kubischer, Zylinderzellenkrebs je nach der Herkunft des erkrankten Epithels. Nun versteht man unter Parakeratose, abgesehen

von den trockenen Schuppenauflagerungen, einen Zustand, bei welchem wir im Epithel folgende Veränderungen finden: parenchymatöses Ödem, Verbreiterung der basalen Hornschicht, abnorm geringer Fettgehalt derselben, Keratohyalinmangel, abnorm gute Konservierung der Kerne. Das sind aber pathologische Veränderungen des äusseren Epithels, welche bei Schleimhäuten im wesentlichen normale, physiologische Verhältnisse darstellen.

KÖLLIKER² sagt vom Epithel der Mundschleimhaut: „Das Epithelium der Mundhöhle ist ein sog. geschichtetes Pflasterepithel, das aus vielen über einander liegenden, rundlich vieleckigen Zellen besteht. Als Ganzes ist dies Epithel ein im Mittel 220—450 μ dickes, durchscheinendes, weisses Häutchen von bedeutender Biegsamkeit, aber geringer Elastizität und Festigkeit, das namentlich leicht durch Erweichen in Wasser . . . im Zusammenhang in grösseren Platten sich erhalten läßt. Die Zellen sind durchaus kernhaltig; ihre Anordnung ist jener in der Epidermis sehr ähnlich. Doch kommt es normalerweise ausser am Lippenrande zu keiner Verhornung, und die Zellen der tiefen Schichten gehen ganz allmählich in die Plättchen der Oberfläche über . . . Das Epithelium der Mundschleimhaut ist dick.“

Hieraus folgt, dass man für die Psoriasis der Mundschleimhaut parakeratotische Veränderungen des Epithels ohne weiteres nicht als Beweis ins Feld führen darf, wie das z. B. OPPENHEIM (l. c. S. 494) tut, indem er auf das Fehlen des Verhornungsvorganges und die abnorme Färbbarkeit der Kerne hinweist. Allerdings hat er auch noch in seinem Fall der äusseren Psoriasis analoge Schuppenauflagerungen gesehen, die bei meinem, wie gesagt, stets fehlten.

A priori sollte man Schuppenauflagerungen der Mundschleimhaut auf Grund parakeratotischer Prozesse, auch abgesehen von dem geschilderten physiologischen Verhalten des Epithels, nicht erwarten dürfen. Denn bei der äusseren Haut beschuldigt man als Ursachen der Schuppenbildung die abnorme grosse Feuchtigkeit der oberen Epithelschichten und die nachfolgende, rasche Eintrocknung derselben, beides Momente, welche den Zusammenhang der Zellen unter einander verstärken. Die Schleimhaut ist aber immer und andauernd maximal durchfeuchtet, andererseits ist ihre Eintrocknung ausgeschlossen. Es fehlt ihr also alles, was nach der landläufigen Annahme zur Bildung parakeratotischer Schuppen führen könnte. Dazu kommt dann aber noch die dauernd vermehrte Abschilferung der oberen Schichten durch die mechanischen Reibungen der festen und flüssigen Nahrungsmittel und durch die Bewegungen beim Essen und Sprechen (KÖLLIKER).

² *Handbuch d. Gewebelehre*. Bd. III. S. 6.

In meinem Fall dürften die Bedingungen für Schuppenbildung sogar vielleicht besonders günstige gewesen sein infolge der gleichzeitig bestehenden Leukoplakie und wegen der auffälligen Ausbildung der Epithelfasern, auf die ich später noch zu sprechen kommen werde. Und doch wurde sie stets durchaus vermisst.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit nebenher zu KROMAYERS Erklärung des Verhornungsprozesses einige kurze Bemerkungen machen. In seiner Arbeit: „Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis usw.“³ stellt er S. 594—596 folgende Behauptungen auf:

1. Das Keratohyalin, das Zerfallsprodukt des Epithelfasernetzes, ist der histologische Ausdruck einer Nekrobiose der Epithelzellen.

2. Die Bedingungen für die die Nekrobiose und sekundär die Keratohyalinbildung veranlassende Ernährungsstörung sind durch die verhornende Zellenmembran gegeben.

3. Die Zellen in den Psoriasissschuppen, welche keine Keratohyalinbildung, also keinen nekrobiotischen Prozeß durchmachen, behalten färbare Kerne. Dasselbe gilt von den Hornzellen der Sohleimhäute.

4. Gleichwohl ist bei der Psoriasis vulgaris die Verhornung der Epithelzellen, also die von KROMAYER supponierte Ursache der Nekrobiose und der Keratohyalinbildung, nicht wesentlich verringert.

5. Da die Zellen mit den abnorm färbaren Kernen hauptsächlich dort vorkommen, wo das Keratohyalin fehlt, so sind sie als Hornzellen zu betrachten, deren Inhalt den nekrobiotischen Prozeß nicht durchgemacht hat, sondern einfach vertrocknet ist.

Es sind also nach KROMAYERS Ansicht bei der Psoriasis vulgaris die Bedingungen für die parakeratotischen Veränderungen der Zellen, nämlich die abnorme Färbbarkeit der Kerne und den Keratohyalinmangel, trotz des nicht gestörten Verhornungsprozesses nicht in der dadurch veranlaßten, von ihm sonst als allein wirksam angenommenen Nekrobiose des Zellinhalts zu suchen, sondern in der einfachen Vertrocknung desselben. Nun zeigen die normalen Epithelzellen der Mundschleimhaut bezüglich der beiden genannten Momente ein den psoriatisch erkrankten Zellen der äußeren Haut vollkommen analoges Verhalten, wie KROMAYER selber hervorhebt. Da man aber von einer Vertrocknung eines normalen Schleimhautepithels doch wohl gewiß nicht reden kann, so würde hier KROMAYERS Hypothese nicht zureichen, und es müßte für einen genau gleichgearteten anatomischen Vorgang eine andere Ursache angenommen werden, wenn anders seine Theorie überhaupt zutreffend ist.

UNNA⁴ macht für das Unterbleiben der Keratohyalinabscheidung und die abnorme Kernfärbbarkeit bei Ekzemen nur die vermehrte Durchfeuchtung des Epithels verantwortlich. Die Eintrocknung kann nicht die veranlassende Ursache, sondern nur ein einfacher nachträglicher, hierfür gleichgültiger Folgezustand sein, wie die Befunde an Leichen beweisen, wo die Vertrocknung trotz der gleichen parakeratotischen Veränderungen der Epidermis zunächst nicht vorhanden ist und erst nachträglich und gerade an den Stellen erfolgt, wo das Keratohyalin fehlt und die Kerne ihre Färbbarkeit bewahrt haben.

Es steht also fest, daß bei der psoriatisch erkrankten Epithelzelle trotz der Verhornung und trotz der Nekrobiose die Keratohyalinbildung ausbleibt; dasselbe

³ *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 22. S. 557.

⁴ *Histopathologie d. Haut.* S. 208.

gilt von der normalen Schleimhautdecke. Andererseits steht fest, daß die fehlende Keratohyalinabscheidung weder bei der normalen Epithelzelle der Schleimhaut noch bei Ekzemen auf einfache Eintrocknung zurückgeführt werden kann. Somit erheben sich begründete Zweifel, ob KROMAYERS Theorie des Verhornungsprozesses, insbesondere der Keratohyalinbildung aus den durch die Verhornung des Zellmantels nekrotisch zerfallenen Epithelfasern überhaupt zu Recht besteht.

Wir kehren nach dieser kurzen Abschweifung zum eigentlichen Thema zurück. Auf Grund der zitierten anatomischen und physiologischen Eigenschaften der Mundschleimhaut, auf Grund der obigen Auseinandersetzungen über den parakeratotischen Prozess, und auf Grund meiner histologischen Befunde gelangen wir zu dem Schluss, daß die pathologische Parakeratose bei der Psoriasis vulgaris mucosae oris als anatomische und klinische Veränderung gar nicht oder doch nur sehr wenig zum Ausdruck kommen können. Da sie nun gerade bei der äußeren Schuppenflechte die sichtbarsten, prägnantesten Symptome schafft, da das zweite klinisch auffälligste Symptom der Rötung auf der an sich roten Schleimhaut nicht in dem Maße hervortreten wird wie auf der äußeren Haut, so wird zugegeben werden müssen, daß eine psoriatische Erkrankung der Mundschleimhaut leicht wird übersehen werden können, wenn sie nicht noch andere Merkmale aufzuweisen hat.

Mit diesem Hinweis setze ich die Beschreibung der weiteren Befunde im Epithel fort, zunächst auch nur unter hauptsächlichlicher Berücksichtigung der Schnitte, welche, wie die Zeichnung 1, der äußeren Schuppenflechte ähnliche Bilder liefern.

Die Hypertrophie des Epithels, die Verschwächung der suprapapillären Reteschichten, das hochgradige interstitielle Ödem sind bereits erwähnt.

Auffällig waren in meinen Präparaten am Epithel noch folgende zwei Befunde:

Erstens sind die Epithelfasern, speziell die Interellularbrücken fast überall dermaßen mächtig ausgebildet (s. auch Fig. 5), wie man sie sonst nur etwa beim spitzen Kondylom vorfindet. Bei gewöhnlichen Färbungen jeder Art kann man sie auf das deutlichste in ihrem ganzen Verlauf durch den Zelleib um den Kern und in den Saftspalten verfolgen, und besonders sind die Interellularbrücken bis in die äußersten Schichten wohl und leicht erkennbar erhalten. Und man müßte in Anbetracht des Ödems und des parakeratotischen Prozesses eher das Gegenteil erwarten, wie das BOSELLINI⁵ auch in seinen Untersuchungen über äußere Psoriasis vulgaris ausdrücklich hervorhebt. Ich halte nun aber diesen Befund gar nicht etwa für ein Symptom des psoriatischen Prozesses; vielmehr glaube ich,

⁵ *Monatsh. f. pr. Derm.* XXIX.

dafs es sich um ein zufälliges Accidens handelt, nämlich um eine Folge der gleichzeitig bestehenden leukokeratotischen Erkrankung der Mundschleimhaut, um so mehr, als gerade die Schnitte, wie Bild 1 und 5 ausschliesslich Randpartien der psoriatischen Effloreszenz darstellen. So sehen wir auch in zentraler gelegenen Schnitten, wie z. B. in Fig. 2 und in der rechten ödematösen Hälfte der Fig. 5, die Intercellularbrücken nicht nur nicht, sondern es sind infolge des hochgradigen interstitiellen und parenchymatösen Ödems die Zellen dermaßen aufgequollen, dafs sogar ihre Umgrenzung völlig verwischt erscheint. (Fig. 2.)

Zweitens finden sich im Epithel nicht zu selten an verschiedenen Stellen, aber nur in den obersten Schichten, kleinere Herde veränderter Zellen, wie sie in Fig. 5 abgebildet sind. Man sieht einige wenige Epithelien stark aufgequollen, so dafs jede einzelne für sich geradezu ein kleines Bläschen bildet. Die benachbarten Zellmembranen sind an manchen Stellen fast zu einem einfachen Strich zusammengedrängt, der vielfach punktiert erscheint als Ausdruck der noch erhaltenen Intercellularbrücken. Den Zelleib bedeckt eine blasse, gleichmäfsige Masse, welche zentral in einer mehr oder weniger geräumigen Kernhöhle den etwas geschrumpften, gut gefärbten Kern beherbergt. Das Bild gleicht durchaus dem von UNNAS „retikulierender Degeneration“ der Epithelien, und ist als eine Folge des hochgradigen parenchymatösen Ödems der Zellen aufzufassen, welches in der stets befeuchteten, hier auch noch durchfeuchteten, vor Eintrocknung geschützten Schleimhaut ganz besonders leicht wird eintreten müssen.

Hiervon waren gleichfalls Höhlen bildende Erscheinungsformen leicht zu unterscheiden, welche lediglich auf Schrumpfungsvorgänge zurückzuführen sind. Diese müssen bei meinen Präparaten in Anbetracht der Kleinheit der zarten, weichen Schleimhautstückchen und der sehr dünnen Schnitte ohne weiteres durch Alkohol- und Xyloleinwirkung erklärlich erscheinen. Ich fand die Erscheinung auch nur bei Paraffinschnitten. Allerdings waren die Celloidinschnitte nur verhältnismäfsig dick gelungen.

Auf die anderen wichtigeren hochgradigen Veränderungen des Epithels in der überwiegenden Mehrzahl der Präparate wird erst später eingegangen werden; es seien jetzt nur noch kurz die Befunde in der Cutis der Schnitte vom Charakter, wie sie Fig. 1 bringt, beschrieben.

Sie weichen kaum irgendwie von denen bei der Psoriasis vulgaris der äufseren Decke ab. Die Papillen sind wesentlich verlängert und fast durchweg erheblich verschmächtigt. Der obere Teil des Coriums wird von einem dichten zelligen Infiltrat okkupiert, von dessen Charakter später ausführlicher die Rede sein wird. Die Gefäfse sind stark erweitert, insbesondere aber die Lymphspalten zu zahlreichen grofsen, vielfach von geschwollenen Endothelzellen (Fig. 5) umstümteten Lymphseen auseinander-

gedrängt. Da die Bindegewebsbündel der Mundschleimhaut, wie KÖLLIKER (l. c.) hervorhebt, im submukösen Gewebe vielfach in schrägen oder nahezu senkrechten von der Tiefe oder aus den Zwischenräumen der Muskelbündel nach oben sich erstreckenden, gleichmäßigen Zügen verlaufen, so erscheint die Lederhaut in vielen Schnitten durch das Ödem in zahlreiche, gleiche, einander parallele, von verbreiterten Lymphspalten umgrenzte Bündel zerlegt. (Fig. 1, 3.)

Nunmehr komme ich zur Beschreibung des auffälligsten histologischen Befundes, der meines Wissens eine völlig neue Erscheinung in der Anatomie der Psoriasis bildet, da etwas Analoges in der Pathologie der äußeren Schuppenflechte nicht gefunden werden kann.

Wir betrachten zunächst an der Hand der vier Übersichtsbilder (Fig. 1—4) die Gesamterscheinung des pathologischen Vorganges, um dann die Einzelheiten genauer zu verfolgen.

Da sehen wir in Fig. 1 eine immerhin schon auffallend dichtes zelliges Infiltrat, welches in der Hauptsache auf die oberen Cutispartien beschränkt bleibt. Wie bei der Psoriasis der Haut finden sich nur verhältnismäßig wenige Wanderzellen im Epithel und nur in kleineren, vereinzelten Bezirken sieht man eine etwas dichtere Ansammlung. Aber auch in diesem Schnitt sind bereits einige Epidermisvorsprünge von fremden Zellen so dicht durchsetzt, daß ihre Umrisse schon erheblich verwaschen und undeutlich erscheinen. Solche Bilder lieferten nur Schnitte vom Rand des Erkrankungsherd.

Zentraler gelegene, aber noch der Peripherie angehörige Schnitte finden wir in Fig. 2 abgebildet. Ihre Zahl war eine sehr geringe. Wir sehen sämtliche Epithelleisten vom unteren Rande aus dicht infiltriert und mehr oder weniger in Zerfall und Auflösung begriffen und die ganze Epidermis bis hoch hinauf von fremden Zellen durchsetzt. Die einzelnen Epithelien sind, wie selbst bei dieser schwachen Vergrößerung deutlich erkennbar ist, stark aufgequollen und ihre Ränder verwaschen.

Noch mehr nach der Mitte zu finden wir Bilder (Fig. 3), wo die Epithelzapfen in großer Ausdehnung völlig geschwunden sind. An einer kleinen Stelle ist die Oberfläche der Epidermis bereits vom Infiltrat durchbrochen, und wir gelangen dann endlich im Zentrum der Effloreszenz zu Schnitten, in denen der Infiltrationsherd über eine große Strecke weit das gesamte Epithel völlig verdrängt hat (Fig. 4).

Letztere Schnitte bildeten die überwiegende Mehrzahl, und speziell in dem zuerst exzidierten, älteren Herd gelangten neben einigen wenigen, der Fig. 1 entsprechenden Randschnitten allein Bilder zur Beobachtung, welche ein über den ganzen Durchschnitt der Effloreszenz sich erstreckendes, das Epithel völlig verdrängendes Infiltrat zeigten, dessen Seiten ziemlich unvermittelt an die wenig von Zellen durchsetzte Epidermis der Nachbar-

schaft stießen. In den meisten Präparaten war an dieser Grenzstelle ein tiefer Einriß erfolgt (Fig. 4), dessen eine Seite vom Infiltrat, dessen andere Seite von einem meist übermächtig entwickelten Grenzzapfen gebildet wurde.

Eine Illustrierung zu meiner Bemerkung, daß wir es hier mit einer eigenartigen, neuen Erscheinung in der Anatomie der Psoriasis vulgaris zu tun haben, liefern z. B. KROMAYERS gegenteilige Beobachtungen (l. c. S. 570): „Besonders zu bemerken ist, daß die Zellinfiltration nie eine so hochgradige wird, daß wir nach dem mikroskopischen Bilde von einer Eiterung oder einer Granulationsbildung zu sprechen in Versuchung geraten werden. Es ist das für die Psoriasis ein durchaus charakteristisches und die Stellung der Psoriasis kennzeichnendes Moment, daß es nie zur Eiterung und nie zur Granulationsbildung kommt.“

Man könnte sich wohl über die große Festigkeit des Infiltrates in meinem Falle wundern, da es, wie in der Krankengeschichte hervorgehoben, wochen- und monatelang klinisch durchaus unverändert bestand, und beim Kratzen mit dem scharfen Löffel weder Partikel abgelöst wurden noch Blutungen entstanden. Eine Erklärung hierfür bietet vielleicht der anatomische Bau der Mucosa, von dem KÖLLIKER (l. c.) sagt: „Die Bindegewebsbündel werden in den Papillen feiner und erscheinen dichter aneinanderliegend und verlieren sich unter dem Epithel in einer dünnen formlosen Grenzschicht. In den Papillen kann man in der Regel keine besonderen Bindegewebsbündel, sondern nur aufgelöste Fibrillen in einer anscheinend homogenen Grundsubstanz erkennen.“ Demgemäß finden wir in meinen Schnitten nirgends das Infiltrat an der Oberfläche zerklüftet, vielmehr schiebt es sich wie ein fester Keil mit gleichmäßiger, gewölbter Oberflächenbegrenzung zwischen die seitlich arrodieren Epidermisränder ein.

In sehr dünnen Paraffinschnitten (Fig. 4) erweisen sich die dichtesten Stellen des Infiltrates zum überwiegenden Teil aus einkernigen Rundzellen zusammengesetzt mit dazwischen liegenden, besonders im Zentrum zahlreichen Kernbröckeln, deren Abstammung vielleicht auf die zerstörten Epithelzellen oder auf zerfallene Leukocyten zurückzuführen sein dürfte. Nach der Peripherie zu überwiegen größere, spindel-, seltener netzförmige Zellen mit großem, hellem, bläschenförmigem, ovalem Kern und wenigem, schlecht abgrenzbarem Protoplasmaleib (Fig. 5). Diese Zellen füllen die dem Infiltrat benachbarten Papillen zum Teil völlig aus; desgleichen umsäumen sie den ganzen unteren Rand des Erkrankungsherde, in den sie allmählich übergehen, um im Zentrum des Infiltrates von den Lymphocyten völlig verdrängt zu werden. Sie sind von den aufgequollenen Endothelien der erwähnten großen und erweiterten Lymphräume nicht zu unterscheiden. Durch den ganzen Herd sind Leukocyten und Riesenzellen (Fig. 5) in geringer Anzahl verstreut.

Das massige Infiltrat ist hier und da von gerade nach oben steigenden, undeutlich zu sehenden Blutgefäßen durchzogen, ferner von einigen dickeren, parallelen, von unten aufsteigenden kollagenen Bündeln durchsetzt. Die Zellen liegen in einem dichten Netzwerk feiner Bindegewebsfasern, zwischen welchen auch einige kleinere Lymphseen etabliert sind.

Bei starker Vergrößerung lassen sich die verschiedenen Phasen des Infiltrationsprozesses von der Peripherie nach dem Zentrum zu auf das deutlichste verfolgen. Man erhält zweifellos den Eindruck, daß dem Infiltrationsvorgang eine hochgradige ödematöse Durchtränkung des Epithels vorhergeht. An den äußersten Rändern der Schnitte sieht man bereits ein mächtiges interstitielles Ödem der Epidermisporsprünge ausgebildet, während vom Infiltrat im Epithel gar nichts, in der Cutis nur Spuren in Gestalt einiger weniger Leuko- und Lymphocyten sich eingestellt haben.

Noch entfernt von dem großen zentralen Herd finden sich vereinzelt, neben noch freien (Fig. 5, links) andere schon von circumskripten Infiltrationsmassen umsäumte und auch bereits durchsetzte Epithelvorsprünge (Fig. 5, rechts). Die Saftlücken sind dermaßen verbreitert, daß der ganze Zapfen durch sie in parallel gerichtete Epithelzellenzüge auseinander gelegt erscheint, so daß die Basalzellen jede für sich frei in die Pars reticularis vorragen (Fig. 5, rechte Seite). In diese verbreiterten Saftlücken schieben sich die Zellen des Infiltrates hauptsächlich in Gestalt der Lymphocyten und der beschriebenen groß- und hellkernigen Zellen ein. Man sieht auch einzelne und Komplexe von mehreren Epithelzellen durch das Infiltrat von ihrem Mutterboden völlig abgesprengt, doch ist hier wegen der Ähnlichkeit der Zellen eine Unterscheidung der einzelnen Arten oft nicht möglich, höchstens unter Berücksichtigung der etwas differenten Größe der Kerne, ebenso wenig eine feste Abgrenzung zwischen Epidermis und Cutis (siehe Fig. 5, rechts). So wird die Epitheldecke nach gänzlicher Auflösung der Vorsprünge bis in immer höhere Lagen mehr und mehr destruiert, bis sie schließlich ganz geschwunden ist, und das Infiltrat mit seinem oberen Rand die Oberfläche der Schleimhaut erreicht hat.

Rekapitulieren wir kurz die Ergebnisse der Untersuchung des vorliegenden Falles. Wir sehen bei einem Kranken, welcher an hartnäckiger, ausgebreiteter, häufig rezidivierender Schuppenflechte der äußeren Körperdecke leidet, typische Psoriasis-effloreszenzen der Unter- und Oberlippe, welche sich auf das Lippenrot und die Schleimhaut der Mund- und Nasenhöhle kontinuierlich fortsetzen. Wir finden außerdem während einer langen, genauen Beobachtung verschiedene circumskripte Erkrankungsherde der Mundschleimheit, welche sich gleichzeitig mit der Eruption der Psoriasis auf der äußeren Haut einstellen, und ebenso prompt und gleichzeitig nach einer allgemeinen Arsenbehandlung verschwinden. Es besteht noch nebenher eine typische SCHIMMERSche Leukoplakie bei dem stark

rauchenden Patienten, welche unbeeinflusst durch alle therapeutischen Maßnahmen andauernd weiter bestehen bleibt. Andere Krankheiten der Haut wie des Gesamtorganismus, insbesondere Lues liegen bestimmt nicht vor.

War man schon auf Grund dieses klinischen Krankheitsbildes gewiss berechtigt, trotz der übergroßen Seltenheit anderer Beobachtungen mit großer Wahrscheinlichkeit eine echte psoriatische Erkrankung der Mundschleimhaut anzunehmen, so widersprechen dieser Diagnose die Resultate der mikroskopischen Untersuchung nicht nur nicht, sondern sie bestätigen sie geradezu, auch trotz der einen neuen, bei der äußeren Psoriasis bisher noch nicht beobachteten Erscheinung des mächtigen, die Epidermis destruierenden Infiltrates.

Die Parakeratose kann in unserm Fall ja nichts besagen, aus oben erörterten Gründen. Dafs die parakeratotischen Schuppenauflagerungen nicht vorhanden sind, muß infolge der fehlenden Austrocknung und der mechanischen und chemischen reichlichen Ablösung der oberflächlichen epithelialen Schleimhautschichten durchaus erklärlich erscheinen. Dagegen finden wir in der Epidermis das hochgradige interstitielle und parenchymatöse Ödem, die Hypertrophie der Epithelleisten, die Verschmächtigung der suprapapillaren Reteschicht und die spärliche Durchsetzung der Epidermis mit Wanderzellen (Fig. 1).

In der Cutis finden wir gleichfalls ein übermäßiges Ödem, wir finden ferner die Verlängerung und Verschmächtigung der Papillen; wir sehen den ganzen obern Teil der Lederhaut von einem dichten Infiltrat durchsetzt, die Gefäße verbreitert, die Endothelzellen aufgequollen (Fig. 5), die fixen Bindegewebszellen in Vermehrung und Wanderung begriffen.

Auf Grund der histologischen Befunde, der klinischen Symptome, der gleichmäßigen und gleichzeitigen therapeutischen Erfolge, endlich des gesamten Krankheitsverlaufs ist die Diagnose einer echten Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut nicht zu bezweifeln.

Es sind bisher nur äußerst wenige Fälle von Schuppenflechte der Schleimhäute veröffentlicht worden. Ich kann es mir um so eher ersparen, näher darauf einzugehen, als mir mehrere Arbeiten im Original nicht zur Verfügung standen, und als in der neuesten Arbeit über diesen Gegenstand von OPPENHEIM (l. c.) in dieser Zeitschrift die Kasuistik ausreichend gewürdigt ist. Ich möchte hierzu nur noch kurz bemerken, dafs in den Arbeiten von GASKAIN, BULKLEY, HÖLSCHER, QUINCKE u. a. auf das gleichzeitige Vorkommen und den gleichmäßigen Verlauf von Psoriasis-eruptionen und Asthmaanfällen hingewiesen ist, Vorkommnisse, die bekanntlich von einigen Autoren als gemeinsame Folgen des psoriatischen Prozesses gedeutet worden sind.

Ob die in den angedeuteten Publikationen niedergelegten Fälle wirklich echte Schuppenflechtenerkrankungen der Schleimhaut waren, möchte

ich nach meiner Beobachtung bezweifeln, da bei mehreren derselben nur immer von grauen oder weißlichen, glänzenden Flecken der Schleimhaut die Rede ist. Bei meinem Fall lag durchaus immer derselbe einheitliche Befund von scharf begrenzten, erhabenen, schmutzig-gelblichen Effloreszenzen mit rauher, zernagter Oberfläche vor. Auch OPPENHEIM scheint klinisch ganz und gar das Gleiche beobachtet zu haben, wenngleich das seiner Arbeit mitgegebene reproduzierte Farbenbild mit dem, was ich gesehen habe, kaum eine entfernte Ähnlichkeit aufzuweisen hat.

Nunmehr soll versucht werden, für die in den vorgelegten Befunden von der Psoriasis vulgaris der äußeren Haut abweichenden anatomischen Veränderungen eine Erklärung zu geben, sodann vor allem aus den gewonnenen Untersuchungsergebnissen zu den umstrittenen und ungeklärten Fragen des Wesens und der Ätiologie der Schuppenflechte Stellung zu nehmen.

Vorher muß ich übrigens noch bemerken, daß ich weder der erste noch der einzige bin, der das geschilderte mächtige Infiltrat bei der Schleimhautpsoriasis gesehen hat. A. SACK beschreibt im *Intern. Atlas selt. Hautkrankh.*, Lief. IX, Taf. 27, Nr. 2 (zit. nach KUZNETZKY, l. c., S. 419) einen Fall von Schuppenflechte der Conjunctiva des unteren Augenlides, bei dem er histologisch starke Hyperämie der Submucosa mit konsekutiver Bildung von dichten Infiltrationsmassen in derselben fand. Er macht für die bei einer relativ rezenten Psoriasis „auffälligen dichten Infiltratmassen“ mechanische Insulte, wie Reiben und Drücken wegen des Fremdkörpergefühls, verantwortlich.

Wir haben gesehen, daß im vorliegenden Fall das Atypische im wesentlichen erstens in der Mächtigkeit des aus Lymphocyten, aus spindel- und netzförmigen, schwer abgrenzbaren, hellkernigen Zellen, aus spärlichen Leukocyten und Riesenzellen und aus einem übermäßigen Ödem gebildeten Infiltrates, und zweitens in der hochgradigen Infiltrierung und Auflösung des Epitheliums bis zu dessen völliger Zerstörung gegeben war.

Für einen derartigen pathologischen Prozeß ist meiner Ansicht nach gemäß unseren heutigen Anschauungen keine andere charakteristische Bezeichnung zulässig, als die einer chronischen Entzündung des Gewebes.

Von den Gegnern dieser Auffassung ist der Einwand erhoben worden, daß, abgesehen von den fehlenden klinischen Symptomen des Calor und Dolor, gegen die entzündliche Natur der Schuppenflechte das Intaktbleiben des Epithels im ganzen und die fehlende Gefäßexsudation sprächen.

Zu dem Mangel der genannten klinischen Symptome bemerkt UNNA (Histopathologie, S. 266) mit Recht: „So lange man von einer chronischen Entzündung dieselben Kriterien verlangt wie von der akuten, nämlich (außer der Röte) Schmerz, Hitze und Funktionsstörung, ist man sicher berechtigt, die Psoriasis trotz der Röte und des histologisch stets nachweisbaren Zellinfiltrates der Otis, nicht zu den Entzündungen zuzulassen. Da für uns der Begriff der Entzündung aber allein schon mit dem des

chemotaktisch angelockten Exsudates gegeben ist, und da dieses sowohl ein parenchymatöses wie interstitielles sein kann, so ist jede Erkrankung, deren Grundveränderung sich als Parakeratose darstellt, auch eine Entzündung.“

Sowohl um auf einfache und einwandsfreie Weise die jeder Psoriasis zugrunde liegende Gewebsveränderung als eine entzündliche zu beweisen, wie vor allem um die abweichenden Besonderheiten meines Falles leicht erklären zu können, sehe ich mich genötigt, in dem vollen Bewußtsein, den Lesern dieser Zeitschrift an sich nur bereits Bekanntes zu bringen, einige Angaben aus der neueren Auffassung über den Entzündungsbegriff vorzubringen.

Nach RIBBERT⁶ unterscheidet man bei der Entzündung exsudative Vorgänge an den Gefäßen und proliferative an diesen und am fixen Gewebe. „An die Exsudation (flüssige und zellige) schließt sich Proliferation der fixen Elemente, vor allem der Endothelien der Saftspalten, Lymph- und Blutbahnen und der verschiedenen fixen Bindegewebszellen, in geringerem Umfange auch anderer Zellen, wie der Epithelien, an. Alle die genannten Zellformen, besonders aber die Leukocyten und Endothelien, sind Phagocyten.“ — „Man findet neben den sich vergrößernden Zellen mit länglicher Gestalt und längerem dunkleren Kern (Bindegewebszellen) auch solche mit einem großen, sehr hellen, rundlich ovalen Kern, dessen zugehöriges Protoplasma sich nicht immer gut zur Zelle abgrenzen läßt. Diese Gebilde wird man als Endothelien deuten müssen. In weichen, saftspaltenreichen Geweben sieht man sie zahlreicher, als in derben, faserigen.“

„Bald entsteht die Entzündung rasch und verläuft ebenso (akute, exsudative Entzündung), bald langsam (chronische Entzündung), die nicht proliferierend ist, bald geht aus einer rasch entstandenen eine chronisch verlaufende hervor.“ — „Eine Unterscheidung der Entzündungserscheinungen nach den veranlassenden Momenten ist nicht durchführbar. Zwar beeinflusst die verschiedene ätiologische Einwirkung das Gewebe mit Vorliebe in bestimmten Richtungen, ruft also vorwiegend Exsudat und Emigration mit wechselnden Eigentümlichkeiten oder beides zugleich hervor. Aber je nach der Intensität der Entzündungserreger und je nach der Empfänglichkeit des Körpers kann das Verhalten des Gewebes auch ein anderes sein, so daß z. B. statt Exsudation hauptsächlich Wucherung eintritt.“ — „Manche Formen (z. B. die eitrigen) können wir meist nur kurz nach ihrem Beginn, die anderen (z. B. die tuberkulösen) gewöhnlich erst im späteren Verlauf untersuchen. Deshalb herrscht dort die Exsudation, hier die Proliferation vor.“ — „Je länger die Entzündung bereits dauert, um so mehr treten in den Bezirken, in denen nicht, bei weiter wirkender Entzündungsursache, das Exsudat und die Emigration sich ausdehnt, sinkernige Rundzellen auf.“

Exemplifizieren wir von diesen allgemein pathologischen Tatsachen auf den vorliegenden Fall, so sehen wir die Gefäßexsudation zurücktreten, wenigstens rücksichtlich der cellulären Elemente; denn die Leukocyten sind nur sehr spärlich vertreten. Aber das ist ja eben ein Charakteristikum vieler chronischen Entzündungen, weil die weißen Blutzellen bei längerer Dauer des entzündlichen Prozesses zerfallen und resorbiert werden.

⁶ RIBBERT, *Lehrb. d. pathol. Histol.* S. 49 u. f.

So sehen wir auch noch in den zentralen und doch wohl älteren Partien des Infiltrates zahlreiche Kernbröckel liegen, deren Herkunft natürlich nicht mehr festzustellen ist, die sich aber wohl von zerfallenen Leukocyten herleiten können. An ihre Stelle sind einkernige Rundzellen getreten. Auch diesen Umstand hebt RIBBERT als besondere Eigentümlichkeit länger bestehender Entzündungen hervor. Die flüssige Exsudation fehlt aber nicht nur nicht, es besteht vielmehr ein weit ausgebreitetes, übermächtiges Ödem des ganzen Krankheitsbezirkes und eine starke Erweiterung sämtlicher Gefäße.

Wir können deshalb KROMAYER nicht zustimmen, wenn er die Psoriasis im pathologischen System unter die Ernährungsstörungen rubriziert und sie als eine Hypertrophie der Parenchymhaut auffasst, deren eigenartiger Charakter als „Schuppenflechte“ durch die zahllosen Wanderzellen, die das Epithel durchsetzen und die Hornhautbildung verhindern, bedingt wird; wenn er weiter sagt: „Den primären Prozeß in der Cutis vasculosa näher zu bezeichnen, scheint mir nicht möglich, da wir in der Pathologie bislang keine Bezeichnung haben für Prozesse, deren histologischer Charakter wohl entzündungsähnlich genannt werden kann, deren klinischer jedoch diese Bezeichnung als fehlerhaft erscheinen läßt.“

Es sind nun die Ursachen zu erklären für den großen Unterschied, der zwischen der Schuppenflechte der äußeren Haut und meinem Fall von Schleimhautpsoriasis in der passiven Beteiligung des Epithels und der übermächtig aktiven der Lederhaut gegeben ist.

Man könnte versucht sein, die Ursache darin zu suchen, daß der psoriatische Prozeß der äußeren Haut, zumal in Anbetracht der wenig heftigen, chronischen Entzündungsvorgänge, selber eine schützende Decke schafft durch die rege Epithelproliferation, durch die schnelle Austrocknung der fettarmen Epidermiszellen, und durch die Auftürmung der fest zusammenhängenden, luftgefüllten, lockeren Schuppenmassen, eine feste und poröse Decke, welche die Verdunstung des gesteigerten Exsudationstromes nicht hindert und doch äußere Insulte mancherlei Art fernzuhalten imstande ist.

Wie ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Mundschleimhaut. Es fehlt hier die Austrocknung des Epithels und damit, und wie oben bereits hervorgehoben, auch aus anderen Gründen die schützende Schuppenbildung. Dem von unten her seine epithelzerstörende Wirkung entfaltenden Entzündungsprozeß kommt vielleicht von oben die auflösende, verdauende Kraft des Speichels, ähnlich der Selbstverdauung des Magens, zu Hilfe, welche normalen Epithelien gegenüber zwar ohnmächtig sein mag, jedoch die gelockerten, ödematös durchtränkten Oberhautzellen zu destruieren wohl imstande sein kann. Außerdem bedenke man die zahlreichen mechanischen, thermischen und chemischen Insulte, denen die Schleimhaut beim Kauen, Schlucken und Sprechen ausgesetzt ist.

Mag nun dieser Versuch einer Erklärung aus äußeren Verhältnissen für den Unterschied der psoriatischen Erkrankung der Haut und Schleimhaut annehmbar erscheinen oder nicht, für die Entstehung des vorliegenden pathologischen Prozesses gibt es wohl noch plausible Ursachen.

Gewiss erscheint es berechtigt, auch hierfür die geschilderten äußeren Verhältnisse der Schleimhaut in Erwägung zu ziehen. Aber wenn sie ohne Zweifel auch mit tätig sind; zu einer genügenden Erklärung reichen sie wohl nicht aus; denn einer Erklärung, die sich nur auf diesen einen Umstand stützte, widerspräche der gleichmäßige, anhaltende, sich stets gleichbleibende klinische wie histologische Charakter der Erkrankungs-herde. Wenn wir in meinem Fall auch mikroskopisch geradezu die Erscheinung eines abscedierenden Infiltrates finden, so bleiben doch die Eruptionen wochen- und monatelang als kompakte, nach oben glatt und fest begrenzte Herde bestehen, sie erweichen nicht und heilen glatt und ohne sichtbare Narbenbildung ab. Bei einer banalen, sekundären Bakterieninfektion müßte man aber gewiss häufiger akutere, heftigere und destruirendere Vorgänge erwarten.

Dafs dem nicht so ist, trotz der andauernden Entzündung des der schützenden Epitheldecke beraubten Coriums, muß geradezu auffällig und merkwürdig erscheinen. Möglich, dafs akutere Prozesse auch tatsächlich vorkommen und nur bisher wegen der Seltenheit der Erkrankung nicht beobachtet wurden.

Aber sowohl hierfür, wie gleichzeitig für die neuen histologischen Erscheinungen im Bilde der Psoriasis scheint es mir eine glaubwürdige Erklärung zu geben. Ich fand sie zufällig in MILLERS' Arbeit über: „Die relative Immunität der Mundgebilde gegenüber parasitären Einflüssen.“

Es heißt dort: „Bei den Erkrankungen der Weichteile des Mundes ist es nicht unwahrscheinlich, dafs die Phagocytose eine sehr wichtige Rolle spielt. HUGENSCHMIDT erzielte im Laboratorium von METSCHNIKOFF Resultate, welche den Schluss rechtfertigen lassen, dafs der Speichel positiv chemotaktische Eigenschaften besitzt. Wenn man Kapillarröhren, die an einem Ende zugeschmolzen sind, mit Speichel füllt, und Kaninchen oder Meerschweinchen usw. unter die Haut oder in die Bauchhöhle einführt, wird das offene Ende in wenigen Stunden mit einem dichten, 1—2 mm dicken Pflöck von Phagocyten ausgefüllt. Aus diesen Versuchsergebnissen läßt sich der Schluss ziehen, dafs bei offenen Wunden im Munde Phagocyten in großer Zahl von dem Speichel oder von den in demselben enthaltenen Bakterien herangelockt werden können . . . Die Gesamtergebnisse, welche ich bis jetzt erhalten habe, lassen den Schluss gerechtfertigt erscheinen, dafs die im Munde vorhandene Schutzwirkung nicht

¹ Deutsche Monatschr. f. Zahnheilkde. XXI. Jahrg. 8. Heft. S. 395.

durch irgendwelche antiseptische Wirkungen von seiten des Speichels, sondern durch das Phänomen der Phagocytose, durch den Kampf ums Dasein und wahrscheinlich durch gewisse, in den Weichteilen vorhandene, bis jetzt nicht näher untersuchte Schutzkörper bedingt wird.“

Aus diesen Tatsachen folgt erstens: das wie bei anderen Epitheldefekten der Mundschleimhaut, so auch bei den durch den psoriatischen Prozess veranlassten, eine banale Bakterieninfektion der epithelberaubten Cutisbezirke lediglich durch Phagocytose verhindert werden kann.

Zweitens: wenn die parasitäre Theorie von der Entstehung der Psoriasis vulgaris richtig ist, dann erklären die geschilderten Phänomene der Phagocytose die große Seltenheit der Schuppenflechte der Mundschleimhaut.

Drittens: umgekehrt deduziert, ist die große Seltenheit der psoriatischen Erkrankung der Mundschleimhaut ein Beweis für ihre parasitäre Natur.

Die vorliegenden histologischen Befunde der Schleimhautschuppenflechte, wie die oben von MILLER angeführten Tatsachen finden eine wirkungsvolle Stütze in gewissen allgemeinen anatomischen und physiologischen Verhältnissen der Mundschleimhaut.

„Von Zellen finden sich in den Papillen und dem lockeren Bindegewebe der Mundschleimhaut eigentümliche Formen, platte, verästelte Zellen mit zartem Protoplasma, welche sich den Bindegewebsbündeln anschmiegen, ferner namentlich längs der Blutgefäße basophile Körnerzellen (Mastzellen), endlich Leukocyten, welche mehr vereinzelt durch die ganze Schleimhaut, zahlreicher an der Oberfläche vorkommen.“ (KÖLLIKER l. c.) Wenn dies bereits in der Norm der Fall ist, um wieviel mehr bei krankhaften Zuständen. Das wir gerade im Infiltrat verhältnismäßig wenig Leukocyten finden, erscheint wegen der langen Dauer des entzündlichen Prozesses erklärlich.

In RIBBERTS *Lehrb. d. pathol. Histol.* Bd. I. S. 106 u. f. lesen wir: „Die netzförmige Binde substanz ist sehr verbreitert und findet sich als Stütz- und Umhüllungssubstanz . . . an bestimmten Stellen von Schleimhäuten . . . Kommen in den Maschenräumen der netzförmigen Binde substanz lymphoide Zellen in größerer Menge vor, so entsteht die lymphoide Substanz von HIS oder die cytogene Substanz von KÖLLIKER (s. oben), wie sie in den Balgdrüsen aller Art und in gewissen Schleimhäuten vorkommt . . . Die Schleimhaut ist von ähnlichem Bau wie die Lederhaut, nur weicher, zum Teil ermangelt sie des fibrillären Bindegewebes und besteht aus einer netzförmigen oder cytogenen Binde substanz in verschiedenen Formen.“

Wir ersehen hieraus, daß die Schleimhaut schon in der Norm ein sehr zellreiches Gewebe besitzt. Da nun die Lymphocyten nach RIBBERT bei einer Entzündung meist an den Stellen liegen, an denen schon normalerweise kleine Bezirke lymphatischen Gewebes vorkommen, da ferner die Mundschleimhaut auch überreich mit Lymphgefäßen und -spalten ausgestattet ist (KÖLLIKER), und die Endothelien besonders leicht proliferieren, so ist aus diesen normalen und physiologischen Tatsachen sowohl die oben geschilderte MILLERSche Phagocytose erklärlich, wie auch das Aussehen und der Charakter des in meinem Fall vorhandenen Infiltrates.

Zum Schluß sei endlich noch auf die Entstehungsursache der Psoriasis vulgaris an der Hand meines Falles näher eingegangen.

Ernsthaft kommen heute wohl nur zwei ätiologische Theorien in Betracht: die neuropathische und die parasitäre.

Forscht man nach den Beweisen der Anhänger der erstgenannten Theorie, so sind sie insgesamt wenig überzeugend. Vielfach wird eine nervöse Entstehungsursache, wie bei manchen anderen bisher noch unangeklärten Erkrankungsprozessen der Haut, nur aus dem Grunde als wahrscheinlich angenommen, weil man keine sonstigen sicheren Erklärungen anzugeben weiß. Die Beweise bestehen gewöhnlich nur in Widerlegungen anderer Theorien. Oder es wird behauptet, daß die landläufige Annahme von dem allgemeinen guten und robusten Gesundheitszustande der Psoriater nicht zutreffend wäre, daß vielmehr häufig Störungen mannigfachster Art im Nervensystem speziell während des Eruptionsstadiums der Schuppenflechte vorkämen (POLOTEBNOFF, KUZNITZKY). BOURDILLON verwertet im gleichen Sinne die gleichzeitigen Gelenkaffektionen (nach BESNIER nur 5 % der Fälle).

Nimmt man die neuropathische Ätiologie als zutreffend an, dann muß sich die Frage erheben, in welcher Weise eigentlich die ursächlichen nervösen peripheren oder zentralen Störungen die Psoriasis-effloreszenz anatomisch zustande bringen.

Wir glauben bewiesen zu haben, daß der psoriatische Prozeß histologisch nur als eine chronische Entzündung aufgefaßt werden kann. Sehen wir darum zu, was die Pathologen von entzündlichen Prozessen auf neurotischer Basis lehren.

BIRCH-HIRSCHFELD sagt in seinem *Lehrb. d. pathol. Anat.* Bd. I. S. 117. V. Aufl.: „Man hat die neurotischen Entzündungen mit der Läsion trophischer Nervenbahnen in Beziehung gebracht, dagegen aber auch betont, daß die Nervenstörung für die Genese der hierher gerechneten Entzündungen nur als indirekte Ursache mitwirkt, indem die Exsudation erst durch Schädlichkeiten hervorgerufen werde, deren Einwirkung infolge der gestörten Nerventätigkeit erleichtert wird. In der Tat wird man von einer Nervenläsion als Entzündungsursache wohl nur in dem

Sinne reden dürfen, als erstere eine erhöhte Disposition bewirkt, indem durch Lähmung (und Reizung?) in bestimmten Nervenbahnen eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen entzündungserregende Schädlichkeiten bewirkt wird.“

Eine in diesem Sinne entzündungswirkende Ursache kann meiner Meinung für die Psoriasis unmöglich in Frage kommen. Denn dazu ist das gesamte Krankheitsbild und die anatomische Struktur wie der Verlauf der einzelnen Effloreszenzen zu gleichmäßig und abgeschlossen. Wenn die supponierte Nervenläsion nur die gelegentliche Ursache für das rein vom Zufall abhängige Auftreten entzündlicher Prozesse irgendwelcher Provenienz bilden sollte, dann müßten wir buntere, verschiedenartigere pathologische Prozesse unter den Eruptionsformen finden; es müßten doch wenigstens ab und zu einmal akutere, heftigere Manifestationen in die Erscheinung treten. Oder man müßte in Anbetracht der in gewissem Sinne stets gleichmäßigen, chronischen, indolenten Psoriasis-effloreszenzen neben der hypothetischen Nervenläsion, als dem eine erhöhte Disposition schaffenden Faktor, noch eine stets gleiche ursächliche Schädlichkeit annehmen. Für eine derartige Schädlichkeit könnte aber, unter Berücksichtigung sämtlicher für die Psoriasis in Frage kommender Verhältnisse, nach unserem heutigen Wissen nichts anderes angesprochen werden, als eine parasitäre Infektion von spezifischem Charakter.

Noch ein anderer Entstehungsmodus von Entzündungen auf nervöser Basis ist denkbar, welcher nicht indirekt nur eine erhöhte Disposition für die Wirksamkeit entzündungserregender Schädlichkeiten aller Art schafft, welcher vielmehr direkt durch die gestörte Nervenfunktion das Gewebe alteriert und entzündlich verändert. Hierzu erklärt BIRCH-HIRSCHFELD (l. c. S. 120): „Aus dem bisher Besprochenen geht hervor, daß als innere Ursachen für die Entzündung und für die mit ihr verknüpfte Zellneubildung in erster Linie passive Läsion der Gewebe und Gefäße klar erkennbar sind, während primäre Nervenreizung und direkt formative Zellreizung nur für gewisse, in ihren ursächlichen Beziehungen noch ungenügend erkannte als hypothetische Entzündungsursachen gelten können.“

Es ist also nicht nur die neuropathische Entstehungsursache der Psoriasis immer noch gänzlich unbewiesen, sondern es ist nach den obigen Ausführungen durchaus fraglich und hypothetisch, ob entzündliche, proliferative Vorgänge, etwa vom Charakter der Schuppenflechte, primär und direkt durch anormale Nerveneinflüsse überhaupt entstehen können.

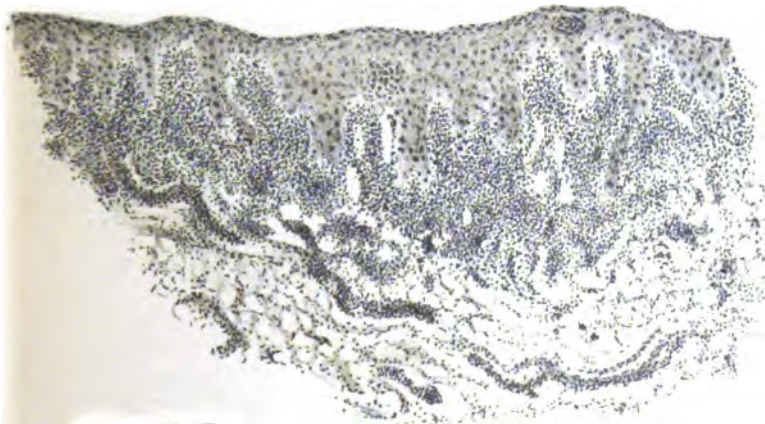
Somit kämen wir dann auf die parasitäre Theorie von der Entstehung der Psoriasis. Es ist nicht meine Absicht, hier die verschiedenen Gründe und Gegenstände kritisch zu beleuchten; es soll nur darauf hingewiesen werden, daß trotz der vielleicht noch nicht erbrachten positiven Beweise

Fig. 1.



Oc. 2. Obj. III.

Fig. 2.



Oc. 2. Obj. III.

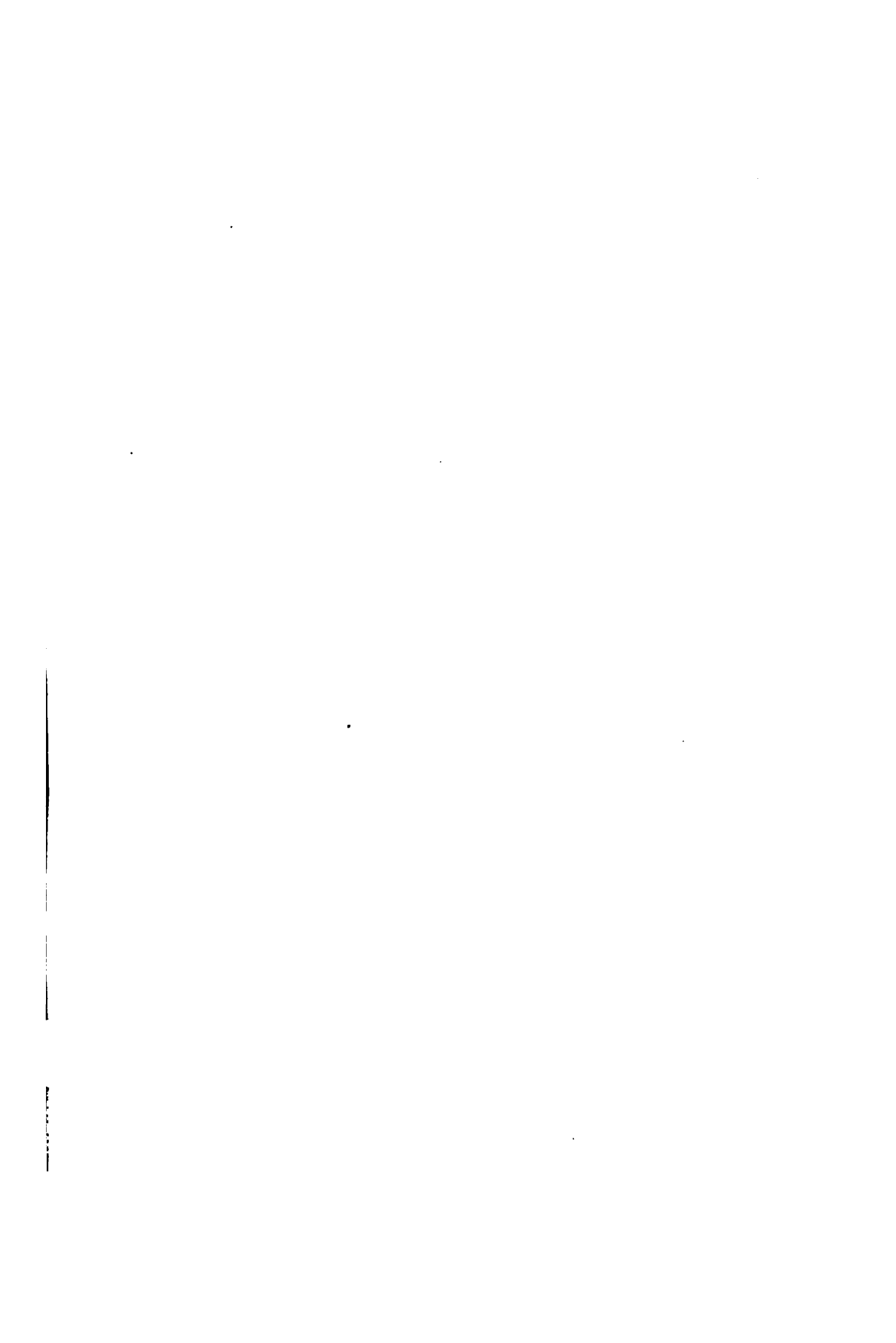
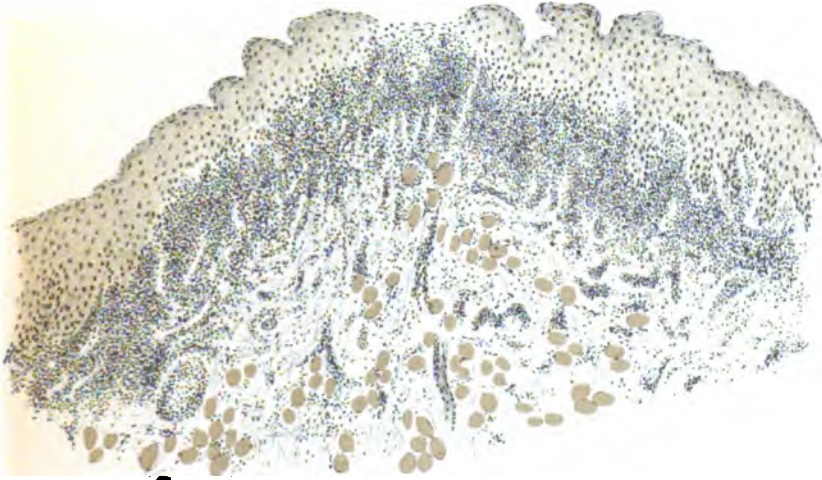
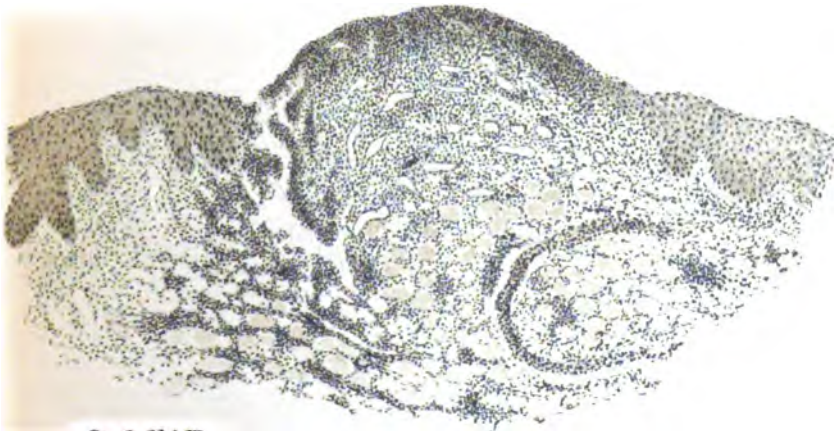


Fig. 3.



Oc. 2. Obj. III.

Fig. 4.



Oc. 2. Obj. III.

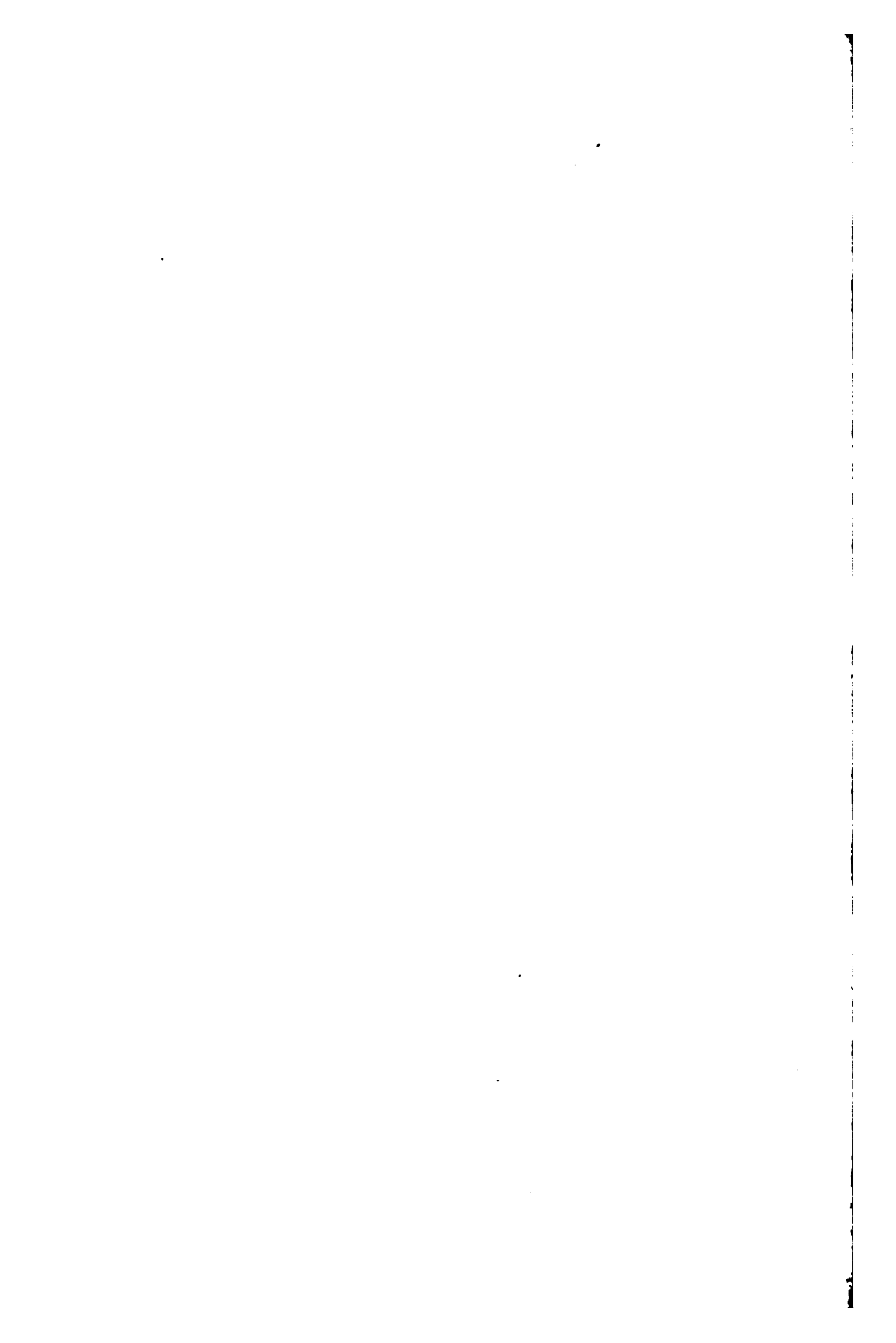
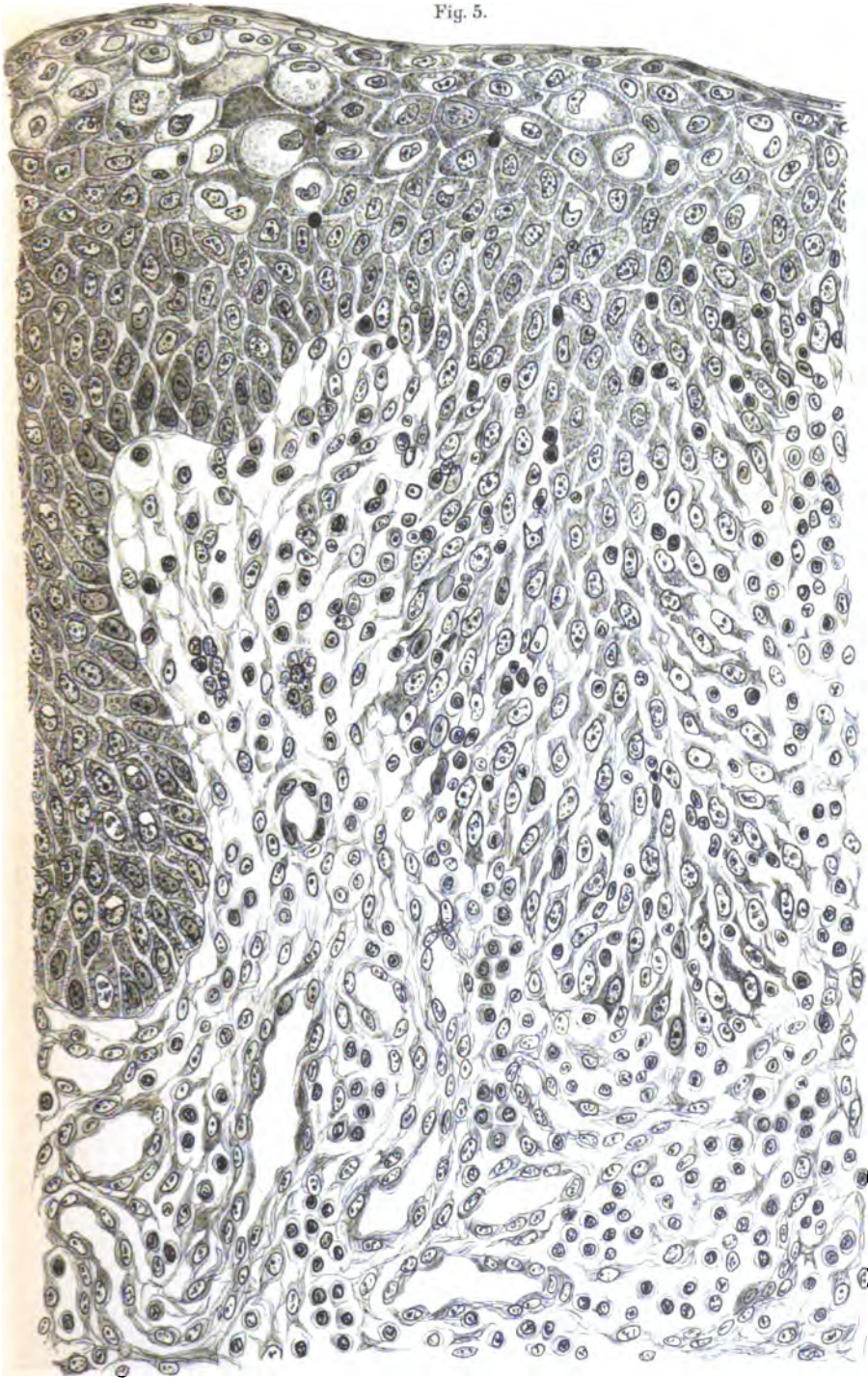


Fig. 5.



Ob. Jm. Oc. 1.

A. Kiehnner gez.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg, Leipzig, Bonn.

Im Anst. f. d. Kinderklinik zu

(vielleicht UNNAS Morokkokken) nicht einzusehen ist, weshalb es nicht eine langsam wirkende, an sich wenig giftige, nicht stets, sondern nur gelegentlich bei irgendwie gegebener Prädisposition und Prädilektion zur Geltung gelangende, parasitäre Ursache mit Produktion wenig oder gar nicht dem Organismus schädlicher Stoffwechselerzeugnisse geben sollte, welche die Schuppenflechterkrankung veranlasst. Wirklich stichhaltige Gegenbeweise klinischer oder anatomischer Art sind aus den Symptomen und Befunden bei Psoriasis der Haut noch nicht erbracht. Und der vorliegende Fall von Schleimhautschuppenflechte spricht nicht nur nicht dagegen, sondern es zeugen die genannten abweichenden Befunde unter Berücksichtigung der auf Grund der MILLERSchen Arbeit gefolgerten Deduktionen eher dafür.

Und so glaube ich schliessen zu sollen, daß das pathologische Bild des beschriebenen Falles anatomisch am ersten mit der Theorie vom entzündlichen Charakter und ätiologisch am meisten mit der Annahme eines parasitären Ursprunges der Psoriasis vulgaris in Einklang zu bringen ist.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Dicker Cellojidschnitt vom äußersten Rand des ersten, älteren Herdes, Färbung nach v. GRISON, LERTZ Ok. 2, Obj. III: sehr ähnlich der äußeren Psoriasis vulgaris, Verbreiterung und Ödem der Parenchymhaut, Hypertrophie der Epithelsapfen, Verschmälerung des suprapapillären Rete, Rundzelleninfiltrat der Cutis, Verlängerung und Verschmächtigung der Papillen, erweiterte Lymphspalten.

Fig. 2. Feinerer Paraffinschnitt (10 μ) von mehr peripheren Teilen der zweiten, jüngeren Efflorescenz, Färbung und Vergrößerung wie Fig. 1: interstitielles und parenchymatöses Ödem der Epidermis, Epithelsellen aufgequollen und verwaschen, Fortschreiten des Infiltrates auf die Epidermis, beginnende Auflösung derselben, mächtiges Cutisinfiltrat, erweiterte Gefäße und Lymphspalten.

Fig. 3. Zentraler gelegen, sonst wie Fig. 1: Epithelvorsprünge größtenteils zerstört, im Zentrum kleiner Durchbruch des Infiltrates durch das Epithel, parallele Anordnung der infiltrierten, von erweiterten Lymphspalten begrenzten, kollagenen Bündel.

Fig. 4. Zentralschnitt, sonst wie Fig. 2: mächtiges, in weitem Umfang an die Oberfläche reichendes, emporgewölbtes Cutisinfiltrat mit scharfer Oberflächenbegrenzung.

Fig. 5. Sehr dünner Paraffinschnitt (5 μ), Färbung mit HEIDENHAIN'S Eisenhämatoxylin, LERTZ Ölimmersion $\frac{1}{12}$, Ok. 1: linker Epidermiszapfen wenig ödematös, mit gut erhaltenen Epithelfasern und scharfer Abgrenzung gegen die Cutis, rechts starkes Ödem, keine Interellularbrücken, erweiterte Saftspalten, beginnende Infiltration derselben, ungenaue Begrenzung, frei vorspringende Basalzellen, hochgelegene Mitosen, Endothelien aufgequollen und proliferierend, Riesen-, einkernige Rundzellen und Leukocyten, erweiterte Lymphspalten, oben in der Epidermis bläschenförmig aufgequollene, ödematöse Epithelien, daneben geschrumpfte Kerne.

Der therapeutische Wert des „Arhovin“ als Antigonorrhöikum, Harndesinfiziens und Prophylaktikum.

Von

Dr. J. ARNOLD GOLDMANN - Wien.

Unter den vielen Krankheiten, an welchen die Menschen zu leiden haben, dürfte die Gonorrhöe mit ihren Komplikationen wohl so ziemlich die verbreitetste sein, und daher wird es auch erklärlich sein, daß zur Heilung derselben so mannigfache Behandlungsarten und so vielerlei therapeutische Hilfsmittel ins Treffen geführt werden. Die interne, medikamentöse Behandlung derselben dürfte so althergebracht sein, als die Erkrankung selbst, und hat seither immer noch auch in ärztlichen Kreisen ihre Verfechter gefunden. Die große Verbreitung der Gonorrhöe findet zu nicht geringem Teile ihre Ursache auch darin, daß sie in Laienkreisen nur zu oft als eine ziemlich harmlose, ungefährliche und bald vorübergehende Erkrankung angesehen und in vielen Fällen ärztliche Hilfe erst dann in Anspruch genommen wird, wenn der gonorrhöische Prozeß schon gewisse Dimensionen erreicht und den Kranken sich in schmerzhaft lästiger Weise bereits empfindlich bemerkbar gemacht hat. Andererseits kommt es erfahrungsgemäß aber auch sehr häufig vor, daß aus verschiedenen Gründen in unzähligen Erkrankungsfällen eine völlige Ausheilung noch gar nicht erreicht wurde und es demzufolge zur Infektion weiterer Personen in unbestimmbarer Anzahl kommen konnte.

So wie jede andere Erkrankung, kann auch die Gonorrhöe nicht schematisch behandelt werden, und bleibt es immer Sache des behandelnden Arztes, zu individualisieren. Viele Kranke tolerieren beispielsweise schon die so einfache Lokalbehandlung mittels Injektion nicht, viel weniger etwa eine Sondenbehandlung, wie sie von mancher Seite mit Vorliebe geübt wird, abgesehen von den durch die lokale Behandlung oft genug hervorgerufenen Reaktionszuständen, welche nicht nur den behandelnden Arzt irritieren, den Kranken belästigen, auch den Heilgang niemals fördern. Die einfachste, weil schonendste und Komplikationen hintanhaltende Behandlung wäre wohl die intern medikamentöse, und vorausgesetzt, daß sie uns Gewähr zur einwandfreien Heilung bietet, auch die akzeptabelste, wenn nicht die praktische Erfahrung zeigte, daß in vielen Fällen neben dieser internen doch auch noch eine lokale Behandlung unumgänglich notwendig wird.

Mit dem Namen „Arhovin“ bezeichnet, findet seit einiger Zeit ein Antigonorrhöikum in der Therapie Eingang, welches beiden Indikationen, sowohl der internen, als auch der externen Behandlung, entspricht. Es ist ein Additionsprodukt stark wirkender Antiseptica, des Diphenylamins und der Thymylbenzoesäure (esterifiziert) und doch vollständig ungiftig, ein zuverlässiges Harndesinfiziens von hoher antibakterieller Wirkung, in Wasser unlöslich, leicht löslich dagegen in Alkohol, Äther, Chloroform und Öl.

Die von Dr. BURCHARD und Dr. SCHLOCKOW in Berlin vorgenommenen Untersuchungen (*Medizinische Woche*, 1903, Nr. 48) ergaben, daß „Arhovin“ sehr rasch — etwa nach 15 Minuten — vom Magen aus resorbiert und in gänzlich veränderter, bisher noch nicht genau bestimmter Form durch den Harn ausgeschieden wird; eine 1%ige Eisenchloridlösung wird dunkelgrün gefärbt. Der nach Einnahme von „Arhovin“ ausgeschiedene Harn ist imstande, die Entwicklung von Reinkulturen vollständig zum Stillstand zu bringen und in stark bakterienhaltigem Trinkwasser die Weiterentwicklung der Bakterien sofort zu unterbrechen. Es ist sonach außerordentlich bakterizid. Diese Eigenschaft tritt erst durch Umwandlung im Organismus ein, da das unveränderte Präparat, weil im Wasser unlöslich, als direktes Desinfiziens nur in gewissem Sinne gelten kann. Der hohe desinfizierende Wert des „Arhovin“ wird durch seine innerliche Darreichung wesentlich erhöht, da dasselbe bezw. dessen Umwandlungsprodukt andauernd den Harn, welcher mit letzterem also beladen wird, säuert, rasch klärt, ihn bakterizid macht und einerseits hierdurch die Lebensbedingungen der Eiterbakterien unterbindet, andererseits die Bakterien selbst in der Weiterentwicklung hemmt und sie schließlich zum Absterben bringt. Das „Arhovin“ wirkt auf diese Weise sterilisierend.

Weiteres berichten BURCHARD und SCHLOCKOW, an anderer Stelle auch REINER (*Socialärztliche Presse*, II. Jahrg., Nr. 6), auch über ihre Erfahrungen, welche sie mit dem Präparate bei der therapeutischen Verwendung an Kranken gesammelt haben. Auf Grundlage dieser, sowohl auf experimenteller, als auch auf praktischer Beobachtung gesammelten Ergebnisse fand das Präparat Anklang in der Therapie und wird zurzeit schon vielfach verwendet.

Im Initialstadium der akuten Gonorrhoe mit den Erscheinungen schmerzhafter, hyperämisch entzündlicher Schwellung der Mucosa urethrae soll erfahrungsgemäß lokal überhaupt nicht behandelt werden, weil durch adstringierende Injektionen fast regelmäßig potenzierte Reaktionsentzündung, gesteigerte Schwellung und Zunahme der Schmerzhaftigkeit eintritt. Die ersten Versuche mit „Arhovin“ machte ich deshalb vorerst in solchen Fällen, in welchen ganz akute gonorrhöische Erkrankungen ohne Verzögerung in meine Behandlung kamen, und da habe ich die Wahrnehmung

machen können, daß bei Verabreichung von dreimal täglich je 0,25 g (in Gelatinekapseln) schon am dritten Tage der qualvoll lästige Tenesmus verschwunden und auch die sonstigen Begleitbeschwerden auffällig gemildert waren, die Sekretion wohl zumeist vermehrt, aber dünnflüssiger geworden, der Harn leicht abgängig, koplöser, noch ziemlich trübe, aber bereits deutliche saure Reaktion zeigte. Die Entzündungserscheinungen waren erst in geringem Maße gemildert. Ich verordnete nunmehr viermal täglich je 0,25 g „Arhovin“ innerlich zu nehmen, und zwar weitere drei Tage lang. Nach Ablauf dieser Zeit fast ausnahmslos gebesserter Befund bei vollständigem Ablauf des Reizstadiums. Jetzt erst schritt ich in einigen Fällen zur kombinierten Arhovinbehandlung. Ich liefs anfangs täglich, je nach gegebener Indikation, 1—2 Arhovinbacillen (Arhovin 0,05, Ol. Cacao 1,00 g) einführen und außerdem 4—5 Arhovinkapseln innerlich nehmen. Das Einführen der Stäbchen geht ganz leicht, und die Kranken werden damit besser fertig als mit der Applikation von Injektionen, welche, wie aus Erfahrung bekannt, nur von geübten Patienten erwünscht richtig ausgeführt werden. Nach Angabe aller Patienten verursachen die Stäbchen, besonders in den ersten Tagen, ein ganz empfindliches, aber immerhin erträgliches Brennen von etwa einer halben Stunde Dauer, der Schmerz klingt aber während dieser Zeit allmählich ab und wird dann kaum mehr empfunden. Es erfolgt darauf alsbald vermehrtes, aber zwang- und schmerzloses Harnlassen, worauf sofortige Erleichterung eintritt. In der Regel kam ich mit dieser Behandlungsart ziemlich gut aus und konnte in den meisten Fällen nach 5—6 Wochen einwandfreie, komplikationslose Heilung konstatieren. In einigen hartnäckigen Fällen liefs ich täglich 3—5 Arhovinstäbchen einführen und 5—6 Arhovinkapseln intern nehmen. Nach Ablauf von 7—9 Wochen waren auch diese gut ausgeheilt, nur in einem Falle kam eine durch einen anstrengenden Fußmarsch selbstverschuldete Hodenentzündung als Komplikation vor, welche drei Wochen lang bettlägerig behandelt wurde. Während dieser Zeit wurde „Arhovin“ weder intern, noch extern verwendet. Nach Wiederaufnahme der Behandlung trat nach beiläufig zehnwöchentlicher Behandlung vollständige Heilung ein. Die hier angeführten Fälle betreffen ausschließlich solche mit akuter gonorrhöischer Urethritis anterior.

In subakuten Fällen, namentlich in solchen, welche zumeist verspätet in ärztliche Behandlung kamen, konnten mit kombinierter (interner und externer) Arhovinbehandlung in mehreren von mir beobachteten und genau kontrollierten Fällen in unterschiedlicher Zeit von 5—8 Wochen einwandfreie und komplikationslose Heilungen konstatiert werden.

Aber auch in chronischen Fällen der Gonorrhoe in ihren bekanntesten Formen und Varietäten als Urethritis posterior mit Einbeziehung der Prostataerkrankung, Strikturen usw. hat sich mir „Arhovin“ als verläßlich gutes Mittel erwiesen. Abgesehen davon, daß seine interne Ver-

wendung zur Linderung und Behebung der Begleitbeschwerden gute Dienste leistet, eignet es sich zur Lokalbehandlung, ohne welche einer chronischen Gonorrhoe überhaupt nicht beizukommen ist, gewissermaßen spezifisch, und ich bin nach den Erfolgen in den von mir behandelten Fällen in der Lage, anzuführen, daß diese Therapie, ohne durch eine andere substituiert werden zu müssen, vollkommen ausreichte, um diesen bekannt langwierigen Krankheitsprozeß zur befriedigenden Anheilung zu bringen. Die Erklärung für seine gute Wirkung liegt wohl darin, daß „Arhovin“ in Wasser völlig unlöslich, dagegen in Öl leicht löslich ist, wodurch seine an sich schnelle Resorption noch wesentlich erhöht wird. Während in die Urethra eingeführte wässrige Lösungen der sonst üblichen Antigonorrhoeica zwar ebenfalls resorbiert werden, gleichzeitig aber auch rein mechanisch adstringierend wirken und gerade dadurch gewissermaßen die kleinsten Fältchen der Mucosa verschließen, ermöglicht dagegen die Lösung des „Arhovin“ in Oliven- oder Kakaool eine völlige Glättung der Schleimhaut und die Möglichkeit der Absorption des Präparates auf ihrer ganzen inneren Fläche. Es zeigt somit neben seiner adstringierend-desinfizierenden Eigenschaft auch eine gute, fast schmerzlose Tiefenwirkung, worauf es bekanntlich bei der Behandlung gonorrhöischer Prozesse, insbesondere solcher chronischer Form, doch hauptsächlich ankommt, um positive Heilerfolge erreichen zu können, und ist nach dieser Richtung hin der schmerzhaften Wirkung der Silberpräparate, deren Tiefenwirkung sich wohl auch nicht immer ausreichend manifestiert, bestimmt vorzuziehen, wie auch REINER dies speziell hervorhebt.

Es ist also anzunehmen, daß „Arhovin“ die zur Umstimmung des Krankheitsprozesses erforderliche natürliche Reaktion anregt und nachhaltig fördert, daß es durch rasche Lösung die auf der Mucosa angesammelten und eingelagerten Krankheitsstoffe abtötet, forciert zur Eliminierung bringt; das Epithel kann sich, da neuerliche entzündliche Reizung und Schwellung hintangehalten wird, dementsprechend auch rascher regenerieren und ad normam zurückkehren.

Beachtenswert schöne Erfolge sah ich von „Arhovin“ bei der Behandlung von gonorrhöischer Cystitis, bekanntlich die schwerste Komplikation der Gonorrhoe, mit ihren sattsam bekannten Beschwerden der Dysurie und Ischurie und der charakteristischen Beschaffenheit des häufig unter Qualen entleerten Harnes. Unter strengster Bettruhe, ausschließlicher Milchdiät, Applikation von warmen Kataplasmen auf die Blase und 3—4 stündlich eine Arhovinkapsel, waren nach 4—5 Tagen die stürmisch heftigen Schmerzen schon so ziemlich überwunden, einige Tage später auch die Nachzügler beseitigt, und bei weiterem Gebrauche des Präparates, bei Verwendung von warmen Sitzbädern und eventuell auch später vorgenommenen Ausspülungen der Blase mit warmen Bor- oder schwachen

Kalium permanganicum-Lösungen war der ganze Entzündungsprozess in noch verhältnismässig kurzer Zeit in toto abgelaufen. Die desinfizierende Eigenschaft des „Arhovin“ zeigte sich neben seiner bestimmt auch analgetischen Wirkung alsbald bei der Inspektion des inzwischen fast normal und ohne jedweden Tenesmus entleerten Harnes, welcher seine normale Beschaffenheit und saure Reaktion wieder erlangt hat. Es qualifiziert sich „Arhovin“ nachweislich als zuverlässiges Harn desinfizans, was auch andere Beobachter positiv angeben.

In den von mir behandelten Fällen von Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten bei Frauen, welche ich in einer ausreichenden Zahl zu beobachten Gelegenheit hatte, war die Wirkung des Präparates eine ebenso zufriedenstellende, wie die bei Männern. Ich verwendete dasselbe intern in derselben Dosierung und zur Lokalbehandlung zur Einführung in die Urethra als Stäbchen, zur vaginalen Behandlung als Globuli (Arhovin 0,25 bis 0,10 mit je 1 g Kakaoöl), 2—3 mal täglich eine Kugel einzulegen. Bei Vaginitis, bei Fluor albus, bei Entzündungen des Uterus verschiedener Ex- und Intensität, bei Oophoritis habe ich bei indizierten, auch anderweitigen therapeutischen Massnahmen, wie Bettruhe, Umschlägen usw., je nach vorliegender Veranlassung entweder „Arhovintampons“ (Wattetampon in 1—2%iger Arhovin-Ol. ovarum-Lösung getränkt), oder „Arhovinglobuli“ eingelegt und eventuell auch eine Spritze voll dieser Öllösung zu Scheidenausspülungen verwendet. Die gleichzeitige interne Verwendung des Präparates potenziert seine hohe desinfizierende Kraft in dem Masse, dass die entzündlichen Krankheitsprozesse des Uterus und der Vagina, welche wie die angeführten auf Bakterienwirkung basieren, von dieser Behandlungsart entschieden günstig beeinflusst werden, wovon man sich bei der Häufigkeit solcher Fälle durch Nachprüfung alsbald Überzeugung zu verschaffen vermag.

Für die abortive Behandlung der Gonorrhoe sprechen die mit „Arhovin“ bisher erzielten Erfolge sehr ermunternd, wofür einige Fälle aus meiner Beobachtung zulässig erscheinen. Bei seiner nachweisbar diuretischen und gleichzeitig auch adstringierend-desinfizierenden Wirkung ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass etwa erst kürzlich eingedrungene und kaum noch in die Tiefe der Mucosa urethrae eingelagerte Infektionsstoffe rasch abgetötet, alsbald eliminiert, eine weitere Entwicklung des gonorrhoeischen Prozesses wirksamst verhütet werden kann. Meine eigene Beobachtung spricht wohl dafür, und, falls die Zweckmässigkeit einer Abortivbehandlung zugestanden werden kann, halte ich diese Art der Behandlung für eine gewiss bessere, als eine solche mit Nitras argenti oder mit anderen Adstringentien, schon aus dem Grunde, weil sie keine so heftigen Reaktionserscheinungen gewärtigen lässt als die mit Adstringentien.

Es gilt heute schon als ziemlich feststehend, daß die meisten Gelenkentzündungen auf metastatischem Wege zustande kommen, indem die Erreger bestimmter Krankheiten durch die Blutzirkulation in das Gelenk übertragen, sich in der Synovialhaut ansiedeln und auf diese Weise Entzündungen hervorrufen. Derselbe Vorgang gilt auch für die Gonokokken, und BURCHARD und SCHLOOKOW geben der Anschauung Raum, daß die Gonokokken nicht frei im Blute, nur an Eitersubstanz gebunden, den Lauf in die Gelenke eintreten, sondern daß dieselben eventuell an Harnsäurepartikelchen festsitzen. Bekanntlich sind nun die Ablagerungen der letzteren allein schon zur Hervorrufung von Anschwellungen und Entzündungen der Gelenke ausreichend; da aber das „Arhovin“, als Derivat der Thymylbenzoesäure, als solches imstande ist, die schwerlösliche Harnsäure in leichtlösliche Hippursäure überzuführen, so wird durch Einnehmen von „Arhovin“ die Ablagerung von Harnsäure in den Gelenken unmöglich gemacht, wobei die bekannte antibakterielle Wirkung des Thymol sich mit den Eigenschaften der anderen Komponenten des „Arhovin“ zu einem ausgezeichneten Gesamteffekt vereinigt. Durch seine stark lösende Wirkung auf Harnsäure ist sonach auch sein therapeutischer Wert bei harnsaurer Diathese und als Prophylaktikum gegen die so häufig vorkommende Komplikation, nämlich gegen die gonorrhoeischen Gelenkentzündungen und Endokarditiden gut begründet und auch durch die in der Praxis gemachten Erfahrungen ausreichend gestützt. Das rechtzeitige Verhüten von Trippermetastasen und das mögliche Ausschalten von Arthritis gonorrhoeica wie durch die Arhovinmedikation konnte bisher wohl kaum noch einer anderen Behandlungsart zugesprochen werden. Hinzufügen will ich noch schließlich, daß in den von mir mit dem Präparate behandelten Fällen sich nicht die geringsten schädlichen Neben- oder Nachwirkungen auf Magen, Darm oder Niere wahrnehmen ließen, und die Kranken das Mittel anstandslos nahmen und gut vertragen konnten.

Fachzeitschriften.

Lepra.

Band IV, Heft 3.

Die Lepra auf den dänischen Antillen, von EDUARD EHLERS - Kopenhagen. Die dänische Regierung hat, nachdem schon vor zehn Jahren die Anregung dazu vom Verfasser ausgegangen war, im Jahre 1903 eine Kommission, deren Haupt der Verfasser war, nach den dänischen Antillen gesandt, um die dortigen Lepraverhältnisse zu studieren. Die vorliegende Veröffentlichung ist der offizielle Bericht. Aus der geschichtlichen Einleitung geht hervor, daß die Lepra, wie im übrigen Amerika,

so auch auf den Antillen jedenfalls schon vor den Zeiten Kolumbus' bekannt war; ihre Hauptverbreitung begann aber erst, als die Sklaventransporte aus Afrika erfolgten. Während der Zeit der Sklaverei sorgten die Pflanzer in im ganzen zweckmäßiger Weise für ärztliche Behandlung der Kranken und für die Innehaltung gewisser hygienischer Maßnahmen. Mit der Aufhebung der Sklaverei aber hörte diese Fürsorge auf; die kranken Neger blieben sich selbst überlassen, wodurch die Gefahr weiterer Ausbreitung der Krankheit erheblich stieg. Seit dem Sklavenaufstand im Jahre 1878 wurde nichts mehr für die Leprösen getan. Erst 1888 wurde in Richmond auf Ste. Croix ein Lazarett errichtet, das seither im Durchschnitt jährlich mit 22 Leprösen belegt war. Ende 1903 befanden sich 94 Lepröse dort, während die Gesamtzahl der ausfindig gemachten Kranken auf den drei Inseln St. Thomas, Ste. Croix und St. Jan sich auf 106 bezifferte. Das Verhältnis der anästhetischen Formen zu den tuberösen betrug 81:25; die Lepra tritt dort also vorwiegend in ihrem gutartigen Typus auf. Ob sie in der Zu- oder in der Abnahme begriffen ist, läßt sich kaum sagen; Verfasser möchte eher das letztere annehmen. — Die Zustände in dem Asyl zu Richmond unterzieht Verfasser einer eingehenden Kritik und kommt zu einem geradezu vernichtenden Urteil. Das Asyl ist ein Gemisch von Gefängnis, Irrenanstalt, Bettlerlazarett und Leprosorium. Es ist viel zu klein, hat zu wenig Betten, ist durchaus mangelhaft eingerichtet und unsauber; für Beschäftigung der Insassen ist in keiner Weise gesorgt. Ein Isolierungsgesetz fehlt, von einer ausreichenden Absperrung der Leprösen ist daher nicht die Rede; Schwangerschaften leprakrankter Weiber sind durchaus nichts ungewöhnliches. Die schreiendsten Mißstände aber ergeben sich aus dem Zusammenleben der Geisteskranken mit den übrigen Asylinsassen.

Das praktische Ergebnis der Forschungsreise des Verfassers ist ein Entwurf zu einem Isolierungsgesetz. Verfasser schlägt vor, eine Leprakolonie für 50 Kranke auf einer der zu Ste. Croix gehörigen Halbinseln zu errichten; von der Isolierung auf einer Insel rät Verfasser ab, hauptsächlich um den Kranken und ihren Angehörigen von vornherein den Schrecken und Abscheu vor einer einsamen, öden Insel zu benehmen. In diese Kolonie sollen alle der Armenpflege zufallenden Leprösen gebracht werden, ferner diejenigen, die bei Vagabondage und Bettelei betroffen werden, sowie diejenigen, die zwar in der Lage sind, sich selbst zu verpflegen, aber in einem Milieu und unter Bedingungen leben, welche den vom Standpunkt der Ansteckungsgefahr zu stellenden Anforderungen nicht entsprechen. Der Entwurf verlangt ferner ein Einwanderungsverbot für Lepröse, sowie Bestimmungen für die außerhalb des Asyls wohnenden Kranken. Die Trennung der Geschlechter ist im Asyl natürlich strengstens durchzuführen. Im übrigen ist die Kolonie möglichst unseren heutigen humanen Anschauungen entsprechend einzurichten, für jene Gegenden empfiehlt sich am besten eine Kolonie mit landwirtschaftlichem Betrieb. Der Aufenthalt im Asyl auf Kosten der Freiheit soll den Kranken lieber sein als ein unabhängiges Leben außerhalb des Asyls. — Zum Schlusse gibt Verfasser seine Aufstellung der voraussichtlichen Betriebskosten einer solchen Kolonie; wenn diese auch nicht unbeträchtliche sind, so dürfen sie, will man gute Erfolge sehen, nicht gescheut werden. Dafs solche Erfolge möglich sind, zeigt das Beispiel Norwegens.

A. Loewald-Kolmar.

Monatsberichte für Urologie.

1904. Band 9, Heft 3.

Über Vibrationsmassage der Prostata mittels eines neuen Prostata-vibrators, von FERDIN. KORNFIELD-Wien. Die manuelle oder mittels des FLEKISCHEN

Instrumente ausgeführte Massage der Prostata, welche nun seit über zehn Jahren sich als wertvolles Mittel gegen die so häufige Folgeerscheinung der Blennorrhoe, die chronische Prostatitis, bewährt hat, ergab nach K.'s Erfahrung nicht immer eine endgültige Heilung im Sinne der Beseitigung aller Mikroben und allen Katarrhalsekrete, ja, zuweilen sogar direkte Verschlimmerungen (aufflammende Sekretionen, Harntrübungen, akuten Blasenhalakatarrh, Epididymitis). Analog der Vibrationsmassage, wie sie zuerst von BRAUN für den Larynx in Anwendung gebracht wurde, versprach sich K. auch für die einzelnen Phasen der Prostatitis chronica einen Erfolg von dieser feineren, d. h. die Einzelelemente des drüsigen Organs mehr als das Gesamtgebilde erschütternden und quetschenden Art des mechanischen Eingriffs. Das von ihm angegebene Instrument ist nach dem Prinzip der Trommelmassage für die Vorsteherdrüse gebaut und in erster Linie für jene Fälle von Prostatitis chronica bestimmt, welche für die Massagebehandlung hinreichend torpide und tolerant geworden sind, aber auch für Fälle von verminderter Potenz, für Neurosen der Prostata und der Blase und für Enuresis. Das Instrument, das in seiner Zusammensetzung nur durch die beigegebene Zeichnung verständlich ist, zeichnet sich durch einen ziemlich einfachen Mechanismus (und relativ niedrigen Preis) aus; die Einführung geschieht, wie bei der Prostatamassage überhaupt, in Knieellenbogenlage des Patienten. Durch eine entsprechende Vorrichtung am Vibrator ist auch Vorsorge getroffen, daß gleichzeitig mit der Vibrationsmassage oder nach derselben eine faradische Behandlung der Prostata durchgeführt werden kann, wobei die labile Elektrode über die Kreuzbeingegend oder an das Perineum aufgesetzt wird; behufs eventuell nötiger Einwirkung thermischer Einflüsse auf die chronisch-entzündlich erkrankte Vorsteherdrüse liefs K. noch einen passenden, das Instrument (die Gummihülse) umgebenden Thermophorzylinder anfertigen, durch den die Prostata der anhaltenden, intensiven Wärmewirkung ausgesetzt werden kann. Das Instrument scheint also allen nur denkbaren Zwecken dienen zu können, von Dauererfolgen will jedoch K. wegen der Kürze der bisherigen Beobachtungszeit noch nicht sprechen.

Heft 4.

Über die Behandlung der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose (17 Fälle von Operationen an den Nieren), von JOHANNES DZIERNE - Samara. (Fortsetzung und Schluss aus Heft 3.)

Über doppelseitige, cystenartige Erweiterung des vesikalen Ureterendes, von HANS WILDBOLZ, Dozent für Chirurgie in Bern. Diese Anomalie, welche, bedingt durch Urinstauung infolge einer wohl meist angeborenen Stenose oder vollständigen Obliteration der vesikalen Harnleitermündung, durch allseitige Dehnung des unter der Blaseschleimhaut verlaufenden Harnleiterteiles entsteht, wurde meist nur an einem Ureter, häufig einem überzähligen, beobachtet. Wie aus dem Studium der Literatur hervorgeht, ist die Diagnose dieses Zustandes außerordentlich schwierig, nur vermittels des Cystoskops möglich und auch in den meisten Fällen erst bei der Sektion gestellt worden. W. veröffentlicht hier zwei Fälle, bei welchen er mit Sicherheit cystenartige Erweiterung des vesikalen Ureterendes aus dem cystoskopischen Bilde annehmen mußte und welche noch dadurch besonders interessant sind, daß sie die einzigen sind, welche eine doppelseitige Cystenbildung annehmen lassen. Die symmetrische Lage der Tumoren, ihre glatte Oberfläche, ihre Bekleidung mit Schleimhaut, die Transparenz des einen Tumors und die wechselnde Größe unter deutlich sichtbaren Kontraktionen lassen in dem einen Falle keinen Zweifel an der Sicherheit der Diagnose, während in dem anderen Falle letztere beiden, beinahe untrüglichen Zeichen fehlen, aber die übrigen genannten Erscheinungen zum mindesten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose zulassen. In beiden Fällen handelte es sich um Frauen im

Alter von 45 resp. 80 Jahren, von welchen letztere schon viele Jahre lang an Störungen in der Miktion gelitten hatte. Sollten sich gefahrdrohende Symptome einstellen, so kommt als rationelle Therapie nur die Operation in Betracht: Sectio alta, Resektion eines Stückes der vorderen Ureterocystenwand, Vereinigung der Unter- mit der Blasenschleimhaut durch Naht, um einen freien Urinabfluss aus dem Harnleiter in die Blase zu sichern.
Stern-München.

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band XI. Heft 4.

Beiträge zur Histologie der Epididymitis blennorrhoeica, von JOSEF SELLEI-Budapest. Verfasser hat im ganzen 15 Fälle bearbeitet, von denen zwei subakute, die übrigen inveterierte Epididymiden waren. Bei der subakuten Epididymitis blennorrhoeica ist die Entzündung wesentlich interkanalikulärer Natur. Während jedoch der Entzündungsprozess in dem Interkanalikulargewebe destruktiv wirkt, bilden sich andererseits in dem perikanalikulären Bindegewebe neue Bindegewebszellen. Je nach dem Grade der in den Kanälchen vor sich gehenden Destruktion und der Größe der Hindernisse, welche später der Entzündungsprozess in dem die Kanälchen umgebenden Bindegewebe durch Vermehrung, durch narben- und keloidartige Deformation desselben erzeugt, kann es zu Oligospermie, Azoospermie, Aspermatismus kommen.

Die Frage, welche Rolle die Gonokokken bei der blennorrhoeischen Epididymitis spielen, läßt Verfasser unentschieden, da es ihm mit keinem der bis jetzt empfohlenen und angewandten Färbeverfahren gelang, Gonokokken in dem Gewebe des entzündeten Nebenhodens nachzuweisen.

1904. Band XI. Heft 5.

I. Zur Pathogenese kolloquativer Blasen, von KARL KREIBICH-Graz. Verfasser hat in einer früheren Arbeit (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 44) über Versuche berichtet, die er an einem Falle von Zoster hystericus angestellt hatte, und die ergaben, daß „nach Reizung durch Nadelstiche und Brennesseln sowohl an den direkt gereizten, aber auch davon entfernten ungereizten Stellen nach verschieden langer Zeit vasomotorische Phänomene auftreten, welche in Hyperämie, Quaddeln, Blasen und Nekrose bestanden“. Nach weiteren Untersuchungen gelangte Verfasser zu der Ansicht, daß „die Effloreszenz des Zoster hystericus als Folgeerscheinung einer serofibrinösen Entzündung zu deuten sei, in deren Verlaufe es durch Druck des Exsudates auf ein durch Nerveneinfluss schwer geschädigtes Gefäß zur anämischen Nekrose und unter einem nach Durchtränkung der abgestorbenen Zellen mit fibrinogenreichem Exsudat hauptsächlich deshalb zur Kolloquation der Epithelien kommt, weil sich das anämisierende Ödem auch auf den Papillarkörper erstreckt“.

Auf Grund der Untersuchungen von Blasen des Zoster hystericus, des Pemphigus hystericus, des Herpes zoster, Herpes febrilis, des Hyodroa vacciniiforme, der Urticaria-quaddeln gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

„Es finden sich kolloquative Blasen bei Prozessen, welche der Urticaria verwandt sind, sich aber von dieser durch andauernde Gefäßläsion und durch ihren Sitz im Papillarkörper unterscheiden. Die Kolloquation der Epithelien entsteht durch Einwirkung eines fibrinogenreichen Exsudates auf Epithelzellen, die in ihrer Ernährung gelitten haben, aber längere Zeit mit der Cutis in Verbindung bleiben. Die Ernährungsstörung ist eine kombinierte Folge der Gefäßläsion des Exsudatdruckes und der daraus folgenden Anämie.“

II. Das Formalin und seine Wirkungen auf den Favuspilz, von BOGROW und SCHARKEWITSCH-SCHARSCHINSKY. Die Untersuchungen der Verfasser haben folgendes ergeben:

1. 5%ige wässrige Formalinlösung tötet in 20 Minuten unbedingt den nach PLAUT aus den epilierten Haaren gezüchteten Pilz Achorion Schönleini; eine schnellere Wirkung ist nicht ausgeschlossen.

2. Vermehrung der mechanischen Hindernisse (Partikelchen des Nährbodens und dichtes Mycelium) kann die Wirkung der wässrigen Formalinlösungen annullieren.

3. Die in der Haut sich befindenden Haarteile sind für wässrige Formalinlösungen unzugänglich (vielleicht infolge des Haarfettes).

4. Die Anwendung der wässrigen Formalinlösungen bringt keine Erleichterung der Favusbehandlung mit sich.

5. Weitere Beobachtungen über die Wirkung der spirituösen Formalinlösungen und Formalindämpfe auf Achorion sind sehr wünschenswert.“

III. Mehrere Fälle von Hautatrophie, von ARTHUR ALEXANDER-Breslau. Verfasser beschreibt zunächst einen Fall bei einem 31jährigen Manne mit chronischer Nephritis und Suspicio phthiseos, der seit zwölf Jahren an einer herdförmig disseminierten Hautatrophie leidet. Am ganzen Körper sieht man zahlreiche Vitiligoflecken und atrophische Stellen. Auf einzelnen derselben, namentlich am Halse und im Gesicht, fallen warzenähnliche, weiche, nävusartige, stecknadelkopf- bis erbsengroße Erhebungen auf. An Händen und Füßen fehlen sämtliche Nägel.

Während die Gesamtaffektion eine schleichende Tendenz zeigt, nehmen die einzelnen Phasen einen ziemlich raschen Verlauf. An irgendeiner Stelle entwickelt sich eine anfangs mit seröser, dann mit eitrig-Flüssigkeit gefüllte Blase, die nach kurzer Zeit zu einer Kruste eintrocknet. Ist diese abgefallen, so bilden sich leicht gefaltete, zigarettenpapierartige Stellen, welche zuerst einen rötlichblauen Farbenton haben und allmählich blasser werden, so daß sie schließlich nur noch eben sichtbar sind.

Verfasser fasst den Fall auf „als idiopathische Hautatrophie, die im ganzen zwar ihren chronischen Gesamtcharakter gewahrt hat, deren einzelne Phasen jedoch die Form einer akuten, entzündlichen, zur Atrophie führenden Dermatitis angenommen haben“.

Der zweite Fall betraf eine 70jährige, abgemagerte, gebrechliche Frau mit rechtsseitiger Hemiplegie, Aphasie. Seit 5—6 Jahren ist die Haut an den oberen und unteren Extremitäten atrophisch bläulichrot und sieht aus wie zerknittertes Zigarettenpapier. Es bot sich Gelegenheit, ein post mortem exzidiertes Hautstück histologisch zu untersuchen. Nach den Befunden handelt es sich um einen chronisch-entzündlichen Prozeß in den oberen Schichten des Coriums, welcher zur Bindegewebsbildung und Atrophie der Lederhaut führt und sekundär auch die Epidermis in Mitleidenschaft zieht.

Über die Ätiologie und Pathogenese der Hautatrophie vermögen auch diese Fälle keinen definitiven Aufschluß zu geben, wenngleich die Annahme einer trophoneurotischen Störung am nächsten liegt.

IV. Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes, von JULIUS HELLER. Verfasser hat mit G. LEWIN seit Jahren die Ansicht verfochten, daß die glatte Atrophie des Zungengrundes als klinisches Symptom einer vorangegangenen Syphilis zu verwenden sei. In 69% der Fälle liefs sich anatomisch nachweisbare Syphilis feststellen, und in 45% der anatomisch konstatierten Syphilis liefs sich Zungentrophie nachweisen. F. LESSER hat neuerdings an dem Sektionsmaterial des Krankenhauses Moabit die von LEWIN und dem Verfasser gefundenen Resultate einer Nachprüfung unterzogen. Die entsprechenden Zahlen betragen bei LESSERS Erhebungen 45% resp. 21,6%. Verfasser verteidigt in der vorliegenden Arbeit gegenüber LESSER

seine und LEWINS Ansicht hinsichtlich der Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes. Während LESSEZ die Entstehung der Zungenatrophie auf eine primäre interstitielle Entzündung zurückführt und das Bestehen einer veränderten, derberen Konsistenz als Hauptfordernis für die Annahme einer glatten Zungenwurzelatrophie ansieht, dagegen der Atrophie der Zungenbalgdrüsen gar keine Bedeutung beilegt, zeigt Verfasser, daß die glatte Atrophie des Zungengrundes kein interstitiell-syphilitischer Prozeß sei, wie die Glossitis syphilitica interstitialis, bei der es zur Abschnürung einzelner Teile der Zunge, zur Bildung gewaltiger Bindegewebmassen kommt. Bei der glatten Zungenatrophie ist der Prozeß auf die Zungenschleimhaut beschränkt. Nach den klinischen und anatomischen Erfahrungen teilte LEWIN die Befunde am Zungengrunde folgendermaßen ein:

1. Allgemeine Verringerung der Drüsen nach Größe und Zahl. (Eine normale Zunge hat 4—5 mal mehr adenoides Gewebe als eine glatt-atrophische.)

2. Völliges Fehlen der Drüsen im zentralen Teil des Zungengrundes. Vorhandensein einiger kleiner und harter Drüsen an den Seitenrändern.

3. Fast völliges Fehlen der Balgdrüsen überhaupt.“

Leugnet man die Bedeutung der Atrophie der Balgdrüsen des Zungengrundes, so vermag man auch die Zungenatrophie nicht als postsyphilitisches Symptom anzusehen. Die makroskopische Betrachtung von Sektionsmaterial ist nicht immer geeignet, die Grundlage für klinische Beobachtungen abzugeben und die Untersuchung des Zungengrundes beim Lebenden sowohl durch die Palpation wie durch die Inspektion überflüssig zu machen. Allerdings will die Technik einer solchen Untersuchung geübt sein.

V. Eine neue Kataphorese-Elektrode mit auswechselbaren Tonkappen, von ARTHUR STRAUSS - Barmen. Verfasser war bestrebt, durch die Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen solche Elektroden herstellen zu lassen, welche es ermöglichen, an jeder beliebigen Hautstelle und bei jeder Lage des Kranken die volle kataphorische Wirkung auszunutzen. Diese Elektroden mußten bei jeder Stellung dicht sein, eine bequeme Füllung gestatten und die Möglichkeit gewähren, sie an jeder Hautstelle fest anlegen zu können. Den beiden ersten Forderungen wurde dadurch entsprochen, daß der Glaszylinder durch einen Gummiring abgedichtet wurde und eine seitliche Öffnung erhielt, durch welche die Lösungen eingegossen werden. Der dritten Forderung wurde dadurch genügt, daß man verschieden geformte Tongehäuse anfertigen ließ, welche vornehmlich den für die Behandlung in Betracht kommenden Hautstellen genau angepaßt sind. Auf die Glaselektrode passen nun alle Tonkappen, welche in jeder beliebigen Form und Größe und mit jeder beliebigen Wölbung und Knickung geliefert werden. Für gewöhnlich setzt man die positive Elektrode auf die erkrankten Stellen und die große, negative, ebenfalls mit der zu benutzenden medikamentösen Lösung getränkte Plattenelektrode in möglichster Nähe der positiven auf. Um die Durchfeuchtung des Gewebes in gleicher Höhe zu erhalten, empfiehlt es sich, von Zeit zu Zeit die Stromrichtung mittels eines gewöhnlichen oder des von MARISSER angegebenen selbsttätigen Stromwenders umzukehren. Die einzelnen Sitzungen sollen mindestens 15 Minuten währen, indem man etwa alle drei Minuten für kurze Zeit den Strom wendet. Die Stromstärke steige allmählich bis zum Maximum von fünf Milliampère.

Die kataphorische Wirkung des elektrischen Stromes beruht auf einer, mit einer gewissen Energie sich vollziehenden, rein mechanischen Fortbewegung von Flüssigkeitsteilchen und darin gelösten Substanzen von einem Pol zum anderen innerhalb eines feuchten Leiters, selbst durch poröse Scheidewände hindurch, ohne jede Zersetzung der Lösungstoffe.

Für die kataphorische Behandlung eignet sich besonders die *Folliculitis barbae* und die *Sycosis trichophytina*, sofern keine subcutane Zellgewebeerweiterung besteht. Die parasitäre Form läßt sich in zirka drei Wochen heilen, die kokkogene verlangt längere Zeit, 3—5 Monate (!), zur Heilung. Zur Verwendung kommt am besten bei allen parasitären Hauterkrankungen eine 2%ige Sublimatlösung, der man zweckmäßig 5% Salzsäure zusetzt. Neben der kataphorischen Behandlung sollen manche therapeutische Maßnahmen, wie vorherige Eröffnung der Eiterbläschen, Epilation erkrankter Haare, Beseitigung einer etwaigen Rhinitis u. a., nicht vernachlässigt werden.

VI. Zur Therapie der Tylosis palmaris bei Erwachsenen, von TH. MATYER-Berlin. Für die Behandlung der Tylosis palmaris eignet sich nach den Erfahrungen des Verfassers das Rheumasans, eine 10%ige freie Salicylsäure enthaltende Salbenseife, mit welcher des Abends nach Reinigung der befallenen Partien mit Wasser und Seife mindestens fünf Minuten lang die erkrankte Haut eingerieben und massiert wird. Über Nacht können Glacéhandschuhe getragen werden. Am Tage empfiehlt es sich bei Personen, deren Beruf ein häufigeres Waschen der Hände erfordert, nach jeder Waschung die Haut mit einem indifferenten Fett gründlich einfetten zu lassen. Zur Steigerung des Effektes kann die Massage mit dem Rheumasans auf 10—12 Minuten ausgedehnt werden. Jedoch müssen die Patienten darauf aufmerksam gemacht werden, schon bei unbedeutender Rötung oder Schmerzempfindung mit dem Gebrauche des Mittels für einen Tag oder auch zwei aufzuhören

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band 16. Mai 1904.

I. Ein Fall von Impetigo circinata, von H. G. ADAMSON. Ein fünfjähriger Knabe hatte vor sechs Wochen Masern und Pneumonie, drei Wochen später Ohrenfluß. Um dieselbe Zeit brach der gegenwärtige Ausschlag aus, der am Stamm und an den Beinen lokalisiert ist und sich kennzeichnet durch verschieden große, hier und da zu Gruppen vereinigte Ringe. Dieselben bestehen aus einem zentralen, schwach rötlichbraun verfärbten, im übrigen normalen Teil, umgeben von einem schmalen, mit einer dünnen Kruste bedeckten Streifen. Die Epidermis über diesem peripherischen Teile erscheint blasenartig erhoben. Zwischen den Ringen sieht man noch hirsekorn- bis erbsengroße Effloreszenzen, von denen die kleineren vesikulös waren, die größeren im Zentrum eine flache Kruste hatten. Der zentrale Teil pflegte einzutrocknen, während der periphere, bläschenartige Rand weiterschritt und den Ausgangspunkt für neue Ringe bildete.

Unter der Applikation von weißer Präzipitatsalbe verschwand der Ausschlag, hier und da dunkelpigmentierte Flecke zurücklassend. Nach 14 Tagen entstand ein Rezidiv, das den ursprünglichen Ausschlag an Ex- und Intensität weit übertraf. Die Ringe bedeckten den ganzen Stamm, so daß kaum eine Stelle freibleib. Die Extremitäten waren dicht besät von Flecken, Bläschen und großen Blasen. Auch die Handteller und Fußsohlen waren ergriffen. Von Interesse erwies sich der Zustand an den Fingernägeln. Am ersten, zweiten, dritten und vierten Finger der linken Hand war der proximale, d. i. der die Matrix bedeckende Teil des Nagels zerstört und durch Krusten bedeckt. Die rechte Hand war frei, dagegen waren alle Zehen des rechten Fußes in ähnlicher Weise befallen.

Man wird den Zustand als eine Infektion der Nagelmatrix auffassen müssen. Die bakteriologische Untersuchung hat diese Annahme bestätigt. Es wurden neben geringen Mengen von Staphylokokken vorwiegend Streptokokken vorgefunden.

II. Über einen kleinen Ausbruch von *Trichophytia cruris*, von T. C. Fox-London. Vor einigen Jahren wurde Verfasser von einem jungen Mediziner wegen eines Anschlages in der Leistengegend konsultiert. Der Fall erwies sich als ein prägnantes Beispiel von *Trichophytosis* der Inguinofemoralegegend; der *Trichophytonpilz* war in großer Menge vorhanden, wenngleich es nicht gelang, Reinkulturen desselben zu züchten. Der Patient teilte mit, daß sein Bruder und zwei Freunde, welche zusammen in demselben Hause wohnten, in ganz ähnlicher Weise, einer nach dem anderen, den Anschlag bekommen hätten. Die Infektionsquelle konnte nicht eruiert werden. In der Literatur berichtet TILBURY FOX über eine kleine Epidemie. Im Verlaufe von wenigen Monaten erkrankten an *Trichophytie* der Vater, drei Söhne, eine Tochter, ein Diener und ein Gast, der zu Besuch da war. Die drei Söhne zeigten die *Trichophytie* in der Leistengegend und Achselhöhle, ebenso die Tochter, welche außerdem noch erkrankte Stellen an den Armen und am Halse aufwies.

In den *Annales de Derm. et de Syphil.* berichtet FONTREIN über eine *Trichophyton*-epidemie der Genitocruralgegend und in einigen Fällen auch der Achselhöhle und Beine.

III. Ein Fall von syphilitischer Pseudokontraktur des Biceps, von J. L. BURCH. Ein 17jähriges Mädchen kam am 30. Dezember 1903 mit pustulösen Syphiliden am Stamm und Plaques muqueuses an den Tonsillen ins BROCA-Hospital. Am 15. Januar 1904 bekam sie ohne sichtbare Ursache Schmerzen im linken Arm und konnte denselben nicht recht bewegen. Am 27. Januar klagte sie, daß sie den Arm nicht ganz strecken könnte. Versuche, den linken Vorderarm über einen Winkel von 130 Grad hinaus zu strecken, verursachten in dem oberen Teile des Olecranon intensiven Schmerz, außerdem konnte man bei einem solchen Versuche wahrnehmen, daß der Bicepsmuskel stark gespannt und fast hart wird. Beugung des linken Vorderarmes über einen Winkel von 45 Grad ist ebenfalls unmöglich. Der Versuch verursacht große Schmerzen. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit ergibt, daß die Kontraktibilität der Armmuskeln beiderseits normal ist und keine Spur von Degeneration zeigt. Die Hautsensibilität ist beiderseits in gleichem Grade vorhanden. Anzeichen von Hysterie fehlen. Wenn der Arm mit Chloräthyl anästhesiert wird, verschwindet die Kontraktur gänzlich.

Unter intramuskulären Injektionen mit destilliertem Wasser hat sich die Myopathie gebessert. Der pustulöse Anschlag weicht unter der antisiphilitischen Kur nur sehr langsam. Neuerdings hat die Patientin eine tuberkulöse Knochenkrankung der Zehe gezeigt und ist operiert worden.

C. Berliner-Aachen.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. Mai 1904.

I. Ein Fall von bullösem Lichen planus („Lichen planus pemphigoides“), von M. F. ENGMAN - St. Louis. Ein 40jähriger, starker, gesund aussehender Mann, dessen Vater an Wassersucht, dessen Mutter an Diabetes gestorben, dessen Geschwister alle leben und sich in guter Gesundheit befinden, bekam vor zirka zwei Monaten unter einem gewissen Gefühl der Schwere in den Beinen und der Schläfrigkeit an beiden Armen einen Ausschlag, der innerhalb von vier Wochen universell wurde. Er zeigte einen akuten Charakter und war, wenn man genauer hinsah, gekennzeichnet durch Linien und Plaques, bestehend aus kleinen, linsengroßen, schwach erhabenen, abgeflachten, glänzenden, hellroten, in ihrer äußeren Begrenzung etwas eckigen Papeln, von denen viele eine zentrale Depression, jedoch ohne einen Hornpfropf, aufwiesen. An den Extremitäten bemerkte man hier und da zerstreut, einzelnstehend oder zu Gruppen vereinigt, verschieden große, helle Blasen und Bläschen, so daß,

wenn man den Patienten von einer gewissen Entfernung aus ansah, die Affektion den Eindruck eines Pemphigus machte. Die Decke dieser Blasen war zähe und schwer zu durchreißen. Die meisten Blasen waren gespannt und von einem klaren, serösen Inhalt erfüllt. Abgesehen von zeitweilig sehr intensivem Juckreiz, klagte der Patient über keinerlei subjektive Beschwerden.

Unter fortgesetztem innerlichen Gebrauch von Protojoduretkapseln und äußerlicher Applikation einer Mentholalbe wurde schließlich nach monatelanger Behandlung definitive Heilung erzielt. Der Patient hatte während des ganzen Verlaufes der Krankheit kein Arsenik erhalten.

Im folgenden beschreibt Verfasser die Ergebnisse der histologischen Untersuchung sowohl der typischen Lichen planus-Papeln, wie der Blasen. Die hauptsächlichsten von der Norm abweichenden Befunde waren: 1. ungewöhnliche Neigung zu Ödem, besonders starke, ödematöse Durchtränkung der Cutis: 2. eine sehr feste, resistente nicht ödematöse Epidermis: 3. gewisse degenerative Veränderungen in den oberflächlichen elastischen Fasern.

II. Die Beziehungen der Dermatitis repens zur Myiasis, von L. P. HAMBURGER-Baltimore. Der Verfasser beschreibt einen Fall von Dermatitis repens bei einem vierjährigen Knaben, der einen serpiginösen Ausschlag am rechten Gesäß, etwa in der Mitte desselben, zeigte. Die Affektion bestand aus einer in der Gegend der rechten Glutälfalte beginnenden, 2 mm breiten, serpiginösen, nach oben sich fortsetzenden Linie, welche in ihrem oberen Teile blaßrot, schwach erhaben und von einer aus Bläschen zusammengesetzten Zone umgeben war. Die untere Portion, angenscheinlich die ältere, wurde durch eine dunkelbraunrot pigmentierte Linie gebildet. Einige zarte Krusten bedecken diesen Teil, der als Überrest einer früher vesikulösen Linie anzusehen ist.

Sobald die Haut entblößt ist, macht das Kind Versuche, sich zu kratzen. Unter SCHLEICHERScher Anästhesie wurde ein kleines Stückchen der befallenen Haut exzidiert und mikroskopisch untersucht. Es fand sich in den Schnitten, abgesehen von den Zeichen einer akuten Entzündung, nichts Besonderes, namentlich keine Parasiten. Die kleine Operation hatte jedoch genügt, um dem Weiterschreiten des Prozesses ein Ende zu bereiten. Wahrscheinlich war mit der Exzision des Hautstückchens auch die Larve des Parasiten der Dermatitis repens entfernt worden.

An der Hand der einschlägigen Literatur bespricht Verfasser die Pathogenese der Affektion und ihre Beziehung zu gewissen tierischen Parasiten, insbesondere zu den der Familie der Oestriden angehörigen Insekten.

III. Ein Fall von Papilloma der Fußsohle, von T. D. BERRY. Verfasser war selbst für einige Monate Träger eines solchen Papilloms der Fußsohle. Es saß in der Gegend des zweiten Metatarsalknochens des linken Fußes und verursachte intensive Schmerzen. Abschneiden des oberen Teiles des Papilloms mit nachfolgender Ätzung der Basis mit Salpetersäure hatte ebensowenig nachhaltigen Erfolg wie die Applikation einer 10%igen Salicylalbe, die zwar die Schmerzen beim Gehen milderte, die Hornhaut erweichte, aber das Rezidivieren nicht verhindern konnte. Erst die vollständige Exzision des Gewächses mit gründlicher Nachätzung des Bodens mit dem Kauter befreite den Patienten dauernd von dem lästigen Papillom.

IV. Ein seltener Bromausschlag, von LORRA W. MYERS-New York. Ein sechs Monate altes Kind hatte wegen einer leichten Verdauungsstörung vom behandelnden Arzte Bromkalium erhalten. Zwei Tage nach Beginn dieser Medikation brach ein Ausschlag aus, welcher lebhaft an Variellen erinnerte. Als die Verfasserin das Kind sah, hatte das Exanthem die Kopfhaut, Stirn, beide Wangen, die Beine und in geringem Grade das Gesäß befallen. Die Effloreszenzen waren in verschiedenen Stadien

der Entwicklung begriffen. Einige ähnelten Gefäßtumoren, andere waren isoliert, abgerundet, halbfest, erbsen- bis haselnußgroß, mit einer flachen, unebenen Oberfläche, auf welche sich kleinste pustulöse Punkte in großer Zahl befanden. An den Wangen, besonders der rechten, waren einige Tumoren konfluirt und mit einer bräunlichen Kruste bedeckt. Auch auf der Zunge zeigte sich eine Effloreszenz; selbst vier Wochen, nachdem Bromkalium gegeben worden war, traten noch einige neue Tumoren an den Oberschenkeln auf. Nur sehr langsam verschwand der Ausschlag unter Hinterlassung von rosenroten Flecken, die erst nach weiteren vier Wochen völlig verblaßt waren. Die Affektion hatte weder Juckreiz verursacht, noch das Allgemeinbefinden des Kindes irgendwie gestört.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 3—5.

Das Wesen der Dermatosen. Versuch einer Neueinteilung, von L. Brocq.

In dieser ausgedehnten Arbeit macht B. den Versuch, einen neuen Gesichtspunkt in die Dermatologie einzuführen. Die bisherige Betrachtungsweise und die darauf begründete Einteilung genügt ihm nicht; ihre Mängel legt er in den ersten Kapiteln dar. Sechs Arten von Dermatosen läßt er als feststehende Krankheitsgruppen gelten, und zwar: Traumatische Dermatosen; Dermatosen nach Genuß reizender oder schädlicher Stoffe; Dermatosen infolge von Einwirkung: a) tierischer, b) pflanzlicher Parasiten; Dermatosen, deren bacilläre Natur: a) erwiesen, b) sehr wahrscheinlich ist. Jede dieser sechs Formen bildet für sich ein abgeschlossenes Krankheitsbild. Daneben gibt es nun aber noch vier andere Gruppen von Hautkrankheiten: angeborene und erworbene Difformitäten, Trophoneurosen, die sogenannten Reflex-Dermatosen, bei denen eine ätiologische Einteilung, vor der Hand wenigstens, unmöglich ist. Aber bei diesen vier Gruppen vermißt B. auch das einheitliche Krankheitsbild; sie sind ihm keine „Entités morbides“. Was aber sind sie denn? Reaktionsweisen der Haut auf verschiedenartige krankhafte Körperzustände, sagt Brocq. Es gibt, fährt er fort, zwei große Gruppen von Krankheitszuständen; die einen haben eine äußere Ursache, kommen nur, wenn diese äußere Ursache, zustande, und kommen immer und bei allen Individuen gleichmäßig zustande, sowie diese äußere Ursache einwirkt. Bei der zweiten Gruppe dagegen liegt die Krankheitsursache im Individuum selber und seinem Organismus; die Berührung mit der Außenwelt bildet nur die Veranlassung, daß die Krankheitsursache in Wirksamkeit tritt. Die Krankheitsursache ist aber nichts anderes, als die angeborene oder erworbene Anlage. Je nach Art dieser Anlage, die durch die erbliche Belastung bzw. das Vorleben des Patienten (Syphilis, Malaria) bedingt ist, reagiert die Haut, als zeitweiliges oder dauernder Locus minoris resistentiae, bald mit Pruritus oder Prurigo, bald mit Lichen, Urticaria, Erythem usw. In dieses System führt B. dann noch, um manche Erscheinungen zu erklären, den Begriff der „ätiologischen Dominante“ ein. Die Haut eines Individuums kann unter dem Einfluß verschiedenartiger Schädlichkeiten in der nämlichen Weise reagieren; als Beispiel wird der Fall gesetzt, daß jemand sowohl nach Aufregungen, wie auch nach Genuß von Erdbeeren Urticaria bekommt. Der Vorgang, der im gegebenen Fall die Urticaria hervorrief, wird die „dominante étiologique“ genannt; für die Therapie kann diese Unterscheidung zuweilen von Wichtigkeit werden.

Füge ich nun noch hinzu, daß B. auch auf die Übergangsformen Rücksicht nimmt und daß er in einem Abschnitt das Zusammentreffen einer „Entité morbide“ aus den ersten sechs Gruppen mit einer „Réaction cutanée“ abhandelt, so kann der Leser sich einen ungefähren Begriff von dieser neuen Theorie machen. Auch eine

neue graphische Darstellung des Zusammenhangs der verschiedenen Reaktionsweisen der Haut hat B. seiner Abhandlung beigegeben.

Syphilitische Plaques auf der Kopfhaut, von UMBERT. Die krustösen Plaques der Kopfhaut, von denen U. hier handelt und die zweifellos syphilitischen Ursprungs sind, waren, wie wir von ihm erfahren, schon lange bekannt. FOURNIER beschreibt sie als ganz kleine braune Krüstchen, die sehr schwer zu beseitigen sind. U. fand diese Form unter 100 Fällen von reiner, noch nicht behandelter Syphilis nur sechsmal. Es handelte sich dabei immer um frische Syphilis. Jedes einzelne Element bestand aus der schon erwähnten Kruste und einem Infiltrat der Papillaris und Subpapillaris; Kruste und Infiltrat sind von Haaren durchsetzt; in der Epidermis wimmelt es von Mikroben. — U. nimmt an, daß es sich hier ursprünglich um eine syphilitische Plaques handelt, die aber unter der Einwirkung besagter Mikroben ihr Aussehen verändert. — Für die Differentialdiagnose ist zu erwähnen, daß diese Elemente nur in geringer Anzahl, 2—15, und über den ganzen Kopf zerstreut, vorhanden sind.

Hautkrankheiten und Radiotherapie, von BÉLOT. Die Abhandlung ist in diesem Heft noch nicht beendet.

Weitere Untersuchungen über den Stoffwechsel beim Lichen planus und über die Wirkungsweise des Arsens, von FR. RADAELI-FLORENZ. In einer früheren Untersuchungsreihe, die bei einem Fall von Lichen planus angestellt wurde, hatte Verfasser gefunden, daß die Stickstoffausscheidung vor Beginn der Arsenbehandlung vermehrt war; die Vermehrung erfolgte auf Kosten des Eiweiß. Bei Anwendung von geringen Mengen von Arsenik ging der Eiweißzerfall zurück, wurde aber bei höheren Gaben des Mittels wieder recht lebhaft.

Diese Untersuchungen hat Verfasser jetzt wieder an einem größeren Material aufgenommen, es standen ihm dabei fünf Fälle zur Verfügung. Er konnte dabei seine früheren Ergebnisse im wesentlichen bestätigen und spezialisieren, denn er fand, daß der durch den vermehrten Eiweißzerfall frei werdende Stickstoff nicht in Form von Harnstoff — dieser war vielmehr vermindert —, sondern in Form anderer N-Verbindungen ausgeschieden wurde. Diese Änderung des Stoffwechsels fällt mit dem Zeitpunkt zusammen, in welchem der Lichen anfängt, sich zurückzubilden. — Auch in zwei Fällen von Psoriasis liefs sich die eben beschriebene Störung in der N-Ausscheidung nachweisen.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 3.

Mal perforans im Munde bei einer tabetischen Frau, von RODIER und CAPDEPONT. Das Bemerkenswerteste an diesem Fall ist dieses, daß das Mal perforans bei einer Frau auftrat. Alle bisher beobachteten Fälle bezogen sich nur auf Männer. Die 44jährige Patientin ist seit einigen Jahren tabetisch, hat im letzten Jahre fast alle ihre Zähne verloren — sie sind ihr einfach ausgefallen — und weist am linken Oberkieferrand ein kleines Geschwür auf, von dem aus man in die Kieferhöhle gelangen kann. Die erkrankte Stelle ist vollkommen unempfindlich. Ätiologisch wird das Mal perforans auf eine infektiöse Zahnwurzelentzündung zurückgeführt (Pyorrhoea alveolaris). Die Benennung als Mal perforans stammt von FOURNIER, wird aber von den Verfassern bemängelt; im Grunde handle es sich nur um eine ganz gewöhnliche Zahnfistel.

Tabes syphilitischen Ursprungs, geheilt durch langdauernde, energische Quecksilberbehandlung, von H. OLTRAMARE-Genf. Der jetzt (1902) 50jährige Patient

hatte 1890 seinen Schanker gehabt und war damals spezifisch behandelt worden. Unbekannt, ob Sekundärsymptome aufgetreten sind. 1901 zeigten sich die ersten tabischen Erscheinungen. 1902 vor der Behandlung bestanden nach ROMBERG, WESTPHAL und ARGILL lanzinierende Schmerzen, Sehstörungen, Blasenlähmung, Verlust des Geschlechtstriebes, Muskelschwäche. Die Behandlung bestand in Quecksilbereinspritzungen (basisches Hg-Salicylat rein, oder mit Kalomel vermischt), die in vier Abteilungen vorgenommen wurden, so daß Patient in 280 Tagen im ganzen 2,44 Hg purum erhielt, das macht auf den Tag 0,01 Hg vivum, entsprechend der Vorschrift von LEBERDDE. Nebenher wurden noch 24 Einreibungen verabfolgt, Jodkalium aber nicht gegeben. Der Erfolg, bei Abfassung der Schrift schon sieben Monate andauernd, war ein sehr zufriedenstellender. Kniephänomen und Geschlechtstrieb scheinen dauernd geschwunden; es besteht noch Pupillenungleichheit. Im übrigen scheint Patient geheilt und geht wieder seinen Geschäften nach.

Syphilis und Scabies, von DRUELLE. Das häufige Zusammentreffen von Syphilis und Krätze ist nicht zu verwundern, da beide nicht selten dieselbe Ursache haben; hat man doch die Krätze eine parasymphilitische Krankheit genannt. Ebenso wenig ist es zu verwundern, daß die Syphilis vielfältig durch die Scabies beeinflusst wird, denn infolge letzterer wird die Haut den heftigsten Reizen (Kratzen, Einreibung mit Seife und Salben) ausgesetzt. Daß es namentlich die sekundäre Hautsyphilis ist, die dem Einfluß der Scabies unterliegt, bedarf keiner näheren Ausführung.

Diese Einwirkungen der Krätze machen sich in verschiedener Weise bemerkbar. Zuweilen wird durch sie ein eben abgeheiltes Hautsyphilid zu neuem Leben erweckt und lokalisiert sich dann wohl gerade an den scabiös erkrankten Stellen; oder ein schon bestehendes Syphilid verwandelt sich am Sitz der Krätze in eine schwerere Form, eine einfache Roseola zum Beispiel in Papeln. Aber auch Mischformen beider Dermopathien sollen vorkommen und sind als solche von SIBUR in diesem Journal (Jahrgang 1898) beschrieben; S. unterscheidet dort sogar zwei Varietäten. — Daneben werden auch Umformungen von scabiösem Ecthyma in ulceröse Syphilide beobachtet. Auch auf den meist indolenten, harten Bubo des Ulcus specificum erstreckt die Krätze ihren Einfluß und wandelt ihn in die entzündlich-eitrige Form um. — Eine weitere Beziehung zwischen den beiden Krankheiten besteht insofern, als durch die Krätze dem venerischen Gift eine große Menge von Einfallstoren in den Organismus geöffnet werden; es kommen dann oft eine größere Anzahl von Genitalschankern — es sind bis zu 19 beobachtet — zustande. Auch extragenitale Schanker werden auf diesem Wege hervorgerufen. — Ähnliche Erscheinungen wie die Scabies vermag auch die Phthiriasis in die Wege zu leiten. — Daß bei solchem Zusammentreffen der beiden Dermopathien bisweilen diagnostische Schwierigkeiten entstehen, ist selbstverständlich.

Melanodermie bei einer Frau mit verruköser Hauttuberkulose, von RAYNAUD-Algier. Patientin, die sieben Jahre mit einem schwindstüchtigen Manne verheiratet war, bemerkte kurz vor dessen Tode eine Bronzefärbung ihres Halses. Wenige Monate später entwickelte sich an verschiedenen Stellen ihres Körpers ein Lupus verrucosus, während die Braunfärbung sich über die ganze Haut ausdehnte. — Verfasser knüpft an diesen Fall einige Bemerkungen über den Zusammenhang von Tuberkulose und Melanodermie und über die Beziehungen letzterer zur Nebennieren-erkrankung.

Zwei Fälle von ADDISONscher Krankheit, von GILLOT-Algier. Auch in diesen beiden Fällen handelte es sich um Frauen. Die eine, 44 Jahre alt, war tuberkulös. Die wichtigsten Symptome des ADDISON bestanden in Bronzefärbung, hochgradiger Schwäche, Lumbalschmerz und niederer Pulsspannung. Puls im Liegen 92, im Stehen 108. — Die zweite Patientin war 29 Jahre alt. Bei ihr waren auch

die Schleimhäute von der Braunfärbung ergriffen, die Nägel fast schwarz. Das Leiden setzte bei ihr mit Mattigkeit, Erbrechen und hartnäckiger Verstopfung ein. Unter den Erscheinungen einer Meningitis ging die Kranke bald zugrunde. Die Cerebrospinal-Flüssigkeit war normal, beide Nebennieren aber tuberkulös. Das Adrenalin hat G. wegen seiner Gefährlichkeit nicht angewandt.

Ulcus durum in der unteren Nasenmuschel eines siebenjährigen Knaben, von BAUNON-Firminy. Der Fall ist insofern besonders interessant, als erst das Auftreten einer Corona veneris und einer Roseola an Syphilis denken ließen. Vorher bestanden nur allgemeine Schwächeerscheinungen und Anschwellung der linken Glandula submaxillaris, Erscheinungen, die auf Skrophulose gedeutet wurden. Auch dauerte es lange, bis Ba. den Sitz des primären Geschwürs an der linken unteren Nasenmuschel entdeckte, denn abseits der Nase bestanden durchaus keine Symptome. — Der Knabe hatte die Gewohnheit, alle möglichen kleinen Gegenstände, Holzstückchen, kleine Steine usw. in die Nase zu stecken; seine Umgebung war frei von Syphilis. Die Lues erwies sich als eine ziemlich schwere.

1904. Heft 4.

Dritter Beitrag zur Radiotherapie. Die Dosierung der Röntgenstrahlen und ihre graphische Darstellung, von A. BÉCLÈRE-Paris. In zwei früheren Abhandlungen hatte B. die Apparate beschrieben, die dazu dienen, um die Beschaffenheit und die Menge der absorbierten X-Strahlen zu bestimmen. In dem vorliegenden Aufsatz, dem ein Vortrag in der Société de Dermatologie vom 11. April 1904 zugrunde liegt, handelt er von der Dosierung der Röntgenstrahlen, d. h. von der Menge, die man in einer Sitzung verabfolgen darf, ohne eine Radiodermatitis befürchten zu müssen, und von dem Zwischenraum, innerhalb dessen sich zwei Sitzungen folgen dürfen.

Nach seinen und fremden Erfahrungen hat sich die Tagesgabe an X-Strahlen nach dem Alter des Patienten, dem Sitz und der Beschaffenheit der in Frage kommenden Neubildung und nach dem Zustande der Haut zu richten. Im Mittel wird die Dosierung unter Berücksichtigung dieser Umstände zwischen vier bis sieben Einheiten H- schwanken, muß bei frischen Entzündungserscheinungen um eine bis zwei Einheiten unter das Minimum heruntergehen, kann bei ulcerierten Geschwülsten noch über sieben Einheiten steigen u. s. f. In der Regel soll man nicht öfter als einmal in der Woche radiographieren, da sonst die Gefahr einer Hautentzündung besteht, doch können besondere Umstände zwei, selbst drei Sitzungen innerhalb acht Tagen erforderlich machen. Schließlich lassen sich Häufigkeit der Sitzungen und Dosierung auch nach Art der Fieberkurven graphisch zur Darstellung bringen, wobei auf den Längelinien die Behandlungstage, auf den Querlinien die Menge der Einheiten verzeichnet werden; jede Querlinie entspricht einer Einheit H.

Mit einem kurzen Bericht über drei erfolgreich radiographierte Fälle von Epithelioma faciei, Neubildung in der linken Brust und Lupus tuberculosus des Fußes schließt die Abhandlung.

Zur Frage des Seborrhoids und der Pityriasis, von CH. AUDRY-Toulouse. A. verteidigt in geistreicher Weise seine Auffassung des Seborrhoids und der Pityriasis gegenüber SABOURAUD, der ihn in seinen „Maladies du cuir chevelu“ angegriffen hatte.

Luxation des linken Knies im Verlaufe einer arthropathischen Psoriasis, von CH. AUDRY und ANCIAN. Der jetzt 42jährige Patient leidet seit zehn Jahren an einer schweren Arthritis, von der bald dieses, bald jenes Gelenk befallen wird. Fast gleichzeitig mit der Arthritis stellten sich auch am Kopfe und im Gesichte die ersten Psoriasisherde ein; jetzt ist die Psoriasis über den ganzen Körper verbreitet. Seit

Ende 1900 setzte sich die Entzündung im linken Kniegelenk fest. Während eines erzwungenen, Monate dauernden Bettaufenthaltes bildete sich allmählich eine Flexur des linken Unterschenkels, die sich mehr und mehr nach hinten luxierte und immobilisierte. Die Kondylen des Femur sind ganz nach vorn getreten, die Patella ruht unbeweglich auf ihnen. Der Unterschenkel ist im stumpfen Winkel flektiert, geringe Bewegungen sind möglich, aber sehr schmerzhaft. Knöcherne Ankylose besteht nicht.

Kontraktur des M. cubitus anterior des linken Arms im Verlauf einer sekundären Syphilis, von CH. AUDRY. Der 19jährige; an „nervösen“ Anfällen leidende Patient bekommt während des sekundären Stadiums der Syphilis zuerst vorübergehende Schmerzen im rechten Unterarm, alsdann eine Kontraktur im M. cubitus des linken Arms, wodurch ihm die Supinationsbewegung dieses Gliedes unmöglich wird. Schnelle Heilung nach einer Einspritzung von sterilisiertem Wasser in den kranken Muskel. — A. hält eine hysterische Grundlage dieser Kontraktur für wahrscheinlich.

Alopecie der von einem Vesikans herrührenden Narbe, von CH. AUDRY. Die kahle Fläche befand sich rechts und links hinter den Ohren bei dem jetzt 75jährigen Patienten. Das Zuggpflaster war ihm gelegt worden, als er fünf Jahre alt war, und es war damals ungefähr ein Jahr lang unterhalten worden. Beide kahle Stellen erinnerten infolge ihres Aussehens und ihrer glatten Ränder an Alopecia areata.

Zur Diagnose des Epithelioma der behaarten Haut, von CH. AUDRY. Von einem bestimmten Fall ausgehend, in dem ein kleines Geschwür acht Jahre lang auf der behaarten Kopfhaut saß und sich schließlich als Ulcus rodens erwies, macht A. darauf aufmerksam, daß bei derartigen Neubildungen einzelne Haare immer noch fest in dem Haarboden wurzeln.

Lupus erythematosus im Anschluß an einen bullösen Ausschlag, von CH. AUDRY. Bei einem jungen Mädchen, das wegen epileptischer Anfälle Bromkalium eingenommen hatte, stellte sich mehrere Stunden hinterher ein bullöser Ausschlag im Gesicht ein. Die meisten Blasen trockneten nach einiger Zeit wieder weg, aber unter beiden unteren Orbitalrändern fand eine Umwandlung solcher Bläschen in Lupus erythematosus statt. Der Lupus hat jahrelang bestanden und ist erst allmählich unter dem Einfluß der Lichtbehandlung besser geworden. Im Laufe der Jahre haben sich an verschiedenen Hautstellen auch andere Exanthemformen gezeigt.

Ein Epitheliom auf einem Syphilom der Mundschleimhaut, von CH. AUDRY. Patient von 62 Jahren. Seit einigen Wochen Beschwerden beim Sprechen und Schlucken; erschwertes Atmen. Auf der Schleimhaut der linken Unterlippe sitzt ein oberflächliches Geschwür. Die Schleimhaut der linken Wange ist rot, geschwollen, mit Furchen und kleinen Wärzchen bedeckt. Dort, wo die Zähne zusammenstoßen, befindet sich eine lineare Ulceration mit gelblichem Grunde. Eine Veränderung ähnlichen, aber geringeren Grades bietet die rechte Wangenschleimhaut dar. Am rechten Zungenrand eine tiefe Auskerbung (excavation profonde), die am Grunde ulceriert ist. Die Epiglottis und Epiglottisgegend sind gerötet und geschwollen, fast ödematös infiltriert. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist schlecht. — Nach einigen Hg-Einspritzungen bilden sich alle Erscheinungen bis auf den Tumor der linken Wangenschleimhaut zurück; Patient erholt sich aber nicht recht und erliegt sehr schnell einer Lungenentzündung. — Bei der histologischen Untersuchung erwies sich der linksseitige Tumor als ein Epitheliom, das sich aus einer, abnorme Wege einschlagenden Akanthose entwickelt hatte; die Akanthose wiederum war auf syphilitischer Grundlage entstanden. A. vertritt die Ansicht, daß die Syphilis für sehr viele Krebsgeschwülste der Mundschleimhaut den Boden vorbereitet.

Drei Fälle von ungewöhnlichem Sitz eines Ulcus durum, von MARCEL SÉR.

Der eine Fall betraf einen Mann, bei dem das Ulcus an der Außenseite des linken Oberschenkels saß. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Frauen; bei der einen befand sich der Schanker auf der behaarten Kopfhaut über dem linken Ohr, bei der anderen mitten auf dem Kopf. Letzteres Vorkommnis ist ein besonders seltenes; FOURNIER hat nur drei derartige Fälle gesehen. Eine Erklärung, wie der Schanker an diese sonderbaren Stellen gelangt sei, konnte S. für keinen seiner Fälle ermitteln.

Türkheim-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Zwei Fälle von Harnröhrenverengung, von MALENGRAUX-Charleroi. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 27.) An der Hand zweier Fälle kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß für blennorrhische Harnröhrenverengungen die Dilatation mit Sonden, und zwar Dauersonden, das erfolgreichste Vorgehen darstellt, während bei traumatischen Strikturen die externe Urethrotomie die besten Aussichten bietet.

Hopf-Dresden.

Ein Wasserdilatator zur Behandlung der Harnröhren- und anderer Verengungen, von BAKABINCK-Kiew. (*Presse méd.* 1903. Nr. 91.) Der Apparat, der auch zur Erweiterung von Verengungen in der Speiseröhre, des Afters und des Gebärmutterhalses anwendbar ist, besteht aus einer kräftigen, großen Spritze, an deren Ende eine hohle Kautschuksonde anzusetzen ist. Dieselbe wird durch die Striktar durchgeführt und nun einem beliebigen Druck, den man durch den Stempel der Spritze regeln kann, ausgesetzt.

Hopf-Dresden.

Die interne Behandlung der Blasenkrankheiten, von LOUIS STERN-New York. Anführung von sieben Fällen, welche sehr günstig durch Helmitol beeinflusst wurden. Drei der Fälle betrafen Frauen mit hartnäckigem Blasenkatarrh, einer einen 69jährigen Mann mit gleichzeitiger mäßiger Prostatahypertrophie, und die drei weiteren Blasenkatarrhe als Komplikationen einer akuten Blennorrhoe. Das Helmitol soll sich vor dem Urotropin durch viel weniger reizende Wirkung (auf die Nieren-, Eiweiß-, Hämaturie- und die Verdauungsorgane) auszeichnen; auch habe das Urotropin in manchen Fällen, wo der Urin stark ammoniakalisch war, keine Umsetzung erfahren, so daß die Formaldehyd gerade dann, wenn seine Wirkung am meisten erwünscht war, dieselbe nicht ausüben konnte.

Stern-München.

Über epidurale Injektionen bei Erkrankungen der Harnblase, von JOSEF FREINDLSBERGER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 46.) Die außerhalb Frankreichs wenig bekannte Methode der epiduralen Injektionen CATHELINS hat Verfasser anfangs 1902 an der Klinik GUYON kennen gelernt. Dasselbst wurden sie bei den verschiedensten Affektionen des Urogenitalapparates angewendet, am erfolgreichsten bei Enuresis nocturna, bei welcher CATHELIN 75% Erfolge erzielte. Durch dieselbe Methode hat KAPRANER 25 Fälle von Enuresis nocturna geheilt (*Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 29, 30). CATHELIN betreffend Monographie ist von STRAUSS-Barmen ins Deutsche übersetzt unter gleichzeitiger Angabe einiger technischer Verbesserungen des hierzu er-

forderlichen Instrumentariums. (Stuttgart, 1908.) In der Hauptsache besteht die Methode darin, daß man an der durch die Cornua sacralis markierten Stelle der Haut und die Membrana obturans mit der Injektionsnadel durchsticht und so in den epiduralen Raum des Canalis sacralis gelangt, ohne den Duralsack zu eröffnen. Verfasser hat mit diesen Injektionen 13 Fälle behandelt, darunter waren sechs Fälle von Enuresis nocturna, von denen vier völlig geheilt wurden, einer ungeheilt und einer mit unkontrollierbarer Besserung entlassen wurde. Zur Injektion wurde physiologische Kochsalzlösung benutzt. Die Methode ist bei aseptischen Kautelen gefahrlos und bei der Unsicherheit der bei dieser Krankheit sonst üblichen Behandlungsmethoden durchaus empfehlenswert.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Die Behandlung der Hämorrhoidenblasenentzündung, von ARSÈNE MESNARD (*Presse méd.* 1903. Nr. 77.) Die Cystitis, welche auf hämorrhoidaler Grundlage basiert, stellt sich als eine der schmerzhaftesten und langwierigsten Arten des Blasenkatarrhs heraus. Sie findet sich meist bei Gichtikern und anderen Patienten, die auch an Hämorrhoiden des Rectums leiden. Diese Form der Cystitis tritt anfallsweise auf, anschließend an Diätfehler und andere Einflüsse (Alkohol). Sie dauert jedesmal von Tagen zu Monaten. Symptome sind Gefühl der Schwere in der Dammgegend, rectovesikalen Tenesmus von enormer Häufigkeit und Renitenz, sowie stärkster Schmerzhaftigkeit. Es ist jeder Genuß von alkoholischen Getränken selbst in stark verdünntem Zustande zu verbieten, ebenso Tee und Kaffee. Beim Anfall ist Bettruhe ratsam. Daneben verordne man Sitzbäder, Vollbäder mit oder ohne Stärkezusatz, Leinsamentrete intern, sowie blandeste Diät. Bei Personen, die sich nicht schonen können, muß man auf die medikamentöse Therapie zurückgreifen. In dieser Richtung rät der Verfasser Terpentinessenz, sowie Opium-Belladonna-Kokain-Stuhlzäpfchen. Auch wäre daran zu denken, Adrenalin in verdünntester Lösung intern zu trinken zu geben.

Hopf-Dresden.

Bericht über einen anscheinend durch Auftreibung der Blase bedingten Fall von Coma, von R. MAIN-London. (*Lancet.* 13. Febr. 1904.) Der in mittleren Jahren stehende Mann war ohne bestimmt erkennbare Ursache in einen komatösen Zustand verfallen, der elf Stunden anhielt. Es wurde mit dem Katheter eine größere Menge Urin entleert, worauf Patient sechs Stunden später wieder zum Bewußtsein kam. Außer Unfähigkeit zu urinieren bot er weiter nichts Abnormes dar.

Philippi-Bad Saaleschierf.

Die Tumoren der Blase, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 51.) G. beschreibt einen Fall von gestieltem Blasentumor, der wiederholt heftige Hämaturie und durch zeitweilige Verlegung der Mündung des linken Ureters eine Harnstauung in der linken Niere und infolgedessen eine temporäre Vergrößerung dieser Niere verursachte. Der Fall beweist, daß bei gleichzeitigem Vorkommen von Hämaturie und Vergrößerung einer Niere durchaus nicht immer diese Niere als primär erkrankt und zweifellos als Sitz der Blutung betrachtet werden darf; es sind vielmehr gar oft beide Erscheinungen Folgen eines Blasentumors.

Göts-München.

Die Behandlung eines Blasenpapilloms mit Injektionen von Höllesteinlösungen, von H. T. HERRING. (*Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1903.) Der Verfasser hat vor vier Jahren in derselben Zeitschrift, in der Nummer vom 29. Juli 1899, seine Erfahrungen über eine neue Behandlung des Blasenpapilloms mit täglichen Einspritzungen von Höllesteinlösungen mitgeteilt. An weiteren Fällen ist die damals gemachte Beobachtung von neuem bestätigt worden, daß nämlich die Injektionen eine außerordentlich günstige Wirkung ausüben, sowohl was die Blutstillung betrifft, als auch hinsichtlich der Verlangsamung des Wachstums oder gar der vollständigen Zerstörung des Blasenpapilloms. Die Krankengeschichte dreier Fälle wird mitgeteilt, welche zeigen:

1. Dafs die nicht so seltene Wiederkehr des Papilloms nach operativer Beseitigung durch die suprapubikale Cystotomie in sehr wirksamer Weise durch Einspritzungen von Höllesteinlösung aufgehalten werden kann.

2. Dafs bei der Injektionsbehandlung in Fällen, in denen das Gewächs operativ nicht ganz beseitigt werden kann, die Wiederkehr der Symptome weiter hinaus geschoben wird, als ohne diese Behandlung.

3. Dafs viel vom Tumor durch die Urethra ohne ernsthafte Blutungen entfernt werden kann.

4. Dafs man berechtigt sei, zu hoffen, dafs papillomatöse Gewächse durch lange fortgesetzte Applikationen von Höllesteinlösungen gänzlich zerstört werden können.

C. Berliner-Aachen.

Zehn Fälle von endovesikaler Trennung der Urinflüssigkeit beim Manne mit nachfolgender Operation, von CATHELIN-Paris. (Ann. Polyclin. Centr. Januar 1904.) In den zehn Fällen von Nierenerkrankung, über die Verfasser kurz berichtet, wurde die Frage, ob die rechte oder die linke Niere krank sei, mit des Verfassers Urindiviseur gelöst und der Befund jedesmal durch die später ausgeführte Operation bestätigt. Verfasser nennt sein Instrument ein einfaches, praktisches, unschädliches und zuverlässiges. Einfach ist es, weil sein Gebrauch rasch erlernt ist und es von jedem Chirurgen ohne weiteres gehandhabt werden kann; praktisch ist es, weil es sich allen Blasen, ob klein, ob groß, beim Manne wie bei der Frau anpaßt; unschädlich ist es wie jede andere Untersuchung der Blase mit einem metallischen Instrument, und zuverlässig, wie der vorliegende Bericht und Veröffentlichungen anderer Autoren beweisen. Den Ureterenkatheterismus wird es natürlich nicht in allen Fällen ersetzen können.

A. Loewald-Kolmar.

Intravesikale Trennung des von jedem einzelnen Ureter ausfließenden Urins als diagnostisches Hilfsmittel bei chirurgischen Nierenleiden, von R. A. ВУКРАСТЕРН-Liverpool. (Lancet. 26. März 1904.) Um einen Apparat zu schaffen, der weniger kostspielig und leichter zu handhaben wäre als die cystoskopische Katheterisierung der Ureteren, hat G. Luys-Paris vor etwa zwei Jahren seinen „Separator“ konstruiert. B. hat zahlreiche Versuche mit diesem Instrumente angestellt und ist mit den Ergebnissen gut zufrieden. Dasselbe hat etwa die Form eines BÉNIGUÉ-Katheters; neben zwei feinen Leitungsröhren zu beiden Seiten des Schaftes, trägt dieser in einer Rinne einen Führungsstab, der in eine an dem distalen Ende des Instrumentes befestigte Kette ausläuft. Ein aus besonders gut präpariertem Gummi hergestellter Überzug wird aufgesetzt, die Leitungsröhren zu beiden Seiten angeklemt und so das Instrument in die ausgewaschene und mit etwa 50 ccm Flüssigkeit angefüllte Blase eingeführt. Ein Mechanismus bewirkt durch Straffziehen der Kette die Herstellung einer vollständig genügenden Scheidewand, so dafs aus jedem Leitungsröhr der Urin von nur der einen Niere abfließt. Allerdings gehört einige Übung dazu, ehe man die nötige Sicherheit erlangt, um zuverlässige Resultate zu erzielen. Im allgemeinen kann man in 20 Minuten (bei vorheriger reichlicher Flüssigkeitsaufnahme) etwa 7 ccm Urin auffangen. Dies genügt für die nötigsten Untersuchungen, u. a. für die Bestimmung des Gefrierpunktes, auf den B. besonders hinweist, des Harnstoffgehaltes (mittels des LITTLEschen Apparates), des speziellen Gewichtes usw. Ein wertvolles Mittel zum Beweise der Intaktheit der Nieren ist die Schnelligkeit der Elimination von Methylenblau nach subcutaner oder ovaler Einverleibung, was sich mit diesem Instrumente auch schnell erkennen läßt. *Philippi-Bad Salschlurf.*

Die therapeutischen Wirkungen der Distension der Blase. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 44.) Es ist bekannt, dafs Krankheiten der Harnblase die Sensibilität wie die Sekretion der gesunden Nieren beeinflussen können;

insbesondere ist die inkomplette Harnretention der Prostatiker, wenn die Nieren intakt sind, stets von Polyurie gefolgt. Man kann daher die Distension der Blase als ein physiologisches Excitans für die Niere betrachten; dasselbe bewirkt durchaus nicht immer Nierenschmerzen, stets aber eine Hypersekretion der Nieren. LECOILLARD und PASTEAU haben beobachtet, daß Distension der Blase, die in einem Falle behufs Vornahme einer Lithotripsie, in einem anderen Falle zum Zweck einer cystoskopischen Untersuchung durch Füllung von aufsen bewerkstelligt worden war, bei dem einen Kranken Nierenkoliken und Austreibung von Harngries, bei dem anderen Entleerung von Eiter aus der Niere bewirkte. Auf Grund dieser Beobachtungen schlagen die genannten Autoren vor, in Fällen, in denen eine Verstärkung der Harnsekretion erwünscht ist, durch Injektion von 200—300 g Flüssigkeit eine Distension der Blase herbeizuführen. Die Injektion muß ganz langsam mittels eines in die Harnblase eingeführten Katheters und einer Spritze erfolgen; sie muß unterbrochen werden, sobald sich Widerstand bemerkbar macht und anhaltender Urindrang eintritt. Die Sitzungen, die nur kurze Zeit dauern dürfen, werden morgens und abends wiederholt. LECOILLARD hat mit dieser künstlichen Blasendehnung in fünf Fällen, über die hier nichts Weiteres angegeben ist, gute Erfolge erzielt. Doch ist das Verfahren nicht ganz ungefährlich, weil es imstande ist, eine starke Kongestion der Nieren zu erzeugen; jedenfalls darf es nur bei vollständig gesunder Blase angewendet werden.

Göts-München.

Die Punktion der Blase. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 42.) Der Verfasser hält die leicht auszuführende und ungefährliche Punktion der Blase für indiziert bei Retention nach Rupturen der Urethra, wenn die Urethrotomie aus irgend einem Grunde nicht gemacht werden kann, ferner bei kompletter Retention infolge von Harnröhrenstriktur oder Prostatahypertrophie, wenn die Einführung eines Katheters nicht gelingt. In den letztgenannten Fällen hat die durch den Blasenstich ermöglichte Entleerung der Blase eine rasche Dekongestionierung der Urethra zur Folge, so daß die Katheterisierung sehr bald und ohne Schwierigkeit erfolgen kann.

Göts-München.

Intraperitoneale Zerreißen der Blase bei einem fünfjährigen Mädchen; Durchtrennung des rechten Schambeins an der Epiphysenlinie; Laparatomie, Blasennaht, Genesung, von H. B. ROBINSON-London. (*Lancet.* 23. Jan. 1904.) Der Fall wäre wohl nicht so günstig verlaufen, wenn das Kind nicht binnen sehr kurzer Zeit nach dem Unfall zur Operation gelangt wäre. *Philippi-Bad Salschlief.*

Über Urethrotomia interna, von J. PREINDLSBERGER-Sarajevo. (*Wien. med. Presse.* 1908. Nr. 45.) P. hat in elf Fällen die in Deutschland vernachlässigte, von GUYON bevorzugte Urethrotomia interna angewandt, wo es sich um hochgradige Strikturen handelte, in denen eine Entleerung der Blase schnell herbeigeführt werden mußte und die Dilatationsbehandlung nicht zum Ziele führte. Die volle Dilatation der Strikturen war nach 16, 6, 13, 16, 13, 19, 12, 15, 6 Tagen erreicht. In sieben Fällen nach der Operation vorübergehende Temperatursteigerung, ein Todesfall bei chronischer Prostatitis, Cystitis und Nephropylitis. Die Ausführung der Operation ohne Narkose gelang leicht in typischer Weise mit Einlegung eines Verweilkatheters, der je nach dem Grade der Cystitis 2—8 Tage belassen wurde. Es folgen zum Schluss die Krankengeschichten.

Putzler-Danzig.

Die Bakteriologie der Cystitis, von R. C. LONGFELLOW-Fostoria. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 4. April 1908.) Zusammenstellung der pathogenen und nicht pathogenen, in der Blase vorkommenden Bakterien. *A. Loewald-Kolmar.*

Die vesikalen Infektionen und der Bacillus pyocyaneus, von BARTH und MICHAUX. (*Presse méd.* 1908. Nr. 43.) Die Blasenkatarrhe, bei denen der Bacillus

pyocyaneus gefunden wird, sind verhältnismäßig selten. Die Verfasser berichten über einen solchen Fall bei einer Frau von 49 Jahren, die im Verlaufe einer der Rekonvaleszenz sich nähernden Influenza schwere cystitische Symptome aufwies, als deren Erreger der Bacillus pyocyaneus sich herausstellte. Neben ihm waren zwar noch andere Mikroben vorhanden; letztere schwanden unter der Behandlung, der Bacillus pyocyaneus blieb. Er ist der Therapie schwer zugänglich. Weder Urotropin noch Salol, noch Spülungen mit Lösungen von übermangansaurem Kalium, Protargol oder Höllestein vermochten in anderen Fällen wie im vorliegenden Heilung zu erzielen.

Hopf-Dresden.

In der Association française d'Urologie (Sitzung vom 22. Oktober 1903. Nach *Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 45 und 48) sprachen IMBERT über Symptomatologie, Diagnose, Prognose und chirurgische Behandlung, PASTEAU über die interne Behandlung der hartnäckigen Cystitiden. IMBERT teilt dieselben in vier Gruppen ein: 1. die einfachen hartnäckigen Cystitiden ohne klinisch erkennbare Veränderungen, 2. die Geschwüre der Blase, 3. die Cystitiden mit leukoplastischen Läsionen, 4. die pseudomembranösen Cystitiden. Zur Stellung einer sicheren Diagnose erscheint I. die cystoskopische Untersuchung unerlässlich; das trifft namentlich für die Cystitiden mit Leukoplasien zu, die sich im übrigen von den einfachen hartnäckigen Cystitiden durch starke Hämaturien und epithelienhaltiges Harnsediment unterscheidet. Die pseudomembranöse Cystitis gibt die ungünstigste Prognose; I. hatte bei zwölf Fällen vier Todesfälle. Sie führt in 83% der Fälle zu ascendierenden Infektionen, während solche bei den Geschwüren nur in 13%, bei den einfachen hartnäckigen Cystitiden in 12% und bei den Leukoplasien in 10% der Fälle vorkommen. Eine chirurgische Behandlung der hartnäckigen Cystitiden ist indiziert, wenn die interne Behandlung versagt hat; in Frage kommen das Curettement der Blase, die Sectio alta, die Sectio perinealis und die Eröffnung der Blase von der Vagina aus. — Das beste Mittel für die interne Behandlung der hartnäckigen Cystitiden ist nach PASTEAU zurzeit das Gomenol: er wendet dasselbe in Form einer 10–20%igen öligen Lösung an, von derselben werden zweimal täglich 4–5 ccm in die Blase injiziert. Die Gomenolinstillationen wirken insbesondere auch bei tuberkulösen Cystitiden sehr gut; sie sind in allen Fällen von hartnäckigen chronischen Cystitiden den Guajanolinjektionen an Wirksamkeit überlegen.

Götz-München.

Cystitis im Kindesalter, von LOUIS FRANK. (*Louisville Journ.* Jan. 1904.) FR. berichtet über einen solchen Fall in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville (Sitzung vom 23. Oktober 1903.) Derselbe betraf ein 1 $\frac{1}{4}$ Jahre altes Kind, bei welchem die Symptome sowohl wie der Befund (Eiterzellen, Eiweiß, alkalische Reaktion) des Urins deutlich auf Cystitis hinwiesen, ohne daß die Ursache zu eruieren war. FR. glaubt am ehesten an einen vorhandenen Stein, was allerdings in diesem frühen Alter eine Seltenheit wäre, und will auch, wenn der Zustand des Kindes in 3–4 Tagen nicht besser würde, den Blasenschnitt vornehmen. In der folgenden Diskussion wurde von ROBERTS und SHINER auf die Möglichkeit einer tuberkulösen Cystitis (Fieber usw.) hingewiesen, welche FRANK trotz negativen Befundes an Tuberkelbazillen nicht von der Hand weist.

Stern-München.

Behandlung der tuberkulösen Cystitiden, von E. DESNOS-Paris. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 5.) D. empfiehlt bei tuberkulösen Cystitiden, selbstverständlich neben entsprechender Allgemeinbehandlung, Einspritzungen von Jodoformemulsion und insbesondere Instillationen einer 5%igen Lösung von Guajakol oder Gomenol in sterilisiertem Olivenöl. Sehr gut bewährt haben sich ferner Instillationen von Pikrinsäurelösung, die zwar für einige Sekunden heftige Schmerzen hervorrufen, dafür aber sehr rasch eine wesentliche Besserung bewirken. Für Fälle, die bereits in Besserung be-

griffen sind, ferner für Fälle, in denen die Schmerzen sehr heftig sind und durch jede Berührung der Schleimhaut gesteigert werden, eignen sich die weniger energiereich wirkenden Instillationen von Acidum pyrogallicum sehr gut. In den zahlreichen Fällen von Blasen-tuberkulose, in denen inkomplette Harnretention besteht, muß die Blase von Beginn der Behandlung an in regelmäßigen Zwischenräumen mittels eines Nelatonkatheters entleert werden. In Fällen, in denen die Hyperästhesie der Blasen-schleimhaut krampfartige Kontraktionen der Muscularis und damit überaus heftige Schmerzen verursacht, sowie auch in den Fällen, in denen die Retention durch regelmäßige Katheterisierung sich nicht beseitigen läßt, muß die Cystostomie vorgenommen werden, damit der Urin permanent abfließen kann, ohne daß die Blasenwandungen gereizt und zu Kontraktionen angeregt werden. Die Eröffnung der Blase wird am vorteilhaftesten vom Hypogastrium aus vorgenommen. Von der Blasenwunde aus die tuberkulösen Herde selbst chirurgisch zu behandeln, ist nach den bisher gemachten Erfahrungen für gewöhnlich wenigstens nicht ratsam. *Göteborg-München.*

Behandlung der tuberkulösen Cystitis mit Gomenol und Anästhesin, von DUROT. (*Ann. Polyclin. Centr.* Febr. 1904.) Gomenol wurde von PASTEAU als ein Mittel empfohlen, das bei tuberkulöser Cystitis an schmerzlindernder und antiseptischer Wirkung dem Guajakol erheblich überlegen sei. Es wird als Gomenolöl nach gehöriger Auswaschung der Blase in diese eingespritzt; das Öl wirkt, indem es die Blasenwand von dem sie umspülenden infizierten Urin isoliert, und das Gomenol durch seine antiseptischen und schmerzstillenden Eigenschaften. GURON und der Verfasser haben die gute Wirkung bestätigen können. Verfasser hat durch einen 2%igen Anästhesinzusatz die analgesierende Kraft noch zu vermehren gesucht und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. *A. Loewald-Kolmar.*

b. Hoden und Samenbläschen.

Notiz über die Bedeutung des Heroïns als Anaphrodisiacum, von PAUL FERD. BECKER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 47.) Das Heroïn (0,01 bis 0,02 p. dosi) wirkt ohne Zweifel gegen die Erektionen, wie solche z. B. die Blennorrhoeiker oft stark belästigen. Zuweilen bemerkt man dabei allerdings ein Arznei-exanthem. Jedenfalls ist es außer bei schmerzhaften Erektionen bei Tripper anwendbar bei krankhaft gesteigertem Geschlechtstrieb, bei operativen Eingriffen am Penis, um Erektionen zu verhindern, bei häufigen Pollutionen, Schmerzen in der Sexualsphäre, Blasenkatarrh usw. Ein Vorzug ist seine völlige Geschmack- und Geruchslosigkeit. *Bernhard Schulse-Kiel.*

Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von Coitus interruptus, von ERNST KERNER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 52.) Verfasser weist darauf hin, daß KRAFFT-EBING stets die Schädlichkeit des abnormen sexuellen Verkehrs betont habe. In den mitgeteilten drei Fällen waren starke nervöse Beschwerden, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Lebensüberdruß, Angestzustände und hauptsächlich schnell eingetretene starke Abmagerung zu konstatieren. Da keine Organerkrankungen nachzuweisen waren, so konnte nur der von den Patienten seit längerer Zeit geübte Coitus interruptus die Ursache jener Erscheinungen sein. Entsprechende Belehrung und Behandlung führten denn auch zum gewünschten Ziel. *Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

Über eine therapeutische Wirkung des Yohimbin „Riedel“ bei nervöser Impotentia virilis, von ERNST HELLMER-Wien. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 51.) Die meisten Fälle von nervöser Impotenz sind auf Masturbation zurückzuführen. Das Yohimbin leistet bei vielen Formen der Impotenz Vorzügliches, wie auch H., der es bei 20 Patienten, ohne daß er ihnen die Wirkung des Mittels mitteilte, in 88% ausgezeichnete Resultate damit erzielte. *Bernhard Schulse-Kiel.*

Hodenveränderungen bei Tieren nach Röntgenbestrahlungen, von FRIBEN-Hamburg. *Munch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 52.) Vor kurzer Zeit hat ALBERS-SCHÖNBERG mitgeteilt, daß männliche Meerschweinchen und Kaninchen, die er längere Zeit hindurch der Röntgenbestrahlung ausgesetzt hatte, sich ausnahmslos als steril wiesen. Bei der von FR. vorgenommenen anatomischen Untersuchung der bestrahlten Tiere fanden sich die Hoden auf $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ der normalen Größe verkleinert. Die Verkleinerung beruht, wie die mikroskopische Untersuchung erwies, auf einem einfachen Schwund der Kanälchenepithelien. Die Hodenkanälchen sind zu weiten Hohlräumen geworden, die als Reste der früheren Epithelschichten einen sehr schmalen Saum kleiner geschrumpfter Zellen besitzen; das Protoplasma dieser Zellen erscheint vielfach schleimig degeneriert. Von Spermatogenese ist nirgends etwas zu erkennen. Entzündungserscheinungen fehlen vollständig, die Stützgewebe sind nicht verändert. Es handelt sich demnach um einen degenerativen Prozeß an den spezifischen Epithelzellen als den labilsten Zellen des Organs. *Göts-München.*

Die chirurgische Behandlung des nicht herabgestiegenen Hodens, von ARTHUR DEAN BEVAN-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 19. Septbr. 1903.) Retention des Hodens ist eine ernste Mißbildung, da sie geistige wie körperliche Störungen mit sich bringt; sie verdient daher mehr Beachtung, als ihr bisher zuteil wurde. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß jeder mangelhaft herabgetretene Hoden, dessen Lage gefühlt werden kann, durch Operation an seine richtige Stelle ins Scrotum gebracht werden muß. Die Hoden, die man nicht fühlen kann, sollten operiert werden, wenn sie zu Beschwerden Anlaß geben oder mit Leistenbruch kompliziert sind. Die Hoden endlich, die weder fühlbar sind noch Beschwerden machen, sollten operiert werden, wenn ihre Verlagerung die Ursache geistiger Störungen ist. Es gibt nur wenige Fälle, in denen die Operation nicht indiziert ist. — Die durch die abnorme Lagerung des Hodens bedingten Gefahren sind: 1. der Leistenbruch, 2. die größere Neigung zu und die größere Gefahr von Entzündungen des Hodens, 3. die Insulte, denen das Organ von außen und innen her (Husten, Heben) ausgesetzt ist, 4. maligne Entartung, die bei verlagerten Hoden häufiger ist als bei normal gelagerten, 5. die Störung der geistigen Funktionen. Früher hielt Verfasser es für zweckmäßig, mit der Operation bis zur Pubertät zu warten, jetzt rät er zu früherer Ausführung, am besten zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahre. Das operative Vorgehen des Verfassers ist in den Hauptzügen folgendes: Nach Freilegung des Hodens wird der Proccus vaginalis peritonei oberhalb des Hodens durchtrennt, das zentrale Stück ligiert, das distale über dem Hoden zu einer Tunica vaginalis geschlossen und vernäht. Dann wird der Samenstrang aus seinen Hüllen und Verwachsungen gelöst und das Vas deferens von den Vasa spermatica stumpf getrennt. Mit den Fingern wird alsdann im Scrotum Raum für den Hoden geschaffen und derselbe hineingelagert. Das Vas deferens läßt sich stets genügend dehnen, um eine zwanglose Einlagerung des Hodens zu ermöglichen; sollte das bei den Vasa spermatica nicht der Fall sein, so können sie ohne Schaden durchtrennt werden. Um den Hoden in seiner Lage zu fixieren, wird der Eingang zum Scrotum durch Tabaksbeutelnaht verschlossen; zuletzt folgt der Verschluss der übrigen Wunde, ähnlich wie bei der BASSINISCHEN Operation.

A. Loewald-Kolmar.

Drei Fälle von Orchitis nach Influenza, von R. ROMME. (*Presse méd.* 1903. Nr. 65.) Die drei Fälle betreffen zwei Kinder und eine erwachsene Person. Nur von letzterer ist die Krankengeschichte angegeben. Am achten Tage der Influenza, als sich der Kranke schon wieder wohl zu fühlen begann, trat unter heftigen Schmerzen, die mit Morphiumeinspritzungen bekämpft werden mußten, eine rechtsseitige Orchitis

auf, nach deren Verlauf vier Wochen später eine linksseitige Hodenentzündung folgte. Urethra völlig normal.
Hopf-Dresden.

Eine modifizierte Methode der Kastration, von W. THORBURN. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1904.) Eine vollständig antiseptische Operation ist häufig wegen der bedenklichen Nähe des zumeist ja bösartig erkrankten Testikels sehr erschwert, und die Inzisionswunde, die leicht durch versprengte infektiöse Partikeln infiziert wird, heilt nur sehr langsam ab. Um dies zu vermeiden, beschreibt Verfasser ausführlich ein Verfahren, bei welchem die Inzision nicht in der unmittelbaren Nähe des Hodens, sondern weiter oberhalb, in der Nähe des Leistenkanals, gelegt wird.

C. Berliner-Aachen.

Die Varicocele und ihre moderne chirurgische Behandlung, von VIRDIA. (*Rif. med.* 1903. Nr. 43 und 44.) Verfasser beschreibt zwölf Fälle von Varicocele, welche sämtlich die linke Seite betrafen; in zwei derselben war jedoch auch die rechte Seite etwas ektaisiert. Von den drei üblichen Methoden: der Oschiectomie, der Phlebektomie und der gemischten Methode (Phlebo-Oschiectomie) gibt er den beiden letzteren den Vorzug. Die letztere besteht in der Entfernung des Venenpaketes, kombiniert mit der Resektion eines seitlichen oder unteren Stückes des Scrotums.

C. Müller-Genf.

Hydrocele funiculi bilocularis extra- et intraabdominalis, von CARL WETTERGREN. (*Nord. med. Arkiv.* 1903. Abt. I. Heft 3. Nr. 41.) Ein 55jähriger Mann hatte sich vor 16 Jahren durch einen forcierten Sprung an der rechten Leiste eine kleine Geschwulst zugezogen, die allmählich wuchs und im Jahre 1903 von W. operiert wurde, da sie mittlerweile die Größe eines Mannskopfes erreicht hatte. Es handelte sich um eine Hydrocele des rechten Samenstranges, die weit ins Abdomen hinein führte. Die Heilung erfolgte glatt. Derartige Fälle sind selten, und stellt Verfasser daher die bisher erschienene Literatur zusammen. Mit dem vorliegenden Falle sind bisher 32 veröffentlicht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Heilung der einfachen Hydrocele durch die Methode der Umstülpung der Tunica vaginalis, von DUHOT. (*Ann. Polyclin. Centr.* Aug. 1903.) Der in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten empfohlenen Eversionsmethode zur Behandlung der Hydrocele hat sich auch Verfasser in mehreren Fällen mit Erfolg bedient. Nach einem 3—4 cm langen Hautschnitt wird der Hydrocelensack in einer Länge von 3 cm gespalten; nach Entleerung der Flüssigkeit läßt man den Hoden durch die Öffnung heraustreten, dabei stülpt sich das parietale Blatt der Tunica vaginalis um und legt sich an den Samenstrang an; es folgt die Reposition des Hodens in das Scrotum und Verschluss der Hautwunde durch die Naht. Die Operation läßt sich unter lokaler Anästhesie bequem in der Sprechstunde ausführen, der Patient braucht nicht im Bett zu liegen, muß nur einige Zeit ein Suspensorium tragen. *A. Loewald-Kolmar.*

Vereinigung der Enden eines durchschnittenen Vas deferens, von J. L. THOMAS. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1904.) In einem Eifersuchtsanfälle hatte eine Ehefrau ihrem Gatten, wohl nicht ganz ohne Zustimmung desselben, die beiden Vasa deferentia zu durchschneiden versucht, in der Voraussetzung, daß es danach zur Atrophie der Testikel und zur Impotenz kommen und dem Manne auf diese Weise das Handwerk gelegt werden würde, sich mit anderen Weibern abzugeben. Der Versuch gelang bei einem Vas deferens vollständig, bei dem anderen nicht ganz. Verfasser nähte die beiden Enden zusammen und vereitelte somit den Zweck des Attentats.

C. Berliner-Aachen.

Über die Durchgängigkeit des nach Sektion oder Resektion genähten Vas deferens, von VULLIET. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 2.) In der konservativen Chirurgie hatte man nach partiellen Epididymisresektionen versucht, das Vas deferens

an den Hodenstumpf zu nähern, bisher ohne besonderen Erfolg. Verfasser hatte an vier jungen Hunden die Vasa deferentia durchschnitten und vernäht und konnte unter dem Mikroskop dreimal das Vorhandensein einer völlig durchgängigen und mit normalem Epithel bedeckten Narbenstelle nachweisen. Einmal fanden sich in dem Sperma eines so behandelten Hundes lebende Spermatozoen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Torsion des Samenstranges, von G. TURNER. (*Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1903.) Ein 13 Monate altes, im übrigen gesundes Kind zeigte bei der ersten Untersuchung in der linken Leistengegend einen rundlichen, harten Knoten, etwa von der Größe eines Testikels zur Zeit der Pubertät. Er war stark gespannt und irreponibel. Im Scrotum fehlte der linke Testikel, während der rechte von normaler Größe war und auch eine gewöhnliche Lage einnahm.

Bei der nunmehr vorgenommenen Operation zeigte es sich, daß der Testikel außerhalb des äußeren Leistenringes sich befand, und von dunkelroter Farbe war. Geringe Flüssigkeit enthielt die Tunica vaginalis. Der Samenstrang war im ganzen von rechts nach links gedreht. Die Torsion war ziemlich fest, konnte jedoch ohne besondere Mühe gelöst werden. Nur erwies sich der Samenstrang zu kurz, um den Testikel im Scrotum richtig lagern zu können. Außerdem wäre die Blutversorgung für den Testikel eine ungenügende gewesen. Deshalb wurde derselbe exstirpiert. Der Heilungsprozess nahm einen günstigen Verlauf. *C. Berliner-Aachen.*

c. Prostata.

Die Prostata und ihre Beziehungen zu Mastdarmerkrankungen, von COLLIER F. MARTIN-Philadelphia. (*Internat. Med. Mag.* März 1903.) Die engen anatomischen Beziehungen zwischen dem prostatiscen und dem hämorrhoidalen Venenplexus bleiben bei krankhaften Zuständen dieser Teile nicht ohne Bedeutung. Es wirken entzündliche Zustände der Prostata sekundär auf die Mastdarmwand und umgekehrt Entzündungen am Mastdarm auf die Prostata. Verfasser teilt drei Fälle mit, in denen die Patienten an Hämorrhoiden und Analkrampf litten, und bei denen außerdem die Erscheinungen einer mässiigen akuten Prostatitis bestanden. Die Prostatitis verschwand in allen drei Fällen nach Beseitigung der Hämorrhoiden und Dehnung des Afters. In keinem dieser Fälle hatte zuvor eine Blennorrhoe vorgelegen. Solche Fälle, meint Verfasser, gäben vielleicht manchmal die Ursache ab für spätere „senile“ Prostat hypertrophien. Andererseits berichtet Verfasser über einen Patienten mit chronischer Prostatitis und gleichzeitigem Mastdarmkatarrh, bei dem der letztere von selbst nach Heilung der Prostatitis zurückging. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Apparat zur Vibrationsmassage der Prostata (Prostatavibrator), von F. KORNFIELD-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 51.) Der Apparat wird durch gute Abbildungen veranschaulicht und ist nach dem Prinzip der Trommelmassage gebaut. Er soll hauptsächlich bei der Behandlung der chronischen Prostatitis, bei verminderter Potenz, bei Neurosen der Prostata und bei Enuresis verwendet werden und die Prostatamassage mit dem Finger oder mit dem FLEKTSCHEN Apparat nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Er besteht aus zwei hebel förmigen Klopfhämmern, welche in ein mit einer ovalen Öffnung versehenes Rektalspekulum hineingegen und durch eine außerhalb des Spekulum befindliche Drehvorrichtung in Bewegung gesetzt werden, so daß sie gegen die Prostata trommelartige Schläge ausführen. *Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

Über die Massage der Prostata, von NEGRETTE. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias medicas.* Nr. 20.) Verfasser empfiehlt die Massage der Prostata als ein mächtiges diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel bei chronischer Prostatitis, Prostat hypertrophie, blennorrhöischer Spermatozystitis und selbst bei subakuter und akuter

Prostatitis, letzteres aber nur, wenn mit Sorgfalt ausgeführt. Die Massage wird entweder mit dem Finger oder mit Hilfe bestimmter Instrumente ausgeführt, mit welcher letzterer die Elektrisation verbunden werden kann. Neben der Massage sollen aber bei den angeführten Affektionen die anderen Behandlungsmethoden (Aufschläge, Quecksilbersalbe usw.) nicht vernachlässigt werden. *C. Müller-Genf.*

Die Massagebehandlung bei Erkrankungen der Prostata, von SIGMUND GOLDSCHMIDT - Berlin. (*Ärztl. Prax.* 1903. Nr. 18.) Die Massage der Vorsteherdrüse wirkt unter Umständen ausgezeichnet, doch muß sie mit Auswahl der Fälle und mit Kritik zur Anwendung gelangen. Sonst ist es einmal nicht ausgeschlossen, daß sie direkt schädlich wirken kann. Die an Tripper anschließenden Entzündungen der Prostata — und um solche wird es sich bei obiger Therapie fast ausschließlich handeln — sind dreifacher Art, nämlich katarrhalischer, follikulärer und parenchymatöser. Für die Massage des Organs kommt bei follikulärer Katarrh, die parenchymatöse Entzündung im Resolutionsstadium und die follikuläre Form in Betracht, sobald dieselbe zu Erweichung geführt hat. Die Massage soll sowohl zurückgehaltene Sekretteile herausdrücken, als auch im Organ reifende Prozesse herbeiführen. Bei Neurasthenikern sei man mit der Massage vorsichtig, da sie oft ihren Nervenzustand verschlechtert. Das FELKISCHE Instrument verwirft der Verfasser. Die Massage hat nach ihm nur mit dem Finger zu geschehen. *Hopf-Dresden.*

Ein neues Verfahren für Instillationen bei Prostatikern, von M. MELUN-Bukarest. (*Presse méd.* 1904. Nr. 6.) Der Verfasser empfiehlt, bei Einträufelungen von Höllesteinlösungen in die vorher ausgespülte Blase von Prostatikern nicht erst den Nelaton zu entfernen und dann die lange GUYONSche Tropfspritze einzuführen, sondern dieselbe nach Vollendung der Blasenpülung im Lumen des Nelatonkatheters vorzuschieben und dann die gewünschte Zahl von Tropfen der Lapislösung zu applizieren. Nur muß man darauf bedacht sein, daß das Lumen des Nelaton das GUYONSche Instrument leicht passieren läßt. Auch muß letzteres 2—3 cm länger sein als der Nelaton. Das Verfahren ist einfacher und schmerzloser, letzteres wohl deshalb, weil so die Lapislösung nicht mit dem Sphinkter am Blasenhal in direkte Berührung kommt. *Hopf-Dresden.*

Prostat hypertrophie und ähnliche Zustände, von WILLIAM B. JONES-Rochester. (*New York Journ.* 14. Nov. 1903.) Kurze Beschreibung dieses Leidens, deren Komplikationen (Cystitis) und der verschiedenen Heil- resp. Operationsmethoden, von welchen JONES für jeden Fall sichere Heilung erwartet. Perineale Incision und Drainage ist um so notwendiger, je schlimmer die Cystitis, und um so rascher auszuführen. Als eine wertvolle Unterstützung der Prostataktomie fand er das SYMSche Verfahren, welches darin besteht, daß ein kugelförmig endigender Gummischlauch nach Eröffnung der Pars prostatica urethrae in die Blase eingeführt; durch Injektion von Wasser aufgetrieben und während der ganzen Enukleation darin belassen wird. Durch diesen Fremdkörper in der Blase ist der Operateur in der Lage, dieselbe genau zu erkennen und Verletzungen derselben zu vermeiden, durch den Druck der gefüllten Gummikugel gegen das knöcherne Becken wird auch Blutungen vorgebeugt. JONES rühmt sich, oft bei der ganzen Operation weniger Blut verloren zu haben, als es erfordern würde, ein mächtig großes Taschentuch zu durchtränken. *Stern-München.*

Die heutige Behandlung der Prostat hypertrophie, von C. MANSELL MOULLIN-London. (*Lancet.* 5. Dez. 1903.) In diesem als Referat zur Eröffnung einer Diskussion gehaltenen Vortrag betont M. zunächst die Bedeutung von Kongestionszuständen am Blasenhal als einer relativ leicht zu beseitigenden Ursache von Blasenbeschwerden, indem namentlich das Kauterisieren nach der BOTTINISchen Methode oftmals einen sehr erfreulichen Erfolg gewährt. Daneben ist aber auch der Wert der

Allgemeinbehandlung (Bettruhe, Diät, heisse Bäder, Purgiermittel) nicht zu verkennen. Bei vorhandener wirklicher Vergrößerung des Organs ist das BORTINSOHE Verfahren unzureichend, und es kann hier nur die operative Auslösung der Drüse durch den perinealen oder den hohen Blasenchnitt angeraten werden. Der Effekt der Kastration und der Durchschneidung des Samenstranges resp. dessen Nerven ist als zweifelhaft zu bezeichnen.

Philippi-Bad Salzschlurf.

Zur intrakapsulären Prostataresektion bei Prostatahypertrophie, von RYDGIER. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 1.) Verfasser wendet sich gegen zwei Arbeiten von ZUCKERKANDL und VÖLCKER, denen gegenüber er die Priorität der fraglichen Operationsmethode für sich in Anspruch nimmt. Zugleich erörtert er nochmals seine Indikationsstellung und Operationsverfahren, durch das er bezweckt, die Operation für die doch meist bejahrten und dekrepiden Individuen zu einem möglichst wenig eingreifenden zu gestalten.

F. Hahn-Bremen.

Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie durch Totalexstirpation der Drüse, von J. W. COOKE - Barnstable. (*Lancet.* 23. Jan. 1904.) Bei dem 71jährigen Patienten, der seit vier Jahren sich selbst mehrmals täglich katheterisiert hatte und ernstere Symptome darbot, wurde die Enukleation ohne Verletzung der Urethra mit gutem Erfolge ausgeführt. Die Urinentleerung ging 16 Tage nach der Operation in normaler Weise von statten.

Philippi-Bad Salzschlurf.

Ein Fall von Totalexstirpation der Prostata, von G. P. NEWBOLT - Liverpool. (*Lancet.* 23. Jan. 1904.) Bei dem fast 70jährigen Patienten war das Resultat der Operation, trotzdem daß die Urethra eingerissen und die Ductus ejaculatorii quer durchtrennt wurden, in praktischer Hinsicht vollständig befriedigend. Es wurde die gesamte fibro-adenomatös entartete Prostata im Gewicht von 170 g entfernt. Die Urinentleerung geht seitdem in normaler Weise von statten.

Philippi-Bad Salzschlurf.

Über Prostataektomie, von IRWIN ABELL. (*Louisville Journ.* Dez. 1903.) A. berichtet in der chirurgischen Gesellschaft von Louisville (Sitzung vom 5. Oktober 1903) über einen von ihm operierten Fall von Prostatahypertrophie, wobei gleichzeitig zwei Steine in der Blase gefunden und operativ entfernt wurden. Auf Grund des dabei festgestellten Befundes glaubt A., daß ein dritter Prostatalappen nur ausnahmsweise, und zwar eben als das Resultat der Hypertrophie, vorhanden sei. *Stern-München.*

Konservative perineale Prostataektomie, von HUGH H. YOUNG - Baltimore. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 24. Okt. 1903.) Bei der Ausführung der perinealen Prostataektomie hängt sehr viel davon ab, daß die Prostata möglichst in das Operationsfeld hineingedrängt wird, damit das Auge immer die Arbeit der Finger und der Instrumente kontrollieren kann. Wesentlich gefördert wird diese Aufgabe durch den „Prostatatraktor“ des Verfassers. Das Instrument besteht aus zwei gefensternten Blättern, von denen das eine um das andere drehbar ist; es wird durch die Perinealwunde nach Eröffnung der Pars membranacea urethrae geschlossen in die Blase eingeführt, dort geöffnet, und durch einfachen Handgriff kann nun die Prostata in die Wunde hineingedrängt und während der ganzen Enukleation sichtbar gemacht werden. Vor allem aber ermöglicht dies Instrument die Schonung der Ductus ejaculatorii, die natürlich von größtem Wert für die Erhaltung der sexuellen Funktionen ist. Eingehende anatomische Studien über den Verlauf der Ductus ejaculatorii haben den Verfasser zu folgenden Ergebnissen geführt: Bei der normalen Prostata liegen die Gänge in der Regel direkt unter der hinteren Kapsel, beträchtlich tiefer als das Niveau des Blasenhalbes; sie wird von diesem durch die sog. präsematische Drüsen-Gruppe getrennt. Bei der hypertrophischen Prostata sind die Verhältnisse die gleichen, nur mit dem Unterschied, daß die Gänge verhältnismäßig noch tiefer liegen und der

Blasenhals von ihnen durch viel mehr Gewebsmasse getrennt ist, besonders wenn mit der Vergrößerung des Mittellappens auch die präseminale Drüsengruppe am Wachstum teilgenommen hat, wodurch die Blasenmündung noch mehr über das Niveau der Gänge hinausgehoben wird. Das den Gängen unmittelbar anliegende Prostatagewebe liegt unterhalb der Harnröhre und spielt bei der Verengung keine Rolle; diese ist einzig und allein durch die Vergrößerung der Seitenlappen und des Mittellappens bedingt, und alle diese Teile liegen oberhalb der Gänge. — Die Ductus ejaculatorii können also geschont werden, wenn man bei der Operation eine Gewebbrücke in der Mitte stehen läßt. Verfasser gibt eine genaue Beschreibung seiner Operationstechnik und berichtet, daß die Ergebnisse der 15 bisher in dieser Weise operierten Fälle sehr gute sind. Alle 15 Patienten können ihre Blase völlig entleeren und brauchen keinen Katheter. Von Dauererfolgen kann Verfasser noch nicht sprechen, da die Fälle sämtlich der jüngsten Zeit entstammen. Bei einigen konnte jedenfalls bereits das Erhaltensein der Geschlechtsfunktionen und die normale Beschaffenheit der abgesonderten Samenflüssigkeit festgestellt werden. Die kleine Prostatabrücke, welche die Ductus ejaculatorii umgibt, genügt also, um den für die Lebensfähigkeit der Spermatozoen so wichtigen Anteil der Prostata zu retten.

A. Loewald-Kolmar.

Der richtige perineale Prostataktomiechnitt, von NICHOLAS SENN-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 15. Aug. 1903.) Als den Schnitt, der ein möglichst überflüssiges Arbeiten bei der perinealen Prostataktomie gestattet, empfiehlt Verfasser den Λ -förmigen, der so geführt wird, daß der eine Schenkel in die Mittellinie fällt, während die anderen beiden in der Mitte zwischen Anus und Tuber ossis ischii enden. Auf stumpfem Wege kann man sich so fast ohne alle Blutung bis zur Prostata durcharbeiten. Die Urethra wird in der Pars membranacea unter Führung einer Sonde gespalten, die Pars prostatica mit dem Zeigefinger gedehnt und die Prostata nach außen gedrängt. Es empfiehlt sich, die Prostatalappen einzeln zu entfernen; gelingt die Enukleation nicht, so muß die Zerstückung vorgenommen werden. Nach Beendigung der Operation wird ein weiches Drainrohr in die Blase eingeführt und aus einem der seitlichen Wundwinkel herausgeleitet, so daß die Blase jederzeit gespült werden kann. Die Perinealwunde wird mit Jodoformgaze tamponiert, vernäht, der Gazestreifen wird ebenfalls zu dem seitlichen Wundwinkel herausgeleitet. — Eine sichere Begrenzung für die Indikation zur Prostataktomie läßt sich heute noch nicht aufstellen. Die Größe der Prostatageschwulst ist jedenfalls nicht das Entscheidende. Bei ganz alten Leuten wird man die Operation überhaupt besser vermeiden.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Excochleatio Prostatae, von RIEDEL-Jena. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 44.) B. empfiehlt bei allen Fällen von Prostatahypertrophie, bevor die Blasenmuskulatur schwer geschädigt und der Urin zersetzt ist, als beste Operation die Excochleatio der Prostata, mit der er, wie ausführliche Krankengeschichten zeigen, gute Resultate erzielte. Er schildert die Technik der Operation, die nicht ganz leicht ist. Er meint, daß bei frühzeitiger Operation definitive Heilung möglich ist, während spätere Eingriffe wenigstens Besserung erzielen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die FREYERsche Methode, eine transvesikale totale Prostataktomie, von JARVIS und PROUST. (*Presse méd.* 1903. Nr. 66.) Der Verfasser empfiehlt lebhaft die zuerst von dem Londoner Chirurgen FREYER ausgeführte und an 45 Kranken mit starker Prostatahypertrophie erprobte totale Entfernung der Vorsteherdrüse nach suprapubischer Cystotomie auf eine erstaunlicherweise nur wenig blutige, die Prostata mit ihrer Kapsel herauschälende und die Urethra nicht gefährdende Methode. FREYER hat die Operation 45 mal ausgeführt und nur fünf Todesfälle gehabt. *Hopf-Dresden.*

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Der klinische Wert der cystoskopischen Untersuchung des Urins, von LÉON BERNARD. (*Presse méd.* 1908. Nr. 22.) Die mikroskopische Untersuchung des Urins gibt Aufschluss über die geformten Zellbestandteile, über parasitäre Elemente, sowie über die organischen und nicht organischen chemischen Bestandteile. Die cystoskopische Untersuchung des Urins jedoch vermag nur über die zelligen Elemente aufzuklären. Es sind dies die Zylinder, die Epithelzellen der Wände der Harnwege, die Blut- oder Eiterzellen, die Spermatozoen, welche sich häufig im Urin finden, sowie die Zellen, welche Neubildungen der Blase oder Niere entstammen. Die Abhandlung geht die Bewertung der verschiedenen Befunde durch, ohne Neues zu bringen.

Hopf-Dresden.

Über die Natur der Körper im Urin, welche die Jodsäure reduzieren, von R. RIEGLER. (*Med. Blätter.* 1908. Nr. 16.) R. hat festgestellt, daß der Körper im Urin, welcher vor allem die Jodsäure reduziert, so daß elementares Jod frei wird, die Harnsäure ist, und daß schon eine Lösung, welche 0,002 g Harnsäure in 100 ccm Wasser enthält, das Chloroform färbt, d. h. die Jodsäure reduziert unter Freimachung von Jod. Andere Körper, außer der Harnsäure, die Jodsäure reduzieren, müssen weitere Versuche entscheiden. Kreatinin und Xanthin reduzieren sie nicht, wohl aber die Oxydation der Harnsäure mittels Jodsäure unter Freiwerden von Jod kann zur Grundlage einer quantitativen Bestimmungsmethode dienen. Der Überschuss an Jodsäure muß von dem Chloroform durch öfteres Schütteln mit Wasser vor der Filtration entfernt werden.

Putzler-Dansig.

Neuer Beitrag zum Studium der Harnzylinder, von GUSTAVO PADOA-Florenz. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) In der Besprechung der Beziehungen zwischen Zylindrurie und Albuminurie erwähnt Verfasser die bekannte Tatsache, daß es Fälle von starker Albuminurie gibt ohne Anwesenheit von Zylindern, wofür bisher nur hypothetische Erklärungen vorhanden sind. Andererseits gibt es Fälle, in welchen zahlreiche Zylinder verschiedenster Art vorhanden waren bei völliger oder fast völliger Abwesenheit von Albumen. Verfasser hat acht solcher Fälle beobachtet, wovon in drei im Harn auch Gallenfarbstoff enthalten war. Erklären läßt sich diese Erscheinung aus der Integrität der Glomeruli und den Veränderungen der Tubuli. Aus Tierexperimenten geht hervor, daß bei künstlich erzeugten toxischen Nephritiden das Albumen 1—3 Tage früher auftrat als die Zylinder. Die Art der Zylinder anlangend, so waren im akuten Stadium mehr hyaline, im vorgeschrittenen mehr granuliert und epitheliale zu finden. Prognostisch wichtig ist, daß bei eintretender Besserung die hyalinen Formen wieder auftreten, während die granulierten verschwinden. Zum Schluss werden die Beziehungen zwischen Zylindrurie und Ernährung der Nephritiker besprochen. Abweichend von dem alten Dogma der strengen Milchdiät hat Verfasser seinen Nephritikern eine Reihe anderer Nahrungsmittel verabreicht, und nur in einem einzigen Falle konnte ein Wiederauftreten der hyalinen und granulierten Zylinder konstatiert werden, während in allen anderen Fällen die Änderung der Diät keinen Einfluss auf die Zahl und Qualität der Harnzylinder ausgeübt hatte.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie, von ОМОРР. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.) ОН. schildert einleitend unter Zitierung aller einschlägigen Arbeiten die erst in den letzten zehn Jahren bekannt gewordene Kolicystitis der Kinder und teilt dann die Krankengeschichte eines vierjährigen Knaben mit, bei dem sich an eine Streptokokkenangina eine durch Kolibakterien verursachte, mit hohen abendlichen Temperatursteigerungen einhergehende Bakteriurie anschloß. Aus derselben entwickelte sich nach mehreren Tagen eine typische Cystitis, die unter

Urotropingsgebrauch nach drei Tagen verschwand. Schon nach zweitägigem Intervall trat ein Rezidiv auf, das aber gleich den nachfolgenden drei Anfällen durch Urotropin rasch wieder beseitigt wurde. — Weiterhin beobachtete Cx. bei einem neunjährigen Knaben im Anschluß an eine katarrhalische Angina eine ebenfalls durch hohe abendliche Temperatursteigerungen ausgezeichnete Bakteriurie, die durch mäßige Mengen von Staphylokokken und Streptokokken verursacht war. Urotropingsgebrauch bewirkte in diesem Falle rasche Heilung, ohne daß cystitische Erscheinungen aufgetreten wären. Nach 14 Tagen stellte sich ein Rezidiv ein, das nach sechstägiger Anwendung von Urotropin wieder verschwand. — In einem dritten Falle, der einen wegen Larynxstenose tracheotomierten Knaben betraf, stellten sich plötzlich abendliche Temperatursteigerungen ein, die durch das Ergebnis der Untersuchung zunächst nicht erklärt wurden. Bei der nach Verlauf einer Woche vorgenommenen bakteriologischen Untersuchung des Urins fanden sich dann bei neutraler Reaktion reichlich Bakterien, Blasenepithelien, Blut und zahlreiche Zylinder. Durch Urotropindarreichung wurde im Verlaufe von acht Tagen völlige Heilung erzielt. (In diesem Falle handelte es sich doch nicht um Bakteriurie. Ref.)

Cx. schließt aus seinen „drei“ Beobachtungen, „daß es Infektionen des Harnblaseninhaltes gibt, die, ohne die Blasenwände zu reizen, durch toxische Wirkungen Allgemeinerscheinungen hervorrufen können, die sich durch lebhaftes Fieberbewegungen aussprechen, mit denen jedoch die subjektiven Empfindungen nicht immer harmonieren“. Um Täuschungen zu entgehen, ist es daher notwendig, den Urin nicht nur chemisch, sondern auch bakteriologisch zu untersuchen. *Götz-München.*

Zum Nachweis der Tuberkelbacillen im Urin, von E. TREVITHICK. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1904.) Die Methode des Verfassers, die Tuberkelbacillen im Urin auf relativ einfache Weise zu demonstrieren, besteht darin, daß man den unteren Teil des in einem spitzen Reagensglase befindlichen Urins zentrifugiert, vom Sediment sorgfältig noch vorhandene Flüssigkeit entfernt, nunmehr das Glas mit destilliertem Wasser füllt, durcheinander schüttelt und von neuem zentrifugiert. Man wiederholt dieses Verfahren 2—3 mal. Von dem auf diese Weise ordentlich ausgewaschenen Sediment wird das Präparat bereitet und gefärbt. Man wird dann mehr Tuberkelbacillen vorfinden, als man sonst im Urin vermutet hat. *C. Berliner-Aachen.*

Die stereoskopische Radiographie von Harnsteinen, von BÉOLÈRE. (*Press. méd.* 1908. Nr. 13.) Der Verfasser fügt seinen Ausführungen zwei Abbildungen von Radiogrammen bei, welche mit dem Stereoskop zu betrachten sind. Sie stellen die radiographische Aufnahme eines Steines dar, dessen Verhältnis der Lagerung zum Knochen des Beckens sich aus dem Bilde gut erkennen läßt. *Hopf-Dresden.*

Zum Nachweis des Quecksilbers im Harn, von M. OPPENHEIM-Wien. (*Zeitschr. f. analyt. Chem.* Bd. 42.) O. hat entgegen SCHUMACHER und JUNG bei Ausführung der JOLLESschen Methode niemals die Absetzung eines grauschwarzen Niederschlages von Hg konstatiert, hebt aber hervor, daß er sich stets einer galvanisch vergoldeten Platinwellblechelektrode von HERAEUS-Hanau bedient habe, und darüber, ob die Empfindlichkeit der Probe abhängig ist von der Beschaffenheit des Platinbleches und der Art der Amalgamierung, keine Erfahrungen besitze. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Ein genaues Urometer, von A. JOLLES. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1904. Nr. 2.) Verfasser hat das Aräometer genauer, handlicher und weniger zerbrechlich gestaltet, indem er einmal die Spindel mit der Skala flachgedrückt anfertigen ließ; ferner wurde der untere Teil des Zylinders abgerundet und mit feinem Schrot gefüllt, nicht mehr eingeschnürt und in eine Spitze ausgezogen. Das neue Instrument gestattet die Bestimmung auch geringer Harnmengen und haftet weniger an der Gefäßwand an. Zu beziehen ist es bei Dr. Göckel in Berlin. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Bestimmung des spezifischen Gewichts geringer Mengen von Urin; vorläufige Note über ein spezielles Hydrometer (Urino-Pyknometer), mit welchem wenige Kubikzentimeter der Flüssigkeit gemessen werden können, von DE SANTOS SAXE-New York. (New York Journ. 17. Okt. 1903.) Die Umstände, unter welchen man in die Lage kommen kann, nur mit wenigen Kubikzentimetern Urin arbeiten zu müssen, sind folgende: 1. bei Kindern unter einem Jahre; 2. bei der Ureterenkatheterisation Erwachsener; 3. bei vorhandener Oligurie oder Anurie; 4. in Notfällen oder bei Untersuchung auf Lebensversicherung, wenn rasche Urinuntersuchung mit irgendeiner eben möglichen Urinmenge notwendig ist. Das Instrument, welches S. nach zahlreichen Experimenten und Verbesserung zweier früherer, allzu großer Modelle konstruierte, beruht auf dem umgekehrten Prinzip der bisherigen Hydrometer: die zu untersuchende Flüssigkeit (Urin) befindet sich im Hydrometer, und zwar in einem genau 5 ccm haltenden Glaskelch, der nach oben in den graduierten Stiel und nach unten in eine schmale Flasche sich fortsetzt; letztere schließt mit einem ein Quecksilberkügelchen enthaltenden Glasstopfen. Der ganze Apparat wird in ein ebensolches, mit destilliertem Wasser zu drei Vierteln gefülltes, rundes Glasgefäß, in welches bei den anderen Apparaten die zu untersuchende Flüssigkeit kommt, gebracht. Bei ganz sorgfältiger Bedienung — vor allem darf nicht ein Tropfen Urin ausen am Glaskelch hängen bleiben — rühmt S. seinem Instrumente nach, daß damit die genauest mögliche Bestimmung des spezifischen Gewichts mit einer geringen Menge von schon 5 ccm Harn erzielt wird. (Siehe Abbildungen der Instrumente.)

Stern-München.

Der Wert der Eiweißuntersuchung bei der Differentialdiagnose der Pyelitis von Cystitis, von THOMAS R. BROWN-Baltimore. (New York Journ. 17. Okt. 1903.) BR. hat in den letzten drei Jahren bei allen Fällen von Blasen-, Ureteren- oder Nierenerkrankung den Urin sorgfältig untersucht und gefunden, daß bei Cystitis, auch hochgradiger Natur, nur eine geringe Menge Eiweiß vorhanden ist, wenn der Urin unmittelbar nach dem Katheterisieren untersucht wird und nicht gleichzeitig Hämaturie vorhanden ist. Andererseits ist in allen Fällen von Pyelitis, selbst wenn der Grad der Pyurie ein sehr geringer ist, immer oder beinahe immer eine beträchtliche Menge Eiweiß vorhanden. Nach ROSENFELD ist in den schwersten Fällen von Cystitis kaum mehr wie 0,1% Eiweiß, bei Pyelitis oft 0,3% vorhanden. BR. beschreibt neun Fälle, bei welchen durch dieses Unterscheidungsmerkmal eine sichere Diagnose der Pyelitis ermöglicht war, und teilweise sogar der vorhandene Eiweißgehalt die erste Aufmerksamkeit auf diesen Zustand lenkte.

Stern-München.

Die heilbaren Albuminurien, von G. LYON. (Presse méd. 1903. Nr. 71.) Eine kurze Besprechung der Therapie der funktionellen Eiweißausscheidungen der Nieren. Nichts Neues.

Hopf-Dresden.

Zur Frage der sog. febrilen Albuminurie nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung der Zylinder, von HUGO LÜTHER-Tübingen. (Theor. d. Gegenw. 1903. Heft 11.) Die Bedeutung der sog. febrilen Albuminurie ist noch heute unsicher. Man versteht darunter die Ausscheidung von Eiweiß, die häufig bei fieberhaften Erkrankungen beobachtet wird, namentlich bei den Infektionskrankheiten. Die Diagnose Nephritis leitet man gewöhnlich aus dem gleichzeitigen Vorhandensein von Eiweiß und Zylindern im Harn ab, im Harn gesunder, rationell lebender Menschen finden sich keine Zylinder. Es bleibt aber eine Reihe von Fällen, wo sich trotz Fehlens von sonstigen Zeichen einer Erkrankung einige hyaline Zylinder im Harn finden, z. B. nach Genuß von Bettich, Alkohol. Unter 89 Einzeluntersuchungen bei gesunden Schulkindern fanden sich einmal, bei zehn Soldaten niemals Zylinder. Jedenfalls ist das Auftreten der Zylinder im Harn keine gleichgültige Erscheinung, das bestärkt

gerade die febrile Albuminurie. Unter Verfassers Aufsicht wurden von Cand. med. WEBER klinische Untersuchungen über das Wesen der febrilen Harnveränderungen angestellt an 88 Fällen von Pneumonie, Masern, Scharlach, Diphtherie, Anginen, Malaria. In den meisten Fällen wurde Eiweiß mit dem Harn ausgeschieden, doch war Temperatursteigerung an sich nicht die Ursache der Eiweißausscheidung; daneben fanden sich fast immer morphotische Bestandteile im Urin. Nach W.'s Ansicht gibt es keine febrile Albuminurie in dem bisher meist gebräuchlichen Sinne des Wortes, bei vielen Fällen handelt es sich nur um geringe Veränderungen im Nierenparenchym. Die Ursache dieser Nierenschädigung ist nicht die erhöhte Bluttemperatur, sondern die Anwesenheit von Bakterien im Organismus und Stoffwechselprodukte der Infektionserreger. Der Prognose dieser infektiösen Nierenerkrankung ist günstig, am ungünstigsten beim Scharlach.

Bernhard Schulze-Kiel.

Posturale Albuminurie, von W. H. BROADBENT. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1904.) Der Verfasser bezeichnet mit posturaler Albuminurie die Albuminurie, die nicht durch irgendwelche Veränderungen der Nieren oder des Herzens, noch durch Verdauungsstörungen, Fieber, Gicht, Oxalurie oder Erkrankungen des Genitourinaltrakts bedingt ist, sondern vielfach, besonders bei Knaben und jungen Leuten, welche geistig angestrengt sind, des morgens beim Aufstehen auftritt und gewöhnlich im Laufe des Tages vorübergeht. Sie verschwindet auch rasch, wenn die Patienten sich hinlegen. Offenbar ist die aufrechte Haltung nach der langen, nächtlichen Bettruhe an dem Erscheinen der Albuminurie schuld, an letzter Stelle bedingt durch eine mangelhafte Anpassung des Herzgefäßsystems an die durch die Aufrichtung des Körpers hervorgerufenen hydrostatischen Veränderungen.

Der Eiweißgehalt ist in solchen Fällen gewöhnlich gering, doch kann er gelegentlich sehr beträchtlich werden und zu Irrtümern und strengen diätetischen Maßregeln Veranlassung geben, welche den Patienten nicht gerade von Vorteil sind.

Die Prognose ist günstig.

Gute einfache Kost, eventuell Tonica, frische Luft, körperliche Übungen helfen das Übel beseitigen.

C. Berliner-Aachen.

Über die Pubertätsalbuminurie, von PRIBRAM-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1 und 2.) Über das Wesen der intermittierend auftretenden Albuminurie gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander. PAVY beschrieb zuerst die zyklische Albuminurie jugendlicher Individuen. Jenachdem man nun dem einen oder dem anderen ätiologischen Moment den Vorrang gab, sprach man von einer Adoleszenten- bzw. Pubertätsalbuminurie, welche bei jungen Leuten, von einer orthostatischen oder orthotischen Albuminurie, die in jugendlichem Lebensalter bei aufrechter Stellung und beim Gehen auftritt. Die sonstigen klinischen Erscheinungen können verschiedenartigster Natur sein. Es gibt Kranke mit und ohne Formelemente im Harn, mit und ohne nachweisbare Erscheinungen einer Gewebeveränderung der Niere, Fälle, welche auf eine nachfolgende gichtische oder tuberkulöse Erkrankung, auf eine abklingende oder erst beginnende Nephritis schließen lassen usw. Die Mehrzahl der Fälle hängt von Nephriten ab, aber es gibt auch solche, bei denen die Pubertätsalbuminurie als selbständige Erkrankung auftritt. Bei diesen handelt es sich meist um Kinder und sehr junge Leute in der Epoche raschen Längenwachstums des Körpers, welche die Symptome der Mattigkeit, Blässe und Arbeitsunlust darbieten. In solchen Fällen finden wir stets die orthotische Form der Albuminurie, d. h. diejenige, welche bei Lageveränderungen des Körpers eintritt. Oft werden hereditär-neuropathisch veranlagte Individuen und gruppenweise mehrere Geschwister (jedoch zu verschiedenen Zeiten) betroffen. Der Harn zeigt stark vermehrten Harnstoff, zuweilen vermehrte Harnsäure und viel Alkalien, besonders Kalium. Für die Erscheinung der Eiweißabsonderung

bei Lageveränderungen wurden die verschiedensten Erklärungen gegeben, von denen jene viel Plausibles an sich hat, welche annimmt, daß in der Pubertät das Herz und die großen Gefäße viel rascher wachsen können als der übrige Körper, wodurch die Blutdruckverhältnisse abnormen Schwankungen unterworfen sind. Verfasser weist jedoch nach, daß diese Begründung nicht für alle Fälle genüge, und spricht die Vermutung aus, daß das abnorme Wachstum des Knochenmarks in irgendeiner Beziehung zur Eiweißausscheidung stehe. Möglicherweise spielt dabei auch die starke Ausfuhr fester Bestandteile durch den Harn eine Rolle. (Schluß folgt.)

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Zur Therapie der Anuria calculosa. Zur Pathologie der Reflexanurie, von M. KREPS-St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 52.) Durch die Cystoskopie und den Ureterenkatheterismus gelang es dem Verfasser, in einem Fall mehrtägiger Anurie festzustellen, daß die Ursache der Anurie Verschluss des linken Ureters durch einen Stein war, und daß ein Fehlen der rechten Niere vorlag. Die Anurie wurde dadurch gehoben, daß nach Injektion von heißem Glycerin in den Ureter der Stein durch den Katheter in das Nierenbecken zurückgestoßen wurde. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verfasser die Frage, ob Reflexanurien tatsächlich vorkommen. Wäre im vorliegenden Falle nicht durch die Cystoskopie das Fehlen der zweiten Niere nachgewiesen worden, so hätte man hier zweifellos eine Reflexanurie angenommen. Von verschiedenen Seiten wird in der Tat das Vorkommen von Reflexanurie bestritten. Nach den Beobachtungen von ISRAEL und neuerdings von ROOSING kann das Vorkommen aber nicht länger bezweifelt werden. Auch der Verfasser vermag einen einwandfreien Fall mitzuteilen: Bei einem Herrn, der schon wiederholt Kolikanfälle auf der rechten Seite gehabt hatte, trat plötzlich Anurie auf. Durch Katheterismus des rechten Ureters wurde in diesem ein Hindernis festgestellt und wie in dem ersterwähnten Falle beseitigt; es erschien sofort Harn aus dem Katheter. Verfasser entfernte nun den Katheter und führte sofort einen Katheter in den Ureter der anderen Seite ein. Der aufgefangene Urin war vollkommen klar und frei von allen pathologischen Beimengungen.

A. Loewald-Kolmar.

Hämaturie durch Oxalsäure nach Rhabarbergenuss, von SCHULTHESS-Hottingen. (*Korr.-Bl. f. Schw. Ärzte.* 1903. Nr. 18.) SCH. fand bei einem Knaben von sieben Jahren, der zum Mittag 100,0 Rhabarbermus genossen hatte, abends, sowie am nächsten Morgen eine mächtige Hämaturie. Verfasser betrachtet dieselbe als Folge der Nierenreizung durch Oxalsäure, welche in großen Rhabarberstielen zu 1% enthalten ist. Das genossene Rhabarbergericht bestand aus zwei Drittel derartigen Stielen, so daß der Patient 0,6 Oxalsäure zu sich nahm, wovon ein Drittel im unteren Harn sich wiederfand. Nach HAGER ist bereits 0,5 Oxalsäure eine sehr starke Einzeldosis, bei 2,0 beginnt die toxische, bei 4,0 die letale Wirkung.

Putzler-Dansig.

Ein Fall von toxischer Hämoglobinurie bei einem an schwerem Magen-darmkatarrh erkrankten Säugling, von JEAN P. CARDARNATIS-Athen. (*Méd. orient.* 1903. Nr. 1.) Die Abhandlung berichtet über das Auftreten einer Hämoglobinurie nach Darreichung von Kalomel bei einem Kind von neun Monaten, das an schwerer Gastroenteritis erkrankt war, die mit einer Bronchopneumonie und meningitischen Reizungen sich kombinierte. Verfasser gab alle zwei Stunden dem Kinde eine Dosis von folgender Zusammensetzung:

<i>Kalomel</i>	0,01
<i>Salol.</i>	0,15
<i>Sacch. pulv.</i>	0,25

Nach dem dritten oder vierten Pulver färbte sich der Urin schwärzlich. Eine

Probe desselben ergab freies Hämoglobin, worauf das Medikament sofort sistiert wurde. Am nächsten Morgen war auch die Hämoglobinausscheidung wieder verschwunden.

Hopf-Dresden.

Hämoglobinurisches Fieber, seine Ursachen und seine Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Frage des Chiningerbrauchs, von WALTER SHROPSHIRE-Yoakum (Texas). (*Amer. med. Assoc. Journ.* 5. Sept. 1903.) Verf. tritt der neuerdings mehr und mehr betonten Ansicht entgegen, daß die paroxismale Hämoglobinurie nichts weiter als eine Chininintoxikation sei, er will sie vielmehr als eine besondere Form der Malaria betrachtet wissen und ist daher für energische Chininbehandlung.

A. Loewald-Kolmar.

Über eine neue Methode quantitativer Bestimmung von Zucker im Harn, von EMIL O. BEHRENDT-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 35.) Der genaue Nachweis der Menge des Zuckers im Harn mit Hilfe FEHLINGScher Lösung ist nicht möglich, wenn der Harn geringe Mengen organischer Eisenverbindungen enthält. Die vom Verf. angegebene Methode ist stets anwendbar, sie benutzt die reduzierende Wirkung der δ -Glukose auf eine alkalisch-basische Wismutnitratlösung.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Zuckerbestimmungsmethode von BEHRENDT, von H. WOLFF-Berlin. **Kritische Bemerkungen zu einer volumetrischen Harnzuckerbestimmung** (nach BEHRENDT), von F. GOLDMANN-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 49.) WOLFF sowohl wie GOLDMANN weisen nach, daß die Grundlage für die Herstellung der BEHRENDTschen volumetrischen Wismutlösung eine unrichtige ist; die Nachprüfung der Methode führte beide Autoren zu einem vernichtenden Urteil. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Beitrag zu den Versuchen mit dem LOHNSTEINSchen Gärungs-Saccharimeter, von JOSEF DEMANT-Czernowitz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47.) Verf. prüfte den LOHNSTEINSchen Apparat auf seine Genauigkeit nach und benutzte dazu nicht nur diabetische Harne, sondern auch Traubenzuckerlösungen und Mischungen von solchen mit normalem Harn. Er kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Im LOHNSTEINSchen Apparat gelangt der gesamte, in einer untersuchten Flüssigkeit vorhandene Zucker zur Vergärung; 2. zur vollständigen Vergärung ist Anwendung ganz frischer Hefe und mindestens ein Zeitraum von 24 Stunden erforderlich, wenn die Versuche bei einer Zimmertemperatur von 20° C. vorgenommen werden. Ist die Temperatur niedriger, dann verläuft die Gärung langsamer; 3. die mit dem Apparate gewonnenen Werte stimmen fast vollkommen mit den nach der FEHLINGSchen Methode durch Titrierung erhaltenen überein, so daß der praktische Arzt mit diesem Apparat gut auskommt. Zum Schluß schlägt Verf. einige technische Verbesserungen vor.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Eine rasch ausführbare gasometrische Methode zur Bestimmung des Zuckers im Harn, von E. RIEGLER-Jassy. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 6.) Traubenzucker wird durch Kaliumpermanganat derart oxydiert, daß Kaliumkarbonat und Kohlendioxyd gebildet werden, und man kann aus der Menge des entstandenen Kaliumkarbonats bzw. aus der Menge des im Kaliumkarbonat gebundenen Kohlendioxyds die Zuckermenge berechnen. Diese Tatsache hat R. zur Anarbeitung einer neuen gasometrischen Methode zur Bestimmung des Zuckers im Harn verwendet; die Methode soll an Einfachheit alle bis jetzt bekannten Verfahren bei weitem übertreffen und genaue Resultate geben. Eine Beschreibung des Apparates und des Verfahrens ist im Rahmen des Referates nicht zu geben; es muß diesbezüglich auf das Original verwiesen werden. Der Apparat, der auch zur gasometrischen Bestimmung des Harnstoffes und der Harnsäure verwendet werden kann, ist bei Altmann in Berlin und bei Hugershoff in Leipzig zu haben.

Göts-München.

e. *Labien, Vagina.*

Ein bisher noch nicht beobachteter Defekt im Genitalsystem, von L. KLENWÄCHTER-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 52.) KL. hatte Gelegenheit, ein 23jähriges Mädchen mit vollständig weiblichem Habitus, das noch nie menstruiert hatte, zu untersuchen, ob es heiratsfähig sei. Dabei ergab sich folgender Befund:

Der Mons veneris ist normal behaart. Labien und Nymphen sind so mangelhaft entwickelt, daß sie kaum angedeutet sind. Der Hymen wird nur durch einen niedrigen, schmalen, dünnen Saum gebildet, der aber intakt und nirgends an- oder eingerissen ist. Die Vaginalmündung klafft. Das Vaginalrohr ist verhältnismäßig weit, so daß der untersuchende Finger leicht in dasselbe eindringen kann, ohne den Hymen irgendwie zu verletzen. Die Portio ist auffallend klein, knopfförmig. Der Uterus ist normal gelagert, zeigt aber einen Befund, der nahezu dem eines fötalen gleicht. Er ist in toto kaum 2—2½ cm lang, mit auffallend langer, schwächiger Cervix und kleinem, knopfförmigem Corpus. Von den Ovarien ist nur das rechte aufzufinden, und ist dieses nur etwas über kleinbohnen groß. Die Brüste sind dem Alter und dem weiblichen Habitus gemäß gut entwickelt; die Mamillae fehlte jedoch gänzlich, es ist wohl ein rosaroter, zirka zweihellerstück großer Warzenhof da, doch nirgends findet sich auch nur eine Andeutung der Mamillen. K. hat in der Literatur keinen gleichen Fall finden können.

Putzler-Dansig.

Über pollutionsartige Vorgänge beim Weibe ohne sexuelle Vorstellungen und Lustgefühle, von PAUL BERNHARD-Berlin. (*Ärzt. Presse.* 1908. Nr. 17.) Der Verfasser gibt einige recht interessante Krankengeschichten. Eine 20jährige Hysterica leidet seit einiger Zeit an Zuständen, täglich bis wöchentlich einmal nach Aufregungen und Ärger, besonders aber wenn sie sich ängstige, wie z. B. bei Besorgungen, wo sie zu spät zu kommen fürchte. Dann habe sie ohne jedes Lustgefühl, vielmehr mit dem Gefühl völliger Zerschlagenheit, geschlechtliche Aufregungen, welche völlig den Empfindungen beim Coitus gleichen und mit Schleimergüssen endigten. An diesen Zusammenhang von Angst und sexuellen Erregungen bez. Ergüssen erinnern auch die Pollutionen von Schülern in Momenten, wenn sie mit einer Arbeit nicht rechtzeitig fertig werden. Ein zweiter Fall betraf eine 27jährige Handlungsgehilfin, welche an Tabes dorsalis leidend Clitoris-Krisen zeigte. Sie hat dann das Bedürfnis nach geschlechtlicher Befriedigung, ohne daß eine wahre Libido, der Gedanke an den Mann o. ä. vorliege. Auch der Mastdarm und die Blase wiesen bei der Kranken derartige medulläre Störungen auf.

Hopf-Dresden.

Urethralprolapse beim Weibe, von J. LACHS-Krakau. (*Med. Blätter.* 1903. Nr. 32.) Da bis heute erst etwa 175 Prolapsfälle der weiblichen Harnröhre publiziert sind, hält L. es für geboten, zumal die Ätiologie der Krankheit noch ziemlich dunkel ist, einen von ihm beobachteten Fall näher zu beschreiben. Ätiologisch kommen bei dem Lachs Fall zwei Momente in Betracht, einmal das Alter der Patientin, sie war 68 Jahre, andererseits die Einführung eines zu großen Pessar in die Scheide, das sowohl auf die Vagina wie auf die hintere Symphisenwand drückte. Unmittelbar nach dem Einlegen des Pessar trat starker Harndrang auf, die Patientin presste 72 Stunden unaufhörlich, bis sie die Schleimhaut herausgepresst hatte. In anderen Fällen bildeten die Ursache, die den Prolaps direkt herbeiführte, Blasenleiden Blasensteine, Fremdkörper der Blase und Neugebilde der Urethralschleimhaut. Prädisponierend wirkt eine schlechte allgemeine Konstitution, das Alter, eine Dislokation oder Blennorrhoe der Genitalien, schwere oder langdauernde Geburten, eine abnorme Weite der Harnröhre und vor allem die schlechte Gewohnheit mancher Frauen, den Harn allzulange zurückzuhalten. Was die Therapie des Urethralprolapses anbelangt, so unterscheidet man eine konservative, die in dem Versuche zur Reponierung der

Schleimhaut besteht, und eine aktive, bei der uns verschiedene Methoden zur Verfügung stehen, und zwar: 1. Ätzmittel, wie die rauchende Salpetersäure, 2. der Thermokauter, 3. das Messer oder die Schere.

Am besten hat sich bewährt die KNAUERSCHE Operation mit Messer oder Schere, die so ausgeführt wird, daß aus der vorgefallenen Schleimhaut der vorderen Wand ein ovaleres Stück ausgeschnitten wird und die Wundränder durch Seidenknopfnähte vereinigt werden. Hierauf wird, ähnlich wie bei der HEGARSCHEN Colpoperinnorrhaphie, durch einen den unteren Rand der Harnröhrenmündung überschreitenden Schnitt ein ungefähr dreieckiges breites Stück aus der Schleimhaut der hinteren Wand reseziert und die Wunde durch die Naht geschlossen. Im L.schen Falle wurden nach Entfernung des Pessar Retentionsversuche gemacht, die misslangen. Als nach Verlauf von 24 Stunden der Tumor nicht kleiner wurde, wurde Cocainanästhesie vorgenommen und mittels einer Schere die linke Wand des Zylinders aufgeschlitzt und mit einem zweiten Schnitte die vordere Wand an ihrer Basis abgetragen. Bald darauf, also bevor noch der Rest abgetragen wurde, wurden die Wundränder der Urethra mittels zweier Knopfnähte vereinigt, worauf wieder ein dritter Schnitt den Rest des Prolapses entfernte und weitere drei Knopfnähte an den Wundrändern den Eingriff abschlossen. Mit einem Dauerkatheter wurde die Patientin, welche nur wenig Blut verlor, ins Bett gebracht. Der Heilungsverlauf war normal, und am siebenten Tage wurden die Nähte entfernt. Nachbehandlung: Einlegung eines Dauerkatheters und vollständige Ruhe. Da jedoch der Urin neben dem Katheter abfloß, wurde er am zweiten Tage nach der Operation entfernt, worauf der Sphincter wieder kontinent wurde. Trotzdem Patientin selbst urinierte, glatter Heilungsverlauf, so daß L. glaubt, auf die Einlegung des Dauerkatheters verzichten zu können. *Putzer-Damig.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Variabilität der Gonokokken. (Zugleich Erwiderung auf die Berichtigung des Herrn Prof. AXENFELD in Nr. 4.) Von FRITZ SCHANZ-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 10.)

Berichtigung zu dem Artikel von Schanz „Über die Variabilität der Gonokokken“ in dieser Nummer. Von TH. AXENFELD-Freiburg i. Br. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 10.) Fortsetzung der Polemik über die Frage der Zugehörigkeit von bei Conjunctivalerkrankungen gefundenen Diplokokken zu den Gonokokken. Neues bringt die Polemik nicht. *A. Loewald-Kolmar.*

Blennorrhoe im Wochenbett, von A. MARTIN-Greifswald. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1904. Nr. 13.) In der Greifswalder Frauenklinik sah Martin in den letzten drei Jahren 13 Fälle von chronischer Blennorrhoe während der Schwangerschaft und im Wochenbett, bei welchen durch den strikten Nachweis von Gonokokken die Diagnose sicher gestellt worden ist, und über die genau berichtet wird. Von ihnen haben drei ohne, eine mit einer Störung in der dritten Geburtsperiode geboren und ein normales Wochenbett durchgemacht, eine fieberte in partu, eine in den ersten drei Tagen, sechs fieberten im Spätwochenbett. Es bestand bei keiner Empfindlichkeit im Uterus, keine hatte Erscheinungen von Perimetritis oder Peritonitis. Alle sieben sind ohne lastbare Erkrankungen der Genitalien entlassen. Zwei sind seitdem wieder schwanger geworden, die eine hat leicht geboren, die andere ist im fünften Monat ohne Beschwerden. Zwei Kinder erkrankten an Blennorrhoea, eins kam mit hereditärer Lues tot zur Welt, das andere starb ohne sicher nachweisbare Lues. In keinem Falle waren Störungen des Allgemeinbefindens vorhanden, keine abortierte, der Ge-

burtverlauf war günstig. MARTIN erklärt die Prognose der blennorrhöischen Erkrankungen in bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zwar als dubiös, aber nicht als schlecht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Blennorrhoe beim Weibe, von MONTGOMERY-Philadelphia. (*Intern. med. Magas.* 1903. Nr. 10.) Von rein gynäkologischem Interesse, da allein von der Affektion der Tuben und ihrer chirurgischen Behandlung die Rede ist.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Die Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von WILLIAM B. SMALL. (*Intern. med. Magas.* 1903. Nr. 10.) Bei akuten Affektionen ist die Diagnose stets und leicht durch das Mikroskop zu stellen, wobei zu beachten ist, daß die Infektion umso akutere Symptome zeitigt, je zarter und jungfräulicher die betroffenen Schleimhäute sind: Die Entzündung der BARTHOLINISCHEN Drüsen geht bei jungvermählten Ehefrauen meist mit akuter Schwellung und Schmerzhaftigkeit, oft mit Abscessbildung einher, während sie sich in anderen Fällen oft nur durch geringeres mukopurulenten Sekret, das sich aus dem als derben Strang durchfühlbaren Ausführungsgang ausdrücken läßt, kund gibt. Vaginitis findet sich fast nur bei Kindern und ganz jungen Mädchen; Cervikalblennorrhoe hat S. nie isoliert gesehen. Affektion des Rectums entsteht häufiger durch Herabfließen des Sekretes als widernatürliche Manipulationen. — Die oft sehr erschwerte Diagnose in chronischen Fällen läßt sich manochmal im Laufe häufiger mikroskopischer Untersuchungen, besonders kurz nach Ablauf der Menses, feststellen, oder es gelingt der Nachweis der Gonokokken bei Untersuchung der SKENESCHEN Gänge bezw. NABOTHISCHEN Drüsen.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Zur Behandlung der Urethritis externa bei Frauen, von EDMUND FALK-Berlin. (*Ärztl. Prax.* 1904. Nr. 3.) Die akute Blennorrhoe des Weibes muß vorsichtig therapeutisch angefaßt werden. Es tritt bei energischem Vorgehen leicht ein Übergreifen auf Parametrium und Peritoneum ein. Nicht allein, daß die Gonokokken längs des gegebenen Weges des Genitalschlauches aufwärts wandern, können sie auch zu einer Vereiterung des Bindegewebes der Parametrien führen, so daß dann der Krankheitsprozeß schließlich die Tuben vom abdominalen Ende derselben her ergreifen kann. Man behandle daher den akuten Tripper des Weibes möglichst passiv, verordne absolute Ruhe, Enthaltung vom Verkehr und schweren Arbeiten, reinige nur lokal und gebe neben Sitzbädern Chlorzinkspülungen:

℞ *Zinc. chlorat.*

Aq. destill. ℥ 100,0

Mds. 1 Eßlöffel auf 1 l Wasser zur Ausspülung.

Sobald der Prozeß chronisch wird, ändert sich die Therapie. Für den praktischen Arzt ist die Behandlung des Harnröhrentrippers der Frau besonders wichtig. Dieser Fall ereignet sich in der Klinik der Blennorrhoe viel häufiger, als man nach den Lehrbüchern glaubt. Oft bleibt der Prozeß immer nur auf der Urethra zurück, um von hier aus durch einen etwaigen Coitus wieder von neuem auf die Portio und den Uterus übertragen zu werden. Entweder kommt die Frau wegen Flecken in der eigenen Wäsche, oder wegen Ansteckung des Ehemannes zum Arzt. Subjektive Symptome werden fast stets geleugnet und meist entspricht das auch der Wahrheit. Meist findet der Arzt dann das Bild der Vulvitis follicularis, der Urethritis externa; es läßt sich Eiter nicht nur aus der Urethra herausdrücken, sondern auch aus den fälschlich als SKENESCHE Drüsen bezeichneten, neben der Harnröhrenmündung herausführenden paraurethralen Gängen, sowie aus den Furchen und Taschen zwischen Hymen und Nymphen und zwischen Harnröhrenmündung und Scheideneingang. Ist dieser Prozeß nun in einem Falle nicht geheilt, so bildet er die Quelle steter Rückfälle.

Hopf-Dresden.

Über **Blennorrhoe bei Frauen** hat die Redaktion des *Intern. med. Magaz.* daraufhin Antworten erhalten, deren interessante Ergebnisse in folgender Tabelle kurz

	WM. R. PRYOR	JOS. TABER JOHNSON	AUGUSTIN H. GOLLET
Wie oft ist die Salpingitis blennorrhöischer Natur?	In 85 % der Fälle (10 % Tbc, 5 % Sepsis)	75 %	80 %
Ist vollkommene Heilung der weiblichen Blennorrhoe möglich?	Ja. Bei Affektion der Tuben indes nur durch radikalen chirurgischen Eingriff	Ja, jedoch nur durch Operation, wenn die Affektion über den inneren Muttermund hinaus gelangt ist	Ebenso
Häufigkeit der Vaginitis blennorrhöica?	In 10 % der Fälle	Selten	Klinisch häufiger als in Privatpraxis
Behandlung der Endocervicitis blennorrhöica?	Dilatation des Cervix. Tct. Jodi Fortior oder Argyrol 30 %	Curettement und Applikation von Antiseptics	Negativer galvanischer Strom und Jodglycerin 1 : 24
Soll man das Endometrium lokal behandeln?	Nur mittels doppel-läufigen Katheters u. milden Antiseptics (Jod 1 : 10000)	Manchmal	Wie PRYOR
Ist Hysterektomie stets nötig bei Tubenaffektion?	Ja, da Curettement und Eröffnung und Tamponade der Tuben usw. nur palliativ wirken	Nein	Bei eitriger Salpingitis und chronischen Affektionen das einzig richtige
Diagnose der Urethralblennorrhoe?	Sekretentnahme mittels Löffel	Allein	
Welchen Wert hat die mikroskopische Untersuchung?	Bei Puellae in 9 %, nach Ausdrücken aller Drüsen in 49 % Gonokokken nachweisbar	Positiver Befund ist stets absolut entscheidend	
Wie oft folgt der Blennorrhoe des Weibes Peritonitis und Tod?	Bei Tubenaffektion stets mehr oder weniger Peritonitis, doch nie tödlicher Ausgang	Nicht sehr häufig, kaum Exitus letalis, doch Invalidität und Sterilität	83 % Peritonitis. Tod nur bei Vernachlässigung oder Operationsverweigerung

(New York) eine Umfrage bei den bekannteren Gynäkologen Amerikas gehalten und zusammengestellt sind.

JOHN B. MURPHY	ARTHUR J. PULS	WILLIS E. FORD	WILLIAM B. SMALL
80—85 %	Die Ursache ist meist puerperale Infektion, doch dürfen bei mikroskopischer Untersuchung sich meist Gonokokken finden	25 %	12 %
Nie vollkommene Wiederherstellung, auch wenn nach Salpingektomie vollkommenes Wohlbefinden besteht	Nie, da selbst nach Radikalentfernung des Uterus und der Adnexe sich noch in den tieferen Schichten der Vaginalschleimhaut und in den BARTHOLINISCHEN Drüsen Gonokokken finden	Solange Uterus und Tuben nicht affiziert sind, Heilung ohne chirurgischen Eingriff möglich	Ja, bei Tuben- und Ovarialaffektion nur auf chirurgischem Wege
Keine Erfahrung	Sehr selten, außer bei Kindern	Meist nicht spezifischer Natur	Nicht häufig und nur bei jungen Individuen
Keine Erfahrung	Lokalbehandlung der Cervix mit starken Antiseptics	Lokale starke Karbol- und Argyrolapplikationen	Lokalbehandlung der Cervix mittels Spritze
Nein	Höchstens mittels Drainage nach Dilatation	Ebenso	Ja
Nie, nur Exstirpation der Tuben, eventuell mit Schonung der Ovarien	Nur bei Abscessen in der Uteruswand, sonst nur Tubenwegnahme	Nein, höchstens Exstirpation der Tuben und eventuell Ovarien	Tubenexstirpation, aber Uterus und Ovarien stets, soweit möglich, schonen

sicher nur bei mikroskopischer Prüfung des Sekretes

In akuten Fällen stets sicher, in chronischen gelegentlich	Positiver Befund oft im Sekret der BARTHOLINISCHEN Drüsen, wenn sonst nirgends	Stets beweisend	Oft am Schlusse der Menses positiv, wenn sonst nicht
Keine Erfahrung	Bei blennorrhöischer Salpingitis fast stets Peritonitis, doch stets regionär und nie tödlich	Nie Tod beobachtet	Peritonitis blennorrhöica nur gefährlich bei Mischinfektion

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von E. FALK-Berlin. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 46 und *Therap. Monatsh.* 1903. Nr. 10.) F. will einzelne Abschnitte der Blennorrhoe beim Weibe, die einer besonderen Beachtung wert erscheinen, mehr berücksichtigt wissen, als es bisher der Fall war. Vor allem muß die infizierte Urethra mehr beachtet werden, da sich die Urethritis allein oder mit Zervikalblennorrhoe monatelang und jahrelang hält, weil am Eingang der Urethra in Drüsen und Lakunen reichlich Schlupfwinkel für die Gonokokken vorhanden sind, Affektionen, welche ROBERT als Vulvitis follicularis, GUÉRIN als Urethritis externa, BERG als Paraurethritis bezeichnet haben. Außer den eigentlichen Drüsen der Harnröhre finden sich häufig SKENEsche Drüsen oder Urethralgänge nach SCHÜLLER, die häufig beiderseits direkt neben der Harnröhrenmündung im hinteren Drittel gelegen und oft Sitz blennorrhöischer Infektionen sind. Ebenso häufig sind nach F. zwei andere Gänge, welche einseitig oder doppelseitig nachweisbar, seitlich und nach hinten vom hinteren Umfange der Harnröhrenmündung $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ cm von derselben entfernt sind, infiziert. Diese Gänge sind weder in dem WALDEYERschen Werke über das Becken, noch in den gynäkologischen Fachschriften beschrieben. Ihr Verlauf ist schräg nach außen hinten, dicht unter der Schleimhaut der seitlichen Vaginalwand, ihre Länge ist 2 cm, und F. will sie, weil sie so deutlich mit dem Ansätzen der Hymenalreste zusammenhängen, da er sie als Residuen der Hymenallakunen betrachtet, „Lacunae hymenales“ nennen; sie sind nicht zu verwechseln mit den von WALDEYER beschriebenen „Fossulae nympho-hymenales“. Wenn die Lacunae hymenales blennorrhöisch infiziert sind, sind sie leicht mit Hilfe einer Sonde zu spalten, die paraurethralen Gänge zerstört man am besten mittels des Paquelin. Schwerer zu behandeln ist die Endocervicitis und Endometritis blennorrhöica. F. bevorzugt dabei ein mehr expektatives Verfahren; wo eine klinische Behandlung nicht möglich, läßt er Chlorzinkspülungen (nach FARRICH) vornehmen und verbietet jede starke Anstrengung; intruterine Behandlung reserviert er für die klinische Behandlung. Bei Blutungen, die auf Hydrastis- oder Hydrastinin-Verabreichung nicht stehen, empfiehlt er die Abrasio mit nachfolgendem schwachen Jod oder Chlorzinkätzungen oder schwachen Protargollösungen oder Thigenol (4 %) oder $\frac{1}{2}$ %ige Lysollösung. Bei eingetretener Pyosalpinx je nach Sachlage resorbierende oder operative Behandlung. Bei Abscessen im Verlauf blennorrhöischer Adnexerkrankung Eröffnung von der Scheide her, falls sie der Scheide anliegen; diese Fälle bedürfen sehr oft einer resorbierenden Nachbehandlung mit Schwefelpräparaten, die in mannigfacher Form als Sitzbad, Vollbad, Tampons, den Sool-, Salz- und Moorbädern vorzuziehen sind; deshalb schickt F. solche Patientinnen gern nach Pistyan, Nenndorf und Aachen. *Putzler-Dansig.*

Die Lokalbehandlung der Blennorrhoe des Weibes, von NEWMAN DORLAND-Philadelphia. (*Intern. med. Magas.* 1903. Nr. 10.) Ebenso wie die von DÖDBLEIN unter anderen empfohlenen Ausgießungen und Auspinselungen der Vagina mit 10 bis 15 %igen Arg. nitricum-Lösungen in Amerika keine Verbreitung gefunden haben, so hat Verfasser auch mit den von DÖDBLEIN angegebenen Pinselungen mit Milchsäure (2 %) keine besonderen Erfolge gehabt. Für weit besser hält er die Behandlung der Vaginalschleimhaut mit Trichloressigsäure (1—2 %), und besonders mit Methylenblaulösung (1 %). Er berichtet von einer eklatanten Heilung einer Kolpitis granularis mit letzterem Mittel, und führt dessen Wirksamkeit darauf zurück, daß es nach MICHON chemisch dem Trimethylamin nahe steht, das im normalen Vaginalsekret gefunden wird und bakterizide Wirkung äußert. — Bei Urethralblennorrhoe hat Verfasser mit Vorteil Protargol-, Argyrol- oder Strolinjektionen verwendet, die er gibt, wenn die akuten Erscheinungen unter innerlichem Gebrauch von großen Dosen Natr. bicarbon. oder Salol abgelaufen sind. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Zur Behandlung des „Fluor albus“, blennorrhoeischen und anderen Ursprungs, mit Vaginal-Zyminstäbchen (Dauerhefestäbchen) nach ALBERT, von E. FRANKEL-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) In der sterilen Dauerhefe, dem Zymin, sind die Hefezellen abgetötet, ihre Gärkraft und ihre bakterizide Wirkung sind aber ungeschwächt erhalten. Die Vaginal-Zyminstäbchen werden vom Verfasser zur Behandlung der Blennorrhoe der Frauen wärmstens empfohlen. Die Patientinnen können sich die Stäbchen bequem selbst einführen; ihr Preis ist nicht hoch. Der Herstellung von Urethral- und Uterustäbchen steht nichts im Wege.

A. Loewald-Kolmar.

Über die blennorrhoeische Urethritis der Knaben, von RUDSKI. (*Medicinskoje Obozrenje.* 1904. Nr. 3. S. 165.) Nach einer literarischen Einleitung beschreibt Verfasser drei von ihm beobachtete Fälle von Blennorrhoe bei Knaben von 10, 9 und 10 $\frac{1}{2}$ Jahren. In allen drei Fällen fanden sich Gonokokken. Die Art der Ansteckung liefs sich nur in einem Fall vermuten, indem die Bonne des Hauses gleichfalls Gonokokken in der Urethra aufwies, in den beiden anderen Fällen blieb sie ganz unaufgeklärt. Der Verlauf unterschied sich in nichts von demjenigen bei Erwachsenen, war aber nur sehr langwierig und ganz besonders bei dem einen Knaben, welcher während des Trippers noch Keuchhusten und Parititis bekam.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur Komplikation der Blennorrhoe, von GEORGE BERG-Frankfurt a. M. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) Der Fall betrifft einen sonst kräftigen, hereditär nicht belasteten Patienten, welcher zum erstenmal eine Blennorrhoe acquirierte, die erst mit linksseitiger, dann mit rechtsseitiger Epididymitis kompliziert war. Letztere wollte nicht zurückgehen, sondern bildete eine ziemlich grofse, breitharte Geschwulst, welche auch die Gegend des Samenstranges umfasste. Am unteren Pol des rechten Hodens befanden sich zwei Fistelöffnungen, aus denen beim Urinieren Harn abflofs. Sie stammten wahrscheinlich aus einem periurethralen Herd, der erweicht nach dem Scrotum durchgebrochen war. Die in der Urethra befindlichen Granulationen wurden mit Arg.-Ätzungen und -Spülungen behandelt, worauf sich die Fisteln schlossen. Da Patient um 25 Pfund abgenommen hatte, so lag Verdacht auf Genitaltuberkulose vor. Ein mit einer sterilen Urinprobe ausgeführtes Tierexperiment ergab jedoch ein negatives Resultat. Der erweichte Herd am Samenstrang wurde inzidiert, die Epididymitis und die Blennorrhoe in üblicher Weise behandelt und Patient geheilt. Verfasser ermahnt, in ähnlichen Fällen nicht zu früh die Diagnose auf Genitaltuberkulose zu stellen, sondern möglichst lange konservativ zu behandeln.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Über Chorda venerea, von G. S. PETERKIN-Seattle-Wash. (*Med. News.* 26. Dez. 1903.) Ätiologisch bezeichnet P. zur Entstehung dieser schmerzhaften Blennorrhoe-Komplikation alles, was dazu beiträgt, dafs der Gonococcus tief in die Epithelschichten der Harnröhre eindringt, wie Intensität der Infektion, verminderte Resistenz des infizierten Gewebes, Verletzung des Epithellagers durch scharfe Injektionen, allzu spitze Spritzen, durch Katheter, Sonden u. s. f. Therapeutisch rät P. Bettruhe, was aber selten möglich sei, Fernhaltung jeder Art lokaler oder allgemeiner Reizung (gut sitzendes Suspensorium) und eine Reihe bekannter hygienisch-diätetischer Vorschriften, wie hartes, kühles Lager, womöglich nicht auf dem Rücken zu liegen usw. Innerlich Ol. Santali und zweimal täglich Irrigation der Harnröhre mit wenigstens einem Liter heifser antiseptischer Lösung (von Argonin, Argentamin, Protargol, Largin, Argyrol u. s. f.). Das Hauptmittel zur Beseitigung der schmerzhaften Erektionen und der Chorda sieht P. in der Massage der Prostata, wodurch der Schmerz und die Kongestion, die Hauptursache der Weiterverbreitung der Blennorrhoe, vermindert

werden; durch gleichzeitige Massage der Samenbläschen werden die übermäßige Spannung derselben beseitigt, der Samen ausgedrückt und damit die Erektionen verhindert. Neben dem Effekt der psychischen Beruhigung soll diese physikalische Behandlung auch den weiteren haben, die Infektionsgefahr für den hinteren Teil der Harnröhre und Prostata zu vermindern. Ein- bis zweimal per Woche genügt im allgemeinen die Massagekur, jedesmal muß vorher nach JANKER'S Methode die Harnröhre gereinigt werden, die Blase mit derselben Flüssigkeit zum Teile bis nach Beendigung der Massage gefüllt bleiben und dann nochmals mit 4%iger Borlösung ausgewaschen werden. 54 Fälle von Blennorrhoe wurden von P. auf diese Weise behandelt, ferner von zehn Circumcisionen (ohne Blennorrhoe) fünf, um Erektionen zu verhüten; von den fünf nicht massierten Fällen bekamen drei Erektionen, von den massierten keiner. (Ob nicht bei akuter Blennorrhoe diese Massage mehr Schaden wie Nutzen stiften kann, müssen wohl weitere Erfahrungen lehren. D. Ref.) *Stern-München.*

Zur Frage der Tripper-Nebenhodenentzündung, von R. ROMM. (*Presse méd.* 1908. Nr. 88.) Vor etwa zehn Jahren wurde von Lyoner Autoren als Erreger der Epididymitis ein Orchiooccus genannter Diplocooccus angesprochen, doch mußte derselbe bald dem Gonococcus weichen. In neuerer Zeit betonten nun einige Autoren, daß den Tripperkokken diese ätiologische Rolle bei der Nebenhodenentzündung gar nicht zukäme. KARWOWSKI glaubte an eine Mischinfektion, POROSZ meinte, daß es sich bei der Hodenentzündung um sogenannte sympathische Entzündungsprozesse handle. Dagegen verwies nunmehr BAERMANN auf Untersuchungen, Punktionen an 28 Epididymitiskranken. Es fanden sich im punktierten Serum oder Eiter fast stets die NEISSER'schen Kokken. *Hopf-Dresden.*

Über Punktion bei Epididymitis blennorrhoea, von RUDOLF BOHM-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) Zum Zwecke des Nachweises von Gonokokken in dem entzündeten Nebenhoden bzw. in der Hydrocoelenflüssigkeit wurden Punktionen mit einer PRAVAZ-Spritze gemacht. Dabei machte Verfasser die überraschende Wahrnehmung, daß in allen akuten Fällen, die mit Fieber und großen Schmerzen verbunden waren, eine rasche Besserung eintrat. Das Fieber verschwand gewöhnlich schon nach 1—2 Stunden, der spontane Schmerz liefs fast sofort nach, der Druckschmerz dagegen erst nach einigen Tagen. Lokale Anästhesie war überflüssig, da die Punktion merkwürdigerweise fast gar keine oder nur ganz geringe Schmerzen verursachte. Die aspirierte Flüssigkeit war rein serös oder blutig-serös, zuweilen schaumig und betrug bis zu 22 ccm. Nötigenfalls wurde die Punktion wiederholt. Die 38 so behandelten Fälle sind in einer Tabelle übersichtlich zusammengestellt. Die weitere an der PICKSchen Klinik in Prag übliche Behandlungsmethode der Epididymitis blennorrhoea ac. besteht in Applikation von 10% Guajacol-Vaseline und Anlegung eines nach der Angabe des Prof. PICK hergestellten Suspensors.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Über chronische, blennorrhoeische Prostatitis, von P. C. LAYNE-Ashland Ky. (*Louisville Journ.* Oktbr. 1908.) Nach L.'s Ansicht können zwar auch Trauma, Steine, Verkältung usw. chronische Prostatitis verursachen, in der Mehrzahl der Fälle (99%) ist aber die Ursache die Invasion des hinteren Teiles der Harnröhre durch den Gonococcus. Von lokalen Symptomen ist ein kontinuierlicher oder intermittierender Ausfluß, vor und nach dem Urinieren und speziell ausgeprägt nach dem Stuhlgange, welcher den Patienten glauben läßt, er leide an Samenverlust, das wichtigste. Gewöhnlich, wenn auch nicht immer, ist ein Gefühl der Völle im Perineum usw. vorhanden. Die Diagnose, speziell die differenzielle von Spermatorrhoe, kann nur vermittels des Mikroskops gemacht werden. Bezüglich der Prognose hebt L. hervor, daß frische Fälle mäßigen Grades leicht zu heilen sind, daß aber ältere Fälle oft

viel Geduld von seiten des Arztes und Patienten bedürfen, zumal noch nicht ganz sicher festgestellt sei, wie lange Zeit die Gonokokken in den Follikeln der Prostata verweilen können: in einem Falle fand er sie noch 18 Jahre nach der Primärfektion und in vielen Fällen sieben und acht Jahre nach dem ersten und einzigen Anfall von Blennorrhoe. Die Behandlung ist eine lokale, allgemeine und hygienische. Die lokale Therapie umfasst intensive Asepsis des ganzen Genitalkanals, Applikation von adstringierenden Medikamenten (zur Irrigation Kalium permanganicum 1:6000 bis 1:3000, 2%ige Bor- oder 1:20000 bis 1:10000 Sublimatlösung) und Anwendung von Stahlsonden jeden Tag oder jeden zweiten Tag, je nach dem Falle; abwechselnd sollten entsprechend der der Behandlung folgenden Reaktion 5—10 Tropfen einer 2%igen Arg. nitr.-Lösung instilliert werden. In Fällen, wo das Organ vergrößert ist, empfiehlt BALFIELD parenchymatöse Injektionen (von Jodtrichlorid) vermittels einer 8 cm langen Nadel durch das Perineum hindurch. Zur Allgemeinbehandlung soll sich Strychn. nitr. (0,06 bis 1,25? dreimal täglich) wegen dessen stärkender Wirkung auf Muskel- und Nervensystem eignen; bei ausgesprochener Neurasthenie die entsprechende Allgemeinbehandlung.

Stern-München.

Blennorrhöische Gelenkerkrankungen und deren Behandlung mit lokalen Fangapplikationen, von SCHUPPENHAUER-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1908. Nr. 10.) SCH. berichtet über die äußerst günstigen Resultate, die bei 32 Fällen blennorrhöischer Gelenkerkrankungen mit Fangobädern erreicht wurden, indem er die Krankengeschichten aufführt. Die Fangobehandlung stellt mit Ausnahme des Empyems bei allen Formen der blennorrhöischen Gelenkentzündung, sowohl im akuten Stadium, wie im subakuten und chronischem, eine wertvolle Bereicherung der Therapie dieser schweren Erkrankung dar, besonders auch in den Fällen, wo innere und äußere Mittel vergebens verabreicht wurden. Besonders ist es empfehlenswert, bei der phlegmonösen Form nicht länger als höchstens einige Wochen zu warten, am besten nicht länger, als bis die zur Applikation nötigen Lageveränderungen ertragen werden. Die Temperatur soll 45—51° betragen, die Dauer der einzelnen Applikation $\frac{3}{4}$ bis 1 $\frac{1}{2}$ Stunden, doch gibt es Patienten, bei denen durch noch länger dauernde Anwendungen bessere Erfolge erzielt werden.

Bernhard Schulse-Kiel.

Über einen Fall von blennorrhöischer Arthritis, von GINI. (*Rivista med.* 1908. Nr. 9.) Ein 22jähriger Metzgerbursche, der sich im Stadium einer akuten Blennorrhoe befand, zog sich beim Ballspiel eine leichte Distorsion des rechten Schultergelenkes zu, die rasch spurlos verschwand; einige Tage danach verletzte er sich dasselbe Gelenk nochmals, und auch diesmal schien alles zunächst ohne weitere Komplikation in normales Geleise zu treten, als dann nach drei Tagen ohne neues Trauma das Schultergelenk heftig zu schwellen und sehr schmerzhaft zu werden begann. In der Folge kamen dann auch das Handgelenk und zuletzt das Ellbogengelenk an die Reihe, ebenso beteiligte sich der rechte Biceps an dem Entzündungsprozesse. Alsdann im Verlaufe des Monats die Blennorrhoe abheilte, gingen auch die arthritischen Erscheinungen zurück, und drei Wochen nach dem Beginne der ersten Erscheinungen konnte der Patient als geheilt betrachtet werden. Keine Ankylosen.

C. Müller-Genf.

Über den Fersenschmerz der Blennorrhöekranken (Bursitis achillea profunda), von G. NOBL-Wien. (*Zeitschr. f. Heilk.* 1908. Heft IX.) N. bringt eine kritische Übersicht aller über den „*pieu blennorrhagique*“ geäußerten Ansichten und seine Beziehung zur Blennorrhoe und kommt auf Grund eingehender Beobachtungen an 15 einschlägigen Fällen zu dem Resultat, daß der bei Blennorrhöekranken auftretende Fersenschmerz auf eine spezifische Entzündung des subtendinösen Schleimbeutels der Achillessehne zu beziehen ist. Die bei akuten Fällen oberhalb der Fersen-

höcker sich bildende schmerzhafte Geschwulst zeigt Verschieblichkeit und Faltpbarkeit der darüberliegenden Haut, so daß die Entzündung des subcutanen Schleimbeutels anzuschließen ist. Die Gestaltsveränderung der Geschwulst bei Bewegungen des Fußes läßt es außer Zweifel erscheinen, daß die Schwellung in einer vorgebildeten tiefen Tasche sich abspielt; und schließlicly entspricht es der ziemlich starren Beschaffenheit der Begrenzungswälle, daß die Geschwulst nie zu beträchtlichem Umfang anwächst, und von einem Hydrops bursae nie die Rede sein kann. Die experimentelle Füllung des betreffenden Schleimbeutels ergab eine Vorwölbung, die in Form, Größe, Konsistenz und Topographie die vollste Übereinstimmung mit dem geschilderten Bilde aufwies. Die bakteriologische Prüfung ergab zwar keine Gonokokken, sprach aber infolge der Sterilität gegen jede Art Mischinfektion. Die regelmäßigen genauen Röntgenuntersuchungen ließen in keinem Falle Knochen- oder Periostveränderungen erkennen, die für eine Beteiligung dieser Organe, wie sie JACQUET annimmt, gesprochen hätten.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Ein Fall von Arterienthrombose aus blennorrhöischer Quelle, von F. C. MOORE-Manchester. (*Lancet*. 19. Dezbr. 1903). Der 20jährige Patient kam wegen Schmerzen und beginnenden Gangrän am linken Bein ins Krankenhaus. Im weiteren Verlauf nahmen die gangränösen Erscheinungen rapid zu, und auch das rechte Bein zeigte ähnliche Symptome. Daneben wurde ein deutlich eitriger Ausfluß aus der Urethra konstatiert. Am vierten Tage der Krankenhausbehandlung und am achten Tage der Bettlägerigkeit starb Patient. Die Autopsie ergab an der Aorta unterhalb der Abgangsstelle der Nierenarterien einen festen rötlich-grauen Thrombus, der sich bis in die Arthiliae communes sowie auf beiden Seiten noch in die Verzweigungen derselben erstreckte. Ferner war die linke Nierenarterie in größerer Ausdehnung Sitz eines ähnlichen, aber weicheren Thrombus. Der aus der Urethra ausgedrückte Eiter enthielt Gonokokken. Die Intima der beteiligten Gefäße war vielfach zerstört resp. entzündlich gewuchert und mit Diplokokken, welche sich mit GRAM entfärbten, besetzt. Verf. nimmt an, daß die Anomalie an den Gefäßen durch die Einwanderung von Gonokokken ins Blut verursacht worden sei, da eine andere Entstehungsursache nicht nachzuweisen war.

Philippi-Bad Saleschirf.

Die Behandlung der akuten und chronischen Blennorrhoe des Mannes, von FR. BERING-Kiel. B. berichtet über die Behandlungsweise der Blennorrhoe, welche in der Poliklinik v. DÜRNES angewandt wird. Neben dem Tragen eines ILLIERSchen Suspensoriums und entsprechender Diät wird innerlich Sandelöl oder Gonosan gegeben. Bei Entzündung der äußeren Genitalien empfehlen sich Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Lokal werden Ausspülungen der Urethra mit warmen Lösungen von Kaliumpermanganat 1 : 4000 mittels der ZISSLSchen Handspritze bevorzugt, die Konzentration steigt bis 1 : 1000. Zu Hause machen die Patienten täglich zwei bis drei Injektionen mit Silberpräparaten von nicht zu langer Dauer. Bei längerer Dauer wird einmal täglich mit Argent. nitric. 1 : 2000 gespült und zu Hause 3%ige Resorcinlösung injiziert. Bei Cystitis gibt v. DÜRNIG täglich 3 g Helmitol und macht eventuell ebenfalls Spülungen mit Kalium oder Argentum. Bei chronischer Blennorrhoe werden Dilatationen in nicht zu brücker Weise mit BÉNQUÉSchen Sonden zweimal wöchentlich ausgeführt. Die Sonden bleiben 15—20 Minuten liegen und werden bis mindestens Ch. 27 gebracht. Nach der Sondierung finden Ausspülungen mit Borwasser, Argentum oder Kalium statt, während der Patient zu Hause selbst noch mit Albargin oder Kalium spritzen kann. Das Endoskop findet nur bei ganz umschriebenen Infiltraten Anwendung. Bei Miterkrankung der Prostata ist Massage mit nachfolgender Instillation von Höllestein oder rückläufigen Spülungen empfehlens-

wert. Mit dieser Behandlungsmethode sind die Resultate der Blennorrhoebehandlung nach BERINGS Angaben durchaus zufriedenstellend. *Bernhard Schulse-Kiel.*

Gibt es eine zuverlässige Abortivbehandlung der Blennorrhoe? von H. M. CHRISTIAN - Philadelphia. (*Int. med. Mag.* März 1903.) Vorläufig ist die im Titel gestellte Frage mit „nein“ zu beantworten. Vielleicht ist aber das neue Silbersalz Argyrol, mit dessen Prüfung Verf. beschäftigt ist, berufen, diese Lücke auszufüllen.

A. Loewald-Kobnar.

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von FERDINAND FUCHS - Breslau. (*Theor. Monatsh.* 1903. Nr. X.) Ein Coupieren der Blennorrhoe hat nur dann Aussicht, wenn der Patient 48—72 Stunden nach dem Coitus zur Behandlung kommt, da dann die Gonokokken noch ganz auf der Oberfläche der Urethra weilen. In solchen Fällen aber erzielt eine 2%ige Albarginlösung gute Resultate, wenn sie in genügender Menge zehn Minuten lang auf die Harnröhre einwirkt, und zwar muß dieses Verfahren mehrere Tage der Sicherheit halber wiederholt werden. Adstringierende Lösungen erreichen dann nachher schnell die Heilung der gereizten Schleimhaut. Die Zahl der Patienten F.s ist noch zu klein, um einen dauernden Schluss ziehen zu können.

Bernhard Schulse-Kiel.

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne, von FR. BIERHOFF - New York. (*Med. News.* 12. März 1904.) Die Methode B.s, welche er hier nach einem historischen Rückblick über die seit RIGORD angestellten Versuche zur Abortivbehandlung näher beschreibt, beruht zum größten Teile auf jener von FRANCK und LAWIS. Ist der Ausfluß noch gering und liegen die Gonokokken noch größtenteils extrazellulär, dann wurde die Protargol-Lösung in der Stärke von $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{16}$ % angewandt, bei ausgesprochenem Ausfluß und größtenteils intrazellulären Lage der Gonokokken $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{16}$ %ige Lösung, und zwar nur in jenen Fällen, wo der zweite Urin klar war. Nach dem Urinieren wurde die Harnröhre durch eine Mischung von 4 ccm einer 1%igen Cocain- und 4 ccm einer eben so starken Protargol-Lösung anästhesiert, dann der vordere Teil der Harnröhre mit 150 ccm der Protargol-Lösung gereinigt und schließlich nach JANNETS Methode mit 150 ccm der genannten Lösungen irrigiert, und zwar ein- bis dreimal in jeder Sitzung. Patient selbst bekommt eine $\frac{1}{16}$ %ige Protargol-Lösung, womit er außerdem täglich drei- bis fünfmal Injektionen von zehn Minuten Dauer machen muß. In den folgenden Tagen, wenn die Gonokokken abgenommen haben, läßt man allmählich mit Menge und Konzentration der Lösung nach und suspendiert sie bei positivem Erfolge am vierten bis fünften Tage vollständig. Dann folgen die gebräuchlichen Provokationsproben und Kontrolluntersuchungen, wobei Reinkulturen in jedem zweifelhaften Falle unerlässlich sind. Im ganzen hat B. die Methode in 30 Fällen angewandt, 15 gaben positives Resultat (die Gonokokken verschwanden bei 12 am zweiten, bei 1 am dritten, bei 2 am vierten Tag vollständig), 15 ein negatives, wovon jedoch bei 2 Fällen die Gonokokken nach fünf, bei 3 nach zehn, bei 1 nach 16, bei 2 nach 23 Tagen u. s. f. völlig verschwanden. Nur in einem der Fälle gab es eine schwerere Komplikation (Tendovaginitis der Extensoren der linken Hand), und nur in 2 von sämtlichen 30 Fällen trat eine Urethritis posterior (Prostatitis) hinzu, also in 6,6%, was B. als besonders schlagenden Beweis für die Zweckmäßigkeit seiner Methode anführt (aber bei der geringen Zahl von 30 Fällen gar keine Bedeutung haben dürfte. Refer.). B. gibt zwar zum Schlusse seiner Abhandlung selbst zu, daß die Zahl seiner Fälle zu gering sei, um definitive Schlüsse zu erlauben, aber immerhin sei der Prozentsatz der Geheilten ein sehr ermutigender, wenn die Abortivmethode frühzeitig angewandt werde, und wenn man nur jene Mittel (die neueren Silbersalze), welche die Gonokokken töten, ohne die Schleimhaut zu

schädigen, anwende, so wäre der Prozentsatz der Komplikationen viel geringer; bei Fehlschlägen der Abortivbehandlung sei also dem Patienten keinerlei Schaden zugefügt worden.

Stern-München.

Über die Wahl der Behandlung bei der akuten Blennorrhoe. Technik der Behandlung mit großen Kaliumpermanganat-Spülungen, von K. DUROZ. (*Ann. Policlín. Centr.* April 1903). Für den Verf. gibt es bei der Behandlung des akuten Trippers kein besseres Mittel, als das übermangansaure Kalium, beim chronischen Tripper kein besseres Mittel, als den Höllenstein. Alle neueren Silbersalze sind minderwertig, mit dem Ichthargan sah Verf. wenigstens einige gute Erfolge, während er mit dem Protargol nur Enttäuschungen erlebt hat. Die Massenspülungen mit Kaliumpermanganat hält Verf. für die wirksamste und schnellste Waffe zur Bekämpfung des Gonococcus. Großen Wert legt er auf eine sorgfältig ausgeführte Technik. Die Technik des Verf. unterscheidet sich nicht wesentlich von der JANEYS. Die Ausspülungen werden zweckmäßig mit dem Irrigator bei Rückenlage des Patienten ausgeführt, hoher Druck und starke Lösungen werden vermieden, die Spülungen dürfen nicht durch abwechselndes Verschließen und Öffnen der Harnröhrenmündung unterbrochen werden, dagegen läßt Verf. von Zeit zu Zeit alle in der Harnröhre befindliche Flüssigkeit ausfließen; vor Ausspülung der hinteren Harnröhre cocainisiert Verf. die Harnröhre. Die Anwendung von Sonden und anderen Instrumenten perhorresziert Verf. bei der Behandlung des akuten Trippers. — In der Praxis scheinen sich diese Vorschriften nicht sonderlich zu bewähren; denn merkwürdigerweise gesteht Verf., daß er in seiner Klinik durch die Verhältnisse gezwungen ist, seine Technik „ein wenig“ zu modifizieren. Die Patienten werden nicht in Rückenlage, sondern auf einem Tisch mit erhöhter Rückenlehne ausgespült; statt mit dem zuvor beschriebenen und abgebildeten Irrigator werden die Spülungen mit einer Handspritze vorgenommen. Leistet der Sphincter bei Spülungen der hinteren Harnröhre Widerstand, so bedient sich Verf. doch der verpönten Sonde. (Was bleibt also noch von den anfänglich gegebenen Vorschriften, deren sorgfältige Beachtung Verf. verlangt, übrig? Ref.)

A. Loewald-Kolmar.

Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, von DAUBER-WÜRZBURG. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) D. weist darauf hin, daß der Blindenstatistik zufolge die Zahl der infolge von Ophthalmoblennorrhoe Erblindeten in den letzten 20 Jahren durchaus nicht so sehr abgenommen hat wie erwartet werden konnte, da wir doch seit zwei Jahrzehnten in dem CREDÉ'schen Verfahren ein nahezu sicheres Mittel zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen haben. Um eine durchgreifende Besserung herbeizuführen, empfiehlt D. die obligatorische Einführung der Silberinstillation verbunden mit der Anzeigepflicht für Erkrankungen. Was die Methode der Silberinstillation betrifft, so hat sich in der Würzburger Frauenklinik am besten die Einträufelung einer 1%igen Höllensteinlösung in der von CREDÉ angegebenen Weise bewährt; die von ZWEIFEL empfohlene Instillation von 1%iger Argentum aceticum-Lösung mit nachfolgender Einträufelung schwacher Kochsalzlösung hat viel häufiger zu stärkerer Reizung und Sekretion geführt als die Einträufelung von Höllensteinlösung.

Göts-München.

Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus, von TH. AXENFELD - Freiburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Eine Berichtigung zu dem Artikel von F. SCHANZ in der *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1903, Nr. 45, hauptsächlich polemischer Natur.

A. Loewald-Kolmar.

Die neue Flasche „Simplex“ zu Einspritzungen bei Blennorrhoe, von ARTHUR STRAUSS - Barmen. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 41.) Die neue Flasche ermöglicht eine bequeme und unauffällige Unterbringung und Aufbewahrung der zu

den Einspritzungen notwendigen Utensilien. Nach dem beigegebenen Bilde scheint sie praktisch zu sein, zumal der ganze Apparat nur 1,50—1,75 Mark kostet. Den Vertrieb hat die Glaswarenfabrik Hermann Käsemödel in Ilmenau (Thüringen).

Bernhard Schulse - Kiel.

Zur inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Theor. Monatsh.* Dez. 1903.) S. hält die Einführung des Gonosan für sehr bedeutend. Es verringert bei der Blennorrhoe in kurzer Zeit die eitrige Sekretion und verwandelt sie in eine schleimige; setzt die Schmerzhaftigkeit herab und vermindert das Auftreten der im akuten Stadium der Blennorrhoe oft so schmerzhaften und die Heilung verzögernden Erektionen. Bisweilen genügt die innere Behandlung mit Gonosan allein zur Heilung der Blennorrhoe. *Bernhard Schulse - Kiel.*

Das Albargin bei der Behandlung der blennorrhoeischen Vulvo-Vaginitis der kleinen Mädchen, von VIGNOLO-Lutati. (*Rif. med.* 1903. Nr. 44.) Nach den Erfahrungen des Verfassers muß dieses Präparat als ein ausgezeichnetes Antiblennorrhagicum betrachtet werden. Speziell bei der einfachen oder mit Cervicitis komplizierten Vulvo-Vaginitis der kleinen Mädchen wirkt es rasch und sicher. Als empfehlenswerteste Methode sind die Irrigationen in der Konzentration von 1—4%igen (wässerigen Lösungen) zu bezeichnen. *C. Müller-Genf.*

Albarginglycerinlösung, 20%ig, zur Behandlung der Blennorrhoe, von STRELITZER-Posen. (*Reichs-Med.-Ans.* 1903. Nr. 3.) Bei akutem Tripper spritzt der Verfasser dem Kranken eine 1—5%ige Albarginlösung ein, die 10—15 Minuten in der Harnröhre verbleibt. Hierauf häufige Umschläge mit 2%iger essigsaurer Thonerde. Die anfangs entstandenen heftigen Schmerzen lassen nach zwei Stunden nach und kommen nur beim Wasserlassen ab und zu wieder. Statt des purulenten Sekrets zeigt sich dann am nächsten Tag nur eine seröse Absonderung, die keine oder fast keine Gonokokken mehr enthält. Unter Umschlägen tritt nach einigen Tagen Heilung ein. Nur in einigen Fällen trat neue Eiterung auf. Weiter versuchte Verfasser eine 20%ige Albarginglycerinlösung. Die Erfahrungen und Erscheinungen danach waren die gleichen wie oben. Heilung erfolgte auch hier nicht in allen Fällen. Oft machte sich noch ein Nachspritzer von 1%iger Albarginlösung und später von Zinklösung notwendig. Erfolgreicher zeigte sich die Albarginglycerine bei chronischer Blennorrhoe.

Hopf - Dresden.

Arhovin, ein neues innerliches Antiblennorrhoeicum, von FRITZ BURCHARD und ARTHUR SOBLOKOW-Berlin. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 48.) Das Arhovin stellt ein Additionsprodukt des Diphenylamins und der esterifizierten Thymylbenzoesäure dar, und zwar eine Flüssigkeit von aromatischem Geruch, schwach kühlend-brennendem Geschmack, 1,055 spez. Gewicht, fast unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Äther, Chloroform. Es wird vom Magen in 15 Minuten resorbiert und unverändert durch den Harn ausgeschieden. Man gibt es Blennorrhoeikern dreimal täglich, 25 g in Kapseln am ersten Tage, bis aufs doppelte steigend, ohne daß Unannehmlichkeiten entstehen. Es wirkt im Harn bakterizid und ist nach des Verf. Ansicht imstande, Blennorrhoen ohne gleichzeitige Injektionen zu heilen, wie einige beigegebene Krankengeschichten illustrieren. *Bernhard Schulse - Kiel.*

Ein neues Silbersalz zur Behandlung der Blennorrhoe, von T. S. PURDY-London. (*Lancet.* 19. Dez. 1903.) Die Resultate, welche P. mit einer 5%igen Lösung von Argyrol bei akuter Urethritis gonorrhoeica anterior und mit einer 10%igen Lösung bei chronischen Fällen erzielte, sind so gute gewesen, daß er nicht ansteht, das Mittel aufs wärmste zu empfehlen. Einzelne Fälle wurden im Verlauf von einer bis vier Wochen geheilt, indem alle entzündlichen Erscheinungen beseitigt wurden, und der Urin klar und frei von Gonokokken wurde. Einige Patienten wurden aus-

schliesslich mit Argyrol behandelt, andere erhielten daneben Cubeben, Copaiva oder Oleum Santali. Bei Urethritis posterior wurde auch die JANETSche Spülung mit Argyrol (1 : 2000) erfolgreich angewandt. *Philippi-Bad Salschlurf.*

Ichthargan bei Blennorrhoe, von T. S. GLICKMANN. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 3.) G. berichtet über die Erfolge verschiedener Forscher mit Ichthargan und bezeichnet es als ein vorzügliches Antigonorrhöikum, welches dem Protargol mindestens gewachsen ist. (Das finde ich auch. Der Ref.) Sonst bringt die Arbeit nichts neues.

Bernhard Schulse-Kiel.

Erfahrungen über Ichthargan, von A. KRONFELD - Wien. (*Ther. Monatsh.* 1. Jan. 1904.) Verf. ist mit dem Ichthargan als Antiblennorrhöikum in jeder Weise zufrieden und rühmt dessen glänzende Resultate. Sonst bringt Verf. nichts neues.

Bernhard Schulse-Kiel.

Über Keraminseife.

Von

P. G. UNNA.

Unter den vielen von Laien erfundenen und für Hautkrankheiten bestimmten Heilmitteln, die mir in den letzten Jahren mit hochtönenden Empfehlungen zur Prüfung vorgelegt wurden, sich aber in meinen Händen größtenteils, wenn nicht als wertlos, so doch als überflüssig erwiesen, macht die von Herrn Töpfer in Leipzig in den Handel gebrachte „Keraminseife“ eine rühmliche Ausnahme. Sie verdient meines Erachtens das Studium der Fachkollegen, und ich stehe nicht an, zu erklären, daß ich aus ihrem Studium manches Gute für die Herstellung medizinischer Seifen gelernt habe.

Es ist ein kleines, unansehnliches, braunes, nicht nach den Regeln moderner Seifenpraxis hergestelltes Stückchen, das mit dem Anspruch in die Welt tritt, chronische, stark juckende, krustöse Kindereczeme ohne weitere Beihilfe zu heilen. Dabei ist die Seife nicht einmal überfettet, nur neutral, und die Anweisung spricht nicht von gleichzeitigem Salbengebrauch. Gerade dieses Paradoxon, die behauptete Heilung stark sezernierender Kindereczeme ohne Zufuhr von Fetten, ließ mir eine Nachprüfung wünschenswert erscheinen. Diese Prüfung geschah zuerst in meiner Poliklinik, dann aber auch an einer großen Reihe meiner Privatpatienten in der ambulanten und klinischen Praxis.

Die erste Wirkung der Seife ist in jedem Falle von krustösem Ekzem des Kinderkopfes eine vollkommene Desodorisierung der Krusten und eine für die Umgebung sehr merkliche Verminderung des Juckens, also auch des Kratzens, die jeder mit Freude begrüßen wird, der weiß, wie lästig gerade diese Symptome bei jeder sonstigen Behandlung empfunden werden. Sodann ergibt die weitere Beobachtung außer der bei jeder Seifenkur selbstverständlichen Reinigung von vielen sekundären Krankheitsprodukten eine stetig zunehmende Trockenheit der Hautoberfläche. Diese geht so weit, daß dicke Krusten unter Umständen gar

nicht abfallen und der ekzematöse Prozess an diesen Stellen, wenn er auch zum Stillstand kommt und nicht mehr peripherisch fortschreitet, so doch auch nicht völlig abheilt.

In solchen Fällen kann die Keraminseife natürlich nicht mit der bei uns üblichen Zinkschwefelpaste, unterstützt durch Ölbäder des Kopfes und Salbenmullverbände, konkurrieren, und es liegt hier offenbar eine Grenze der Wirksamkeit der Seife vor, die erst durch gleichzeitigen Gebrauch von Ölbädern oder sonstiger Schmiermittel aufgehoben werden kann.

Sehr günstig erwies sich dagegen die Eintrocknung des Ekzemgrundes bei allen leichteren, vesiko-papulösen Ekzemen in der Umgebung stark nässender und krustöser Partien, die der Ausbreitung der letzteren vorangehen und mit deren Beseitigung das Ekzem zum Stillstande gelangt. Dieselbe günstige Wirkung liefs sich auch noch wahrnehmen bei jenen besonders im Beginn der wärmeren Jahreszeit so häufig auftretenden und rasch universell werdenden Ekzemen, die aus münzenförmigen Flecken, gelbbraunen bis gelbroten Effloreszenzen bestehen und deutlich die Charaktere seborrhoischer Ekzeme an sich tragen (Ekzema seborrhoicum papulatum). Sie war um so besser, je fettiger und hyperämischer, um so geringer, je trockener die Flecke waren. Dagegen versagt die Wirkung vollkommen bei noch schwereren Formen mit psoriasiformem Habitus der Effloreszenzen (Ekzema seborrhoicum psoriasiforme).

Einen geradezu auffallend günstigen Effekt erzielte ich hinwieder bei allen intertriginösen Ekzemen sowohl der Inguinal- und Analgegend, wie des Halses und Nackens bei fetten Kindern. Leichtere Fälle dieser Art heilten bei einfachen Waschungen ohne sonstige Beihilfe, indem die Kontaktflächen rasch abblafsten und trocken wurden. Schwerere Fälle erforderten den gleichzeitigen Gebrauch von Puder oder Zinkschwefelpaste, heilten dann aber entschieden rascher als ohne gleichzeitige Seifenwaschungen. Dafs die bereits stark macerirte Hornschicht dieser intertriginösen Flächen die Seifenbehandlung so gut verträgt, spricht dafür, dafs eine Hauptwirkung der Keraminseife in der Desinfektion der Haut, in einer Vernichtung von Oberhautparasiten zu suchen ist; sie scheint bei den Intertrigines mithin ätiologisch wirksam zu sein, da sie hier als symptomatisches Mittel wohl kaum in Betracht kam.

Anschliessend hieran will ich gleich bemerken, dafs auch bei den Erwachsenen die Domäne der Keraminseife bei den leichten und besonders den seborrhoischen Ekzemen der oberen Körperhälfte zu finden ist. So weichen die petaloiden, hyperämischen Flecke der Brust- und Rücken haut, die hyperämischen, pityriasiformen und papulösen Effloreszenzen der Kopfhaut unter gleichzeitigem Schwund des Schuppens und Juckens, und mit dieser Besserung der Symptome an der Kopfhaut läfst auch stets der begleitende Haarausfall nach, wenn er auch nicht völlig schwindet. Es nahm

mich daher auch nicht weiter wunder, daß auch die Röte der seborrhoidischen Rosacea bei alleiniger Anwendung der Seife sich zusehends besserte, um so sicherer, je fetter die Hautpartien waren. Selbst die seborrhoidische Vergilbung der Mund- und Nasenumgebung nimmt dabei ab, wenn auch nicht so rasch wie unter dem Gebrauch der Natronsuperoxydseife.

Bei diesen Fällen der Privatpraxis war nun auch Gelegenheit gegeben, sich etwas besser über die subjektiven Empfindungen beim Gebrauch der Seife zu orientieren als bei Behandlung der Kindereczeme. Es stellte sich heraus, daß die Seife denn doch nicht so völlig reizlos ist, wie es bei Behandlung der letzteren den Anschein hat. Die meisten Seborrhoider erklärten allerdings das Waschen mit der Seife als direkt wohltätig, reizmildernd; einige aber gaben an, daß unmittelbar auf das Waschen im Gesicht ein Gefühl der Hitze und Spannung gefolgt sei, und dies waren Patienten, die an den Gebrauch der überfetteten Basisseife gewohnt waren.

Aufmerksam gemacht durch diese Wahrnehmungen, beobachtete ich in der Folge auch öfters objektive Reizerscheinungen bei der Behandlung von Kindereczemen mit Keraminseife, seltener in der Poliklinik, wo die Haut der Kinder im allgemeinen abgehärteter und reinigungsbedürftiger ist als bei solchen der Privatpraxis, und zwar besonders bei Kindern, welche schon vorher gegen andere Medikamente (Teer, Resorcin) eine bemerkenswerte Empfindlichkeit gezeigt hatten.

Weiter fiel es mir auf, daß die Keraminseife eine nur geringe Verträglichkeit gegenüber anderen guten Ekzemmitteln besitzt; so zumal gegenüber der Zinkschwefelpaste. Daher ist der naheliegende Gedanke, sie mit diesem universellsten aller Ekzemmittel zu kombinieren, gar nicht in allen Fällen durchzuführen; wenigstens nicht, wenn die Keraminseife in der von Herrn Töpfer empfohlenen Weise zwei- bis dreimal täglich eine längere Zeit eingeschäumt wird und der Schaum auf der Haut eintrocknet. Denn wenn dann noch die gebräuchlichen Ekzemmittel in der Zwischenzeit verordnet werden, sind fast mit Sicherheit Reizerscheinungen und selbst eine Ausbreitung des Ekzems zu erwarten. Will man die Kombination durchführen, so ist es am besten, die Seife nur in größeren Pausen in der gewöhnlichen Waschmanier zur Reinigung und Desodorisierung zu gebrauchen, also vor allem gleich im Anfange und dann gelegentlich weiterer Juckanfälle, wie sie jede neue Proliferation der Ekzempkokken begleiten. Will man dagegen die Keraminseife nach der Originalvorschrift gebrauchen, so empfehle ich den reichlichen Gebrauch von Öl nebenher als bestes Adjuvans. Ohne diese Zutat kann die einfache Keraminseifenbehandlung mit der üblichen Zinkschwefelpastenbehandlung, was Schnelligkeit und Sicherheit betrifft, nicht konkurrieren. Die hierfür maßgebenden Versuche wurden in der Poliklinik angestellt durch vergleichende Beobachtung von teils gleichzeitig in Behandlung genommenen, verschiedenen, aber in Form

und Intensität vergleichbaren Fällen, teils gleichzeitig behandelten, symmetrischen Stellen an denselben Patienten. Es wäre aber unrichtig, hieraus schließen zu wollen, daß die Keraminseife für die Behandlung des Kindereczems völlig überflüssig sei. Ihre offenbaren Vorzüge in Betreff der Reinigung von vernachlässigten, krustösen Flächen, der raschen Desodorisierung, der nachhaltigen Stillung des Juckens, der Eintrocknung und Sistierung rasch fortschreitender Prurptionen kann man bei jeder Ekzembehandlung voll ausnutzen, wenn man die eben erwähnten Besonderheiten des Mittels im Auge behält.

Ehe ich nun zu meinen Beobachtungen über die Wirkung der Keraminseife bei anderen Affektionen als dem seborrhoischen Ekzem übergehe, möchte ich versuchen, diese Wirkung aufzuklären, soweit mir in ihre Darstellung durch Herrn TÖPFER ein Einblick verstattet wurde. Als Alkali wird bei ihr ein Gemisch von Kali- und Natronlauge verwendet, wie bei den überfetteten Seifen nach meiner Angabe, wobei ich bemerke, daß die Vorschrift für die Keraminseife viel älteren Datums sein soll (1840) als die jener (1885). Wie jene vereinigt sie also die Natur einer Stückseife mit der stärkeren Wirkung einer Kaliseife. Als Medikament enthält sie sodann Perubalsam und als Geruchskorrigens Nelkenöl und Zimtöl, letzteres in erheblicher Menge. Da wir die Wirkung des Perubalsams auf Ekzem schon seit langem kennen — sowohl in Form der gewöhnlichen wie der überfetteten Seife — und bisher einen direkt ekzemheilenden Einfluß nur in sehr beschränktem Maße (z. B. bei Scabies) wahrzunehmen Gelegenheit hatten, wendete sich mein Interesse naturgemäß dem relativ hohen Zimtölgehalt zu. Die desinfizierende Kraft des Zimtöls ist wegen seines Gehaltes an Zimtsäure jedenfalls bedeutend und es ist noch sehr die Frage, ob dieser Zusatz in Wirklichkeit nur die Bedeutung eines Geruchskorrigens und nicht vielmehr die eines ursächlich ekzemheilenden Faktors hat. Jedenfalls ist es mir auffallend, daß diejenige unter den von mir angegebenen Seifen, deren milde heilende Wirkung beim Kinderekzem am meisten Ähnlichkeit mit der der Keraminseife hat — die überfettete Basisseife — auch gerade und allein mit Zimtöl „parfümiert“ wird. Jedenfalls war eine Versuchsreihe mit reinen Zimtölseifen indiziert, um hierüber ins Klare zu kommen. Ich habe dieselbe mit dem Seifenkörper der überfetteten, nicht parfümierten Basisseife durchgeführt und gefunden, daß diese Zimtölseifen stark desodorisierend, desinfizierend und juckstillend wirken, aber sowie man über $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % hinausgeht, auch stärkere Reizungssymptome, Hyperämie und Spannung der Haut hervorrufen. Etwas milder wirken Seifen mit Zimtaldehyd, einem Körper, der ca. 75 % des Zimtöls ausmacht und dem als einem Aldehyd offenbar eine reduzierende Wirkung zukommt. Über diesen

Punkt sind weitere Forschungen dringend nötig; ebenso über eine etwaige günstige Wirkung des Nelkenölsatzes. Die von mir wahrgenommenen Reizerscheinungen möchte ich aber nach alledem auf den Gehalt an diesen „parfümierenden“ Körpern zurückführen.

Die genannten Bestandteile geben nun wohl Aufschluss über die desodorisierende und desinfizierende Eigenschaft der Seife, aber noch keine befriedigende Erklärung der doch stets wahrgenommenen, stark eintrocknenden Wirkung, wie sie eklatant beim Ekzema crustosum und intertriginosum zur Geltung kommt. In dieser Beziehung war es mir von großer Wichtigkeit zu erfahren, daß die Seife einen bedeutenden Zusatz von Talcum erhält. Mineralische Zusätze dieser Art pflegen wohl den gewöhnlichen Sorten der Toilettenseifen als für die Haut unschuldige, für den Fabrikanten vorteilhafte „Beschwerung“ beigegeben zu werden, aber in einer medizinischen Seife spielen dieselbe bisher keine Rolle, vielleicht mit Unrecht. Weshalb soll die gute eintrocknende Wirkung des Puders, die wir in dem fast universellen Ersatz der Salben durch puderhaltige Pasten bei feuchten Dermatosen erlebt haben, nicht auch auf solche Seifen ausgedehnt werden, deren Schaum auf der Haut zu bleiben bestimmt ist? Weshalb sollen wir nicht zur Konstruktion von „Pastenseifen“ (neben Salbenseifen) fortschreiten? Ich sehe jedenfalls ein Hauptverdienst der Keraminseife darin, die gute Idee einer Pastenseife angeregt zu haben.

Wenn ich alles Bisherige kurz zusammenfasse, so verbindet die Keraminseife mit einer starken Seifenwirkung durch ihren Kaligehalt eine für die Ekzembehandlung sehr willkommene eintrocknende Puderwirkung und eine juckstillende, desodorisierende und desinfizierende Wirkung durch ihren Gehalt an aromatischen Ölen. In dieser letzten Richtung scheint sie mir noch verbesserungsfähig zu sein.

Nach dieser Orientierung lag es nahe, noch einige andere Hautkrankheiten mit der Keraminseife zu behandeln, bei welchen die besagten Wirkungen sich zeigen konnten. Zunächst bot sich in der Poliklinik die Impetigo vulgaris gleichsam zu Versuchen an, da es hier ja nur auf Desinfektion und Trockenlegung einzelner erkrankter Herde auf einer sonst gesunden und — im Vergleich zum Ekzem — ungereizten Haut ankommt und die reinigende Wirkung der Seife gerade sehr am Platze ist. Die Erfahrungen waren durchaus befriedigende; eine Zwischenbehandlung mit Zinkschwefelpaste wurde hier in allen Fällen gut vertragen.

Sehr gut wirkten ferner einfache tägliche Waschungen mit der Keraminseife bei weit über den Körper verstreuten einfachen Folliculitiden trocken-entzündlicher oder eitriger Art, besonders bei fettreicher Haut. In solchen Fällen ist ja die Behandlung mit einer solchen Pastenseife wesentlich angenehmer für den Patienten als die bisherige mit einer Paste.

Ein gutes Adjuvans bildet die Keraminseife ferner bei der echten, juvenilen Aene pustulosa des Gesichtes, der Brust und des Rückens. Ich verordnete sie zum Waschen bei Tage, während abends gegen die allgemeine Hyperkeratose und Komedonenbildung die hierfür geeignete Natronsuperoxydseife gebraucht wurde.

Ebenfalls unterstützend wirkt der häufige Gebrauch der Seife beim Lupus des Gesichtes, wenn derselbe mit starker Hyperämie und Krustenbildung kompliziert ist. Ich habe öfter die These aufgestellt, daß in diesen Lupusfällen eine Komplikation der Lupusoberfläche mit echtem Ekzem vorliegt, da die Oberhaut in histo- und mykopathologischer Beziehung dieselbe Struktur wie beim chronischen Ekzem annimmt. Hier wirkt die Keraminseifenbehandlung ähnlich anämisierend und abtrocknend wie eine vorgängige Behandlung mit Zinkschwefelpaste, ehe die eigentliche Lupusbehandlung beginnt. Einen Einfluß auf den Lupus selbst durch die Seife habe ich nicht wahrgenommen.

Endlich habe ich noch einen entschieden günstigen Einfluß täglicher Waschungen bei allen Arten der Urticaria gesehen, sowohl des Lichen urticatus der Kinder, wie der Urticaria chronica und des akuten QUINOKESchen Ödems der Erwachsenen, wie selbst auch der Urticaria pigmentosa und Urticaria factitia (zwei Fälle). Bei letzteren brauchte ich die Seife allerdings nicht allein, sondern gleichzeitig mit Ichthyol-firnis und Aspirin-Ichthyoltabletten innerlich.

Meine Methode zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe.

Von

Dr. C. ENGELBRETH-Kopenhagen.

Vor 1½ Jahren veröffentlichte ich in *dieser Zeitschrift*, Bd. 36, Nr. 10, eine Abhandlung über die Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Ich zeigte darin die verschiedenen Mängel der angewandten Hauptmethoden — die abortiven Injektionen starker (2—12%iger) Lapislösungen und die großen Ausspülungen ad modum JANET — und gleichzeitig führte ich die Gedanken an, welche die Basis für eine neue und bessere Abortivbehandlung bilden sollten.

I. Eingeräumt, daß die Gonokokken schnell das Epithel durchdringen und wenigstens fleckenweise in das subepitheliale Bindegewebe eindringen, kann man sicher davon ausgehen, daß die Gonorrhoe in allen Fällen eine Zeit rein epithelial ist und in diesem kurzen Zeitraum mit

abortiver Behandlung zu bekämpfen ist. Die Bedingungen für das Gelingen derselben sind darum die, daß die Behandlung auf ein passendes frühes Stadium instituiert wird, und demnächst, daß die Behandlung selbst sich über einen möglichst kurzen Zeitraum erstreckt.

In letzterem Punkte zeigt sich ein wesentlicher Mangel bei der JANET'schen Methode, die sich über acht Tage hinstreckt, während die alten Lapisinjektionen den Vorteil einer zusammengedrängten energischen Behandlung hatten.

II. Da die Gonokokken sich schnell über große Teile der Oberfläche der Schleimhaut ausbreiten und oft sehr früh — wenn z. B. Eiter bei Erektionen im Bulbus niedertrifft — die ganze Pars anterior infiziert haben, muß die Behandlung die ganze Pars anterior umfassen. Begrenzte Instillationen, Pinselungen u. dergl. sind wirkungslos. Und da es gilt, daß kein Punkt der Schleimhaut der Pars anterior der Behandlung entgeht, muß diese Schleimhaut mehrmals ad maximum mit der Behandlungsflüssigkeit ausgespannt werden.

Injektionen mit einer gewöhnlichen Spritze von 6—8 ccm Rauminhalt werden selten oder nie der Kapazität der Harnröhre (4—22 ccm) entsprechen oder die Falten und Krypten der Schleimhaut distendieren können, wodurch die Behandlung mißlingt.

Hier liegt offenbar der Hauptmangel der alten abortiven Injektionen, während die JANET'sche Methode in dieser Richtung vollkommen ist.

III. Während die Gonokokken schnell das ganze Epithel durchdringen, ist bei verschiedenen Untersuchungen (FINGER, v. AMMON) konstatiert worden, daß die Wirkungen der gewöhnlich angewandten Antigonorrhoeica sich bei einer einzelnen Behandlung nicht über die oberste Epithelschicht erstrecken. Und da es nun gilt, die Gonokokken auch in der Tiefe des Epithels zu erreichen, und da dieses nicht durch Diffusion stattfinden kann (HEIDENHAIN), hat man keinen anderen Ausweg als Entfernung oder Destruktion des Epithels.

Eine solche Entfernung wird immer unvollständig sein, wenn dieselbe mechanisch durch Abschabung geschieht (HUGUET, WELANDER). Auf chemischem Wege, durch Ätzung, wird dieselbe wohl oberflächlich, aber mehr gleichartig und leichter in die ganze Ausstreckung der Schleimhaut zu applizieren sein. Will man darum auf diese Weise durch mehrere Zellenschichten dringen, so muß man mehrere Ätzungen vornehmen, die so schnell aufeinander folgen, wie das destruierte Epithel abgestoßen wird. Für diese schichtweise Destruktion von Epithel und Gonokokken — die den Kern meiner Idee und die Grundlage meiner Methode bildet — ist das beste Mittel offenbar Argent. nitric. Dasselbe ist ein vorzügliches Ätzmittel, leicht zu lokalisieren, nicht irritierend und gleichzeitig stark antibakteriell.

Diese kritischen Betrachtungen haben die Basis meiner Abortivbehandlung gebildet. Deren Wirkungsfeld ist die rein epitheliale Gonorrhoe, deren Theorie die methodische schichtweise Destruktion von Epithel und Gonokokken, das Mittel dazu Argentum nitricum, und die Weise für deren Verwendung die großen Ausspülungen nach JANETS Methode.

Da ich damals die Diagnose epitheliale Gonorrhoe nicht klar hatte, wählte ich Fälle von ein bis drei Tage alter Gonorrhoea acut. ant., wo die Gonokokken mit Sicherheit gefunden waren. Von diesen behandelte ich in allem 30 Fälle mit großen Ausspülungen der Pars ant. mit $\frac{1}{5}$ - bis $\frac{1}{3}$ -%igen Lösungen von Argent. nitric. Cocainisierung wurde angewendet und in der Regel vier Ausspülungen à 500 g mit 6—12 Stunden Zwischenraum gemacht.

Die Resultate waren damals so, daß von den 30 so behandelten Fällen 17 in zwei Tagen geheilt wurden, was bei 13 nicht gelang; doch verliefen dieselben leicht und blieben auf die Pars ant. beschränkt.

Bei Untersuchung der Momente, die für das Resultat Bedeutung haben konnten, ergab sich aus den Journalen, daß die Fälle, wo das Orific. urethrae inflammiert war, negativ verliefen, während die 17 Fälle, die ohne Inflammation waren, alle, außer zwei, gelangen.

Ich resumierte darum folgendes:

1. Die epitheliale Gonorrhoe ist durch fehlende Inflammation des Orificiums am ersten bis dritten Tage der Gonorrhoe charakterisiert.
2. Abortive Behandlung kann nur gegen epitheliale Gonorrhoe angewandt werden.
3. Die beste Abortivbehandlung ist methodische, schichtweise Destruktion des Epithels mittels starker ($\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ -%iger) Lapispülungen der Pars ant., wodurch die epitheliale Gonorrhoe in neun von zehn Fällen in zwei Tagen geheilt wird.

Seitdem habe ich mit verschiedenen Kombinationen versucht, die Abortivbehandlung bei den mehr vorgeschrittenen Formen der Gonorrhoe anzuwenden, und zwar Lapisausspülungen mit Inject. protargoli, Inject. permang. Kalici, Zinci, mit Irrigationen JANET usw. usw. Doch es muß zugegeben werden, daß diese Versuche gute Resultate nicht gegeben haben. Es läßt sich offenbar nicht tun, die vorgeschrittene Gonorrhoe abortiv zu behandeln.

Später bin ich darum auf meine erste Anschauung zurückgekommen, nämlich die Abortivbehandlung auf das allerfrüheste Stadium einzuschränken, aber dann die Behandlung so kurz wie möglich zu machen.

Journal-Nr.	Letzte Gonorrhoe	Nr. der Gonorrhoe	Inkubation in Tagen	Dauer der Gonorrhoe vor der Behandl. in Tagen	Inflammation des Orificiums	Erste Harnportion (kl. Fn. = klar mit Flocken)	Stärke der Lapis-ausspülungen in Prozenten (- : = 4-6 Stunden, = : = 12 Stunden usw. zwischen den Ausspülungen, + g: = Rezidiv)	Die Resultate der Abortiv-behandlung
1	—	I	13	1	÷	kl. Fn.	$\frac{1}{2.5} = \frac{1}{5} = \frac{1}{5} = \frac{1}{5}$	+
2	1902	III	3	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5} = \frac{1}{5} = \frac{1}{5}$	+
3	1902	III	2	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5} = \frac{1}{5} = \frac{1}{5}$	+
4	1901	III	3	2	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{2} = \frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
5	1901	IV	4	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5} = \frac{1}{4} = \frac{1}{4}$	+
6	1902	V	3	2	÷	do.	$\frac{1}{2.5} = \frac{1}{3} = \frac{1}{4} = \frac{1}{5}$	+
7	1902	II	2	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{3} = \frac{1}{5}$	+
8	—	I	4	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{3} = \frac{1}{5}$	+
9	—	I	3	1	+	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$	+ g ^e ÷
10	?	III	12	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
11	—	I	6	2	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{2} = \frac{1}{3}$	+
12	1898	II	2	1	÷	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{2} = \frac{1}{3}$	+
13	—	I	7	1	÷	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{3} = \frac{1}{5}$	+
14	1902	III	2	1	÷?	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{2}$	+
15	—	II	4	1	÷	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{2}$	+
16	1901	IV	6	1	÷	trüb	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{2} = \frac{1}{2}$	+ g ÷
17	—	I	2	2	+	trüb	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{2}$	+ g ÷
18	1902	III	2	1	÷?	kl. Fn.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{2}$	+
19	—	III	2	2	÷	do.	$\frac{1}{1} = \frac{1}{2}$	+
20	1902	II	6	1	÷	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{3}$	+
21	1902	VI	5	1	÷	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{3}$	+
22	—	I	2	2	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{4}$	+ g ÷
23	1898	V	2	2	÷	do.	$\frac{1}{1.75} = \frac{1}{4}$	+
24	1902	III	2	2	÷	do.	$\frac{1}{1.5} = \frac{1}{4}$	+
25	1903	III	3	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
26	1902	II	4	2	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
27	1901	III	4	2	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
28	1903	III	5	2	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
29	1903	III	3	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+
30	1902	II	3	1	÷	do.	$\frac{1}{2} = \frac{1}{5}$	+

November 1903 bis Februar 1904.

Die tabellarischen Journale die hier veröffentlicht werden, zeigen diese Entwicklung und Verbesserung der Behandlung, und zeigen gleichzeitig den Weg, den man offenbar künftig gehen muß.

In allen angeführten Fällen ist die Diagnose natürlich mit Gonokokken gestellt. Erste Urinportion wie angeführt, zweite immer klar. Im Gegensatz zu früher habe ich in der Regel nicht Cocain vor der Behandlung angewandt, teils weil es nach Aussage der Patienten nicht notwendig ist, teils weil es möglicherweise das Resultat durch Kontraktion der Schleimhaut kompromittieren kann. Die erste Behandlung ist gleich bei der ersten Konsultation instituiert. Die nächste, wenn möglich, denselben Tag vier bis sechs Stunden später, wie es übrigens aus den Journalen hervorgeht. Die Flüssigkeitsmenge war 500—600 g, der Druck 100—125 cm, Temperatur 37°. Die Stärke der Lapislösung, wie angeführt, etwas nach dem augenblicklichen Zustande variierend, steigend je nachdem die Anzahl der Ausspülungen auf drei und zuletzt nur auf zwei Ausspülungen vermindert wurde.

Das Ätzen des Epithels muß mattweiß sein, und Orificium und der angrenzende Teil der Fossa navicularis, die von $\frac{1}{4}$ —1% nicht affiziert werden, mit 3%iger Lapislösung gewaschen werden. Der Ausfluß, der kurze Zeit nach der Ausspülung folgt, ist eine breiige und schleimige Masse, bestehend aus Epithelien und Eiterzellen in reichlichem Schleim suspendiert. Nach der ersten Ausspülung sind die Gonokokken vollständig aus dem Sekret verschwunden. Nach dem Verlaufe von vier Stunden ist das destruierte Epithel abgestoßen, worauf die zweite Ausspülung schnell und stark wirkt. Nach der Behandlung kommt etwas blutgefärbtes, seröses Sekret, das in einigen Tagen verschwindet, je nachdem das Epithel regeneriert wird. Die Strangurie schwindet in der Regel in vier bis acht Tagen. Die Observationszeit war immer mindestens drei Wochen.

Die Resultate waren, wie aus den Journalen hervorgeht, daß von 30 behandelten Fällen 26 abortiv in $\frac{1}{2}$ —2 Tagen geheilt wurden, während vier Fälle nicht gelangen.

Dieses überaus schöne Resultat ist natürlich dadurch verursacht, daß die Fälle nach den früheren aufgestellten Indikationen behandelt sind; und das Resultat wäre noch schöner gewesen, wenn ich mich vollständig von den Fällen fern gehalten hätte, wo Inflammation des Orificiums (Nr. 9 und 17) vorhanden war. Es würden dann nur zwei negative Fälle zu verzeichnen gewesen sein.

Doch diese Ausnahmen bestätigen nur die früheren Erfahrungen und erweitern dieselbe zugleich.

In drei negativen Fällen waren teils Inflammation des Orificiums, teils Trübung der ersten Urinportion vorhanden. Daß letzteres eine Rolle

spielt, die ich früher nicht beobachtet habe, geht auch aus meinen ersten Journalreihen hervor. Da waren elf Fälle mit trüber Urinportion und von diesen waren neun mißlungen.

Erste Urinportion „klar mit Flocken“ ist also eine notwendige Indikation, besonders da Inflammation des Orificium sich nicht immer sicher bestimmen läßt. (Nr. 14 u. 18.)

Indikationen der Abortivbehandlung sind darum:

1. Erster oder zweiter Tag der Gonorrhoe.
2. Keine Inflammation des Orificium.
3. Erste Harnportion klar mit Flocken.

Hierzu ist ferner zu erwähnen, daß Sekret mit wenig Gonokokken und Epithelzellen eine gute Prognose gibt und daß eine lange Inkubation nicht — wie von einigen Verfassern behauptet — eine Kontraindikation bildet, sondern sogar als schwache Virulenz der Gonokokken oder starker Widerstand des Epithels, und damit als oberflächliche und leicht erreichbare Lokalisation der Gonokokken aufgefaßt werden muß.

Kontraindikation wird natürlich von Rezidiven der Gonorrhoea chron. gebildet, die eine frische Infektion simulieren können. In solchen Fällen, wo der subepitheliale Prozeß immer hinten liegt, wird die Abortivbehandlung natürlich mißlingen, und wenige Tage nach dem Aufhören der Behandlung werden wieder Ausfluß und Gonokokken auftreten.

Bei meiner Abortivbehandlung müssen erstens oben angeführte Indikationen — erster oder zweiter Tag der Gonorrhoe, keine Inflammation des Orificium, erste Harnportion klar mit Flocken — erfüllt werden, demnächst muß die erste Lapisausspülung — keine Cocainisierung, Stärke $\frac{1}{2}\%$, Menge 600 g, Temp. 37° , Druck 125 cm, schwacher Strom, Kontraktion des Sphinkters, indem der Patient den Harn zurückhält¹ — mit großer Sorgfalt vorgenommen werden, so daß die Harnröhre bei jeder Füllung Zeit genug hat, sich vollständig zu erweitern („elastische Nachwirkung“¹). Darauf wird der scheinbar nicht kauterisierte Teil des Orificiums und der Fossa navic. mit einer 3%igen Lösung gewaschen. Die zweite Ausspülung mit $\frac{1}{5}\%$ wird vier Stunden später vorgenommen, und damit ist die Behandlung fertig.

Möglicherweise kann die erste Ausspülung etwas schwächer sein ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}\%$), aber wie meine Abortivbehandlung hier angeführt ist, ist dieselbe zuverlässig, schnell und ungefährlich.

¹ Vide C. ENGELBRETH, Technik der Urethralinjektionen usw. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 37, Nr. 1.

Kerion bei Mikrosporie.

Von

Dr. BARGUM-Altona.

Die in Paris und London außerordentlich verbreitete Mikrosporie oder GRUBYSche Krankheit ist bekanntlich im Deutschen Reiche sehr selten. Nur von Hamburg und Straßburg aus ist über eine Reihe von Erkrankungsfällen berichtet worden in den Arbeiten von Frau Dr. TRACHSLER (1), von PLAUT (2), HÜGEL (3) und GUNSETT (4). Vergl. auch PLAUT, „Die Hyphenpilze oder Eumyceten“ im „*Handbuch der pathogenen Mikroorganismen*“ von KOLLE und WASSERMANN, Jena 1902.

Jetzt ist diese Dermatomykose auch in Altona aufgetreten und zwar sah ich im Dezember 1903 den ersten Fall, während ich Mitte Januar 1904 schon über drei weitere berichten konnte (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 20, S. 895). Es liefs sich für alle eine mittelbare oder unmittelbare Übertragung durch Hamburger Kinder nachweisen.

Alle diese Fälle zeigten die für Mikrosporie typische Erkrankungsform: runde oder ovale, tonsurartige Stellen bis zu Fünfmarkstückgröße auf dem behaarten Kopfe, die mit grauweißen Schuppen bedeckt waren und die charakteristischen, von dem weißlichen Sporenmantel umgebenen Haarstümpfe zeigten.

Die klinische Diagnose liefs kaum Zweifel zu. Da aber im Anfang der Zusammenhang mit Hamburg nicht nachzuweisen war, sandte ich Haare der ersten zwei Fälle an Herrn Dr. PLAUT, der auch aus Kulturen die Diagnose bestätigte.

Im Januar d. J. nun sah ich in Altona eine Krankheitsform, die anfangs mit Mikrosporie nicht das mindeste zu tun zu haben schien.

Es handelte sich um ein achtjähriges Mädchen, welches von seiner Mutter in einem Hause untergebracht gewesen war, in welchem, wie ich mich nachher überzeugte, zwei der oben erwähnten mikrosporiekranken Kinder wohnten.

Anfang Dezember 1903 hatte die Mutter das Kind wieder zu sich genommen und auf dem Kopfe desselben zwei kahle, weiße Stellen bemerkt, die von ihr mit Seifenwaschungen und Einölen behandelt wurden. In der Folge entzündeten sich die erkrankten Partien, und am 20. Januar d. J. wurde die Kleine dem Altonaer Kinderhospital überwiesen. Hier hatte ich, dank der Güte des dirigierenden Arztes, Herrn Dr. GRÜNEBERG, Gelegenheit, die Kranke zu sehen.

Es fanden sich damals auf der Höhe des Kopfes zwei gröfsere Stellen, die mit dicken Krusten bedeckt waren, sowie mehrere kleine pustulöse und krustöse Effloreszenzen am Hinterkopf. Da das Haupthaar kurz geschoren war, liefs sich bei der Dicke der Borken nicht feststellen, ob die Haare über den erkrankten Partien abgebrochen waren oder nicht. Die ganze Affektion verbreitete einen scheufslichen Geruch, an dem ich aber etwas Spezifisches nicht entdecken konnte. Wenigstens schien mir der Geruch eines Weichselzopfes, den ich zu derselben Zeit zu sehen Gelegenheit hatte, annähernd der gleiche zu sein.

Nach Anwendung eines Ölkappenverbandes lösten sich die Borken, und man konnte jetzt zwei kreisrunde Stellen konstatieren von etwa 5 cm Durchmesser, von denen die eine auf der Höhe des Kopfes gelegen war, so zwar, dafs ihr Mittelpunkt etwa 1 cm nach links von der Pfeilnaht sich befand, während die andere etwas weiter nach hinten und links lag. Die Haut im Bereich dieser Partien war gerötet, von Pusteln durchsetzt, in denen Haarstümpfe steckten, und im ganzen so stark entzündet und infiltriert, dafs sie sich in der Mitte bis zu 1 cm über das normale Niveau erhob. Die Infiltration war im Zentrum am stärksten. Nach den Seiten hin flachte sie allmählich ab, während ja beim Kerion häufig auch der Anstieg ganz steil ist, so dafs das Gebilde eben wirklich wie ein *μηλον*, eine Wabe, der Haut aufliegt. Bei Druck auf die Anschwellung entleerte sich Eiter aus den Pusteln und aus einzelnen derselben auch zugleich die in ihnen steckenden Haarstümpfe.

Noch mehr Haarstümpfe, als in der Haut, fanden sich in den abgehobenen Krusten, und zwar ragten sie zum Teil aus deren Unterseite hervor, während die meisten völlig von der Borke umschlossen waren, so dafs sie nur durch Zerzupfen mit Präpariernadeln sichtbar gemacht werden konnten. Die Effloreszenzen am Hinterkopf zeigten ganz dasselbe Bild im kleinen.

Die Haarstümpfe erwiesen sich nun fast alle als erkrankt. Sie waren verdickt, von einer grauweifslichen Scheide umgeben und zeigten unter dem Mikroskop das typische Bild von Mikrosporidhaaren, den charakteristischen Mantel von dicht gedrängten kleinen Sporen und die Mycelien im Innern des Haares. An einzelnen Stümpfen war auch die den Mantel umgebende Hornscheide teilweise erhalten, die ja von verschiedenen Beobachtern beschrieben ist. Die Gröfse der Sporen betrug durchweg etwa 2 μ .

An keinem einzigen Haar war der Bulbus vorhanden; es scheint also, als ob die Stümpfe auch bei dieser durch den Eiterungsprozess bewirkten Ausstofsung oberhalb des Bulbus abbrechen.

Untersucht wurden die Haare in 10%iger Kalilauge oder nachdem sie nach Behandlung mit Äther und Alkohol in ZIEHLscher Lösung oder nach GRAM gefärbt und in Anilin entfärbt waren.

Auch Herr Dr. PLAUT, dem ich Haare dieses Falles übersandt hatte, und dem ich für diese Untersuchungen sehr dankbar bin, teilte mir mit, daß es sich zweifellos um Mikrosporie handle.

Es gelang mir auch, aus den Haaren Kulturen in situ in der PLAUTschen Kammer zu züchten, und auch diese erklärte Herr Dr. PLAUT für typisch, besonders wegen der von BODIN und SABOURAUD bei Mikrosporie für charakteristisch gehaltenen Unebenheiten der äußeren Membran der Makroconidien.

Was nun den weiteren Verlauf der Krankheit, sowie die Behandlung angeht, so wurden bei der kleinen Patientin nach dem anfänglichen Ölkappenverband ausschließlich Borwasserumschläge angewandt, die sehr gut vertragen wurden. Unter ihnen ging die Infiltration mehr und mehr zurück, es traten mit der fortschreitenden Ausstoßung der Haare immer weniger Pusteln auf. Nach vier Wochen war nur noch eine geringe Anschwellung zu konstatieren mit ganz vereinzelt Pusteln. Nach acht Wochen waren auch diese verschwunden, die Haut war noch gerötet, aber kaum mehr infiltriert, und es begannen schon einzelne neue Haare hervorzusprießen. Die Effloreszenzen am Hinterkopf waren abgeheilt.

Nach drei Monaten wurde die Kleine auf Wunsch der Mutter aus dem Spital entlassen. Die erkrankt gewesenen Partien waren noch leicht gerötet, aber dicht mit neuen Haaren besetzt. Narben waren nicht zurückgeblieben. Kranke Haare waren nirgends zu sehen. Kulturen, die schon vier Wochen vorher und auch später noch mehrfach angelegt waren, waren nicht gewachsen.

Mitte Mai, also nach vier Monaten, stellte sich die Kleine wieder vor. Es war jetzt die Haut völlig abgebläst und dicht mit jungen Haaren bedeckt.

* * *

Unser Fall bietet ein besonderes Interesse durch den Umstand dar, daß in Deutschland Kerion bei Mikrosporie noch nicht beobachtet zu sein scheint.

Aus der Schweiz berichtet FRÉDÉRIC (5) über einen Fall, der anfangs eine gewisse Ähnlichkeit mit Mikrosporie hatte und sich später zu einem typischen Kerion entwickelte. Nach FRÉDÉRIC hat es sich aber hierbei nicht um Mikrosporie gehandelt. U. a. war von einer regelmäßigen, mosaikartigen Sporenscheide nichts zu sehen. Ein derartiges Charakteristikum darf natürlich nicht fehlen.

In Paris scheint Kerion bei der GRUBYSchen Krankheit nicht vorzukommen, wohl aber in London, s. u. a. MALCOLM MORRIS (6) und ADAMSON (7). Letzterer hat in 173 Mikrosporiefällen zehnmal Kerion beobachtet. Er gibt an, daß in „each of these (cases) a history of a non-

inflammatory period previous to the kerion could be obtained“, also genau wie in unserem Fall, wo die Mutter von weißlichen Flecken erzählte, die sich nachher entzündet hätten.

Interessant ist die leichte Heilung bei unserer kleinen Patientin, die ja sicher durch die spontane Ausstofsung der erkrankten Haare zustande gekommen ist.

Nach PLAUT (8) bedingt die fehlende Reaktion des Organismus bei Mikrosporerkrankung die schwere Heilbarkeit, und auch SABOURAUD (9) spricht sich ähnlich aus, wenn er sagt: „La curabilité rapide d'une tondante est en rapport direct avec le degré d'inflammation folliculaire.“

SABOURAUDS Behandlung beruht auf diesem Gedanken. Er will durch Crotonöl künstlich eine Entzündung erregen, die die Haare lockern soll. Ob bei unserer Kleinen die Seifenwaschungen, die die Mutter ihr sageleihen liefs, diese wohltätige Reaktion bewirkten, ist schwer zu sagen. Leider hat es mir an Gelegenheit gefehlt, diese einfache und ungefährliche Methode auf ihren therapeutischen Wert zu prüfen.

Literatur.

1. TRACHSLER, Das Vorkommen der Mikrosporie in Hamburg. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1898. Bd. 26.
 2. PLAUT, Gibt es in Hamburg wirklich eine Mikrosporie? *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1900. Bd. 31.
 3. HEGEL, Resultate von Untersuchungen, angestellt an 4 Fällen von Mikrosporie und 81 Fällen von Trichophytie. *Münch. med. Wochenschr.* 1901.
 4. GUNERT, Eine kleine Epidemie von Mikrosporon Audouini in Straßburg. *Archiv f. Dermatol. u. Syph.* 1902. Bd. 59.
 5. FRÉDÉRIC; Beitrag zur Frage der Mikrosporie. *Archiv f. Dermatol. u. Syph.* 1902. Bd. 59.
 6. MALCOLM MORRIS, Ringworm in the light of new research.
 7. H. G. ADAMSON, Observations on the Parasites of Ringworm. *British Journal of Dermatology.* Vol. 7. Nr. 81.
 8. PLAUT, Demonstration einiger Trichophytonkulturen in der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg, Sitzung vom 1. Mai 1900, referiert in der *Münch. med. Wochenschr.* 1900. Nr. 28.
 9. BERNIER, BROCC, JACQUET, La pratique dermatologique. Paris 1903.
-

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

Von

Dr. MORITZ COHN-Hamburg.

(Schluß.)

Leider haben die Studien der letzten zwei Jahre nur wenig Ergebnisse gebracht. Nach Beendigung des GALENUS, welcher bekanntlich im zweiten Jahrhundert nach Christus lebte, habe ich mich dem ORIBAZIUS (ca. 360 n. Chr.), AETIUS VON AMIDA (ca. 543 n. Chr.) und PAULUS AEGINETA (ca. 650 n. Chr.) zugewandt. Die Ausbeute war aber derart kümmerlich, daß ich meine Mußestunden in Zukunft lieber einem anderen Gebiet widmen will; um jedoch meinen Nachfolgern die Arbeit zu erleichtern, bemerke ich, daß es sich fast ausschließlich um Wiederholungen aus HIPPOKRATES, CELSUS, GALENUS u. a. handelt, besonders auch aus PLINIUS und DIOSCORIDES. Ja, was noch schlimmer ist, die Diagnostik geht sehr zurück, und die Therapie tritt in den Vordergrund durch Aufzählen vieler Mittel für — Krankheitsbezeichnungen. Woran man aber die Krankheit erkennt, resp. sie von anderen unterscheidet, darüber schweigen sie sich in der Hauptsache aus. So spricht PAULUS AEGINETA im dritten Kapitel des vierten Buches von Impetigines, welche sich sehr schnell in Psora und Lepra umwandeln. Was soll man sich dabei denken? Da Lepra und Leuke vielfach identifiziert werden, so ist eine andere Stelle von Interesse. Die Heilbarkeit der Leuke erkennt er daran, ob nach einem oberflächlichen Nadelstich Blut hervorquillt. Tritt statt dessen eine weißliche Flüssigkeit zutage, so gilt der Fall für aussichtslos (Bd. IV, Kap. 5). Hiernach könnte also unter Umständen eine Impetigo als unheilbar abzuweisen sein. Aber auch Widersprüche mit den früheren Autoren bleiben infolge der schlechten Diagnostik nicht aus. So schildert er die Phlyctæne der Haut als besonders schmerzhaft und rät zum Einstich (Bd. IV, Kap. 10). Derartige Dinge ließen sich in größerer Menge anführen, allein ich verspreche mir davon keinen Nutzen. Um schließlich späteren Forschern die Aufgabe zu erleichtern, gebe ich anhangsweise ein Literaturverzeichnis der Autoren, welche außer den besprochenen meiner Meinung nach für eine vollständige Bearbeitung der Geschichte der Hautkrankheiten in Frage kommen.

Literatur.

1. ACTUARIUS, 1288 n. Chr.
2. MANARDI, Epistolae Medicinales, Lutetiae, 1528.
3. JOANNIS GERRAMI, Parisilensis definitionum medicarum Libri XXIV, Francoforti ad Moenum 1578.
4. JOANNIS FERNELII, Ambiani universa medicina, Frankfurt 1592.
5. MERCURIALIS, de morbis cutaneis, Venetiis, 1601.
6. HAFENVEFFER, De optis affectibus, Ulmae 1660.
7. DANIEL TURNER, Abhandlungen von den Krankheiten der Haut, 1766, Altenburg.
8. SAUVAGES, Nosologia methodica, Amstelodami 1768.
9. VAN SWIETEN (Geirandi L. B.), Commentaria in Hermanni Boerhave. Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis, Hildburghausae 1773.
10. LOBBY, Tractatus de morbis cutaneis, Paris 1777.
11. PLENCK, Doctrina de morbis cutaneis, Viennae 1783.
12. ROBERT WILLAN, Die Hautkrankheiten und ihre Behandlung, 1798, aus dem Englischen von FR. C. FRIESE, 1806.
13. BATEMANN, Delineations of cutaneous diseases, London 1817.
14. RAYER, Theoretische und praktische Darstellung der Hautkrankheiten 1827, übersetzt von STANIUS, Berlin 1837.
15. STRUVE, Übersicht der Hautkrankheiten, Berlin 1829.
16. ALIBERT, Monographie des Dermatoses, Paris 1832, deutsch von Dr. BLOEST, Leipzig 1837.
17. JONATHAN GREEN, Praktisches Compendium der Hautkrankheiten, Weimar 1836.
18. SAMUEL PLUMBE, A practical treatise of the diseases of the skin, London 1837.
19. FR. J. BEHREND, Ikonographische Darstellung der nicht syphilitischen Hautkrankheiten, Leipzig 1839.
20. C. H. FUCHS, Die krankhaften Veränderungen der Haut, Göttingen 1840.
21. C. M. GIBERT, Traité pratique des maladies speciales de la peau, II. édition, Paris 1840.
22. V. A. RIBCKE, Handbuch der Krankheiten der Haut, Dresden 1841.
23. ERNST BLASIUS, Praktische Darstellung der Hautkrankheiten, Leipzig 1841.
24. JOH. FRANK, Hautkrankheiten, Leipzig 1843, übersetzt von Dr. CH. G. VOIGT.
25. ROSENBAUM, Zur Geschichte und Kritik der Lehre von den Hautkrankheiten, Halle 1844.
26. BIETH, Abrégé pratique etc., Paris 1847.
27. ANTHONY TODD THOMSON, A practical treatise on diseases affecting the skin by the late, completed and edited by Edmund A. Parkes, London 1850.
28. RICORD, Traité complet des maladies vénériennes, Paris 1851.
29. G. SIMON, Die Hautkrankheiten, durch anatomische Untersuchungen erläutert, Berlin 1851.
30. MAURICE CHAUSIT, Traité élémentaire des maladies de la peau, Paris 1853.
31. BAKI, Recherches sur la nature et le traitement des teignes, Paris 1853.
32. DUVERGIER, Traité pratique des maladies de la peau, Paris 1854.
33. CAZENAVE, Leçons sur les maladies de la peau, Paris 1856.
34. HUNT, Practical observations on the pathology and treatment of certain diseases of the skin etc., London 1857.
35. HARDY, Leçons sur les maladies de la peau (publiées par Deur. Moysant), Paris 1858.
36. v. BÄRNSPRUNG, Die Hautkrankheiten, Erlangen 1859.
37. L. V. DUCHENNE-DUPARC, Traité pratique des dermatoses, Paris 1859.
38. ROCHARD (FELIX), Traité des maladies de la peau, Paris 1860.

39. **VEIEL**, Mitteilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten in der Heilanstalt in Cannstatt, Stuttgart 1862.
40. **ERASMUS WILSON**, On Diseases of the Skin, London 1863.
41. **TILBURY FOX**, Skin diseases, London 1864.
42. **HILLIER**, Hand-Book of the Skin Diseases, London 1866.
43. **ISIDOR NEUMANN**, Lehrbuch der Hautkrankheiten, II. Aufl., Wien 1870.
44. **HEBRA** und **KAPOSI**, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1874.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1904.

Originalbericht von Dr. **FELIX PINKUS**-Berlin.

1. **LESSER** demonstriert eine 41jährige Frau mit zwei stark erhabenen braunroten, ganz weichen Geschwülsten im Gesicht: tumorbildender Lupus beider Wangen. Charakteristisch ist das solitäre Auftreten, meist nur in einem vereinzelt, seltener, wie hier, in zwei oder mehr Herden; der chronische Verlauf; das Fehlen von Zerfall und Ulceration. Vortragender hat selbst noch drei Fälle gesehen, davon zwei am Kinn bei zwei Brüdern, den dritten Fall an beiden Wangen, wie bei der vorgestellten Patientin. Er weist auf den Lupus myxomateux von **LELOIS** und auf einige Fälle von **DOUTRELEPONT**, welcher die Affektion als Lupus in Tumorform beschrieben hat.

Diskussion: **BLASCHKO** möchte diesen Fall lieber in das Gebiet der Skrophuloderma einreihen, doch hält es **LESSER** für eine ausgesprochene, nicht zu Zerfall neigende Lupusform.

WOLTERS beschreibt die Fälle von **DOUTRELEPONT**, welche er selbst mitbeobachtet hat. Er erinnert vergleichend an die Ähnlichkeit mit tuberkulösen Tumoren im Larynx.

2. **LESSER** demonstriert eine Frau, deren Arme und Beine in allgemein leicht atrophischer Haut ein Netzwerk von breiten bläulichroten Streifen zeigten. Am Ellenbogen und Handrücken ist die Haut besonders dünn und trägt scharf umschriebene Vertiefungen, daneben einzelne kleine Blutschorfe. Beginn 1902 unter Krabbeln. Sensibilität nicht gestört. Der Fall entspricht der ersten Schilderung von **PICK** **Erythromelie**. Pathogenetisch handelt es sich um eine Stase im Venensystem, die Atrophie tritt sekundär ein.

Diskussion: **BLASCHKO** stimmt damit überein, daß der Fall den Bildern **PICK** entspricht. Die vertieften atrophischen Stellen der Ellenbogen möchte er aber nicht als Hautatrophie, sondern als Narben nach (Decubital-) Geschwüren betrachten, nach Nekrosen, die bedingt sind durch die hohen Grade der Stase an diesen Stellen.

3. **LESSER** demonstriert eine Frau mit **syphilitischem Ausschlag**, bei der am Rande der Effloreszenzen eines ersten, halbgeheilten Exanthems sich Höfe eines zweiten, papulösen Exanthems gebildet haben.

4. **LESSER** demonstriert einen Mann mit **frischem, papulösem Syphilid**, bei welchem in der Umgebung des Primäraffekts, an Penis, Bauch und Skrotum, bereits mehrere Wochen vor dem allgemeinen Ausbruch sich regionär eine **ausgebreitete papulöse Eruption** gebildet hatte.

5. **LEDERMANN** demonstriert eine 81jährige Wäscherin, die vor acht Jahren eine Verbrennung am linken Handrücken, vor vier Jahren einen Hundebiß am rechten

Oberarm erlitten hat. Um die Narbe des Bisses herum entstehen alle 14 Tage ungefähr papulöse und vesikulöse Plaques, denen Gangrän der erkrankten Herde folgt, wie beim Zoster gangraenosus. Es handelt sich um einen ins Gebiet der multiplen neurotischen Hautgangrän gehörenden Fall. Auch unter Verbänden, welche dem Aussehen nach nicht verrückt worden waren, bildeten sich Neueruptionen, so daß eine artefizielle Entstehung ausgeschlossen erscheint.

Diskussion: ROSENTHAL erwähnt, daß in einem Falle KAPOSI (Wäscherin mit Herpes zoster hystericus) von F. HEBRA die Diagnose einer Laugenverätzung gestellt worden sei, und legt auch in diesem Falle eine ähnliche artefizielle Entstehung nahe.

SAALFELD empfiehlt feste Zinkleimverbände zur Vermeidung artefizieller Läsion.

LESSER meint, daß die hier zu sehenden Herde nicht den Eindruck von Artefakten machen und schließt sich der Diagnose eines Zoster atypicus an.

6. LEDERMANN demonstriert einen Mann, dessen Gesichtserkrankung er als **Lupus erythematodes** und **Akne + Rosacea** der Nase deutet.

7. BLASCHKO hat zwei Fälle einer möglicherweise artefiziell entstandenen **Krankheit des Kopfes** in seiner Beobachtung, von denen er den einen, eine hysterische Frau, demonstriert. Seit $\frac{5}{4}$ Jahren entstehen rote Fleckchen auf der behaarten Kopfhaut, auf denen sich Blasen bilden, die nach roter Schorfbildung verheilen, während der Prozeß peripherisch weiterkriecht. Die Stellen sezernieren, wenn sie wundgekratzt sind, sehr große Mengen seröser Flüssigkeit. Es entstehen große haarlose, seicht vertiefte Narben, aber auch in diesen kommen neue Ausbrüche vor. Durch Kratzen allein sind diese Stellen nicht zu erklären. Die Herde sind außerordentlich hyperästhetisch. Ein Trauma ist nicht vorausgegangen. Vielleicht wirkt die Hysterie als ursächliches Moment.

Diskussion: IMMERWAHR fragt danach, ob nicht eine juckende Dermatoze die Grundlage sei, da doch alle jetzt sichtbaren Stellen die sicheren Zeichen des Zerkratzeins zeigen.

BLASCHKO erwidert, daß kein Jucken, sondern heftiges Brennen bestehe.

LEDERMANN erwähnt ähnliche Eruptionen als Vorstadium sarkomatöser Tumoren.

8. HOLLSTEIN demonstriert eine Frau mit ausgedehntem **Lupus** des Gesäßes und mit glatten weißen Narben, z. T. mit kleinen Lupusresten, an den Armen, welche große Ähnlichkeit mit Narben nach ulcerösen Syphiliden aufweisen. Anderweitige tuberkulöse Affektionen (Gelenke, Drüsen) und die histologische Untersuchung beweisen aber die tuberkulöse Natur aller Herde.

9. HOFFMANN demonstriert eine Frau mit **Primeldermatitis** an beiden Hand- und Fingerrücken, entstanden einen Tag nach Herausnehmen der trockenen Blätter aus den Primelstöckchen. Er bespricht unter Ausstellung mikroskopischer Schnitte die **Dermatitis nach äußerer Applikation von Scilla maritima** (blasige Dermatitis nach Applikation von Scillablatt auf Brandwunde; nach Zubereiten von Rattengift mit Scilla). Besonders am Rande ist das Aufschiefen von Blasen in normaler Haut zu sehen.

Diskussion: LESSER erwähnt, daß früher die Scilla als mildes Vesicans pharmakologische Verwendung fand.

10. WECHSELMANN demonstriert einen 16jährigen Knaben, welcher seit 14 Jahren an sogenannter **Folliculitis decalvans** oder bezeichnender **Folliculitis crustosa atrophicans** leidet, und gibt eine Übersicht über die Pathogenese dieser Hautaffektionen, zu welchen dieses Leiden, die Ulerytheme von UNNA und SACK und andere circumskripte Atrophien gehören. Im vorgestellten Fall handelt es sich um harte, der Galea festanliegende haarlose Haut. Die Haare am Rande und einzelne inmitten der haarlosen Partie übriggebliebene Büschel sind von bräunlichen, bröckeligen

Krusten umscheidet, unter denen ein geröteter Grund liegt. Es handelt sich hier nicht um eine einfache Zerstörung des Follikels. Das Charakteristische bei dem Zustandekommen dieser Affektionen ist vielmehr, daß eine leichte, oft oberflächliche, sonst ohne Spur abheilende Entzündung, (Urticaria, Erythem, Lichen) in atypischem Verlauf in ausgedehnte und tiefe Hautatrophie ausgeht. Es handelt sich hierbei um die Kombination mit einer toxischen (fermentartigen? MARCHAND) Schädlichkeit, welche das Bindegewebe und namentlich das elastische Gewebe vernichtet (Elacinbildung namentlich um die Haarbälge), die Haare ihrer Stützsubstanz beraubt und so dem Zerfall überliefert. Die entstandene Lücke wird von sklerotischem Bindegewebe erfüllt, welches die Reste epithelialer Bildungen erdrückt. Die Zerstörung des elastischen Gewebes erfolgt oft in weitem Umkreise um die entzündlichen Erscheinungen herum und oft isoliert, mit Erhaltung der übrigen Elemente des Bindegewebes. Es dürfte sich um das Vorhandensein eines gelösten Toxins bei dieser eigentümlichen Fernwirkung handeln.

11. Diskussion über den Vortrag von MICHELSON: **Über das Vorkommen von idiopathischer Orchitis.**

ROSENTHAL hält diese Formen stets für sekundär und macht ganz besonders auf die Ausscheidung pathogener Bakterien (Typhus, Parotitis, Nierenentzündungen) durch Nieren-Harnleiter und namentlich auf ihr Verweilen in der Blase aufmerksam, welches die Keime ganz direkt in die Nähe der Testikelausführungsgänge führt. Er gibt die Anregung, prophylaktisch bei diesen Affektionen, ganz besonders beim Mumps, Harn-desinficientia, z. B. Urotropin, darzureichen.

LESSER hält die metastatische Entstehung für möglich, gegen welche Annahme ROSENTHAL betont, daß es dann auffallend sei, warum immer gerade der Hoden und kein anderes Organ von dieser Metastase befallen werde.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Entwicklung der Glashaut des menschlichen Haarbalges, von P. H. STÖHR. (Verhandlgn. d. anat. Gesellsch. 29. Mai bis 1. Juni 1903.) Die zwischen Ringfaserlage und äußerer Wurzelscheide des Haarbalges gelegene Glashaut desselben besteht bekanntlich aus zwei Schichten. Entwicklungsgeschichtlich klarge stellt ist die Glashaut bis jetzt noch nicht. An vom Verfasser untersuchten jungen Wollhaaren von Menschen stellte sich nunmehr folgendes Verhalten heraus. In einem Stadium der Entwicklung, welches schon deutlich Bulbus und Haarpapille aufweist, ist die äußere Wurzelscheide von einer einfachen Membran überzogen, die aus dem umgebenden Bindegewebe stammt, wie sich aus den Färbeverhältnissen zur Genüge zeigt. Das ist die äußere Lage der Glashaut des Haarbalges. Nach erfolgter vollkommener Differenzierung der inneren Wurzelscheide zeigt sich die erste Spur der inneren Schicht der Glashaut in Form von Linien, die durch Eisenhämatoxilin schwarz gefärbt werden. Sie erregen den Eindruck, der auch der Wirklichkeit entspricht, daß sie aus Ausscheidungen der periphersten Epithelzellen der äußeren Wurzelscheide sich bilden. In älteren Haarpräparaten wird dies Verhältnis noch deutlicher. „Stellenweise löst sich auch die innere Glashaut vom Epithel, und dann zeigt sich deutlich,

dafs jede einzelne Epithelzelle eine kleine Scheibe innerer Glashaut produziert hat. Diese Scheiben verschmelzen dann mit Nachbarscheiben und werden so zur homogenen inneren Glashaut.“

Hopf-Dresden.

Über Intercellularbrücken zwischen äusserer und innerer Wurzelscheide, von P. STÖHR. (Verhandlgn. d. anat. Gesellsch. 29. Mai bis 1. Juni 1908.) Haar und innere Wurzelscheide wachsen von der Basis des Haarbalges aufwärts, die äussere Wurzelscheide wächst senkrecht hierzu. Zwischen beiden Scheiden spannen sich Intercellularbrücken aus, was noch nicht genügend bisher betont worden ist. Diese Intercellularbrücken sind nicht in der gesamten Länge der Haarwurzel da, sondern fehlen, soweit sich Kerne in der Huxley'schen Schicht zeigen. Sobald die innere Wurzelscheide nur kernfreie Bestandteile aufzuweisen beginnt, stellen sich obige Zwischenzellbrücken ein. Man darf, darauf fußend, schliessen, dafs wohl auch die innere Lage der äusseren Wurzelscheide im Wachstum mit nach aufwärts gehoben wird. Radiär, d. h. ausschliesslich zur Haarbalgmittellinie senkrecht gerichtet, ist das Wachstum der äusseren Wurzelscheide nur in der unteren Hälfte der Haarwurzel.

Hopf-Dresden.

Die Glandulae praeputiales oder odoriferae beim Menschen, von A. KEITH und A. SHILLTON-London. (*Lancet.* 16. Jan. 1904.) Bei Hypospadie haben Verfasser verschiedentlich auf dem Rücken des Penis eigentümliche, wie kleine Augen aussehende Linierungen gesehen, die sie als „Ocelli praeputiales“ bezeichnen. Als sie Gelegenheit hatten, einen solchen Fall mikroskopisch zu untersuchen, fanden sie Reihen von grossen, weitmündigen Talgdrüsen. Auch fanden sie vielfach Haarstümpfe an diesen Stellen, zwei Beobachtungen, welche den Angaben der Lehrbücher direkt entgegenstehen. Etwas Analoges findet sich bei Mäusen und Ratten, bei denen in der Periode der Entwicklung eine grosse Talgdrüsenbildung von Kleinrosinengrösse an der Vorhautfalte sich entwickelt, aus welcher ein mit besonderem Geruch behaftetes Sekret ausgeschieden wird. Ein weiteres Nachforschen ergab, dafs auch bei anderen Tieren (Schwein, Kaninchen, Katze u. a.) sich Talgdrüsen, die in Beziehung stehen zu den geschlechtlichen Vorgängen, vorfinden; doch sind dieselben nur zum Teil am Geschlechtsorgane (Penis oder Vulva) lokalisiert, finden sich vielmehr in vielleicht stärkerer Entwicklung auch in der Umgebung des Anus. Untersuchungen an Frauen zeigten das Vorhandensein dieser Ocelli und von Reihen von Talgdrüsen vorzugsweise an den kleineren Labien in grösserer oder geringerer Entwicklung bei einem sehr grossen Prozentsatz der Untersuchten. Des weiteren fanden Verfasser, dafs beim Manne mit grosser Regelmässigkeit sich Reihen von Talgdrüsen an der ventralen Seite des Praeputiums zu beiden Seiten der Raphe bis auf die Stelle am Skrotum, wo sonst Talgdrüsen bekannt sind, erstrecken. Dagegen haben sie von dem Vorhandensein der sog. Glandulae Tysonii sich durchaus nicht überzeugen können, glauben vielmehr, dafs dieselben tatsächlich gar nicht existieren, wie dies auch von anderer Seite bereits behauptet worden ist. Jedenfalls sei das Smegma praeputiale kein Drüsenprodukt.

Philippi-Bad Salschlief.

Über den „Bürstenbesatz“ der Knäueldrüsen, von A. PASINI. (*Monitore zoologico italiano.* 1908. Nr. 5.) Ausgehend von den Analogien, welche in physiologischer und zum Teil auch in anatomischer Hinsicht zwischen den Nieren und den Schweiß sezernierenden Organen bestehen, hat Verfasser eine genauere histologische Untersuchung der letzteren unternommen wollen, um besonders das Vorhandensein des sog. Bürstenbesatzes bei den Knäueldrüsen nachzuweisen, welche zuerst in den Nieren konstatiert worden waren. Als Untersuchungsmaterial dienten ihm die Schweißdrüsen des Pferdes, welches Säugetier besonders gut entwickelte Knäueldrüsen besitzt. Zur Fixation der Hautstücke bediente sich Verfasser der Lösungen von GEHUCHTEN

und GEHOCHTEN-MONTI; als Färbelösungen wurden diejenigen von HEIDENHAIN (Eisen-Hämatoxylin) und von SAUER (Hämatoxylin und Rubin) benutzt. Er macht darauf aufmerksam, daß besonders beim Einschließen der Präparate mit der größten Sorgfalt umgegangen werde, damit die Härtung nicht zu weit getrieben werde. Es zeigte sich nun, daß die Epithellen der sezernierenden Gänge mit einem Bürstenbesatz versehen sind, ähnlich demjenigen in den gewundenen Kanälen der Nieren. Dieser gegen das Lumen des Kanals gerichtete Besatz färbt sich wie das Protoplasma, jedoch intensiver. Beim Menschen existiert dieser Besatz ebenfalls, er läßt sich aber hier viel schwieriger nachweisen, weil er sich in den meisten Präparaten ganz oder teilweise abgelöst zeigt. In diesem Befunde findet der Verfasser einen neuen Anhaltspunkt für die Behauptung, daß die Zellen der gewundenen Kanäle der Nieren wirklich sezernierende Zellen sind.

C. Müller-Genf.

Bemerkungen zu A. MAXIMOWS Aufsatz „Über Klamatocyten und Mastzellen“, von LUDWIG SCHREIBER-Heidelberg. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* 1903. Nr. 22.) Verfasser hält daran fest, im Netze des Kaninchens (Lapins) typische Mastzellen festgestellt zu haben, und verwahrt sich dagegen, MALIMOWS Polyblasten samt und sonders mit RANVIERS Klamatocyten identifizieren zu wollen, nur diejenigen MAXIMOWschen Zellen sind seiner Meinung nach typische Mastzellen (Klamatocyten), welche sich nach Alkohol-Methylenblau metachromatisch färben.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Ein Beitrag zur Genese der Mastzellen der Haut, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 14.) Verfasser schloß sich bisher der Ansicht UNNAS an, daß die Mastzellen histiogenen, nicht hämatogenen Ursprungs seien. Neuere Untersuchungen haben ihn von dieser Anschauung abgebracht. An einer haarlosen Ratte, deren Haarlosigkeit auf einer Hypotrichosis beruhte, erhob Verfasser zufällig folgenden Befund: In den tiefsten, unmittelbar der Muskelfaszie aufliegenden Partien der Haut fanden sich in vielen Präparaten hintereinander gelegene Mastzellen, die in einer deutlich dem Verlauf präformierter Hohlräume folgenden Linie lagen. Die Zahl war verschieden, je nach der Länge, in welcher sich der Hohlraum im Präparat verfolgen läßt. Die Hohlräume erwiesen sich als Kapillare; teilweise konnten sie mit Sicherheit als Blutkapillare erkannt werden. Die genaue Prüfung machte es wahrscheinlich, daß die Mastzellen nicht intrakapillär lagen, sondern auf den Gefäßwandungen, vielleicht auch zum Teil in die Gefäße hineinragend. Verfasser erklärt diese Vorgänge durch Aufstellung folgender Hypothese: Aus dem Blut wandern Leukocyten oder wahrscheinlicher Lymphocyten aus, bleiben in der Stomata der Gefäßwand liegen und ziehen hier entweder direkt aus der Blutflüssigkeit die basophilen Elemente an, oder, was wahrscheinlicher ist, sie nehmen nur die chemischen Stoffe in sich auf, welche ihnen die Produktion der Mastzellenkörnchen ermöglichen. Haben die Mastzellen in der Gefäßwand eine Art Reifung durchgemacht, so wandern sie aus und dringen schließlich in alle Schichten der Haut ein. Verfasser gibt zu, daß diese Hypothese noch vielfach der Stütze, besonders durch weitere bestätigende Befunde, bedarf.

A. Loewald-Kolmar.

Über die unmittelbare und Dauerwirkung thermischer Applikationen auf die Hauttemperatur; von E. SOMMER-Winterthur. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 51.) Im allgemeinen glaubt man, daß bei lokaler Einwirkung der Wärme auf die Haut nach Ausschaltung der Wärmequelle die Temperatur kurze Zeit nachher zur Norm zurückkehrt, ebenso daß bei vorübergehenden Kältereizen rasch wieder ein Wärmeausgleich zustande kommt. S. hatte Gelegenheit, an der hydrotherapeutischen Anstalt zu Berlin mit einem HERZSCHEN Apparat über dieses Thema Versuche vorzunehmen, und hat das Resultat dieser Arbeit in folgenden Schlusssätzen festgesetzt:

1. Bei der Applikation eines Eisumschlages tritt neben der starken Abkühlung der behandelten Seite regelmäßig eine Erwärmung der entsprechenden Stelle der anderen Körperhälfte auf.

2. Der Temperaturunterschied zwischen beiden Stellen gleicht sich zuerst rasch, dann langsam aus und ist nach ungefähr fünf Stunden vollendet. In manchen Fällen tritt nachher eine Umkehrung des Verhältnisses ein, so daß die ursprünglich gekühlte Seite die wärmere wird.

3. Der Dampfstrahl wirkt bei chronischen Gelenkerkrankungen verschieden, je nachdem die Haut über dem erkrankten Gelenk eine niedrigere oder höhere Temperatur aufweist als diejenige der gesunden Seite; derselbe ist meist nicht imstande, den Temperaturunterschied auszugleichen, wenn es sich um ein kälteres Gelenk handelt. Tritt eine Erwärmung ein, dann ist dieselbe gering, und das ursprüngliche Verhältnis stellt sich rasch wieder her. Handelt es sich hingegen um ein pathologisch warmes Gelenk, dann ist die Wirkung des Dampfstrahles intensiv, und nachhaltig und es tritt auch nach längerer Zeit keine Umkehrung der Temperaturverhältnisse ein, wie dies bei der Behandlung mit strahlender Wärme oder gefärbtem Licht der Fall ist.

Putzler-Danzig.

Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. ERNST SOMMER über die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur in Nr. 48 der Berliner klinischen Wochenschrift, 1903, von P. MEISSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 50.) SOMMER benutzt zur Herstellung der durch die strahlende Wärme und durch das Licht bewirkten Temperaturdifferenz auf der äußeren Haut den von MAX HERZ angegebenen Apparat, dessen Prinzip das eines Manometers ist. MEISSNER hat nun einen Apparat aus Thermoelementen mit Eisen-Wismut konstruiert, der sicherer arbeitet als der HERZsche, und den er mit beigegebenen Abbildungen deutlich beschreibt, den er als Ersatz für den HERZschen Apparat empfiehlt.

Bernhard Schulse-Kiel.

Mikroskopische Technik.

Weitere Mitteilungen über vitale und supravitale Granulafärbung, von J. ARNOLD-Heidelberg. (*Anat. Anz.* Bd. 24. Nr. 1.) Die vitale und supravitale Granulafärbung, welche manche Autoren verwerfen, hat manche Belehrungen über Morphologie und Biologie der Zelle gebracht. Ohne Konservierungsmittel können wir dank ihr den feineren Bau am lebenden und überlebenden Gegenstand studieren. Die Granulaforschung ist jetzt soweit vorgeschritten, daß sie nicht mehr zu unterdrücken ist. Im Gegenteil muß sie jetzt dem lernenden Mediziner ebenfalls beigebracht werden. Granula und Plasmosomen bilden nach Ansicht des Verfassers wertvolle Strukturbestandteile der Zelle, denen auch bedeutende Aufgaben zufallen. Sie spielen bei der Umwandlung des Fettes, des Eisens, des Blutfarbstoffes und des Gallenfarbstoffes und bei den Sekretionsprozessen eine starke Rolle. Es folgen eine Reihe Befunde. Die meisten derselben wurden durch supravitale Behandlung erzielt. Das dem Tier frisch entnommene Objekt kam sogleich in eine Misch-Lösung von Neutralrot-Chlornatron oder Methylenblau-Chlornatron.

Hopf-Dresden.

Bakteriologie.

Zur Färbung schwer färbbarer Bakterien (Rotsbakterien, Typhusbazillen, Gemokokken usw.) in Schnitten der Haut und anderer Organe, von KARL ZILKER. (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anatom.* 1. April 1908) Verfasser wendet

folgende Färbung an: Fixierung und Härtung (am besten in Formalin-Müllergemisch 1 : 9), Paraffineinbettung oder Entfernung des Colloidins vor der Färbung, Färbung für 8—24 Stunden in

Orcein D. (GRÜBLER) 0,1
Offiz. Salpetersäure (Ph. S.) 2,0
 70%igem Alkohol

Kurzdauerndes Abspülen in 70%igem Alkohol, Wasser, zehn bis zwölf Minuten in polychromem Methylenblau, Wasser, Glycerinäthergemisch (SNIKER), Wasser, 70%igem Alkohol, absolutem Alkohol, Xylol, Balsam. — Das Protoplasma wird dunkel- bis hellgraublau, der Untergrund farblos oder leicht braun getönt, die Bakterien werden dunkelbraun, bisweilen schwarzblau. — Die Vorzüge der Färbung sind: geeignete Alkoholfestigkeit, Farblosigkeit des Grundes, gute Darstellung der Kern- und Protoplasmastrukturen neben Färbung der elastischen Fasern, die leichte Ausführbarkeit.

Jesener-Königsberg i. Pr.

Hygiene.

Körperpflege und Heilkunde bei den alten Deutschen, von JULIAN MARKUS. (*Neuer med. Generalans.* 1904. Nr. 3.) In erster Linie stand zur Pflege der Gesundheit und Kraft des Körpers seit den Urzeiten das Wasser, und zwar wurde die altgermanische Vorliebe für Waschen und Baden nicht nur in fließendem Wasser, sondern auch in Wasserbehältern des eigenen Hauses vorgenommen. Dies Bad im eigenen Heim erscheint von den ältesten geschichtlichen Zeiten ab in zwei Arten: als bloßes Wannen- oder Kübelbad, oder als Dampf- und Schwitzbad. In den ältesten Zeiten ist das Gefäß, in welchem das Bad bereitet wird, kreisrund und aus einem ausgehöhlten Baumstamm hergestellt. Der mittelalterliche Taufstein spiegelt noch lange die kreisrunde Gestalt aller dieser Gefäße wieder. Unter den Pflichten der Gastfreundschaft steht in erster Linie das Verabreichen eines Bades an den ankommenden Fremdling. Die reinigende Wirkung des Wassers wird schon sehr bald durch Seife und Lauge unterstützt, von denen aber die erstere bei ihrem frühesten Auftreten als Beize zum Färben der Haare erscheint. Als Heilmittel tritt sie zuerst in einem Rezept des achten Jahrhunderts, das aus England stammt, auf. Neben den Wannenbädern besteht schon seit urgermanischen Zeiten auch das Schwitzbad, stube genannt (vom Stieben des Wasserdampfes), dasselbe wurde als Heilbad gegen Glieder- und Hautkrankheiten verwendet. Die Beschreibung eines solchen Bades findet sich in einer alten Handschrift in arabischer Sprache, worin es heißt: sie machen ein Gemach von Holz, dessen Ritzen sie zustopfen mit etwas, das auf ihren Bäumen wächst und wie Wassermooß aussieht. In einem Winkel dieses Gemaches bauen sie einen Feuerherd von Steinen und lassen darüber eine Öffnung, um den Rauch hinauszulassen. Wenn der Herd erhitzt ist, verstopfen sie das Luftloch und verschließen die Türe. Nun gießen sie Wasser auf den glühenden Herd, so daß der Dampf aufsteigt. Jeder hat ein Bündel Heu in der Hand, womit er die Luft bewegt und an seinen Leib treibt.“

Mit dem Bade ist stets die Sorge für Haupthaar und Bart verbunden. Zur sorgfältigen Pflege durch Kopfwäsche und Kämmen gesellt sich das Salben. Der Gebrauch der Schere wird von Rom übernommen, vorher wurde nur vermittels des Messers oder des Sengens das üppig wachsende Haar gekürzt. Da dem Germanen das hellblonde Haar als das schönste gilt, so werden verschiedene Mittel angewandt, um solches zu erzielen: Eigelb oder Eiweiß, Schwefel, Harz und Sonnenbrand. Auch die Gesichtshaut und die Zähne erfreuen sich sorgfältiger Pflege; letztere werden

ursprünglich mit Salbei abgerieben, später gibt es dann richtige Zahnpulver, bestehend aus gebranntem Marmor, gebrannten Dattelkernen, weißem Glas, roten Ziegeln und Bimsstein, welches alles zusammen zu Pulver gestoßen und mit frisch geschorener Wolle auf den Zähnen verrieben wird.

Als weitere Mittel zur Erhaltung der Gesundheit stehen neben Blutentziehungen in großem Ansehen das regelmäßige Einnehmen von Kräuterabkochungen, schlechthin *tranc* genannt, als Abführmittel und blutreinigenden Tees aus Salbei, Wermut und Rauten.
Heinrich Rausch - Darmstadt.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit, von ERNST BENDIX-Göttingen. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) Verf. fand, daß in vielen Fällen eine bei Darreichung bestimmter Traubenzuckermengen regelmäßig zu erzielende alimentäre Glykosurie ausblieb, wenn durch Anregung einer profusen Schweißsekretion Zucker vikariierend durch die Haut ausgeschieden wurde. — Ein Eintreten der Haut- für die Nierentätigkeit unter pathologischen Verhältnissen stellte Verf. mit Hilfe der Gefrierpunktsbestimmung fest. Versuche an Kranken, bei denen gleichzeitig eine Schwitzprozedur und eine Blutentziehung therapeutisch indiziert war, vornehmlich an Nierenkranken, ergaben, daß es bei Niereninsuffizienz — ausgedrückt in einer pathologischen Depression des Blutgefrierpunktes — durch energische Schweißbildung des öfteren gelingt, den Blutgefrierpunkt der Norm zu nähern, daß es jedoch nicht gelingt den normalen Blutgefrierpunkt durch gleiche Einwirkungen zu beeinflussen. Verf. sieht in diesem Ergebnis einen Beweis für die Berechtigung und Wirksamkeit der diaphoretischen Therapie bei der Niereninsuffizienz.

A. Loewald-Kolmar.

Die bakteriellen Infektionskrankheiten der Haut mit akutem Verlauf, von W. SCHOLTZ-Königsberg. (*Deutsch. Klinik.* Bd. X.) Nirgends in der gesamten Medizin sind wir in der Lage, den Kampf zwischen Organismus und pathogenen Mikroorganismen in so klarer Weise zu beobachten, wie gerade bei den Infektionskrankheiten der Haut.“ Dies ist für Scholtz die Veranlassung, eine zusammenfassende Besprechung der akut verlaufenden Infektionskrankheiten der Haut zu geben. Es handelt sich um die Genese und Therapie:

1. des Milzbrandkarbunkels,
2. des primären Herdes beim Malleus,
3. des Ulcus molle der Haut,
4. der primären Diphtherie der Haut,
5. gangränöser Prozesse der Haut (Gangrène fondroyante Noma und Hospitalbrand) und
6. der Infektion der Haut mit Eitererregern, speziell mit Staphylokokken und Streptokokken.

In der Tat gibt die Scholtzsche Darlegung ein typisches Spiegelbild für das Verhältnis des Mikroorganismus einerseits und des menschlichen Organismus anderseits, sofern ersterer verschiedene Virulenz, Inokulationsbedingungen erfährt und die verschiedenen Spielarten liefert und letzterer mit seinem Gewebe zu verschiedenen Zeiten unter verschiedenen Bedingungen innerer und äußerer Art bald so, bald so reagiert! Schon der Milzbrand und der Rots mit ihren Infektionsportonen, besonders die serpiginösen und phagedänischen Geschwüre begegnen beim Menschen verschiedener Empfängnis. Inokuliert man z. B. kleine Eitermengen eines serpiginösen Ulcus auf gesunde Haut, so entsteht in der Regel nur ein gewöhnliches Ulcus molle und

kein serpiginöses, und doch stammen umgekehrt die serpiginösen Formen im allgemeinen von gewöhnlichen Ulcera mollia ab. Auch die Impfungen der im einzelnen Falle als Erreger der Gangrän angesehenen Bakterien schlagen fehl, sobald sie in gesunde Hautpartien gelangen. Das nur als Beispiel für Vieles aus dem interessanten Kapitel der Pathogenese!

Bei der Behandlung spielt nun naturgemäß zunächst die Beeinflussung der Bakterien sowohl eine Rolle, wie auch die Unterstützung der natürlichen Abwehrmittel. Man geht also im Sinne einer Entwicklungshemmung mit Verbänden, Pinselungen, mit Pudern, Kauterisieren, Einschneiden usw. vor, aber auch möglichst schnell muß man eine reaktive Entzündung der Haut anbahnen, oder wie beim Argentum colloidalé CHARDÉ oder beim Diphtherie-Antitoxin, von innen her mit der Entgiftung vorgehen und schließlich die Heilung der sich erholenden Haut durch Salben usw. zu beschleunigen suchen.

Das höchst moderne Schriftchen ist anregend, erläuternd und durchsichtig geschrieben.

Arthur Rahm-Collm (Sachsen).

Beitrag zum Studium der Ursachen der Mumifikation, von BIONDI. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1903. Nr. 20.) Verfasser hat in der Nähe von Neapel in mehreren Kirchhöfen Leichen ausgraben lassen und dieselben mumifiziert gefunden. Als Ursache dieser Mumifikation gibt er verschiedene Acaruspezies an, die er regelmäßig auf den betreffenden Leichen nachweisen konnte, und worunter er besonders den *Rhizoglyphus echinopus* hervorhebt. Vor dem Verfasser hatte bereits CORRADO Untersuchungen in diesem Gebiete angestellt und war zu dem Resultat gelangt, daß „bei der Mumifikation eine ganze Legion von *Acaris* aktiven Anteil nimmt“.

C. Müller-Genf.

Über die visceralen Erscheinungen der Erythem-Gruppe der Dermatosen, von W. OSLER-Baltimore. (*Amer. Journ. of med. scienc.* Jan. 1904.) Zur Erythemgruppe rechnet O. außer dem einfachen Erythem und Erythem exsudativum, Herpes Iris, Erythema nodosum, gewisse Purpuraformen, Urticaria und das angioneurotische Ödem. Bei allen diesen Affektionen hat er in einer größeren Reihe von Fällen, von denen er hier die dritte Serie publiziert, sehr bedeutsame Komplikationen von seiten der inneren Organe, namentlich der Nieren, des Magendarmkanals, des Herzens, der Milz und auch der Gelenke beobachtet. Die vorliegende Serie umfaßt elf Fälle, von denen sieben tödlich verliefen. Verf. behauptet keineswegs eine Identität der genannten Affektionen; es soll vielmehr die Arbeit, ebenso wie die vorherigen, nur einige Momente der Übereinstimmung bei den genannten Affektionen an der Hand der ausführlichen Krankenberichte hervorheben in der Erwartung, dadurch neue Gesichtspunkte zu gewinnen. Im Referate ist es aber kaum möglich, der Arbeit gerecht zu werden.

Philippi-Bad Salzschluf.

Über hysterische cutane Symptome und Ausschläge, von T. D. SAVILL-London. (*Lancet.* 30. Jan. 1904.) Zu dieser Kategorie rechnet S. folgende sieben Formen: 1. Attacken von plötzlicher Blässe der Oberfläche, mit oder ohne cerebralen Erscheinungen als Äußerung einer „stürmischen Erregung des Nexus splanchnicus“. 2. Anfälle von Wallungen und krankhaftem Erröten, welche sich an einzelnen Stellen oder am Körper in toto dokumentieren. 3. Kleine außerordentlich flüchtige Flecke von circumskripter Hyperämie. Dieselben sind scharf umschrieben, landkartenartig, kommen und verschwinden binnen weniger Minuten. 4. Dermatographie. Diese Erscheinung ist auch bei nichthysterischen Personen zu beobachten, wenn auch nicht so häufig wie bei hysterischen. 5. Acroparästhesie (abnorme Empfindungen, Zangeln usw. an den Extremitäten namentlich bei hysterischen Krisen) und Erythromelalgie (Rötung und Schwellung an den Extremitäten, paroxysmenweise, aber von längerer Dauer).

6. Exsudative Hautläsionen: dieselben sind allerdings häufig auf chemische Veränderungen des Blutes zurückzuführen, doch ist der nervöse Faktor daneben unverkennbar. Bei 85–90% der vom Verf. im Krankenhaus beobachteten Fälle von Urticaria factitia, Erythem (aller Art) und Oedema circumscriptum fanden sich hysterische Stigmata. Verf. demonstriert zwei Fälle von Urticaria auf rein nervöser Basis (Abbildung), von angioneurotischem Ödem, Erythema gyratum und von Urticaria pigmentosum, welche auf psychische Erregung prompt hervortreten. 7. Circumskripte Ischämie. Dies ist schon von anderen Autoren als eine krampfartige Zusammenziehung der Arteriolen mit entsprechender Anämie der betreffenden Teile schon beschrieben. Die Erscheinung ist häufig, aber keineswegs immer, mit Parese oder Anästhesie des befallenen Gebiets verbunden.

Philippi-Bad Salschlurf.

Über Hautabschilferung beim Abdominaltyphus, von D. RIESMANN-Philadelphia. (*Amer. Journ. of med. scienc.* Jan. 1904.) Beim Abdominaltyphus wird bekanntlich eine Desquamation in der Regel nicht beobachtet, jedoch ist dieselbe keineswegs absolut ausgeschlossen. Verf. berichtet über zwei derartige Fälle; bei einem derselben waren die Schuppen nur klein, kleienförmig und auf Abdomen, Oberschenkel und den oberen Teil der Beine beschränkt, während beim anderen mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, der Schultern, Handteller und Fußsohlen der ganze Körper mehr oder weniger affiziert war, und sich große Lamellen ganz wie nach Scarlatina ablösten. Nach seinen eigenen Beobachtungen und den Mitteilungen anderer Beobachter unterscheidet Verf. drei Arten von Desquamation beim Typhus: 1. die auf den Roseolen aus einem minimalen Bläschen entstehenden Schüppchen, 2. die nach Sudamina entstehenden kleinen Schuppen, 3. die von solchen Primärläsionen unabhängig entstehende, kleienförmige oder lamellöse, allgemeine, durch trophische Störungen bedingte Abschuppung.

Philippi-Bad Salschlurf.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Kosmetik der Haut, von DREYSEL-Leipzig. (*Reichs Med.-Ans.* 1903. Nr. 22/23.) Die Aufgabe der Kosmetik besteht darin, alle Störungen der Haut bezüglich Farbe, Glätte, Glanz, Dicke, Behaarung und Dehnbarkeit zu beseitigen. Bei Verfärbungen kommen abnormer Blut- und Pigmentgehalt in Frage, beziehentlich eine Verminderung in beiden Faktoren. Glätte und Glanz der Haut werden durch die Leistungen der Talgdrüsen bestimmt, beziehentlich auch an manchen Körperstellen besonders durch die der Schweißdrüsen. Betreffs des Achselschweißes empfiehlt Verfasser lebhaft LEISTIKOWS formalinhaltige Seifen. Für die Behandlung der verdickten Haut (Clavus und Verruca) empfiehlt DREYSEL besonders das Resorcin-Milchsäure-Colloidum, beide Mittel in der Stärke von je 10%. Im übrigen bringt die Abhandlung nur Bekanntes.

Hopf-Dresden.

Seebäder bei einigen Formen von Hauterkrankungen, von R. ABRAHAM-NEW YORK. (*Med. News.* 26. März 1904.) ABR. fand Seebäder bei folgenden, meist recht hartnäckigen Hauterkrankungen von Erfolg begleitet: Pityriasis versicolor (sechs Fälle), Herpes tonsurans maculosus et squamosus (drei Fälle), chronischem Ekzem (fünf Fälle), Pruritus senilis (zwei Fälle). Besonders in den Fällen von stets wiederkehrender Pityriasis versicolor und des so lästigen Pruritus senilis erwiesen sich die Seebäder als außerordentlich wohltätig. Außer auf die reinigende Wirkung des Seewassers an sich führt ABR. diese Erfolge auf die Wellenstöße, welche das Wasser mehr in die Haut hineintreiben sollen, auf den Einfluß der Sonnenstrahlen in den Zwischenräumen zwischen dem Bade und schliesslich auf die Bewegung am Dünenstrand zurück, welche dazu beiträgt, Schuppen und andere pathologische Produkte von der Haut zu

entfernen, und so dem Wasser eine bessere Gelegenheit gibt, in die erkrankten Hautstellen einzudringen.

Stern-München.

Uriage als Heilort für Kinder, von A. Doyon. (*Presse méd.* 1903. Nr. 25.) Das Wasser von Uriage ist eine starke Kochsalzquelle mit Gehalt von Schwefel und enthält 6‰ Chlornatron, 1,5‰ Natriumsulfat, 0,48‰ Magnesiumsulfat, 6,64‰ Schwefelwasserstoff und Spuren von Natronarseniat. Indiziert ist das besonders für Kinder empfehlenswerte Bad bei Erschlaffungszuständen, bei Affektionen des Lymphapparates, hereditärer Syphilis, Skrophulose, chronischen Ekzemen, Verdauungsstörungen, welche auf die Haut wirken, und Seborrhoe.

Hopf-Dresden.

Ein Heißluftapparat, speziell für venerologische und dermatologische Zwecke angepaßt, von AXEL CEDERCREUTZ. (*Verh. d. Finnländ. Ges. d. Ärzte.* 1903. Bd. XLV.) Der Apparat gleicht im Prinzip und im Arrangement unseren bekannten Heißluftapparaten, hat einen QUINCKESCHEN Schornstein und kann vermittels Spiritus- oder BUNSEN-Lampe in Gang gesetzt werden. Eine Besonderheit bietet nur der Ausgang des Heißluftstromes; derselbe ist nämlich hier berechnet für die Leisten- und untere Bauchgegend, namentlich aber für Nebenhoden- und Hodenentzündungen, für Leistenbubonen usw., auch für sonst abgegrenzte Gebiete, so z. B. schlägt C. die Alopecia areata vor. Der Ausgangsort also für den anzuwendenden Heißluftstrom ist ein Reifenkorb, der mit grober Leinwand — nicht etwa undurchlässiger Stoff! — überzogen ist und am unteren Ende zugeschnürt und außerdem mit Schleifen und Bändern an den betreffenden Körperteil mit Hilfe der Schenkel usw. angedrückt gehalten werden kann.

Arthur Rahn-Cöln (Sachsen).

Die epiduralen Injektionen und ihre Anwendung insbesondere bei den Krankheiten der Harnwege, von ARTHUR STRAUSS-Barmen. (*Theor. Monatsh.* Febr. 1904.) St. wandte in 82 Fällen von Erkrankungen der Harnwege epidurale Injektionen an. Von zehn Fällen von Enuresis betrafen acht die Enuresis nocturna et diurna, von diesen wurde einer geheilt (aber unter gleichzeitiger Operation der Phimose!), in zwei Fällen wurde das Nässen bei Tage geheilt, vier wurden gebessert, die Zahl der Einspritzungen betrug eine bis neun. Zwei Fälle von Inkontinenz bei Erwachsenen wurden beide nach einer Einspritzung geheilt. Bei Pollutionen wurde in allen sieben Fällen guter Erfolg erzielt, von den an Spermatorrhoe leidenden wurden zwei geheilt, der dritte blieb unbeeinflusst, während alle drei Fälle von Prostatorrhoe Heilung erzielten. Bei Impotenz waren zwei Heilungen, eine Besserung, bei Polyuria neurotica eine Heilung, eine Besserung, bei Neurasthenia semalis eine Besserung und ein Mißerfolg. Nach St.'s Ansicht sind die epiduralen Injektionen ungefährlich, da das Rückenmark nicht berührt wird, sie sind technisch leicht ausführbar und verursachen bei richtiger Technik in der Regel nur eine schnell wieder verschwindende Druckempfindlichkeit in der Kreuzbeingegend, selten größere Beschwerden. Sie zeitigen oft augenblickliche Erfolge, wenn alle anderen Methoden versagt haben, meist dauernde Besserung und oft Heilung. Rückfälle sind nicht ausgeschlossen. Die Injektionen sind indiziert bei Enuresis infantilis, bei Inkontinenz ohne mechanische Ursachen, bei starken Pollutionen, Impotenz, Spermatorrhoe, Polyuria neuropathica. Sie stellen eine entschiedene Bereicherung der Therapie dar und verdienen im weitesten Maße angewandt und weiter geprüft zu werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über offene Wundbehandlung durch Insolation und Eintrocknung (zugleich einiges über klimatische Einflüsse des Hochgebirges), von OSCAR BERNHARD-Samaden. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) B., dem seit Beginn seiner Praxis im Oberengadin im Jahre 1886 aufgefallen ist, wie günstig sich der Wundheilverlauf im Hochgebirge gestaltet, macht seit längerer Zeit zwei Faktoren des Höhenklimas, die trockene Luft und die Sonne, systematisch für die Wundbehandlung

nutzbar, indem er alle granulierenden Wunden möglichst lange der Luft und der Sonnenbestrahlung aussetzt. Die Erfolge sind sehr gute: die Wunden, auch stark secernierende Höhlenwunden und Geschwüre werden alsbald rein und trocken, tiefe Taschenwunden schliessen sich in kurzer Zeit durch Verklebung der Haut mit den tiefer liegenden Geweben, die Überhäutung geht sehr rasch vor sich. Die Austrocknung der Wunden ist eine Folge der trocknen Luft; im übrigen aber ist das gute Resultat eine Wirkung der Besonnung, und zwar handelt es sich nicht nur um eine Wirkung der chemischen Strahlen, die in der Höhe nicht durch unreine oder mit Wasserdämpfen gesättigte Luft absorbiert werden, sondern auch um eine Wirkung der strahlenden Wärme, die eine aktive lokale Hyperämie erzeugt. Daher werden auch geschlossene, nahe an der Oberfläche liegende Krankheitsherde, insbesondere tuberkulöse Arthritiden, durch die Besonnung günstig beeinflusst. — Von grossem Interesse ist die Tatsache, dass im Oberengadin, in dem alle sonstigen Arten von Tuberkulose, wenn auch nicht gerade häufig, zur Beobachtung gelangen, in den letzten 15 Jahren nur drei Fälle von Lupus vorgekommen sind, und auch in diesen ist die Krankheit nicht oben akquiriert worden, und die Herde sind, ohne dass es zum Zerfall der Knoten kam, ausgeheilt.

Göts-München.

Zur Behandlung der granulierenden Hautwunden, von NEISSER. (*Allg. Central-Ztg.* 1903. Nr. 52.) N. empfiehlt eine 10%ige Protargolsalbe zur Bekämpfung der Pyocyanus, die er mit den allergeglänzendsten Erfolge verwandte, mit dauernder Beseitigung in allen Fällen.

Die Salbe wird am besten (nach FLORET) in folgender Weise bereitet:

℞ Protargol	1,5—3,0
Salbe in Aq. dest. frig.	5,0
Terecum lanol. anhydr.	12,0
Adde Vaseline. fl. amer.	ad 30,0
M. f. ungt.	

A. Strauß-Barmen.

Die Behandlung von granulierenden Hautwunden, von H. WAGNER. (*Zentralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 50) Große granulierende Wunden, die wenig Neigung zur Überhäutung zeigten und sich nicht gut durch Transplantationen decken lassen, behandelte Verfasser offen, d. h. er setzte sie einfach der Luft aus. Dadurch schrumpfen die Granulationen, die Sekretion nimmt schnell ab, es bildet sich ein feines Häutchen über der ganzen Wunde, oft auch in den ersten Tagen unter diesem sekundären Schorf eine Retention, die zunächst die Lösung des Schorfes nötig macht, aber auch bald aufhört; der Epidermisrand verliert sein gequollenes Aussehen, er wird fein, durchsichtig und schiebt sich rasch vor. Verfasser lagert die Kranken so, dass die Wunden bei Tagen offen gehalten und nicht durch Kleidung, Betten usw. berührt werden. Nachts wird ein Verband mit einem beliebigen Streupulver angelegt. Handteller-große Granulationsflächen sollen in 8—10 Tagen überhäutet sein.

F. Hahn-Bremen.

Die Lokalbehandlung von Geschwüren, von L. W. PALMER. (*Neue Therapie.* März 1904.) Eine warme Empfehlung des Airols bei allen möglichen Arten von Geschwüren u. s. f. Überall, wo Jodoform indiziert ist, wird nach P. Airol zweckentsprechender sein, da es bei gleicher Wirksamkeit (nach des Referenten Erfahrung nicht der Fall!) ungiftig, geruchslos sei und eine weit grössere Deckfähigkeit besitze; ein weiterer Vorteil des Airols besteht in seinen klebrigen Eigenschaften, infolge deren es sowohl an den Wundflächen als an den Schleimhäuten fest haftet. Wie die drei von P. beschriebenen Fälle lehren, wandte er ausser dem Pulver bei grossen Geschwürflächen mit Erfolg auch Einspritzungen einer 10%igen Airol-Glycerinlösung an.

Stern-München.

Fall von Hautüberpflanzung, von JAMES FREDERIC CLARKE-Fairfield, Jowa. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 3. Oktbr. 1903.) Infolge von Verbrennung war bei einem Patienten eine starke Retraktion des oberen Augenlides eingetreten. Verfasser machte einen Einschnitt, zog das obere Augenlid an die normale Stelle herunter, fixierte es durch Vernähung mit dem unteren Lid und deckte den entstandenen Defekt durch ein Stück Haut, das er dem Vorderarm des Patienten entnommen hatte. Es erfolgte glatte Anheilung.
A. Loewald-Kokmar.

Die physiologischen Wirkungen des Lichtes, von PAUL JENSEN-Breslau. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 48—49.) Nach einigen allgemeineren Betrachtungen über die physiologische Wirkung des Lichtes spricht Verfasser über die Lichtwirkungen auf den Menschen und unterscheidet dabei eine direkte und indirekte Reaktion, erstere z. B. auf die Haut mit ihren Gefäßen, Nerven und auf die Augen, letztere als fortgeleitete Wirkung auf den ganzen Organismus. Die Lichtwirkungen sind meist nur durch kurzwellige Strahlen, also die blauen, violetten und ultravioletten erzielt worden. Bei den Reaktionen auf die Haut steht es noch nicht fest, ob Epidermis und Cutis, oder nur die letztere vom Lichte affiziert werden. Bei längerer Einwirkung intensiven Lichtes (Sonnenlicht oder konzentriertes Bogenlicht) treten in mildereren Fällen Erytheme, in heftigeren Dermatitis mit Blasenbildung auf (Eczema solare und photo-electricum, Gletscherbrand). Nach Ablauf der akuten Entzündungserscheinungen zeigt sich eine Verdickung der Hornschicht, Abschuppung und Braunfärbung; die betreffende Hautstelle ist gegen eine Wiederholung des Prozesses bedeutend abgehärtet. — Bei mäßiger Belichtung der menschlichen Haut sind die Erfahrungen schwankend. Die fahle Gesichtsfarbe der Polarreisenden ist wohl auf Lichtmangel infolge der langen Polarnacht (bis 150 Tage) zurückzuführen, wobei Verengerung der Hautgefäße eintritt. Bei denselben Individuen soll auch eine Verbreiterung des Absorptionsreifens des Oxyhämoglobins infolge Lichtmangels eintreten (QUINCKE). Ob die Zunahme des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen in Höhenluftkurorten, sowie das schnellere Wachstum der Haare und Nägel durch stärkere Lichtwirkung hervorgerufen wird, ist fraglich. Nach Erörterung der Lichtwirkung auf die Haut der Tiere, besonders auf die Pigmentzellen der Tintenfische, Fische, Amphibien und Reptilien bespricht Verfasser die Lichtreaktionen der Augen. Bei intensiver Belichtung treten Entzündungserscheinungen auf, bei mäßiger sind die Wirkungen beim Menschen mehr subjektiver Natur, bestehend in mannigfachen Licht- und Farbenempfindungen. Objektive Befunde sehen wir nur an Tieren. — Bei den indirekten, von der Haut fortgeleiteten Lichtreaktionen kann man mit Bezug auf den Menschen nichts Sicheres angeben; man kann es z. B. nur als wahrscheinlich, nicht als gewiß bezeichnen, daß das schlechtere Allgemeinbefinden der Menschen, welche sich in dumpfen Wohnungen, in Gefängnissen, in Polargegenden aufhalten, ausser auf den Mangel an frischer Luft usw. auch auf die ungünstigere Belichtung zurückzuführen sei. Sichere Beobachtungen sind bei Tieren, wie Tintenfischen, Fröschen und anderen niederen Tieren, gemacht worden, nach welchen die Entwicklung der Organismen durch das Licht günstig beeinflusst wird. Andererseits jedoch hat man Pferde beobachtet, welche ohne Schaden 20 Jahre lang in dunklen Gruben, ganz vom Tageslicht abgeschlossen, gearbeitet haben. — Verfasser zieht aus seinen Betrachtungen den Schluss, daß bei den Lichtreaktionen beide Hautschichten, Epidermis und Cutis, affiziert werden, bei letzterer sind es besonders die Gefäßwände und das Blut, die beeinflusst werden. Die Wirkungen sind als schädliche Reize aufzufassen, die entweder den Tod der Zelle oder morphologische Veränderungen derselben herbeiführen: übermäßige Pigmentbildung oder relative Immunität gegen zuvor wirksames Licht. — Die durch die Augen vermittelten indirekten Lichtreaktionen sind mannigfaltigster Natur. Fast alle Lebens-

äusserungen sind zum Teile als Lichtwirkungen anzusprechen. Dahin gehört z. B. die Tatsache, daß die Atembewegungen bei offenen Augen tiefer sind, als bei geschlossenen (SPEOK), ferner die Pupillenge bei Lichteinfall, der Lidschlußreflex usw. — Es würde uns zu weit führen, wenn wir auch auf die anderen Ausführungen des Verfassers eingehen würden, so z. B. auf die Bedeutung des Lichts für den gesunden und kranken Menschen, auf die bekannten Wirkungen der Röntgen- und Becquerelstrahlen. Die Lektüre des interessanten Aufsatzes sei hiermit angelegentlichst empfohlen.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Mitteilungen über Lichtbehandlung nach DREYER, von NEISSER und HALBERSTÄEDTER-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 8.) In dem ersten Teile dieser Arbeit referiert NEISSER über die schönen, im vorigen Jahre veröffentlichten Versuche von DREYER-Kopenhagen über die Beeinflussung der Tiefenwirkung der Lichtstrahlen durch Sensibilisierung. Sensibilisatoren nennt man in der Photographie gewisse chemische Stoffe, mittels deren man Bromsilberplatten für bestimmte Farbstrahlen empfänglich macht. DREYER hat nun gezeigt, daß es durch gewisse sensibilisierende Substanzen, vornehmlich durch Erythrosin, gelingt, Mikroorganismen und tierische Gewebe für gelb-grüne und gelb-orange Strahlen, die zwar stark penetrieren, aber normalerweise unwirksam sind, ebenso empfänglich zu machen, wie es dieselben Gewebe für die stark wirksamen, aber nicht penetrierenden ultravioletten Strahlen sind. Eine physiologische Erklärung für den Vorgang der Sensibilisierung gibt es bisher noch nicht; man weiß nur, daß es nicht auf Fluoreszenz, auch nicht auf Absorption bestimmter Strahlen und auch nicht auf Bildung von toxischen Stoffen im Sensibilisator während der Belichtung beruht. Praktisch würde die DREYERSche Lichtbehandlung einen erheblichen Fortschritt gegenüber der Behandlung nach FINSEN bedeuten: neben der sehr viel größeren Tiefenwirkung hätte sie den Vorteil, daß sie die Benutzung von Glaslinsen und von jeder beliebigen Lichtquelle gestattet, und daß eine bedeutend größere Hautfläche auf einmal behandelt werden kann; außerdem ist festgestellt, daß man in einem Viertel bis einem Drittel der Zeit dieselbe entzündliche Reaktion im sensibilisierten Gewebe erhält, als mit der Finsenlampe bei nicht vorbereiteter Haut.

Auf Veranlassung NEISSERS hat HALBERSTÄEDTER die Versuche DREYERS an sensibilisierten Bakterien, Infusorien und Froschzungen durch Betrachtung im Projektionsapparat nachgeprüft und, sobald er sich von ihrer Richtigkeit überzeugt hatte, auch Versuche in therapeutischer Hinsicht gemacht. H. stellte durch Versuche an sensibilisierter Haut von Meerschweinchen und vom Menschen fest, daß eine 20–30 Minuten lange Belichtung mit einer FINSEN-REYN-Lampe ausreicht, um eine von der gewöhnlichen oberflächlichen Finsenreaktion wesentlich verschiedene Reaktion hervorzurufen. Drei bis sechs Stunden nach der Belichtung zeigt sich an der betreffenden Stelle der Beginn einer Infiltration und eine starke ödematöse Durchtränkung, auch der tieferen Hautschichten. Nach 6–8 Stunden ist die Stelle derb und tief infiltriert und fühlt sich an wie ein beginnender Furunkel. Außer dem Gefühl der Spannung macht die Schwellung keine Beschwerden, sie geht nach etwa zwölf Stunden bedeutend zurück. Sowohl aus den Tierversuchen gewonnene wie vom Menschen entnommene histologische Präparate ergaben stets sehr starke Gefäßerweiterung und starke ödematöse Durchtränkung bis in die tieferen Hautschichten.

An sensibilisierter Haut tritt also eine Lichtwirkung noch in Tiefen ein, wie sie bei normalen Geweben nie beobachtet wird, und zwar schon nach kurzer Belichtungszeit. Diese Tiefenwirkung kann erzielt werden, ohne daß die über dem kranken Gewebe gelegene Haut stärker geschädigt wird, indem man nur in der Tiefe sensibilisiert. Eine solche Wirkung ist weder bei gewöhnlicher Finsenbehandlung noch bei Anwendung von Röntgen- und Radiumstrahlen möglich.

Therapeutisch wurde die Methode in über 25 Fällen benutzt, und zwar nicht nur bei Lupus, sondern auch bei tiefer gelegenen tuberkulösen Prozessen und beim Hautcarcinom. Ohne schon jetzt ein endgültiges Urteil abgeben zu wollen, glaubt H. doch aus der Stärke der Reaktion und ihrem Verlaufe schliessen zu dürfen, daß sie energischer und wirksamer zu sein scheint als bei der Finsenbehandlung.

Zur Sensibilisierung wurde 1‰- bis 1‰ige Erythrosinlösung in 0,85‰ige Kochsalzlösung benutzt und mit SCHLICKScher Spritze je nach Art des Falles oberflächlich oder tief injiziert. Die Belichtung erfolgte 2—5 Stunden nach der Einspritzung. Die Erythrosinlösungen sind absolut ungiftig.

A. Loewald-Kolmar.

Die Finsen-Lichtbehandlung, von H. JOHN STEWART-Chicago. (*St. Louis Courier*. Jan. 1904.) Kurzer Überblick über diese Behandlungsart nebst den Reiseeindrücken, welche St. beim Besuche der betreffenden Institute in Kopenhagen, London, Manchester gewonnen hat. Seit der Errichtung dieser Institute gab es überall einen nicht zu bewältigenden Andrang von hilfeschuchenden Lupuskranken; in London stehen täglich 175 derselben in Behandlung, während man bis vor kurzem dem Lupus v. für eine relativ seltene Krankheit, wenigstens in England, hielt. Bei der Finsenbehandlung ist im Gegensatz zu jener mit X-Strahlen keine Gefahr der Verbrennung und nachfolgender Hautnekrose vorhanden, und besteht weiterhin der große Vorteil genauer Dosierung. St. prophezeit der Phototherapie eine große Zukunft in Medizin wie Chirurgie, wenn auch gegenwärtig die mit derselben zu erzielenden Heilungsmöglichkeiten noch nicht bestimmt werden können.

Stern-München.

Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut, und über ihre Anwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von GRÖN. (*N. Mag. f. läge*. 1903. Nr. 9.) Im Verlaufe von 1½ Jahren wurden im Röntgeninstitute von Christiania 90 Fälle der verschiedensten Hautkrankheiten behandelt. Beim Lupus war der Erfolg wenig ermutigend; beim chronischen Ekzem dagegen war das Resultat ein gutes (11 Heilungen von 20 Fällen), ebenso bei Pruritus ani et scroti, bei Psoriasis, Akne vulgaris und rosacea. Geheilt wurde ferner ein Fall von Favus, ein Fall von Ulcus rodens (von zweien), ein Fall von Carcinom blieb unbeeinflusst. Bei Hypertrichosis gelang es niemals, dauernde Kahlheit zu erzielen (was gewiß seinen Vorteil haben dürfte. Ref.).

Die Dauer der Sitzungen betrug gewöhnlich zehn Minuten, ausnahmsweise 12 bis 15 Minuten, die Stromstärke 3—4 Ampères, die Distanz zwischen Röhre und Haut meist 25—30 cm. Zum Schutze der nicht zu behandelnden Hautpartien diente eine Blechmaske.

C. Müller-Genf.

Über den Einfluß des Lichtes auf den Menschen und den gegenwärtigen Stand der Freilichtbehandlung, von P. MAAG-Steinegg, (*Corr.-Bl. f. Schw. Ärzte*. 1903. Nr. 18.) M. faßt die Untersuchungen über den Einfluß des Lichtes dahin zusammen, daß er sagt: Eine chemische Wirkung des Lichtes kommt überall da zustande, wo bestimmte Schwingungen desselben von bestimmten Körpern, auf welche sie stoßen, absorbiert werden, und führt die feineren Vorgänge der Lichtwirkung auf molekulare Vorgänge und Veränderungen zurück. Beweisend ist hierfür, daß ein und dieselbe Zelle oder ein und dieselbe Atomgruppe immer nur von ganz bestimmten Lichtwellen verändert, von andersartigen dagegen unversehrt gelassen wird. Allgemein ausgedrückt, die Wirkung einer bestimmten Lichtart ist abhängig einerseits von der Wellenlänge und Zahl ihrer Schwingungen in einer bestimmten Zeiteinheit, andererseits von der momentanen Beschaffenheit der getroffenen Gewebeelemente. Daher heilen belichtete Wundflächen, wenn überhaupt Heilungstendenz vorhanden ist, meist auffallend rasch. Das liegt daran, daß die nekrobiotischen Zellelemente durch die Erschütterungen des Lichtes rascher zerfallen und abgestoßen, während die lebensfähigen

in ihrer Konstitution gekräftigt und angeregt werden (KARON), und dem Lichte außer dem günstigen Effekt auf den Chemismus der Wundsekrete eine hemmende Wirkung auf den Mikroorganismus zukommt. Die Wirkungsweise des Lichtes auf den Menschen ist eine zweifache: 1. eine retinale und sensorielle, 2. eine cutane und interne. Die erstere kommt ausschliesslich zustande durch direkte Lichtreize auf das Auge, indirekte auf das Gehör, den Geruchs- und den Temperatursinn. Dafs die Haut in umfassender Weise als nur durch die Wärmeempfindung zur Aufnahme des Lichtes befähigt ist, beweist in erster Linie die Pigmentierung der vom direkten Sonnenlicht getroffenen Stellen des Instrumentes. Hauptsächlich sind es die blauen, violetten und ultravioletten Strahlen, welche die Bräunung veranlassen, die Hand in Hand mit einer mäfsigen Erweiterung der Kapillaren geht. Wird die Belichtung ausgesetzt, so verschwindet im Laufe von Wochen oder Monaten sowohl die Bräunung, wie die Dilatation der Gefäfse. Ebenso wichtig ist nach Verfasser der Einflufs des Lichtes auf die Nervenendapparate, das Blut und die Säfte, die in der Haut zirkulieren. Die feinen Veränderungen der roten Blutkörperchen durch Lichtabsorption sind noch nicht geklärt. Nur soviel steht fest, dafs ein Teil des Lichtes als Wärme aufgenommen wird, dafs die Wärme die Bluttemperatur erhöht, dadurch Herstätigkeit und Blutumlauf anregt, Atmung und den Stoffwechsel steigert und aller Wahrscheinlichkeit nach bestimmte innere Umsetzungen erleichtert. Auch ist es fraglos, dafs das Licht ungemein zerstörend auf alle pathogenen Bakterien einwirkt, und Verfasser schliesst hieraus, dafs das Licht auch auf das im Blut vor sich gehende mikroorganische Leben wirkt, dafs es auf dasselbe eine entwicklungshemmende und somit nutzbringende Wirkung auf den Organismus ausübt. Ebenso wirkt das starkbrechende Licht auf die Endapparate der sensiblen Nerven erregend und belebend, das schwächerbrechende erwärmend. Ein Faktor, der wichtig ist, wenn wir uns erinnern, dafs unsere Bewegung eine Sensomobilitas ist, dafs sie sich vielfach und in ihren feineren Abstufungen immer von der Erhaltung der sensiblen Bahnen abhängig zeigt. Ferner ist der Einflufs des Lichtes auf die Haut immer vergesellschaftet mit atmosphärischen Reizen, welche die Wärmewirkung und Erregung des Lichtes vorübergehend ausschalten oder durch einen Kältereiz ersetzen. Dadurch kommen wir z. B. im Lichtbad in freier Atmosphäre zu einer ständigen, milden Wechselwirkung zwischen Kälte- und Wärmereizen auf die Haut. Verfasser fafst die Wirkung des Lichtes dahin zusammen, dafs dieselbe verschiedenartige molekulare Erschütterungen der Zellen des bestrahlten Körpers bedingt, wodurch diese, solange sie normal sind oder dem Reiz sich anzupassen vermögen, milde tonisiert und in einen höheren Grad der Lebendigkeit versetzt werden. Die Belebung oder Spannkraftvermehrung findet ihren Ausdruck in einer Steigerung des Wohlbefindens und in vermehrter Arbeitsfreudigkeit und Widerstandsfähigkeit nach aufsen. Wie tief das Licht in den Körper einzudringen vermag, ist noch nicht festgestellt. Jedenfalls gelangen am wenigsten tief die starkbrechenden Wellen, denn sie werden vom Blute schon in verhältnismäfsig oberflächlichen Geweben weggenommen, und der Körper schützt sich gegen sie, wenn sie sehr stark vertreten, durch eine Pigmentdecke. Viel tiefer dringen die schwächerbrechenden Strahlen, die weniger reizen und keine besonderen Abwehrvorgänge auslösen. Mit grösster Wahrscheinlichkeit werden von ihnen erreicht die Elemente der subcutanen Muskulatur, zahlreiche Drüsen, Sehnen, Bänder, Faszien, Knochen, Gefäfse, Nerven, bei mageren Individuen das Brust- und Bauchfell, die der Bauchwand anliegenden Darmflächen usw., die also ebenfalls angeregt werden. Es ist also das Licht ein Tonikum wie kein zweites.

Es werden also von dem Sonnenlicht molekulare Erschütterungen des lebenden Gewebes hervorgerufen, die je nach der Beschaffenheit des Gewebes tonisierend oder auflösend wirken. Die bakterizide Wirkung des Lichtes zur Heilung des Lupus zu

benutzen, war FINSEN vorbehalten. Die FINSEN-Behandlung des Lupus kann insofern eine ideale genannt werden, als das Licht alle noch lebenden Elemente rettet, während die nekrobiotischen Hautzellen völlig absterben und zerfallen. Zum Schluß gibt M. eine Übersicht über den modernen Stand der Freilichtbehandlung und behauptet, daß die Kur als Spezifikum bei Syphilis und leichteren Hautaffektionen zu betrachten sei.

Putzler-Dansig.

Fortschritte in der Lichttherapie, von A. STREBEL-München. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 41.) St. macht auf eine neue Verwendung des elektrischen Lichtes aufmerksam, nämlich die Elektrophotokautik, welche mit den aus dem elektrischen Starkstrom transformierten intensivsten Wärmestrahlen des Voltabogens arbeitet. Zur Ausführung dieses elektrischen Lichtbrandverfahrens verwendet St. eine Hand- oder Stativlampe, welche ein System von Linsen oder Spiegeln, oder eine Kombination beider trägt, die zur Konzentration der Wärmestrahlen eines Voltabogens dienen, der durch mindestens 20 Ampères Stromstärke erzeugt wird. Diese Art der Behandlung teilt nach St. die Vorzüge des Heißluftverfahrens nach HOLLÄNDER, die ebenfalls eine kontaktlose Kauterisation möglich macht und die strahlende Wärme bis zur gewissen Tiefe in das lebende Gewebe eindringen läßt, um hier Veränderungen hervorzurufen, die sich allmählich von außen nach innen zu abschwächen, entsprechend der durch die Blutzirkulation bedingten Kühlwirkung auf den Strahlenkegel dadurch, daß nicht, wie beim Glüheisen oder PAQUELIN, eine blinde, wahllose Verkohlung hervorgerufen wird, sondern eine elektrische Brandwirkung, die das gesunde Gewebe weniger als das kranke verbrennt, haften dem elektrischen Lichtbrandverfahren größere Vorteile gegenüber der anderen Brandmethode an. St. hat damit bei kosmetischen und bösartigen Erhebungen der Haut gute Resultate erzielt. Um die Einleitung des chemisch wirksamen Lichtes in genügender Stärke in enge Körperhöhlen zu bewerkstelligen, verwendet St. ferner kurze Quarzlinsen oder -zylinder mit an den Enden rundgeschliffenen Flächen, an denen die Enden wie Sammellinsen wirken; wird der Krümmungsradius so gewählt, daß seine Länge gleich ist der Brennweite der vorgestellten Linsen, so hat man nur den Brennpunkt des Lichtkegels in den Brennpunkt dieser kleinen Hohl-linse einzustellen, damit die Strahlen alle parallel sind. Durch Aneinanderreihen derartiger Zylinderreihen kann man im Körper eine starke Lichtreaktion hervorrufen. St. berichtet ferner über eine neue wirksame Lampe für die Lichttherapie, welche mit starken Strömen, 40—80 Ampères, arbeitend, doch nur kurze Brennweiten im Linsensystem besitzt und dadurch dem FINSENSchen System überlegen ist. Zum Schluß erörtert St. die Frage der Pigmentbildung und der Heilung des Lupus mittels Lichtbehandlung.

Putzler-Dansig.

Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie, von H. RIEDER-München. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 43.) Bei der Prüfung der Lichtwirkung auf krankhafte Prozesse wurde in erster Linie die Wirkung des Lichtes auf die Haut und in zweiter Linie dessen Allgemeinwirkung auf den menschlichen Organismus studiert. Die natürlichste, intensivste und billigste Lichtquelle ist die Sonne, deren Licht zu Sonnenbädern und Lichtluftbädern benutzt wurde. Die durch das Sonnenlicht verursachte Pigmentierung und Ekzembildung sind zwar auf reine Lichtwirkung zurückzuführen, aber in therapeutischer Beziehung belanglos. Das Sonnenbad ist ein ideales Schwitzbad, dessen Indikation mit der der Glühlichtbäder zusammenfällt. Bei den Lichtluftbädern, die von HUFELAND empfohlen wurden, handelt es sich vorwiegend um die Wirkung eines thermisch-mechanischen Reizes, der durch die bewegte Luft auf die entblößte Haut ausgeübt wird. Die therapeutische Wirksamkeit der Lichtluftbäder ist gering. Sehr oft wird das eigentliche Sonnenbad mit dem Lichtbad kombiniert angewendet. Zur lokalen Bestrahlung verwendet man das Sonnenlicht nur in kon-

zentriertem Zustande, indem man dasselbe zur Gewebszerstörung bei bösartigen Neubildungen und bei tuberkulöser Erkrankung der Haut benutzt. Diese Kauterisation läßt sich aber auf andere Weise leichter erreichen. Auch zur Behandlung des Lupus nach FINSEN verwendet man heute das Sonnenlicht nicht mehr, weil es nicht immer in wünschenswerter Weise zur Verfügung steht und seine Lichtstärke nach Tages- und Jahreszeit und den atmosphärischen Verhältnissen schwankt. Von den künstlichen Lichtsorten haben nur elektrisches Glüh- und Bogenlicht Verwendung in der Medizin gefunden. Die Glühlichtbäder sind indiziert als Vorbeugungsmittel gegen Krankheiten und bei allen inneren Erkrankungen, bei denen therapeutische Maßnahmen am Platze sind. Das elektrische Bogenlicht ferner wird als nicht konzentriertes zu allgemeinen Lichtbädern verwendet. Große Stromstärke und Konzentration des Lichtes durch Quarzlinien, sowie Beseitigung der Hauptmasse der Wärmestrahlen sind unerlässliche Vorbedingungen für eine intensive Wirkung des elektrischen Bogenlichtes auf die Haut, eine Forderung, die im FINSENSCHEN Apparat in hohem Maße erfüllt ist. Eine sehr brauchbare, nicht kostspielige Bogenlampe für Einzelbehandlung stellt der FINSENSCHE Lichtsammelapparat dar. Die therapeutische Wirksamkeit der unter Verwendung wassergekühlter Eisenelektroden hergestellten Eisenlampen ist weit hinter den gehegten Erwartungen zurückgeblieben. Ebenso wie bei der Verwendung des FINSEN-Lichtes handelt es sich bei der Verwendung der X-Strahlen um eine entzündliche Wirkung des Lichtes, welche allmählich in die Tiefe fortschreitet und ein Zugrundegehen der Bacillen bedingt. Der Eintritt dieser Gewebereaktion ist zur Heilung der Hautkrankheiten unbedingt erforderlich. Ob die Wärme gar keine Rolle bei der Heilung der Erkrankungen spielt, bezweifelt R. Die Vorteile der FINSEN-Methode liegen in ihrer Sicherheit und Zuverlässigkeit, in der Schonung des gesunden Gewebes, in der Schmerzlosigkeit, der Unschädlichkeit und der idealen Narbenbildung. Die Nachteile sind der hohe Preis, die Notwendigkeit eines geschulten Personals, die lange Dauer der Behandlung und endlich der Umstand, daß die Schleimhäute der Behandlung schwer zugänglich sind. R. streift dann die Frage der Chromotherapie und hebt die Rotlichtbehandlung bei Erkrankung der Pocken hervor. KRUCKENBERG will auch bei Erysipel, andere bei Scharlach und Masern günstige Erfolge mit dem Rotlicht erzielt haben. Ebenso hat sich das Tragen von roten Schleiern und anderen Maßnahmen der Rotlichtzuführung bei Ekzemen gut bewährt. Den angeblichen therapeutischen Erfolgen mit blauem Licht steht R. vorläufig skeptisch gegenüber. Die seit 1899 in der Behandlung der Hautkrankheiten bestehende Radiotherapie will R. in erster Linie nur von sachverständigen Ärzten ausgeführt wissen. Besondere Vorsicht ist nötig bei Bestrahlung größerer Hautflächen. Wie in der Phototherapie, ist auch hier die Erzielung einer Lichtreaktion Vorbedingung für ihre Heilwirkung. Man unterscheidet vier Stadien der Reaktion:

1. Hyperämie der Haut;
2. schmerzhafte Blasenbildung;
3. oberflächliche Ulcerationen;
4. Nekrose.

Zur Erzielung eines therapeutischen Erfolges bei Favus, Trichophytie, Akne rosacea, Lupus erythematosus ist eine stärkere Reaktion bis zu beginnender Dermatitis am Platze. Der dritte Grad der Reaktion ist in vereinzelt Fällen bei bösartigen Neubildungen gestattet, der vierte Grad schädigt den Organismus und ist absolut unzulässig. Allen bisher angegebenen Bestrahlungsmethoden gemeinsam ist das Prinzip, unter vorsichtiger Bestrahlung den Eintritt der Reaktion zu erzielen und diese je nach dem Charakter der Krankheit längere oder kürzere Zeit zu unterhalten. Die Beurteilung der richtigen Strahlendosis ist hierbei erschwert, da die sog. Latenzperiode, d. h. der

zwischen der Bestrahlung und der sichtbaren Reaktion liegende Zeitraum, viel größer ist als bei Verwendung von Lichtstrahlen, indem derselbe ca. 15 Tage beträgt. Sehr wertvoll ist dabei das Chromoradiometer nach HOLZKNECHT, welches eine direkte Messung der absorbierten Strahlenmenge zulässt. Zur Abdeckung der gesunden Teile verwendet man $\frac{1}{8}$ mm starke Bleiplatten. R. bespricht dann die Indikation zur Behandlung mit RÖNTGEN- und FINSEN-Licht. Die Radiotherapie hat besonders gute Erfolge aufzuweisen bei allen Haarerkrankungen, Favus und anderen parasitären Haar-krankheiten, Naevus vasculosus, Furunkulose, Tuberculosis cutis, Psoriasis vulgaris, während bei anderen Hautkrankheiten Rezidive nicht selten sind. Akuter Gelenk-rheumatismus wurde nicht beeinflusst, Lepra weder durch X-, noch durch FINSEN-Licht. In allen Fällen von Lupus vulgaris führte die FINSEN-Behandlung sicher zum Ziele, mit Ausnahme des Schleimhautlupus. Bei Lupus erythematosus war weder durch FINSEN-, noch durch RÖNTGEN-Licht sichere Heilung zu erzielen. Maligne Tumoren sind mit Erfolg durch die Radiotherapie bekämpft worden. Jede der beiden Methoden hat aber fraglos ihre großen Vorzüge, wenn sie an richtiger Stelle und in richtiger Weise angewendet werden. Ein Urteil über die therapeutische Wirksamkeit der Röntgenstrahlen behält sich R. vor. Zum Schluss befürwortet R. die Einrichtung von Lupusheilstätten von seiten des Staates und der Gemeinden, damit die Wirksamkeit der Radiotherapie möglichst den Kranken zugute kommt. *Putzler-Dansig.*

Entgegnung auf den von Prof. RIEDER-München auf der Ärzte- und Naturforscherversammlung in Kassel gehaltenen Vortrag: „Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie“ (s. diese Zeitschr. S. 247), von BREIGER-Berlin. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 51.) B. nimmt das Eisenlicht gegen RIEDER in Schutz; er bemerkt, dass das Eisenlicht gegen das Kohlenlicht nicht allein bei der Behandlung des Lupus zu ersetzen imstande ist, sondern dass es bei anderen Hautkrankheiten, besonders bei tertiären,luetischen Affektionen dasselbe bei weitem übertrifft. Natürlich kommt es darauf an, wie man das Eisenlicht anwendet; man soll jeder Eisenlichtbestrahlung eine Rotlichtbestrahlung folgen lassen. Die Ansicht RIEDERS bezeichnet B. mit „einseitig“. Er sucht dann die Ansichten RIEDERS im einzelnen zu widerlegen. Näher auf den polemischen Artikel einzugehen, erscheint ungeeignet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Röntgentherapie, von LEONHARD GÖBL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 8.) G. erzielte in einem seit zehn Jahren bestehenden Falle von Sykosis beider Wangen auf der einen Seite durch dreimalige Bestrahlung vollständige Heilung, auf der anderen Seite durch zweimalige Bestrahlung bedeutende Besserung; auch hier wird die Steigerung der reaktiven Entzündung durch eine nochmalige Bestrahlung sicher zur Heilung führen. Ein Fall von Tuberkulose der Nasenhaut gelangte durch dreimalige Bestrahlung zur Vernarbung, ferner wurden Fälle von Lupus exulcerans, sowie auch von Lupus erythematosus durch Röntgenbestrahlung sehr günstig beeinflusst. Endlich berichtet G. ausführlich über einen Fall von PAGETS disease, der durch die bisher vorgenommene zwölfmalige Bestrahlung zum größten Teile zur Ausheilung und Vernarbung kam; G. ist überzeugt, dass in dem Falle durch fortgesetzte Bestrahlungen völlige Heilung erzielt werden wird. — Im Anschluss an die mitgeteilten Beobachtungen schildert G. die Art und Weise der Röntgenbestrahlung, wie er sie anzuwenden und auszuführen gewöhnt ist. *Göts-München.*

Die X-Strahlen als therapeutisches Agens, besonders mit Bezug auf das Carcinom, von ARTHUR DEAN BEVAN-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 2. Jan. 1904.) Während Verfasser früher den Erfolgen der Röntgenstrahlenbehandlung sehr skeptisch gegenüberstand, hat sich jetzt seine Ansicht, namentlich hinsichtlich der malignen Krankheiten, geändert. Verfasser sah gute Erfolge in Fällen von Blastomykose, von HODKINscher Krankheit und von Leukämie; die Sarkome sind wegen ihres tiefen Sitzes

der Behandlung meist wenig zugänglich. In der Frage der Radiotherapie bei Carcinomen nimmt Verfasser folgenden Standpunkt ein: Bei langsam wachsenden, oberflächlichen Epitheliomen vom *Ulcus rodens*-Typus ist dies Verfahren allen anderen vorzuziehen, besonders wenn ihre Ausdehnung beträchtlich ist, und ihr Sitz im Gesicht und in der Umgebung der Augen eine Operation nur mit dem Opfer hochgradiger Entstellung gestatten würde. Bei allen anderen Formen, den rasch wuchernden, den tiefsitzenden, auch selbst bei den auf die Haut beschränkten Formen, wenn ihre Dicke eine erhebliche ist, sollte stets die Exstirpation vorgenommen werden, und an die Operation sollte sich sofort nach Heilung der Wunde eine Röntgenstrahlenkur anschließen. Diese Kombination empfiehlt sich deswegen, weil sich von den Röntgenstrahlen allein bei diesen Formen des Carcinoms kaum etwas erwarten läßt und nur unnütz Zeit mit ihrer Anwendung verloren ginge. Man hat aber gesehen, daß etwaige an die Operation sich anschließende Residive durch Röntgenstrahlen zum Verschwinden gebracht werden können. Daher ist die Annahme wohl berechtigt, daß eine frühzeitige Anwendung der Strahlen die Entstehung von Rezidiven schon im Keime ertötet. Verfasser wirft nun die Frage auf, ob es nicht möglich wäre, die Wirkung der Röntgenstrahlen so zu erhöhen, daß sie ihren zerstörenden Einfluß auch auf tiefsitzende und hartnäckige Carcinome ausüben. Eine solche Steigerung der Wirkung wäre auf zweierlei Weise denkbar, entweder durch Verbesserung der Röntgenapparate oder dadurch, daß man die Widerstandsfähigkeit der Carcinomzellen herabsetzt; letzteres ließe sich vielleicht ermöglichen durch Unterbindung der Arterien, die die erkrankte Gegend versorgen, oder durch Einführung chemischer Stoffe, sei es durch den Blutstrom oder durch örtliche Einspritzungen. Verfasser denkt dabei an die Verwendung von Jod und Arsenik. Nach beiden Richtungen sind Versuche bereits angestellt, deren Ergebnisse nicht ungünstige sind; sie sind aber noch zu wenig zahlreich, um bestimmte Schlussfolgerungen zu gestatten. Verfasser möchte aber weitere Kreise zur Ausübung einer kombinierten Therapie in dem angedeuteten Sinne anregen.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Behandlung verschiedener Formen von Hautkrankheiten mit X-Strahlen und Phototherapie, von W. ALLAN JAMIESON-Edinburgh. (*Scottish Journ.* Febr. 1904.) J. sieht den Hauptvorteil dieser beiden Behandlungsmethoden darin, daß wir endlich ein Mittel besitzen, damit auf die tiefer liegenden Schichten der Haut einzuwirken. *Lupus vulgaris*, *Ulcus rodens*, *Sykosis*, *Favus*, *Mycosis fungoides* sind die Hautaffektionen, bei welchen X-Strahlen sowohl wie FINSERS Methode entweder für sich oder kombiniert angewendet wurden; letztere bietet den weiteren Vorzug, daß sie eine genauere Dosierung gestattet wie bei den X-Strahlen. 133 der Fälle J.s betrafen *Lupus vulgaris*, 80 *Favus*, 21 *Ulcus rodens*, 12 *Sykosis*, 2 *Mycosis fungoides*. Von Dauerresultaten kann J. nicht sprechen, da die Zeit der Beobachtung zu kurz ist, aber von auffallenden Besserungen in der Mehrzahl der Fälle von *Lupus vulgaris*; bei *Mycosis fungoides* erwiesen sich die X-Strahlen als das einzige Mittel, die sonst hoffnungslos verlaufende Krankheit zum Stillstand zu bringen. Den Einfluß der X-Strahlen auf diese Affektion, wie auf *Ulcus rodens*, der ebenfalls ein zweifellos guter ist, erklärt J. damit, daß sie eine Art Anziehung auf absterbende Zellen ausüben und dieselben wieder „zum Gehorsam zur trophischen Nervenkontrolle zurückrufen“, beim *Lupus* hingegen sei die bakterizide Wirkung der Röntgenstrahlen durch die offenkundig hervorgerufene Phagozytose erwiesen (siehe die gegenteilige Ansicht von MALCOLM MORRIS in dem Bericht von RAVITE-Louisville. Ref.).

Stern-München.

Der diagnostische Wert der Röntgenstrahlen, von CHARLES LESTER LEONARD-Philadelphia. (*Med. News.* 9. Jan. 1904.) L. beschränkt sich hier auf den Wert der

Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Steinen in den Nieren und Ureteren Gestützt auf 300 Fälle, glaubt er, daß es keine genauere Methode zu deren Erkennung gibt und daß sie zugleich von allen Gefahren und Unannehmlichkeiten frei sei, welche den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden der Blase und dem Katheterismus der Ureteren anhaften. Auch ist eine frühzeitige, exakte Diagnose mit den Röntgenstrahlen möglich, sobald man nur Verdacht auf einen Stein schöpft; Sitz, Form und Anzahl, ferner ob eine oder beide Nieren und Ureteren befallen sind, könnte festgestellt werden. Von den 300 untersuchten Fällen zeigten 86 oder über 28% Steine, in 46 derselben oder über 50% waren sie in den Harnleitern. Die positive Diagnose wurde durch Operation in allen, außer fünf, Fällen bestätigt. Eine Gruppe von 19 Fällen, in welchen die exspektative Behandlung den Abgang der Steine ohne Operation erzielte, zeigt die Vorteile der diagnostischen Röntgenuntersuchung, wie die überraschend große Zahl von Ureterensteinen lehrt, welche gefunden wurden, noch ehe entsprechende Symptome vorhanden waren. Während einerseits durch diese genaue Diagnose die Operation in einer Anzahl von Fällen unnötig gemacht wurde, ist in anderen deren Wert und Wirksamkeit vermehrt, sind ihre Gefahr und Ausdehnung auf ein Minimum reduziert worden. Ein wichtiger Behelf bei der Technik dieser Untersuchungen ist, eine selbstregulierende Röhre zu benutzen, welche sich während der ganzen Expositionszeit auf einem niederen Vakuum hält.

Stern-München.

Erfolge der Röntgentherapie, Mitteilungen aus dem Institut für Radiographie und Radiotherapie 1904, von EDUARD SCHIFF-Wien. Der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Röntgentherapie rühmlichst bekannte Verfasser berichtet in der vorliegenden Abhandlung hauptsächlich über die Resultate, die er mit Röntgenstrahlen bei der Bekämpfung des Lupus und der bösartigen Neubildungen der Haut erzielt hat.

Die systematische Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen wird von SCHIFF bereits seit 1896 geübt, und zwar sind die Erfolge so vielversprechend, daß der Röntgentherapie des Lupus ganz entschieden neben der weit umständlicheren und teureren Drüsenbehandlung große Beachtung zu schenken ist. Von den im folgenden beschriebenen, durch Röntgenstrahlen teils geheilten, teils wesentlich gebesserten Lupusfällen ist namentlich der erste beachtenswert. Es handelte sich um ein 14 Jahre altes Mädchen, bei dem die ganze Dorsalfäche des linken Vorderarmes vom Metatarsophalangealgelenk angefangen, bis eine Hand breit unter das Ellbogengelenk und über die Ulnarkante bis zur Mitte der Beugefläche des Vorderarmes einen zusammenhängenden Lupusherd bildete. Nach zehn Bestrahlungen zeigte sich hier bereits die erste Reaktion, die Haut schwoh pastös an, und unter den Borken drang reichlich Sekret hervor. Nach weiteren fünf Bestrahlungen konnte man in der abgeflachten Geschwürsbasis einzelne kreisrunde, scharf umrandete Substanzverluste sehen, an Stellen, wo die Lupusknötchen sich befunden hatten. Nach fünfmonatlicher Behandlung waren die Substanzverluste der erkrankten Partie von zarter Epidermis überhäutet, die Haut hat bis auf kleine, narbig veränderte Partien normales Aussehen. Interessant und des Vergleiches wegen wichtig ist, daß sich ein Lupusgeschwür an der Volarseite, wohin die Strahlen wegen des dazwischen liegenden Knochens nicht gelangen konnten, während der ganzen Behandlungsdauer nicht im geringsten änderte.

Was die Behandlung der bösartigen Neubildungen durch Röntgenstrahlen anlangt, so sind die bisherigen Resultate nach den Beobachtungen SCHIFFS und anderer Autoren zum mindesten ermutigend, diesen Weg weiter zu verfolgen. Verfasser hat bei einer 101jährigen Greisin ein Epithelioma nasi nach 14maliger Bestrahlung zur Heilung gebracht: glatte, weiße Narbe. Ein Epithelioma der rechten Präaurikulargegend war am 16. Tage nach Beginn der Behandlung vollständig geheilt. Bei einer

67jährigen Frau mit inoperablem Carcinom der linken Mamma mit lentikulären Metastasen in der Haut (ein Tumor vom linken Sternalrande bis in die Achselhöhle) war nach 20 Bestrahlungen die ganze Stelle glatt überhäutet mit Ausnahme weniger oberflächlich exkoriierter Partien, die Hautmetastasen geschwunden und die Drüsenpakete wesentlich verkleinert. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Überhäutungsbereich neugebildete Epidermis; darunter eine breite Cutislage, und in deren tiefstem Abschnitte noch eine Insel von Carcinomgewebe.

Die angeführten Lupusfälle sowohl wie die der bösartigen Neubildungen sind durch beigegebene Tafeln, welche die Patienten vor und nach der Behandlung wiedergeben, illustriert, ebenso ist das Histologische durch eine Abbildung veranschaulicht.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Röntgen- und die Lichtbehandlung der Hautkrankheiten, von W. A. JAMIESON. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1904.) Während der letzten 18 Monate wurden 133 Fälle von Lupus vulgaris mit X-Strahlen behandelt. Alle, welche sich für längere Zeit der Behandlung nicht entzogen, wurden gebessert, viele darunter geheilt. Hervorzuheben ist besonders der mit Krustenbildung einhergehende, im Naseneingange lokalisierte Lupus. Die Wirkung der Lichtbehandlung bei Lupus, wie bei Ulcus rodens war eine langsamere und weniger intensive als die der Röntgenstrahlen. Bei Favus und Sycoosis wurde in mehreren Fällen durch die Röntgen- und Lichtbehandlung Haar ausfall und damit Heilung erzielt.

C. Berliner-Aachen.

Über die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung, von W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 3.) Die physikalischen wie die physiologischen Wirkungen der Radiumstrahlen sind denen der Röntgenstrahlen sehr ähnlich; speziell die Wirkungen der Radiumstrahlen auf die Haut gleichen denjenigen nach Röntgenbestrahlungen sehr, nach der klinischen Seite sowohl wie nach der histologischen. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, daß der Einfluß der Röntgenstrahlen erst nach längerer Zeit sichtbar wird, während schon auf kurzdauernde Radiumbestrahlungen stets nach etwa 20 Stunden ein ziemlich intensives Erythem folgt, das ähnlich wie die Erytheme nach Lichtbehandlung langsam mit Hinterlassung bräunlicher Pigmentierung abheilt. Die Einwirkung auf die Gefäße tritt also schon sehr frühzeitig auf. Ein zweiter Unterschied liegt in der entschieden bakteriziden Eigenschaft der Radiumstrahlen, einer Eigenschaft, die den Röntgenstrahlen bekanntlich entweder gar nicht oder nur in geringem Maße zukommt. Hinter der bakteriziden Wirkung von konzentriertem elektrischen Licht bleibt die der Radiumstrahlen allerdings erheblich zurück. Was dagegen die Tiefenwirkung anlangt, auf die ja bei der therapeutischen Verwertung alles ankommt, so sind sowohl die physiologisch wirksamen wie die bakteriziden Radiumstrahlen den konzentrierten Lichtstrahlen ganz erheblich überlegen. Verfasser konnte dies experimentell einwandfrei feststellen. — Therapeutisch hat Verfasser die Radiumstrahlen bei Furunkeln, Trichophytie und Lupus erythematodes angewandt, ohne rechten Erfolg zu erzielen; dagegen erwiesen sie sich wirksam bei Lupus vulgaris und bei Carcinomen der Haut. Ein Vergleich mit dem Röntgenverfahren und der Finsenbehandlung ist zurzeit noch nicht möglich. Das Wesentliche der Radiumbehandlung sieht Verfasser in der leichten und bequemen Applikation des Radiums auch an Stellen, die den Röntgen- und Lichtstrahlen gar nicht oder nur mangelhaft zugänglich sind (Mund, Nase, Rachen, Vagina usw.).

A. Loewald-Kolmar.

Aus E. MACKS Jahresberichten.

1902. XVI Jahrgang.

Acidum kakodylicum und seine Salze. Von neuen Indikationen für die Anwendung des Natriumkakodyls sind zu nennen: Lepra, bei welcher BAYNAUD durch

Injektionen (5—10 og pro die) eine bedeutende Hebung des Allgemeinbefindens, beträchtliche Gewichtsunahme, Besserung der örtlichen Krankheitserscheinungen und Verheilung der leprösen Geschwüre erzielte.

Hydrargyrum jodokakodylicum. Man löse 1,0 g Hydrargyrum kakodylicum und 2,0 g Acidum kakodylicum in 75,0 g Aq. dest. Andererseits löse man 1,0 g Natrium jodatum in 5 ccm destillierten Wassers und setze diese Lösung ersterer zu. Man neutralisiere sodann mit verdünnter Natronlauge und fülle mit destilliertem Wasser auf 100 ccm auf. Diese Lösung ist dauernd haltbar und kann sterilisiert werden; sie enthält im Kubikzentimeter 0,08 g Hydrargyrum jodokakodylicum, welche Menge 0,004 g Hydrargyrum bijodatum gleichkommt. Man injiziert hiervon jeden anderen Tag 1 ccm in die Glutaealregion, die Behandlungsdauer kann sich über 2—3 Wochen erstrecken, wonach man die Injektionen für 8—10 Tage einstellt und nach dieser Frist einen zweiten Turnus von Injektionen folgen läßt. Werden die Injektionen gut vertragen, so kann man in jeder Sitzung 2 ccm injizieren. **CLAVETTE** e **FRAISE** halten die Injektionen des Jodquecksilberkakodylats indiziert 1. bei allen Syphilis-kranken, wenn diese deprimiert, neurasthenisch und abgemagert sind, 2. wenn die Syphilis durch eine Dermatose kompliziert ist, und 3. bei den hartnäckigen akneartigen Fällen der Syphilis maligna praecox, zumal wenn andere Behandlungsmethoden erfolglos geblieben sind. Die Resultate dieser Medikation waren außerordentlich zufriedenstellend, indem dieselben bei der Mehrzahl der Fälle (50 auf 60) die Syphilis-erscheinungen prompt zum Verschwinden brachte. Ähnliche Heilerfolge wie **CLAVETTE** e **FRAISE** hatte auch **E. DI TOMMASI** vom Jodquecksilberkakodylat zu verzeichnen.

Anästhesin. Neben dem reinen Anästhesin kommt auch ein salzsaures Salz des Anästhesins in den Handel, das in Wasser bis zu 1% löslich ist. Solche Lösungen lassen sich sterilisieren und können zur Erzielung von Infiltrations- und regionärer Anästhesie bei kleineren chirurgischen Eingriffen injiziert werden.

Acidum pyrogallicum. Wie **H. MINER** mitteilt, kann die in der Dermatotherapie als kräftiges Reduktionsmittel geschätzte Pyrogallussäure auch bei gewissen Affektionen der Harnwege vorzügliche Dienste leisten. In erster Linie sind hier zu nennen: tuberkulöse Blasenentzündungen, wo durch Instillationen von 2—4 ccm einer 2%igen, wässrigen Lösung bei dreimaliger Applikation in der Woche wesentliche Besserung der quälenden Symptome herbeigeführt wird. Bei Prostatitis chronica instilliert man 1—3 ccm obiger Lösung, nach vorhergegangener Reinigung der Blase mit Borsäurelösung, in den hinteren Teil der Portio membranosa. **MINER** gelang es ferner, alte septische, chronische Urethritiden in größerer Zahl durch diese Instillationen zu bessern, wie sich auch ein sehr günstiger Einfluss derselben auf die Cystitis subacuta nach Strikturen, sowie bei vesikaler Infektion von Prostataikern und in einem Falle von totaler Cystitis chronica feststellen liefs.

Acidum tartaricum pulveratum. **L. FRÉDÉRICQ** hat gefunden, daß die seit geraumer Zeit als Anhydrotikum, besonders gegen Fußschweiß, gebrauchte Weinsäure in erster Linie als lokales Reizmittel der Schweißdrüsen wirkt. Auf die Planta pedis aufgestreut, erzeugt die Säure nämlich binnen weniger als fünf Minuten eine übermäßige Schweißsekretion, und zwar scheint das Mittel durch die Ausführungsgänge der Haut zu den Drüsen zu gelangen, welche es direkt erregt. Wenn man mit dem Aufstreuen der Säure fortfährt, so kann das Stadium der Hypersekretion 24 Stunden andauern, wonach ein Zustand völliger Erschöpfung der Drüsentätigkeit eintritt, der während Wochen und Monaten fortbestehen bleibt. Eine einmalige oder öftere Anwendung des Mittels kann somit auf längere Zeit jede Sekretion von Fußschweiß zum Versiegen bringen.

Argentum colloidal (Itrol). Bei rezenter Uterusblennorrhoe und eitriger Urethritis reinigt WYER zunächst Scheide und Cervikalkanal mit Itrollösung und führt zwei- bis dreimal wöchentlich ein Itrolstäbchen folgender Zusammensetzung:

℞ <i>Aryenti citrici</i>	2,5
<i>Cerae albae</i>	1,5
<i>Ol. cacaonis</i>	9,0

Mf.: Bacilli Nr. XXX longitudinis 8 vel 4 cm

in die Cervix ein, wo es durch einen Tampon festgehalten wird. Auch bei puerperalen Geschwüren an der Portio und Cervix, in der Vagina und bei Dammrissen leistet das Itrol Vorzügliches.

Metaarsensäureanlid (Atoxyl). Bisher wurden 75 Fälle von Hautkrankheiten (Alopecia, Dermatitis exfoliativa, chronische Hautsarkomatose, Psoriasis und Lichen ruber) mit Atoxyl behandelt, und es gelang besonders bei letzterem Leiden, die Behandlungsdauer wesentlich abzukürzen, sowie vollständige Heilung zu erzielen. Bei Alopecia und Dermatitis exfoliativa war auf Atoxyleinführung kein Erfolg zu verzeichnen, auch bei Psoriasis konnte eine gänzliche Heilung nicht erreicht werden. SCHILD bezeichnet das Atoxyl als einen erwünschten Fortschritt auf dem Gebiete der Arsenotherapie, insbesondere wegen seiner leicht erträglichen, reizlosen und unschädlichen Applikation, wodurch es unter den bisher gebräuchlichen Arsenikalien einzig dasteht.

Calcaria hypochlorosa. TICHY empfiehlt folgende Lösung bei Verbrennungen zweiten und dritten Grades:

℞ <i>Calcariae hypochlorosae</i>	2,4—5,0
<i>Aquae destillatae</i>	990,0
Solve, filtra, adde:	
<i>Spiritus camphorati</i>	5,0
De: zu Umschlägen.	

Am ersten Tage werden nur Kühllumschläge mit Öl appliziert, etwa gebildete größere Blasen geöffnet und nach 24 Stunden die Chlorkalkkompressen aufgelegt, welche über 24 Stunden liegen bleiben. Sind die Kompressen trocken geworden, so werden sie mit frischer Lösung begossen. Die Kompressen erneuert man jeden Tag und setzt diese Behandlung solange fort, als noch Spuren einer Sekretion bestehen. Hierdurch ist man imstande, die Heilung in der Hälfte der Zeit zu erzielen, welche die gewöhnliche Behandlung mit Brandlinimenten beansprucht.

Epithol. Unter dem Namen „Epithol Gold“ und „Epithol Silber“ kommen Metalllegierungen in den Handel, welche aus Zinn und Kupfer bestehen, die durch Stampfwerke in ein außerordentlich feines Pulver gebracht und von mechanisch anhaftendem Fett durch geeignete Behandlung befreit sind. Die so gewonnenen, vollkommen antiseptischen Metallbronzepulver sind von L. HOFFMANN zunächst in der Tierheilkunde als Wundheilmittel geprüft worden, indem er das Pulver mittels Spatel auf die Wundstellen fest aufdrückte, so daß dieselben durch das darauf festhaftende Pulver geradezu vergoldet oder versilbert erschienen. Auf solche Art angewandt, erweisen sich die Bronzen als vorzügliche Deckmittel auf frischen, trockenen, aseptischen Wunden und bewähren sich auch als Heilmittel zur Behandlung von Hautreizen, Oberflächendefekten, Ekzemen und anderen, nicht kontagiösen Formen von Dermatitis. Eine besonders günstige Wirkung glaubt HOFFMANN von der Bronzebehandlung bei den akuten, nicht nässenden Dermatosen, welche auf mechanische Weise entstanden sind, z. B. oberflächliche Sattel- und Geschirrdrucke, Nesselsucht, Hautröte, gesehen zu haben. Gegenüber anderen Wundheilmitteln be-

sitzen die Epithole den Vorzug der bequemen Handhabung, der Keimfreiheit, der Ungiftigkeit, sowie des Fehlens lokaler Reizwirkung.

Extr. Folior. uvae urs. huid. Aus den Bärentraubenblättern bereitetes Fluidextrakt.

℞ *Extr. fluid. fol. uvae urs.* 15,0.

Ds: 3—4 mal täglich 20—40 Tropfen zu nehmen.

Neben diesem Fluidextrakt verwendet WERLEE (*Ärztl. Bundsch.* 1902. Nr. 16) auch ein Trockenextrakt der Bärentraubenblätter, das in Form komprimierter Tabletten, deren jede 0,25 g des Extr. sicc. enthält, unter dem Namen „Uropurin“ in den Handel gelangt. Von den Uropurintabletten werden täglich dreimal 1—2 Stück genommen. Die Uropurintabletten werden auch mit anderen Harnantiseptica, wie Salol, Hexamethylentetramin und Acidum acetylosalicylicum, versetzt (je 0,25 g auf die Tablette), um so als Antiblennorrhoeica interna Verwendung zu finden.

Glykosal. Äußerlich hat sich das Glykosal bei gewissen Hautkrankheiten, wie chronischem, squamösem Ekzem und Hyperkeratosis ekzematosa, als ein besonders den Keratinisationsprozess begünstigendes Mittel erwiesen. Man verordnet das Glykosal hierbei nach folgender Formel:

℞ *Glycosali* 3,0—5,0

Alcoholis q. s. ad solutionem

Adde: *Vaselini*

Lanolini ■ 30,0

Mf.: Unguentum.

Bei parasitären Hauterkrankungen, wie Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und Erythema, zeigt das Glykosal zwar keine so energische Wirkung wie viele andere Antiseptica, indessen gewinnt dasselbe auch hier Bedeutung, wenn das Leiden räumlich einen derartigen Umfang angenommen hat, daß sich die Anwendung jener stärkeren Mittel von selbst verbietet. Man wird sich alsdann stets des unschädlichen Glykosals entweder in Salbenform oder in Gestalt 20%iger alkoholischer Lösungen mit Erfolg bedienen können.

Hermophenyl, in Wasser leicht lösliches Quecksilberpräparat. Die Mehrzahl der Autoren verwirft die subcutane Injektion infolge ihrer Schmerzhaftigkeit und bedient sich der intramuskulären Einführungsmethode, für welche NICOLLE folgende Formel vorschlägt:

℞ *Hermophenyli* 0,05

Aquae destillatae 5,0

Solve et sterilisa.

Von dieser Lösung injiziert man bei jeder Sitzung 2 ccm (= 0,02 g Hermophenyl = 0,008 g metallischen Quecksilbers) tief in die Glutälmuskulatur und wiederhole die Injektionen zweimal in der Woche. Die innerliche Dosis beträgt 0,04—0,08 g pro die. Man kann das Mittel sowohl in Form einer Mixtur oder von Pillen verordnen, wie folgt:

℞ *Hermophenyli* 0,5

Aquae destillatae 10,0

Sir. aurant. cort. 100,0

Vini malacensis q. s. ad 250,0 ccm.

MDS: 1 Eßlöffel zweimal täglich bei den Mahlzeiten.

Heroin. hydrochloricum. Als Anaphrodisiacum hat sich das nach HEINS und STRAUS bei Pollutiones nimiae, Samenfluß und psychischer Impotenz infolge von geschlechtlichen Ausschweifungen bewährt, desgleichen bei schmerzhaften Erektionen nach Phimosenoperationen, bei akuten Entzündungen usw.

Hydrargyrum benzoic. oxyd. Für subcutane Injektionen:

℞ *Hydrargyri benzoici oxydati* 1,0
Natrii chlorati purissimi 0,75
Aq. destillatae ad 100,0 ccm.

Im Hinblick auf die geringe Löslichkeit, welche manche Sorten des käuflichen, unreinen Quecksilberbenzoats in Chlornatriumlösung zeigen, glaubt jedoch DESREQUELLE eine andere Formel vorschlagen zu sollen, welche lautet:

℞ *Hydrargyri benzoici oxydati* 1,0
Ammonii benzoici neutralis 5,0
Aq. destillatae ad 100,0 ccm.

Um die Injektionen weniger schmerzhaft zu gestalten, kann man der Lösung auch 0,75—1,0 g Kokainbenzoat beifügen.

Hydrargyrum colloidal. Empfohlen wird das Merkurkolloid sowohl im akuten Stadium der Nebenhodentzündung, wie nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen für die Resorption der Verhärtungen. Auch bei Funiculitis blennorrhoeica leistet das Merkurkolloid gute Dienste. Zur Behandlung der Bubonen bedient man sich mit Vorteil des Collempastrum Mercurii colloidalis und der 10%igen kolloidalen Quecksilbersalbe, während die Ulcera einer sukzessiven Behandlung mit Irolspray (1:4000) und Irol. pur. unterzogen werden.

Hydrargyrum lacticum oxyd. Man kann das Quecksilberlaktat in der syphilitischen Praxis innerlich wie den Liquor VAN SWIETEN in 1%iger wässriger Lösung verabreichen, von welcher täglich vier Kaffeelöffel voll in Zuckerwasser oder Milch zu nehmen sind. Die subcutane Injektionsdosis ist 1 ccm einer 1%igen Lösung pro die.

Jodophen. P. BENASSI hält dasselbe für ein gutes Trockenantiseptikum und Adstringens, dessen Gebrauch vorzugweise bei Ulcus molle angezeigt ist. Seine Anwendung in Pulverform bedingt keinerlei Unannehmlichkeiten, ein kurz andauerndes, leichtes Brennen ausgenommen; die der Wundfläche benachbarten Hautpartien werden nicht gereizt.

Jodyloform. Bei Ulcus molle und syphilitischen Primäraffekten wird das Jodyloform mit Liquor Aluminium acetici dreimal täglich auf die Ulcera aufgestreut und diese mit Watte bedeckt. Die Heilwirkung ist weniger rasch wie bei Jodoform, kann jedoch durch Heißluftkanterisation beschleunigt werden. Karbolwasser oder Sublimat dürfen niemals mit Jodyloform zugleich angewandt werden, da diese zu Reizung und Ätzwirkung Veranlassung geben würden.

Lenigallol. Als neue Indikation für die Verwendung des Lenigallols haben wir durch W. N. CLEMM die ohronischen Ekzeme auf akrophulöser Basis kennen gelernt. Der Autor trägt in solchen Fällen eine 20%ige Lenigallolpaste messerrückendick auf und legt einen Dauerverband an, welcher nach 2—3 Tagen erneuert wird.

A. Strauß-Barmen.

Pharmazeutische Produkte der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, 1908.

Antipyrin. M. WATIER empfiehlt zur Behandlung der Blennorrhoe folgende Lösung: Sublimat. 0,1, Antipyrin. 10,0, Aqu. dest. 1000,0. Drei bis viermal täglich in die Harnröhre zu injizieren und eine halbe Stunde darin zu lassen. — BRIX hat Antipyrin bei gewissen Neurosen des Harnapparates, bei Diabetes insipidus und ähnlichem angewendet. Auch bei den Neurosen der Blase, des Blasenhalses und der Prostata ist die beruhigende Wirkung des Antipyrins wiederholt beobachtet worden. Besonders günstig waren die Erfolge bei Prostataerkrankungen; hier sind vor allem Klysmen von 0,6—2,0 g auf 60 Wasser sehr zu empfehlen. Auch zu Blaseninjek-

tionen hat Verfasser das Antipyrin angewandt, indem er nach Auswaschen der Blase 20–80 g einer 2%igen Lösung in der Blase zurückließ. — VIGNERON macht Blasen-ausspülungen in folgender Weise: Vor Einbringung des eigentlichen Medikamentes, z. B. einer verdünnten Silbernitratlösung, spritzt er 100 ccm der $\frac{1}{2}$ %igen Antipyrinlösung ein und läßt sie 10–15 Minuten in der Blase. Dann folgt die Ausspülung, und nach deren Beendigung werden nochmals 100–150 ccm der genannten Antipyrinlösung in die Blase gebracht und dort gelassen. — M. E. GUIARD empfiehlt die Anwendung des Antipyrins per rectum in den verschiedenen Stadien der Prostatahypertrophie. In der ersten aseptischen Periode des Prostatismus lindert diese Medikation fast immer die nächtlichen Druckschmerzen, besonders wenn man dem Klystier 6–8 Tropfen Opium zusetzt. Ist der Prostatismus bereits mit schmerzhafter Cystitis verbunden, so bringen diese Klystiere mit einem Zusatz von 12–18 Tropfen Opium schneller und besser Erleichterung hervor, als die üblichen Zäpfchen mit Morphin, Cocain, Atropin.

Anästhesin. Äußerlich dient das Anästhesin zur Anästhesierung von Wundflächen vor der Touchierung, bei Hämorrhoiden, bei allen Arten von Geschwüren und schmerzhaften Wunden, wie Brandwunden, Ulcus cruris, Intertrigo, Hautgangrän, bei Pruritus, besonders bei Pruritus vulvae der Diabetiker und Pruritus der Ikerischen, bei Ekzemen als Pulver, sowie in Form von Streupulver mit Dermatol oder in Salbenform mit Lanolingrundlage. Innerlich genügen fast immer Gaben von 0,3–0,5 g mehrmals täglich bis ca. 2 g pro die; vor der Mahlzeit zu nehmen. Äußerlich kann Anästhesin je nach Bedarf aufgepudert werden, da es so gut wie unlöslich ist. In Form von Salben oder als Streupulver wird Anästhesin 5–20%ig angewandt. Vaginalkugeln und Stäbchen 0,5 g, Suppositorien 0,2 g pro dosi.

Tumenol. Indikationen. Das Tumenol wird wegen seiner Reizlosigkeit vielfach angewandt als trocknendes, Entzündung mäßigendes, Überhornung bewirkendes Mittel bei nässenden Ekzemen, Erosionen, Exkorationen, oberflächlichen Ulcerationen und Verbrennungen ersten und zweiten Grades. Sehr brauchbar erweist sich das Tumenol als juckstillendes Mittel beim Ekzem, besonders bei den rezidivierenden, mit Rhagadenbildung einhergehenden Formen am Anus, Skrotum usw., bei parasitären Dermatitiformen, wie auch bei Prurigo- und Pruritusformen. Als Verbandmittel findet das Tumenol vorzüglich Verwendung bei oberflächlichen, nicht zu stark nässenden und eiternden Ulcerationen, so z. B. bei den Ekthymaformen nach hochgradiger Pedikuloose, bei Rhagadenbildung von Hand- und anderen Ekzemen, bei Rifs- und Bisswunden von Tieren, bei der Nachbehandlung von Scabies mit nicht zu starkem Ekzem, bei Ulcus cruris usw.

Tumenol kommt hauptsächlich in folgenden Arzneiformen zur Anwendung: Als Tumenolсалbe 5–20%ig. Als 10%ige Tumenoltinktur, welche entweder mit Wasser- oder Glycerinzusatz bereitet wird. Diese beiden Tinkturen trocknen leicht (die wässrige vollkommen, die glycerinhaltige unter Bildung eines fettig-schmierigen, Streupulver gut festhaltenden Übersuges) und eignen sich vorwiegend zur Behandlung von trockenen, squamösen Ekzemen und multiplen Kratzererosionen. Als Tumenol-(Salicyl-)Seifenpflaster, welche früher als die einfachen Pflaster von den noch nässenden Flächen vertragen werden. Als Tumenolsulfon = Tumenolöl unverdünnt, zum Aufpinseln auf nässende und vesiculöse Ekzemflächen. Als feuchte Umschläge in Form der 2–5%igen wässrigen Tumenolsulfosäurelösung bei akut rezidivierenden Ekzemen (der Hände und des Gesichts) und bei akuten Rezidiven chronischer Unterschenkelgeschwüre. Diese feuchten Tumenolumschläge macerieren nicht, wie dies mit essig-sauren Tonerdeumschlägen oft der Fall ist, und stillen außerdem das Jucken. Als Tumenolsulfonsäure = Tumenolpulver, fein gepulvert, teils pur, teils mit vorher-

gehender Einsetzung der Geschwüre zur Bedeckung von ulcerösen Flächen, teils mit Zinkstreupulver gemischt bei Ekzemen.

Alumol. In der Dermatologie gelangte das Alumol mit Erfolg zur Verwendung bei Erosionen und Geschwüren, Ulcus molle, Abszessen, Balanitis und Urethritis, Ekzemen, Gesichtsakne, Drüsenschwellungen, Sykosis, Favus, Psoriasis des Kopfes und Gesichtes, Erythema exsudativum, Prurigo, Lupus usw. Ganz besonders hat sich das Alumol in der Urologie zur Behandlung der Blennorrhoe bei Männern und speziell der Frauen bewährt.

Argonin. Argonin ist mit Erfolg bei der akuten Blennorrhoe der Männer und Frauen besonders da angewendet worden, wo die entzündlichen Erscheinungen sehr in den Vordergrund traten. Nach Verschwinden der Gonokokken sind Adstringentien, wie Alumol und ähnliches, von grossem Nutzen. Argonin bringt den blennorrhoidischen blutigen Blasenkatarrh rasch zur Heilung. Das Argonin wird meist in 1—2%iger Lösung gebraucht; doch sind selbst 20%ige Lösungen ohne Reizerscheinungen eingespritzt worden.

Albargin. Das Albargin ist in allen Fällen von frischer und chronischer Blennorrhoe am Platze, solange Gonokokken nachweisbar sind. Ebenso wirkt es sicher bei Ophthalmoblennorrhoe. Bei den meisten Fällen von Blennorrhoe führt die 0,1—0,15—0,2%ige Lösung sicher zum Ziel. Für die Abortivbehandlung nach BLASCHKO wird eine 1—2%ige Lösung genommen. Als Prophylaktikum dienen 20%ige Albargin-Glycerinlösungen, welche unter dem Namen „Prophylactol“ in einer äusserst zweckmäßigen, den strengsten hygienischen Anforderungen entsprechenden Packung in den Apotheken zu haben sind. Bequemste Dosierungsart: Albargintabletten à 0,2 g, in Röhrcchen à 50 Stück.

A. Strauß-Barmen.

Eine Gefahr des Adrenalins, von F. NEUGEBAUER. (*Zentralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 51.) Verfasser sah in drei Fällen nach Injektion von Adrenalin Gangrän auftreten, ohne dass bei den Patienten Zucker im Harn aufgetreten war; er empfiehlt deshalb die Dosis des Adrenalins sehr einzuschränken. Der erste Fall betraf einen 28jährigen kräftigen Mann, dem zwecks Phimosenoperation das Mittel in das Praeputium injiziert war; beide Blätter desselben wurden in toto gangränös. Die beiden anderen Fälle sind nicht so beweisend, da sie alte Frauen betrafen, bei denen nach Entfernung von Gesichtskankroiden die zur Deckung ohne besondere Spannung aufgelegten, breit gestielten Lappen in toto gangränös wurden.

F. Hahn-Bremen.

Über Alkoholschläge, von J. S. KOLBASENKE. (*Ther. Monatsh.* Dez. 1903.) Verfasser wandte in zahlreichen Fällen und auch bei sich selbst nach einer septischen Infektion SALZWEDELSche Dunstverbände (einige Schichten Gaze mit 90%igem Alkohol getränkt, darüber Guttapercha) mit grossem Erfolge an. Der Verband bildet ein mächtiges schmerzstillendes Mittel, welches in den Anfangsstadien der Eiterung letztere kupt, in den späteren Stadien unterdrückt bzw. einschränkt. Die Reizwirkung des Alkohols, welche sich an von zarter Haut bedeckten Stellen, namentlich in der Nähe von Schleimhäuten, sowie auch bei offenen Wunden und an der Epidermis benahten Stellen bemerkbar macht, kann man leicht dadurch verringern, dass man diese Stellen mit Xeroform bestreut oder im Notfalle mit irgendeinem sterilen indifferenten Fette bestreicht. Die unter dem undurchlässigen Verbände entstehenden Alkoholdämpfe dringen augenscheinlich durch die Haut und können wahrscheinlich die tiefer liegenden Gewebe und Organe erreichen. Man müsste die Wirkung der SALZWEDELSchen Verbandes auch bei phlegmonösen Anginen und in den Anfangsstadien des Scharlachs erproben. In beiden Fällen wird der Verband auf den Hals gelegt. Es wäre erwünscht, mittels Experiment an lebenden Tieren festzustellen, wie tief die Alkoholdämpfe einzudringen vermögen. Es wäre erwünscht, an lebenden

Tieren festzustellen: 1. wie der Alkoholverband auf die Phagocytose bei Entzündungen wirkt; 2. wie derselbe auf die Stabilität und die Virulenz der pathogenen Organismen wirkt; 3. wie der Alkoholverband auf die entsprechenden Toxine wirkt; 4. welche Eigenschaften die in den nekrotischen Geweben befindlichen Ptomaine, Leukomaine usw. bei Anwendung des Verbandes und bei Nichtanwendung desselben besitzen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Anästhesiebehandlung des Erysipels, von HENIUS. (*Therap. d. Gegens.* 1903. Nr. 1.) In 25 Fällen wurde eine 10%ige Salbe verwandt. Die Anästhesie war eine vollständige, so daß auch Berührung und Druck keinen Schmerz mehr auslösten. Üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

A. Strauß-Barmen.

Über Euguformum solubile, von MAX JOSEPH-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Euguform, ein aus Guajacol und Formaldehyd durch Acetylierung gewonnenes Produkt, wurde von JOSEPH wegen seiner anästhesierenden und antiseptischen Eigenschaften empfohlen. Er hat jetzt ein Euguformum solubile, eine 50%ige Lösung des Euguforms in Aceton, herstellen lassen und berichtet über gute Erfolge bei Prurigo, Lichen simplex chronicus und Pruritus ani. Das Jucken pflegt schon nach wenigen Pinselungen aufzuhören. Gegen Strophulus infantum wendet Verfasser das Mittel in einer Schüttelmixtur an:

B Euguform. solub.	10,0
Zinc. oxydat.	
Amyl.	■ 20,0
Glycerin.	80,0
Aq. dest.	ad 100,0

Endlich bewährte sich eine 20%ige Salbe bei Tyloma palmare et plantare.

A. Loewald-Kolmar.

Über FETRON-Salbe, von OSKAR LIEBRICH. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 12.) Als Ersatz für Vaseline empfiehlt L. die FETRON-Salbe, deren Haltbarkeit entweder allein oder mit medikamentösen Zusätzen unbegrenzt ist. Sie wird von der Haut gut getragen und hindert nicht die Einwirkung der Medikamente auf die Haut. SAALFELD wandte FETRON-Salbe in 160 Fällen mit günstigen Resultaten an.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über den diagnostischen Wert des Wasserstoffsperoxyds bei Fluor und Fluorverdacht, von HEDINGER-Angermünde. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 5.) Betupft man mit Wattebänschen, welche in H_2O_2 getränkt sind, die Vulva vagina oder die Portio vaginalis, so färbt sich die Schleimhaut weiß, sobald ein Fluor albus oder blennorrhoeus besteht, oder sobald ein solcher im Anzuge ist; gelingt also diese Reaktion, die im gesunden Genitalgewebe nie auftritt, so ist man imstande, die gewöhnlich vor dem Ausbruch eines Fluor aufstrebenden Unterleibschmerzen richtig zu würdigen und zu behandeln. Das Verfahren erzeugt zwar einen Schmerz, derselbe geht aber schnell vorüber.

Arthur Rahm-Cölm.

Über Gonosan, von M. FRIEDLÄNDER. (*Deutsche Ärztestg.* 1903. Nr. 12.) Nach Ansicht des Verfassers verleiht die Kombination der verschiedenen Momente, Erhöhung der Acidität, Anästhesierung und Frohämie den aus ca. 20% Kawaharz und ca. 80% Sandelöl bestehenden Gonosankapsel ihren besonderen Wert. Sie erwiesen sich als ein sehr zuverlässiges Mittel zur Bekämpfung der Urethritis port. blenn.

A. Strauß-Barmen.

Helmitol, ein neues Harndesinficiens, von F. GILBERT-München. (*Deutsch. Prax.* 1904. Nr. 2.) Verfasser gibt folgende Indikationsstellung auf Grund seiner Erfahrungen: Helmitol ist überall angezeigt, wo Bakterien zu bekämpfen sind, mit Aus-

nahme der Gonokokken, ferner bei akuter Blennorrhoe als Prophylaktikum, desgleichen bei chronischen Urethritiden, endlich bei Alkalescenz des Harnes.

A. Strauß-Barmen.

Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol, von JOSEF MÜLLER-Engelberg. (Ingang-Dissert. Zürich, 1903.) Verfasser hat auf Grund der günstigen Erfolge, die Hruss klinisch mit Helmitol erzielte — einige seiner Krankengeschichten werden kurz wiedergegeben —, eine Reihe bakteriologischer Untersuchungen angestellt, aus denen folgendes hervorgeht. Nährböden, denen Helmitol in verschiedener Konzentration zugesetzt war, zeigten bei Beschickung mit verschiedenen pathogenen Keimen absolute Sterilität bei einer Konzentration des Helmitols von 1:1000, eine Wirkung, die in einzelnen Fällen bis 1:5000 ging, während Urotropin im gleichen Verhältnis versagte. Ähnlich war die Wirkung bezüglich der Entwicklungshemmung in eiweißreichen Flüssigkeiten und die bakterientötende Kraft in Reinkulturen. Auch normaler menschlicher Urin zeigte nach Helmitolgenuss eine bakterienentwicklungshemmende Wirkung, die beim Helmitol größer war als beim Urotropin. Der chemische Nachweis von Formaldehyd, das bekanntlich bei Urotropin wie bei Helmitol im Körper abgespalten wird und das wirksame Desinfizienz darstellt, gelang noch im Urin, der sechs Stunden nach Einnahme des Mittels entleert war. — Zu bemerken ist, daß MÜLLER 2 g Helmitol als eine Dosis ansieht, die etwa 0,85 g Urotropin entspricht, und daß er der größeren Menge Helmitol den Vorzug gibt, weil die Wirkung auf Magen und Harnröhre bei größeren Quantitäten Urotropin in Magenverstimmung und starkem Brennen beim Urinieren sich kundgibt, während Helmitol auch bei Einnahme der größten Tagesdosis (ca. 8 g) stets anstandslos vertragen wurde.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Therapeutik der Ichthyolverbindungen mit spezieller Berücksichtigung des Ichthoforms und Ichthargans, von J. BURNET-Edinburgh. (*Lancet*. 12. März 1904.) Das Ichthoform verwendete B. mit bestem Erfolg als Streupulver, teils pur, teils mit Acid. bonic. oder Ziakoxyd bei Ulcus varicosum. Bei Dysidrosis war eine Mischung von Ichthoform, Bismut und Amylum hervorragend nützlich. Als 1—5%ige Salbe mit Lanolin und Vaseline war das Mittel bei chronischem und subcutanem Ekzem sowie auch bei impetiginösem Ekzem und sogar bei Scabies durchaus wirksam. Verfasser empfiehlt auch sehr eine Ichthoformgaze als Ersatz für Jodoformgaze. Ichthargan wurde bei 21 Fällen von Blennorrhoe in der Stärke von 1:5000 bis 1:500 mit wenigstens 17 vollständigen Heilerfolgen angewandt. Man hüte sich aber ja vor zu konzentrierten Lösungen. In Salbenform (0,5—5,0%) war es wirksam bei Ekzema seborrhoicum, sowie sonstigem Ekzemen, bei Tinea tonsurans Harpes zoster usw. Bei Furunkeln schien die Einreibung eine 10%igen Salbe abortiv zu wirken.

Philippi-Bad Salschlurf.

Karbolsäure, Lysol, Lysoform, von F. NAGELSCHEIDT. (*Therap. Monatsch.* Febr. 1903.) Das Resultat der Arbeit ist das folgende: Lysol ist der Karbolsäure vorzuziehen, da es weniger giftig ist. Beiden ist das Lysoform überlegen. Es ist noch weniger giftig als Lysol, ätzt nicht und hat einen angenehmen Geruch bei gleicher desinfizierender Kraft.

A. Strauß-Barmen.

Einiges über Lygosinin-Ohinin, von J. v. TÖRÖK. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 4.) Bei Ulcus cruris, Wunden, Pflégmonen und parenchymatösen Hämorrhagien lobt Verfasser die austrocknende und schützende, granulationsbildende und antiseptische Wirkung des Mittels. Auch seine stark blutstillende Eigenschaft wird gerühmt.

A. Strauß-Barmen.

Das Levuretin (eine völlig reine Trockenhefe) und die Saccharomycotherapie (Hefekur), von HEDRICH-Mülhausen i. Els. (*Dtsch. Ärztztg.* 1904. Heft 3.)

Nach einem geschichtlichen Überblick über die Hefetherapie, aus dem hervorzuhellen ist, daß die Bierhefe schon im 16. Jahrhundert von Mönchen als Schutzmittel gegen die Pest angewandt wurde, kommt Verfasser auf die Qualität der zu verwendenden Hefe zu sprechen. Unreine Hefe ruft im Magen Säure, Krämpfe und andere Beschwerden hervor, somit ist es wichtig zu wissen, daß das Hefeprodukt, das Bier, von guter Qualität ist, um die Garantie zu besitzen, daß die Hefe medizinisch verwendbar ist. Diese Voraussetzung trifft zu für das Levuretin, eine Trockenhefe, welche aus der Musterbrauerei Boch & Co. in Lutterbach i. Els. her stammt. Die chemisch-biologische Analyse ergibt, daß das Levuretin frei von jeder Verunreinigung durch Mikroorganismen, durchaus gärungsfähig ist. Die mikroskopische Untersuchung läßt keine Spur Stärke erkennen, dagegen reichlich Glykogen. Das Levuretin ist reich an Katulose (reduzierendes Ferment). 100 g Levuretin mit einem Überschuß von Wasserstoffsuperoxyd behandelt, entwickeln in acht Stunden ungefähr $5\frac{1}{2}$ l Sauerstoff.

Das Levuretin kann auch vom chemischen Standpunkt aus als ein komplettes Nahrungsmittel betrachtet werden, denn es enthält Eiweißkörper, Kohlehydrate, Fettkörper, Phosphorsalze (Glykogen, Albumosen, Peptone und Nuklein). Von Wichtigkeit ist namentlich der sehr erhebliche Gehalt an Nuklein; letzteres wird im Magensaft in Nukleinsäure umgewandelt, diese Säure besitzt in hohem Grade die Eigenschaft, die Toxizität der verschiedenen pathogenen Bakterien zu vermindern. Es muß also angenommen werden, daß nicht nur die Saccharomyceszelle und ihr Fermentsekret, sondern auch die durch die Hefe gelieferte Nukleinsäure eine Rolle bei der bakteriziden Wirkung spielt. Daher ist der Nukleinreichtum einer Hefe von großer Wichtigkeit, und gerade das Levuretin zeichnet sich vor anderen Trockenhefen in dieser Beziehung besonders aus.

Verfasser empfiehlt die Anwendung des Levuretins bei: 1. Hautkrankheiten (Furunkulose, Antrax, Akne, Follikulitis). 2. Eiterungen. 3. Luftwegeerkrankungen (Pneumonie, Bronchitis, tuberkulösen Katarrh). 4. Enteritis. 5. Leukorrhoe (extern). 6. Bei allgemeinen Infektionskrankheiten: (Influenza, Typhus, Pest, Variola, Erysipel, Masern, Scharlach, Diphtheritis). 7. Diabetes mellitus. 8. Adeno-Skrophulose. 9. Carcinom. Man gibt 3—6 Kaffeelöffel täglich, entweder in den leeren Magen vor der Mahlzeit oder nach der Mahlzeit, das erstere empfiehlt sich bei Furunkulose, Eiterungen, Infektionskrankheiten, um die Hefe so wenig wie möglich der sauren Magensekretion auszusetzen, die zweite Verabreichungsart bei Katarrhen, Diabetes, Skrophulose, Carcinomen, denn auf diese Weise wird die Umformung des Nukleins in Nukleinsäure durch den sauren Magensaft begünstigt. Man nimmt das Levuretin in Wasser oder direkt mit einem Schluck Wasser nach, oder auch in leichtem Biere.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Untersuchungen einiger Dauerhefepräparate des Handels mit besonderer Berücksichtigung ihrer biologischen Eigenschaften und therapeutischen Wertbarkeit, von PAUL KRAUSE-Breslau. (*Ther. d. Gegenw.* März 1904.) In der von STRÜMPFELLSchen Klinik unterzog KRAUSE verschiedene Hefepreparate einer genaueren Untersuchung mikroskopisch und kulturell, ferner in bezug auf den Wassergehalt und auf ihre Gärkraft. Uns interessiert aus der auch literarisch reichhaltigen Arbeit die Zusammenstellung der bisherigen therapeutischen Erfolge der Hefe bei Hautkrankheiten, wo sie zunächst relativ am häufigsten schon zur Anwendung kam. Es kann sich aber fernerhin kaum mehr darum handeln, frische Hefe anzuwenden, sondern man wird am sichersten gehen, wenn man den Dauerhefepräparaten, wie sie jetzt schon auf den Markt kommen, den Vorzug gibt. KRAUSE führt davon speziell an: Zymin, Levure de Bière, Boossche Tabletten, Cerevisaine, Leourinose, Furunkuline und Reolksapseln.

In der Dermatologie hat bisher die Furunkulose, die Akne jugendlicher Individuen und die Urticaria Behandlung mit Hefe gefunden. Ferner wurde Hefe bei Pocken, Masern, Scharlach mit Erfolg gegeben.

Außerlich vermag angeblich die Hefe bei torpiden Geschwüren und Neoplasmen als pulverförmiges Streumittel rasch eine Vernerbung herbeizuführen.

Bei Furunkulose hat KRAUSE selbst drei Fälle günstig auf Hefe reagieren sehen; einmal ganz besonders in dem Sinne, daß nach einer vierwöchentlichen Hefekur (dreimal täglich ein Eßlöffel frischer Bierhefe) keine Rezidive mehr eintraten, während vorher monatelang Furunkulose bestanden hatte. Besonders hervorgehoben ist das Zymin. (Erwähnt ist aber nicht das Carolin-BÖHRINGER, was leicht in Pillenform zu nehmen und anscheinend auch zuverlässig, bei Furunkulose wenigstens, in der Wirkung ist. Ref.)

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Über die Anwendungsweise des Mesotans, von L. WEHL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) Verfasser empfiehlt zur Vermeidung von Dermatitis, Erythemen usw.: milde Einreibung oder Einpinselung, bei längerem Gebrauch mit mehr-tägigen Pausen und gutes Zukorken der Flaschen, da schon geringe Feuchtigkeit das Mittel zersetzt.

A. Strauß-Barmen.

Das Mesotan, von A. TAUSIG-Wien. (*Allg. Wien. med. Zeit.* 1904. Nr. 6.) Mesotan zeigt einen günstigen Einfluß bei Pruritus, Hyperidrosis, sowie verschiedenen Dermatosen. Neuerdings wird Mesotan in sehr handlicher Form in den Handel gebracht, nämlich als imprägniertes Guttaperchaspapier resp. Pflaster.

A. Strauß-Barmen.

Über Nafalan und Nafalanpräparate, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 4.) Nachdem S. schon mit dem Naftalan der früheren Naftalan-Gesellschaft zu Magdeburg gute Erfolge erzielt, und er sich bereits vorgenommen hatte, einen Pflastermull von Naftalan in die dermatologische Praxis einzuführen, ging die Fabrikation des Naftalans in andere Hände über, und die bisherige Gesellschaft stellte nunmehr das sog. Nafalan (Retortenmarke) her. Nun wendete sich S. an die Nafalan-Gesellschaft zu Magdeburg, um von dieser nach seiner Angabe einen Nafalanpflastermull (Retortenmarke) herstellen zu lassen, und zwar lautet die Vorschriften: 50% Nafalan, 85% Pflastermasse und 15% Zinkoxyd; durch letzteren Zusatz war es möglich, jegliche Reizerscheinungen etwa seitens der Pflastermasse zu vermeiden. Dieser Nafalanpflastermull leistete gute Dienste bei Furunkeln und Follikulitiden und übertraf bei der Abortivbehandlung ebenfalls unter Auflegen von heißen Brei-(Hafergrütz-)Umschlägen die bisherigen Pflastermulle, selbst den Karbol-Quecksilberpflastermull bei großen Akne vulgaris-Knoten, bei Bubonen der Achsel- oder Leistengegend; ja selbst in gewissem Sinne bei der Syccosis vulgaris und parasitiasia hatte S. gute Erfolge im Sinne einer Erweichung oder Einschmelzung oder Heilungsbegünstigung; das letztere gilt auch gegenüber den Rhagaden beim Ekzema siccum (aufgerissene Hände).

Die bisherigen Nafalanpräparate hat S. überhaupt durchweg mit bemerkenswerten Erfolgen angewendet, so das Nafalan (R.-M.) beim Gewerbe-Ekzem und bei Dermatitis artificialis, namentlich bei der durch Chrysarobin hervorgerufenen Dermatitis!

Die medizinische Nafalanseife tat in Form der Seifenwaschungen gute Dienste bei soborrhischen Zuständen und bei Herpes tonsurans der Kinder und Frauen.

Die Nafalantoiletteseife endlich, die 5% Nafalan enthält, benutzte S. selbst mit gutem Erfolge bei aufgesprungenen Händen.

Alles in allem, die Nafalanpräparate haben nicht nachgelassen im Verhältnis zu den früheren Erzeugnissen der Magdeburger Gesellschaft.

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Über Quecksilber-Nephritis, von T. M. SWAN - Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Jan. 1904.) Wegen einer vermeintlichen Syphilis, welche sich indessen schließlich als Psoriasis herausstellte, hatte eine 81jährige Witwe eine recht energische Behandlung mit Ungt. hydrargyri nebst innerlicher Darreichung von Hg. bijodid usw. durchgemacht. Es entstand eine intensive Nephritis mit starker Albuminurie und hyalinen Zylindern, Nierenepithelien und Leukocyten im Urin. Nach der Richtigstellung der Diagnose wurde das Hg. sofort sistiert, doch konnte nach fast 18 Monaten im Urin noch Hg. nachgewiesen werden. Die Untersuchungen wurden teils nach der ALMÉNSEN Methode ausgeführt, teils nach einem vereinfachten Verfahren, das im wesentlichen dem von WIRZ angegebenen entspricht und den Nachweis des Hg. unter Anwendung von Salzsäure, Kali chloricum zum Freimachen des Hg., das sich dann auf einen eingeschobenen blanken Kupferdraht niederschlägt, im Laufe von etwa einer Stunde ermöglicht.

Philippi - Bad Salzschiefer.

Kohlenteer und seine Derivate in der Behandlung von Hautkrankheiten, von M. B. HARTZELL - Philadelphia. (*The Therap. Gas.* Jan. 1903.) Aus der großen Zahl der Teerderivate hebt H. nur einige der gebräuchlichsten hervor: Liquor carbonis detergens vermindert bei schuppigen Infiltraten des chronischen Ekzems die Hyperämie und lindert das Jucken, in spirituöser Lösung oder als Salbe mit Ungt. caseini. Karbolsäure ist Hautanästhetikum und das beste Mittel gegen Pruritus; Trikresol hat in 50%iger Lösung gute Erfolge bei Alopecia areata gezeitigt. Eine vielfältige Verwendung hat Resorcin gefunden: H. lobt es als bestes Mittel gegen Akne und nimmt es als 40—50%iges Pflaster bei oberflächlichen Epitheliomen. Naphtol hat bei Ekzem und Psoriasis weniger prompt gewirkt als bei parasitären Hautaffektionen, namentlich Trichophytie des Kopfes. Von Orthoform hat Verfasser wenig gute Erfolge gehabt und oft irritative Dermatitis gesehen. Im ganzen hat sich von der Unmenge der auf den Markt gebrachten Teerderivate nur eine beschränkte Anzahl als wirksam gezeigt, aber diese werden ihren Platz in der Dermatologie behaupten.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Die dermatologisch wichtigen Bestandteile des Teers und die Darstellung des Anthrasols, von H. VIEH-Ludwigshafen. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Nr. 12.) Der rohe Teer wurde in folgende vier Anteile zerlegt:

1. Bestandteile, die mit Alkali extrahierbar sind, also hauptsächlich die sauerstoffhaltigen Verbindungen, Phenole und Säuren.
2. Bestandteile, die mit Mineralsäure extrahierbar sind, also hauptsächlich die stickstoffhaltigen Basen, wie Pyridin und Chinolin.
3. Alle Bestandteile, welche nach Entfernung der bisher genannten aus der übrigbleibenden Teermasse im Vakuum abdestilliert werden können, hauptsächlich die Teerkohlenwasserstoffe.
4. Das Pech, welches bei der Destillation als Rückstand bleibt.

Dermatologisch kommen aus Gruppe 1 die Phenole in Betracht, die juckstillend wirken, aus Gruppe 2 nichts. In Gruppe 3 sind diejenigen Bestandteile, die für die eigentliche dermatologische Wirkung die Grundlage bilden. Der Bestandteil 4, das Pech, ist zur Heilung von Hautkrankheiten unbrauchbar. Um also ein brauchbares Präparat zu erzielen, welches nur die dermatologisch wirksamen Bestandteile erhält, muß vor allem das Pech entfernt werden, ebenso die Pyridinbasen, so daß nur die Phenole und Kohlenwasserstoffe zurückbleiben. Ein solches Präparat ist das Anthrasol. Die mit Anthrasol hergestellten Salben sind farblos und beschmutzen nicht die Wäsche, eine gute Grundlage für dasselbe ist Glycerinsalbe mit Zusatz von Lanolin. Die 10%ige Salbe bewährte sich besonders bei Pruritus ani. Auch in Seifenform ist das Anthrasol brauchbar.

Bernhard Schulse-Kiel.

Das Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyols, von Dr. J. SILBERSTEIN. (*Ärztl. Central-Ztg.* 1908. Nr. 3.) Das Thigenol erwies sich als ebenbürtig dem Ichthyol, vor dem es die Vorzüge der Geruch- und Geschmacklosigkeit, Billigkeit und Reinlichkeit besitzt. Nicht nur bei verschiedenen Hauterkrankungen, wie Scabies, Favus, chronischem Ekzem, Akne vulg., bewährten sich 10- bis 20%ige Salben und Pasten, sondern auch bei Blennorrhoe Einspritzungen mit 1- bis 5%igen Lösungen.

A. Strauß-Barmen.

Beobachtungen über Thigenol „Roche“ in der Behandlung der Hautkrankheiten, von J. PAZYNA. (*Przeгляд lekarski.* 1904. Nr. 5.) Verfasser berichtet über seine Versuche mit Thigenolanwendung an den Patienten der dermatologischen Klinik von Prof. RZESS in Krakau und eigenen Privatkranke. Das Präparat wurde hauptsächlich in Fällen von akutem und chronischem Ekzem angewendet. Bei akutem trockenem Ekzem wurde eine 10—20—30%ige Thigenolsalbe (mit Ungt. simplex, Ungt. zinci WILSONI, LASSARSCHE Pasta oder Lanolin) verordnet; bei akuten nässenden oder vesikulösen Formen versuchte Verfasser Thigenol in Verbindung mit Ungt. diachyli oder in 80—50%iger alkoholisch-wässriger Lösung anzuwenden; bei chronischem Ekzem wurde die Anwendungsart verschieden, manchmal ist dabei reines Thigenol gepinselt worden.

Das Mittel wurde im allgemeinen, besonders in Salbenform, sehr gut vertragen, und die Resultate waren, besonders bei chronischen Ekzemen auf seborrhoischer Basis, ausgezeichnet. Von anderen Dermatosen versuchte Verfasser das Thigenol in mehreren Fällen von Dermatitis artefacta, Impetigo, Trichophytie, Lichen chronicus, Verbrennungen, Prurigo mitis, Herpes pro genitalis, Akne vulgaris, Pityriasis rosea, Sykosis, Krythrasma, chronischer Urticaria — teils mit ausgezeichneten, teils mit sehr befriedigenden Resultaten. Auch in einem Falle von frischem Lupus erythematosus soll die 20%ige Zink-Thigenolsalbe ausgezeichnete Resultate geliefert haben. Von drei Scabiesfällen wurde einer nach SAALFELDS Vorschrift (Thigenol 70,0, Spir. vini 20,0, Aq. dest. 10,0) behandelt; die Prozedur (dreimaliges Bepinseln des ganzen Körpers je zwölf Stunden) mußte zweimal wiederholt werden. Von ausgezeichnetem Erfolge war die Behandlung der zwei anderen Fälle nach dem Verfahren von JACQUET (Schmierseife, nach einer Stunde Bad und dann reines Thigenol am ersten Tag; zweimaliges Wiederholen der Prozedur am zweiten Tage).

Thigenol wäre für Behandlung der Krätze schon aus dem Grunde sehr empfehlenswert, da es nicht übelriechend und relativ billig ist, und da es die Wäsche nicht beschädigt.

Nach Ergebnissen der wenigen Versuche des Verfassers mit Thigenolanwendung bei Blennorrhoe, glaubt er das Mittel bei Behandlung der Urethritis post-blennorrhoeica empfehlen zu dürfen.

Leon Feuerstein-Bad Hall.

Über die Wirkung des Thioforms bei einigen Hautkrankheiten, von J. SZABÓKY. (*Orvosi-Hetilap.* 1908. Nr. 25. Malléklet.) Verfasser verwendete das Thioform in 110 Fällen und kam zu folgenden Resultaten: 1. Bei chronischen Ekzemen, bei Ekzem en plaques ist das Thioform nicht zu empfehlen, da er stets zu anderen Mitteln recurririeren mußte. 2. Bei Epidermisierung größerer Wundflächen, bei Pyodermien, bei Dyhidrosis ist das 50%ige reine Thioformpulver mit guten Resultaten zu empfehlen. 3. Bei Ulcus molle, Herpes pro genitalis, Balanitis, akutem Ekzem, professionellen Dermatitisiden, Ekzema impetiginosum, Intertrigo, Ekzema varicosum, Impetigo contagiosa ist das 10%ige und 20%ige Thioformpulver oder -vaselin als gut und rasch wirkendes Mittel zu empfehlen. *A. Alpár-Alexandria.*

Angioneurosen.

Lymphatische Hypersekretions-Verhaltungen und Ödeme, von MAURICE LOEFLER. (*Presse méd.* 1908. Nr. 78). Auf Grund vielfacher Untersuchungen kommt der Verfasser zu etwa folgenden Schlüssen: Das renolymphatische Gleichgewicht vermag durch mannigfache Ursachen gestört zu werden. Diese verschiedene pathologische Zustände verursachenden Faktoren vereinigen sich meistens, und ihre Folge sind Lymphhypersekretion, Aotentionen von Lymphe oder Ödeme. Wenn sich die Gewebe normal entleeren, wenn die Nieren gut funktionieren, so folgt auf die Hypersekretion von Lymphe vermehrte Urinausscheidung, wie bei der BRIGERSchen Niere und dem Diabetes. Andernfalls fließt die gebildete Lymphe nicht genügend ab. Es kommt zu Ödem oder Verhaltung der Lymphe, Selbst in diesem pathologischen Zustande ist der Zusammenschluß der Gewebsekretion nnd der Nierenabsonderung unverkennbar. Gewisse Ödeme sind die Folgen von Veränderungen der Blutszusammensetzung oder der Kraft der Zirkulation. Sie können als wirklich „befreiende“ Ödeme, als Akte der Regulierung des physisch-chemischen Gleichgewichts des Blutes im Falle der ungenügenden Nierentätigkeit angesehen werden.

Hopf - Dresden.

Das Verhältnis der Proteide zu Ödema bei infantilem Marasmus, Urinanalyse bei Diarrhoe der Kinder, von PALMER A. POTTER - East Orange. (*Med. News.* 9. Jan. 1904.) Im Gegensatze zu KENLEY, der in einer „Studie über Sommerdiarrhoe an 555 Fällen“ die gleichzeitige Erkrankung der Nieren bei Diarrhoe hervorhob, kam P. nach seinen Erfahrungen, welche er hier durch sieben Fälle illustriert, zu dem Ergebnis, daß akute Diarrhoe (protrahierte Fälle ausgenommen) nicht von Nierenerkrankung begleitet, und die Verabreichung von Alkohol als Stimulus in solchen Fällen nicht gefährlich ist. Ödema im Verlaufe einer Diarrhoe bei marantischen Kindern ist ein schlimmes Zeichen, jedoch nicht absolut ein Symptom des drohenden Todes oder einer bestehenden Herz- oder Nierenerkrankung. Das hochgradig schlechte Allgemeinbefinden wird dabei am besten nach P. in der Weise behandelt, daß man ohne Rücksicht auf die Diarrhoe die Proteide in der Nahrung vermehrt (reine Milch, Molken usw.)

Stern-München.

Hartes, traumatisches Ödem des Handrückens, von L. CHEINISSE-Montpellier. (*Semaine méd.* 11. März 1908.) Außer dem entzündlichen, infektiösen oder einem tuberkulösen Prozesse zugrunde liegenden Ödem des Handrückens gibt es eine meist auf ein Trauma zurückgeführte harte Schwellung des Hand-(und Fuß-)Rückens, die sehr schmerzhaft und so derb ist, daß Fingerdruck keine Impression hinterläßt. Dieses „idiopathische“ Ödem, dem keine Fraktur und keine periostischen Veränderungen zugrunde liegen, stellt im allgemeinen nur eine derbe Infiltration des die Sehnencheiden umgebenden Bindegewebes dar; und ein Autor, BORCHARD, berichtet über ein positives Resultat der Untersuchung mit Röntgenstrahlen: er hat eine größere Transparenz der Phalangen und eine Rarefizierung des Knochengewebes, wie SUDROK bei der akuten entzündlichen Knochenatrophie beschreibt, nachweisen können. Die Affektion gibt eine zweifelhafte Prognose, hat jedenfalls eine monatelange Dauer und ist nur der Einwirkung heißer Luft und heißer Bäder zugänglich, während Massage direkt schädlich ist.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Aus Dr. UNNAS Dermatologikum zu Hamburg.

X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepithelium.

Von

Dr. A. PASINI-Mailand,

Assistent an der dermatologischen Klinik der Universität Parma.

Mit einer Farbentafel.

Gegen Ende des verflossenen Jahres hat UNNA eine Methode bekannt gemacht zur Auffindung der Epithelfasern und der Zellmembran in den Stachelzellen der Schleimschicht.¹ Nach einigen unwesentlichen Abänderungen in der Technik dieser Methode hat UNNA dann im vergangenen Januar auf die Tatsache aufmerksam gemacht, daß in den spitzen Kondylomen besondere, bisher unbekannte Zellen vorkommen, die sich durch ihre spezifischen Merkmale von allen anderen Zellen, die man bei dieser Affektion konstatiert, unterscheiden lassen. Während aber diese Zellen morphologisch und in bezug auf ihre Färbbarkeit eine besondere Stellung einnehmen, besitzen sie andererseits keine charakteristischen Merkmale, mit Hilfe welcher sich ihre Abstammung ableiten ließe. UNNA hat sie deshalb als X-Zellen bezeichnet.²

Zum besseren Verständnis dieser neuen Färbemethode, welche das Resultat einer Reihe eifriger und scharfsinniger Untersuchungen UNNAS bildet, will ich folgende Bemerkungen vorausschicken:

In der Haut, sowie in den meisten anderen Geweben, gibt es unter normalen Verhältnissen verschiedene Substanzen — es können sich darunter auch pathologische befinden —, die eine verschiedene chemische Reaktion aufweisen, d. h. zu den einzelnen Farbstoffen eine verschiedenen Affinität haben. So haben das Elacin, die Kerne und, sofern solche vorhanden, die Bakterien und das Fibrin, eine saure chemische Reaktion und sind

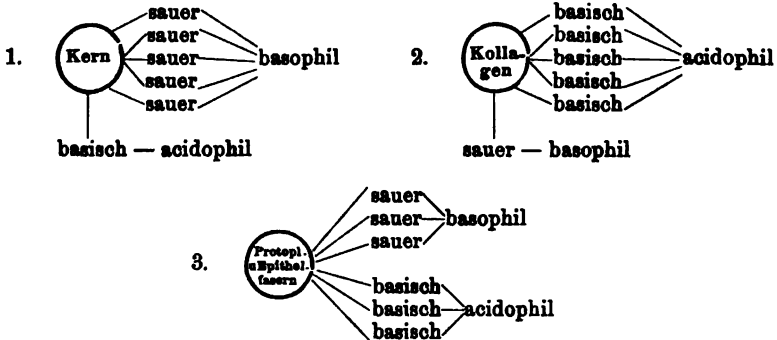
¹ UNNA, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 37, Nr. 7 u. 8.

² UNNA, *Ibid.* Bd. 38, Nr. 1.

deshalb ausgesprochen basophil. Das Kollagen und das Elacin reagieren basisch und haben demnach eine Affinität zu den sauren Farbstoffen. Zwischen diesen beiden Reihen von Substanzen gibt es in der Haut eine dritte, welche das Protoplasma und die Epithelfasern umfaßt und keine bestimmte chemische Reaktion zeigt, noch eine konstante Affinität Farbstoffen gegenüber. Sie besteht somit aus Elementen, die sowohl mit basischen als mit sauren Farbstoffen chemische Kombinationen eingehen können, je nach dem Mittel, mit welchem sie zuvor empfindlich gemacht wurden.

Um diese Tatsachen, welche die Grundlage der histologischen Technik bilden, schematisch darzustellen und besser verständlich zu machen, kann man sich nach dem Vorschlage von EHRlich drei Moleküle vorstellen, welche bezw. den Kernen, dem Kollagen und dem Protoplasma mit den Epithelfasern entsprechen würden.

Im ersten Molekül, das sich vorzugsweise aus Atomen mit saurer Reaktion zusammensetzt, zeigen die letzteren eine große Affinität zu basischen Farbstoffen. Im zweiten haben die Atome meist eine basische Reaktion und kombinieren sich vorzugsweise mit sauren Farbstoffen. Im dritten sind die sauer und die basisch reagierenden Atome ungefähr in gleicher Anzahl vorhanden.



Es handelt sich demnach im letzteren Falle darum, den einen oder den anderen Teil der Atome zu neutralisieren, damit das Molekül in seiner Gesamtheit eine saure oder eine basische Färbung annehme. Um ferner eine verschiedene Färbung der beiden, das Molekül zusammensetzenden Atomarten zu erzielen, müssen Mittel verwendet werden, welche befähigt sind, die chemische Aktivität der beiden Substanzen zu differenzieren.

In dieser letzteren Beziehung hat UNNA darauf Bedacht genommen, eine neue Färbemethode einzuführen, mit Hilfe welcher sich in den Epithelzellen gleichzeitig das Protoplasma und die Epithelfasern differenzieren lassen.

UNNA³ hat bereits in einer früheren Arbeit über die Färbung des Kollagens hervorgehoben, daß die Wasserblau-Orceinmethode eine spezifische Blaufärbung des Protoplasmas und der Epithelfasern liefert. Hiervon ausgehend, suchte UNNA die beiden Substanzen zu differenzieren, indem er zuerst eine Kontrastfärbung für das Protoplasma allein anwandte, nämlich Eosin, dann die Epithelfasern zu fixieren trachtete, um dieselben zur Aufnahme weiterer Farbstoffe vorzubereiten. Hinzufügen von Essigsäure zum Orcein-Wasserblau und nachheriges Färben mit Eosin führten zu keinem günstigen Resultate, indem das Wasserblau das Protoplasma und die Epithelfasern gleichmäßig färbt. Ausgezeichnet gelang ihm dagegen folgende Methode, die sich auf die Tatsache gründet, daß die Epithelfasern eine größere Affinität zu den basischen Substanzen haben als das Protoplasma: sie besteht darin, daß die Schnitte zunächst mit saurem Orcein-Wasserblau-Eosin und dann nachträglich mit Safranin gefärbt werden; die auf diese Weise rot gefärbten Epithelfasern werden dann schliesslich mit einer Lösung von Kalium bichromat. fixiert.

Bei dieser Färbemethode von UNNA hat man es mit drei sauren Substanzen zu tun: Wasserblau, Eosin, Orcein, letztere infolge ihrer Vermischung mit Essigsäure. Von diesen drei Substanzen dient nur die erste, das Wasserblau, als Färbungsmittel, die anderen sind nur Beizen, welche die chemischen Affinitäten des Protoplasmas von denen der Epithelfasern differenzieren und letztere für die nachherige Safraninfärbung empfindlich machen. Sie können dann auch ohne empfindliche Gefährdung des Gelingens der Methode übergangen werden.

Auf diese Weise gelang es UNNA sehr leicht, die Epithelfasern in den Stachelzellen nachzuweisen. Gleichzeitig machte er die Entdeckung, daß ausserhalb des durch das Wasserblau blau gefärbten Zellprotoplasmas in den nämlichen Zellen eine weitere, ziemlich breite Zone vorkommt, die sich sehr schwach blau färbt, und die er für eine Membran der Stachelzellen ansieht.

Ebenfalls mit Hilfe dieser Methode konnte UNNA den Nachweis leisten, daß in den spitzen Kondylomen und in den Hautepitheliomen konstant besondere zellige Elemente vorkommen, die zwischen den gewöhnlichen Zellen der Neubildung zerstreut liegen, die verschiedensten Gestalten aufweisen können und im wesentlichen aus folgenden Elementen zusammengesetzt sind: einem homogenen Protoplasma, das sich intensiv mit Wasserblau färbt, ferner aus einem ein- oder mehrfachen durch das Safranin intensiv rot gefärbten Kerne, der meist von einer schmalen hellen Protoplasmazone umgeben ist. Es sind dies die Zellen, die UNNA als X-Zellen bezeichnet hat, weil er sich bisher über deren Abstammung

³ UNNA, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 37, Nr. 7 u. 8.

keine Gewißheit verschaffen konnte. Er hat diese Zellen sehr genau beschrieben, um sie hauptsächlich von den Leukocyten zu unterscheiden, mit denen sie bei oberflächlicher Betrachtung verwechselt werden könnten. Er hat sich nur, gestützt auf den anatomischen Befund, hypothetisch dahin ausgesprochen, diese Zellen könnten einer besonderen Degeneration der Epithelien ihre Entstehung verdanken. Es handelt sich nun darum, festzustellen, ob diese X-Zellen wirklich ein Degenerationsprodukt der Epithelien sind, und ob diese Degeneration mit einer anderen bereits bekannten, vor allem mit der hyalinen, der häufigsten Varietät derselben, übereinstimmt. Mit dieser Aufgabe bin ich nun von UNNA betraut worden.

Meine Untersuchungen erstrecken sich über eine ganze Reihe von pathologischen Präparaten, alles Epitheliome, von denen einige in Alkohol, andere in Formalin gehärtet worden sind. Aus der Gesamtheit dieser Präparate habe ich sechs Epitheliome ausgewählt, die mir für meine Untersuchungen am geeignetsten erschienen.

Bereits ihr morphologisches Aussehen und ihre Lokalisation im Gewebe lassen sie hinreichend von den hyalinen Körperchen unterscheiden, obwohl auch diese in den Epitheliomen die verschiedensten Gestalten annehmen können.

Ich wünschte vor allem zu erfahren, ob irgendeine bereits bekannte Färbemethode der hyalinen Körperchen meinem Zwecke dienen könnte. Ich erreichte aber dabei nur negative Resultate, was die X-Zellen anbelangt. Ich gebe hier eine übersichtliche Darstellung derselben:

Methode A (UNNA)⁴ — Hämatein-Säurefuchsin-Pikrinsäure.

Die hyalinen Körperchen sind gelblichrot gefärbt; die violetten Kerne und das rotblaue Kollagen stechen vom gelben Protoplasma deutlich ab.

Weder im Epithel noch im Stützgewebe finden sich Elemente, die den X-Zellen entsprechen.

Methode B (UNNA) — Hämatein-Säurefuchsin.

Die hyalinen Körperchen sind karminrot, das Protoplasma und die Kerne violett, das Kollagen bläulichrot.

Keine differenzierten X-Zellen.

Methode C (UNNA) — Hämatein-Alkohol. Orangelösung.

Die hyalinen Körperchen sind intensiv gelb, das Protoplasma hellbraun, die Kerne und das Keratohyalin blau.

X-Zellen nicht differenziert.

Methode D (UNNA) — Hämatein-Säurefuchsin-Anilin-HCl.

Die hyalinen Körperchen sind karminrot, das Protoplasma und die Kerne violett, das Kollagen blaurot.

Man erkennt keine X-Zellen.

⁴ UNNA, Die Darstellung des Hyalins in der Oberhaut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. 19, Heft 5, S. 663.

Methode E (UNNA) — Hämatein-Safranin-Gerbsäure-Pikrinsäure.

Die hyalinen Körperchen sind orangerot,
das Protoplasma graugelb, die Kerne violett, das Kollagen blau. Keine X-Zellen differenziert.

Methode F (UNNA) — Orcein-Methylenblau-Salzsäure.

Die hyalinen Körperchen sind intensiv braun, das Protoplasma grau, die Kerne blau. Keine differenzierten X-Zellen.

Methode G (UNNA) — Eosin-Gentianaviolett-Jod.

Hyaline Körperchen rot, Kerne intensiv blau, Epithelbündel blau. Keine X-Zellen.

Methode H (PELAGATTI)⁶ — Polychromes Blau - Gelbes Blutlaugensalz.

Die zentralen Partien der hyalinen Körperchen sind dunkelviolet und von einem viel helleren Hofe umgeben. Keine X-Zellen.

Methode I (PELAGATTI) — Magentarot-Wasserblau (UNNA).

Die hyalinen Körperchen sind mohnrot, das übrige Gewebe gleichförmig himmelblau. Keine differenzierten X-Zellen.

Dieses negative Resultat bei der Färbung der X-Zellen war für mich keineswegs ein unerwartetes, da sie sich nur nach der UNNASchen Methode und bei gleichzeitiger Anwendung eines Färbemittels und einer Beize elektiv färben lassen. Ich mußte demnach anderswie vorgehen.

Wie bereits bemerkt, färben bei der UNNASchen Methode das saure Orcein, Wasserblau und Eosin die X-Zellen, das Safranin die Kerne und die Epithelfasern, während dem Kalium bichromat. die Aufgabe zukommt, den basischen Farbstoff der letzteren zu fixieren. Zur Erreichung meines Zweckes erachtete ich es deshalb für nötig, nur den ersteren Abschnitt der UNNASchen Färbemethode zu benutzen und sonach andere saure Farbstoffe anzuwenden, welche eine ausgesprochene Affinität zu den hyalinen Körperchen haben, die eine basische Reaktion zeigen. Am geeignetsten erwies sich mir in dieser Beziehung das Säurefuchsin, dem ich den ersten Farbstoff aus UNNAS Formel vorausgehen liefs. Nach dieser Methode erzielte ich eine gleichzeitige elektive Färbung der X-Zellen und der hyalinen Körperchen: die ersteren stechen durch ihre intensiv blaue Farbe von dem umliegenden blafsblauen Gewebe ab, die letzteren nehmen die intensiv rote Färbung des Säurefuchsin an. Was mich aber hier am meisten interessierte und verwunderte, war der Umstand, daß ich gleichfalls eine rote Färbung der Kernkörperchen und der Epithelfasern erhielt.

⁶ PELAGATTI, Blastomyceten und hyaline Degeneration. *Virchows Archiv.* 1897. Bd. 150.

Wie konnte nun der neue saure Farbstoff, das Säurefuchsin, nach vorausgehender Behandlung der Präparate mit dem ersten Farbstoffe aus UNNAS Formel, eine chemische Färbungsaffinität mit Substanzen eingehen, die naturgemäß sauer sind und sich auch dementsprechend nach der UNNASchen Methode mit dem Safranin kombinieren? Zum Zwecke der Erläuterung dieser Tatsache habe ich vor der Färbung mit Säurefuchsin den ersten Farbstoffkomponenten in UNNAS Formel in verschiedener Weise zerlegt, und zwar nach folgenden Kombinationen:

	Eisenpig	Eosin	Orcein	Wasserblau	Säurefuchsin	Resultate
1.	+	-	-	+	+	homogene Blaufärbung des Protoplasmas, Kerne entfärbt, hyaline Körperchen rot wie Färbung Nr. 1.
2.	-	+	-	+	+	Protoplasma und Epithelfasern blau, Kern entfärbt, hyaline Körperchen rot.
3.	-	-	+	+	+	wie Färbung Nr. 3.
4.	-	+	+	+	+	Ibid.
5.	+	-	+	+	+	wie Färbung Nr. 1.
6.	+	+	-	+	+	Protoplasma blaßblau; X-Zellen intensiv blau, Epithelfasern und Kerne lebhaft rot, hyaline Körperchen braunrot.
7.	+	+	+	+	+	

Aus diesem Schema ist ersichtlich, daß nicht eine einzige der Substanzen, welche die erste Farbstofflösung in der UNNASchen Formel bilden, ausgelassen werden darf, ohne daß dadurch das Resultat gefährdet werde. Man kann daraus schließen, daß die besondere Wirkung, welche durch diese Färbung auf die Gewebe ausgeübt wird, nicht ausschließlich dem einen oder dem anderen Komponenten zuzuschreiben ist, sondern einer neuen Eigenschaft, welche diese Komponenten gewinnen, wenn sie sich vereinigt finden.

Diese Tatsache vorausgesetzt, fragt es sich, in welcher Weise die UNNASche Färbung auf die Gewebe wirkt, und wie sich diese verändern, damit nachträglich eine Kombination von Farbstoffen saurer Reaktion mit Gewebselementen zustande kommt, die ebenfalls eine saure Reaktion aufweisen.

Daß die Mischung Wasserblau-saures Orcein-Eosin als Beize wirkt, läßt sich von der Tatsache ableiten, daß das Gewebe unter dem Einflusse dieser Mischung seine chemischen Affinitäten modifiziert und ferner auch aus Analogie mit anderen in der histologischen Technik wohl bekannten ähnlichen Tatsachen. UNNA nimmt nun an, daß die Wirkung der Beize darin besteht, daß sie die saure Reaktion der Kerne unterhält und den

Epithelfasern eine analoge Reaktion verleiht. Nach meinen Untersuchungen dagegen, wobei ich das basische Safranin durch das saure Fuchsin ersetzte, bin ich geneigt, anzunehmen, daß die genannte Beize auf die Epithelfasern und das Chromatinnetz der Kerne in der Weise wirkt, daß sie ihnen eine amphophile Reaktion verleiht. Zu dieser Schlussfolgerung wurde ich notwendigerweise durch den Umstand geleitet, daß ich in Schnitten von einem und demselben Präparate eine Färbung der Kerne und der Epithelfasern erhielt, ob ich nun nach der Behandlung mit der Beize mit Safranin oder mit Säurefuchsin färbte.

Nach meiner Färbemethode erhielt ich demnach bei Anwendung von ausschließlich sauren Substanzen eine Differenzierung aller Elemente des Hautgewebes, der sauren sowohl als der basischen. Dies scheint mir eine ganz neue Entdeckung in der histologischen Technik zu sein, und habe ich sie deshalb hier in ihren Einzelheiten beschrieben, und empfehle ich sie zu weiterem Studium.

Die Hautstücke werden in Alkohol oder noch besser in Formalin fixiert, in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingeschlossen, welches dann nachträglich entfernt wird. Die sehr dünnen, 5—7 μ dicken Schnitte werden wie folgt gefärbt:

1. Die Schnitte kommen während 5 Minuten in eine Lösung, die unmittelbar vor dem Gebrauche bereitet werden muß und folgendermaßen zusammengesetzt ist:
 - 10 Tropfen der GRÜBLERSchen Wasserblau-Orocin-Essigsäurelösung,
 - 12 Tropfen einer 1%igen Eosinlösung in 50° Alkohol,
 - 5 Tropfen neutrales Glycerin.
2. Sorgfältiges Waschen in destilliertem Wasser.
3. 0,50%ige Säurefuchsinlösung in destilliertem Wasser während 15 bis 20 Minuten.
4. Sorgfältiges Waschen in destilliertem Wasser, bis der Schnitt die rote Fuchsinfarbe verliert.
5. Absoluter Alkohol, Bergamottöl (oder Xylol), Balsam.

Vor dem Einschlufs in Balsam ist es ratsam, den Schnitt unter dem Mikroskop zu betrachten, und wenn die Blaufärbung zu intensiv ist, so kann man ihn wieder in Alkohol und in Wasser legen, wo er noch etwas Farbe verliert; bevor man ihn aus dem Wasser in Alkohol bringt, tut man wohl, ihn nochmals während einiger Minuten mit Fuchsinlösung zu behandeln. Um eine gute Färbung der Epithelfasern zu erzielen, ist es, wie bei der Safraninfärbung UNNAS, nötig, die Rotfärbung nicht allzusehr verschwinden zu lassen, und damit die X-Zellen gut hervortreten, ist es vorteilhafter, das Säurefuchsin etwas stark zu entfärben.

Mit Hilfe dieser Technik erzielte ich eine sehr konstante Färbung bei spitzen Kondylomen und Epitheliomen. In zwei Epitheliomen jedoch

mifalang mir die Färbung beinahe vollständig; dieses wird aber einem jeden der in der mikroskopischen Technik Übung hat, wenig auffallen, und wenn man den Umstand in Betracht zieht, daß der Erfolg der Färbung hauptsächlich von den Beizen abhängt, daß ihre Wirkung sehr leicht durch eine eventuelle vorherige Anwendung von therapeutischen Substanzen beeinträchtigt werden kann, welche die chemische Beschaffenheit des Hautstückes verändert haben.

Bereits bei schwacher Vergrößerung lassen sich die beiden Arten von Elementen leicht erkennen inmitten eines schwach blau gefärbten Gewebes; das Protoplasma der X-Zellen ist intensiv blau und die Kerne rot; die hyalinen Körperchen sind intensiv braunrot gefärbt. Aber außer diesen tinktoriellen Eigenschaften unterscheiden sich die X-Zellen noch durch besondere morphologische Merkmale und ihre verschiedene Lokalisation von den hyalinen Körperchen. UNNA⁶ unterscheidet beim Epitheliom neun Arten von hyalinen Körperchen: zu einer ersten Art zählt er diejenigen, welcher sich frei zwischen den Zellen befinden und stets eine genau kugelförmige Gestalt zeigen, sie müssen offenbar als Entartungsprodukte des Bindegewebes betrachtet werden, welche mit dem Lymphstrom zwischen die Zellen geschwemmt worden sind. Zu den anderen Arten zählt UNNA diejenigen hyalinen Körperchen, die als Degenerationsprodukte der Epithelzellen anzusehen sind; dieselben können entweder genau die Gestalt der Zellen reproduzieren, von denen sie abstammen, oder sich innerhalb dieser Zellen an irgendeiner Stelle des Protoplasmas oder des Kernes oder als Fremdkörper um diesen letzteren herum ablagern.

Infolge ihrer konstanten Lagerung zwischen den Epithelzellen können die X-Zellen auf den ersten Blick mit der ersteren Kategorie von UNNAS hyalinen Körperchen verwechselt werden; ihre Unterscheidung von den letzteren ist jedoch nicht schwer, wenn man sich erinnert, daß die zwischen den Epithelzellen liegenden hyalinen Körperchen stets eine vollständig runde Gestalt und ein homogenes Aussehen haben, daß dagegen die X-Zellen Fortsätze führen, welche ihnen die verschiedensten Gestalten verleihen; auch da, wo sie unendlich erscheinen, sind sie niemals vollständig kugelförmig, und es fehlt ihnen die Homogenität der zur ersten UNNASchen Kategorie gehörenden hyalinen Körperchen.

Was die übrigen acht Kategorien anbelangt, die auf eine teilweise oder vollständige Entartung der Epithelzellen zurückzuführen sind, so hat man dieselben bloß von jenen Zellen zu unterscheiden, welche in ihrer Gesamtheit die hyaline Entartung eingehen können. Des ferneren findet man nirgends X-Zellen in einer anderen Epithelzelle eingeschlossen, wie dies bei den hyalinen Körperchen konstatiert wird. Außer den absolut

⁶ UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. S. 702.

sicheren Erkennungszeichen, die auf der Farbreaktion beruhen, gibt es noch einige morphologische und topographische.

Die Epithelzellen, welche gänzlich hyalin entarten, haben ihren Kern und das Protoplasma durch Säurefuchsin gleichmäßig rot gefärbt. In den X-Zellen behalten der Kern und das Protoplasma stets eine verschiedene Farbreaktion, so daß die Zelle niemals als eine homogene Masse erscheint, sondern als ein aus zwei Substanzen, dem Kerne und dem Protoplasma, zusammengesetztes Gebilde.

Ebenso ist die Lokalisation der hyalinen Körperchen und der X-Zellen im Gewebe nicht dieselbe. Die ersteren finden sich gewöhnlich im Zentrum der Epidermiskugeln und in der Nähe von Zellen, die den Verhornungsprozess abgeschlossen haben. Wenn sie andere Abschnitte des Gewebes einnehmen, so liegen sie bald inmitten von typischem Schleimschichtgewebe oder von Zellen, die beträchtliche morphologische Veränderungen durchgemacht haben; sozusagen immer liegen sie im distalen Teile der basalen Keimschicht oder in den vorgeschritteneren Teilen des epitheliomatösen Gewebes. Auch die Lokalisation der X-Zellen ist nicht immer eine absolut bestimmte und konstante, doch kann man sagen, daß sie sich vorzugsweise in nächster Nähe der Basalschicht und zwischen Zellen lokalisieren, die keine bedeutenden Veränderungen erlitten haben.

Um das Resultat meiner Untersuchungen in wenigen Worten zusammenzufassen, halte ich mich zur Behauptung berechtigt, daß, was die Hautepitheliome anbelangt, die X-Zellen zellige Elemente sind, die sich von den hyalinen Körperchen durch drei Hauptmerkmale unterscheiden:

1. ihre verschiedene Affinität zu Farbstoffen;
2. die verschiedene Morphologie dieser Elemente;
3. ihre verschiedene Lokalisation in den Geweben.

Vor Schluss meiner Arbeit will ich noch beifügen, daß das Studium der X-Zellen in den Epitheliomen mir die nötigen Anhaltspunkte zur Stütze der UNNASCHEN Theorie von der Abstammung dieser Zellen von den Epithelien geliefert hat. Ich habe nämlich in meinen histologischen Präparaten viele Zellen gefunden, welche in Anbetracht ihrer Farbreaktion und ihrer morphologischen Merkmale ebenso viele Zwischenstufen zwischen den gewöhnlichen Epitheliom- und den X-Zellen bildeten. Soweit meine Beobachtungen reichen, lassen sich bei der Evolution der X-Zellen folgende drei Tatsachen hervorheben:

1. stufenweises Verschwinden der Epithelfasern;
2. progressive Kondensation des Protoplasmas von der Peripherie nach dem Zentrum der Zellen und wachsende Affinität der Zelle zum Wasserblau;
3. Aufquellen des Kernes und sukzessive Umbildung desselben in eine ein- oder mehrfache Masse einer gleichförmigen Substanz.

Nach diesen meinen Untersuchungen und den früheren von UNNA sind die X-Zellen als eine besondere Entartung des Hautepithels zu betrachten.

Zum Schluss meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. UNNA meinen besten Dank auszusprechen für die Arbeitsgelegenheit im Laboratorium und für die Unterstützung, die er mir durch Rat und Tat zuteil werden liefs.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Erklärung der Figuren.

Fig. 1. Epitheliom der Stirn. Färbung mit Wasserblau-saurem Orcein-Eosin-Säurefuchsin nach meiner Methode. Das Protoplasma der X-Zellen ist dunkelblau (1), der Kern rot gefärbt. Die intra- und extracellulären (2) hyalinen Körperchen sind dunkelrot. In hyaliner Degeneration begriffene Epithelzelle (3).

Fig. 2. Epitheliom der Lippe. Gleiche Färbung wie oben. 1. X-Zellen; 2. hyalin entartete Zellen; 3. Wanderzellen. In diesem Präparate wurde die Entfärbung des Säurefuchsin nicht weit getrieben, weshalb die rot gefärbten Epithelfasern gut sichtbar sind.

Fig. 3. Epitheliom der Schläfe. Färbung wie bei Fig. 1. 1. In X-Zelle umgewandelte Epithelzelle: das Protoplasma ist zusammengezogen und intensiv blau. 2. Andere Epithelzelle in X-Zelle umgewandelt: gleiches Aussehen des Protoplasmas; der Kern ist aufgetrieben und durch das Säurefuchsin beinahe homogen rot gefärbt.

Weitere Studien zur Aufklärung der chemischen Natur des WEIGERTSchen und UNNAschen Elastinfarbstoffes nebst Mitteilungen über Schnellfärbung des elastischen Gewebes und neue schnellfärbende Elastinfarbstoffe.

Von

Dr. med. A. PAPPENHEIM.

Nach in Gemeinschaft mit Dr. F. PRÖSCHER ausgeführten Versuchen.

I.

Gelegentlich früherer Untersuchungen über diesen Gegenstand bin ich rein empirisch zu dem Resultat gekommen, daß im Orcein neben sauren auch basische Eigenschaften vorhanden sein mußten gemäß seiner gleichzeitigen Karyophilie und Plasmophilie; ferner, weil es Baumwolle nicht nur in saurem, sondern auch in neutralem und basischem Bade anfärbt. Ich vermutete im Orcein einen Amidoxykörper, einen Amidophenol, der nicht nur mit Alkalien blaue Salze und mit Metalloxyden und Erdalkalien Lacke bildet, sondern ich vertrat auch die Ansicht,

Fig. 1.

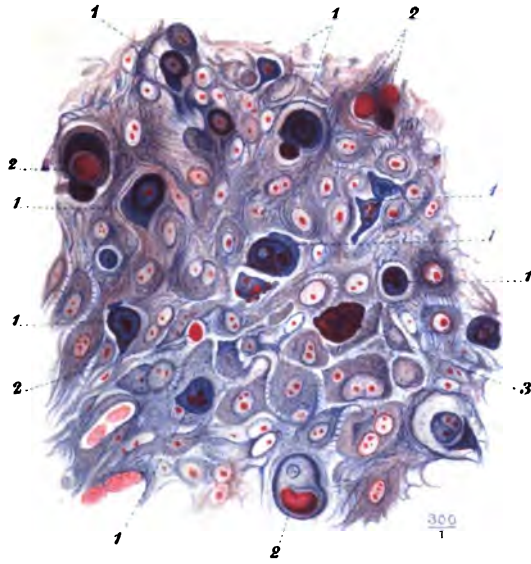


Fig. 2.

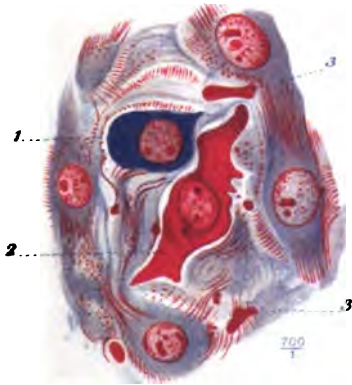
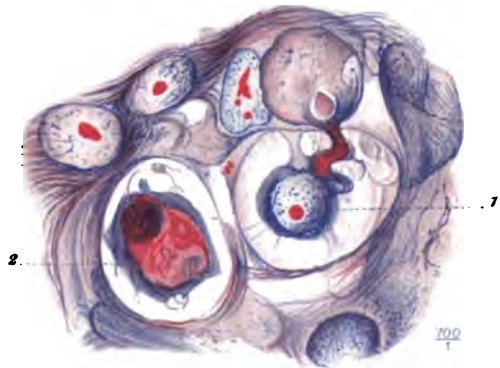


Fig. 3.



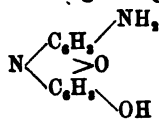
dafs die lackartige Verbindung des Orcein mit Tannin durch Verkuppelung der Gerbsäure mit dieser hypothetischen basischen Amidogruppe zustande kommt, und erklärte infolgedessen das zur Elastinfärbung nach TAENZER obligatorische angesäuerte (saure) Orcein als ein neutralisiertes (saurer) Farbsalz, bei dem die Essig- resp. Salzsäure an die problematische basische Amidogruppe der „Orceinsäure“ verankert ist und das als solches, gewissermassen physikalisch, von der Baumwolle resp. elastischen Faser auf sich niedergeschlagen wird. Entsprechend wären Gemische von Pikrinsäure und Orcein, von Kongorot und Orcein etc. als eine Art neutraler Farbstoffe aufzufassen, deren freie Affinität durch die nicht engagierte saure Hydroxylgruppe des Orcein repräsentiert wird.

Die Dinge bei dem sauren Amidophenol (Amidochinon) des Orcein liegen danach annähernd ähnlich wie bei gewissen gefärbten basischen Hydroxylaminen und Karboxylaminen (Oxychinonimiden) bei Chromgrün, Rhodamin, Anisoline, Gallocyanin, die sowohl Tannate gemäß ihrer basischen Natur, als auch Metallacke infolge ihres sauren Phenolcharakters bilden; und während das amidosulfosaure Wasserblau trotz des Vorhandenseins an Sulfogruppen doch noch imstande ist, mittels seiner basischen Amidogruppen schwach lackartige Tannate zu bilden, bildet das amidosulfosaure Gallusblau oder Tanninindigo nicht nur auch ziemlich gut lösliche sulfurierte Tannate (ähnlich wie die sulfurierten Metallacke der Alyzarinblausäure), sondern unter Umständen gleichzeitig sulfosaure Salze an der Sulfogruppe und Chloride an der Amidogruppe.

Gestützt fanden wir diese Anschauung von dem in sich neutralen amphoterem Charakter des Orcein durch seine Entstehungsgeschichte; muß doch zu seiner künstlichen Bereitung das saure Orcein (mittels H_2O_2) nicht blofs in alkalischer, sondern unbedingt in ammoniakalischer Lösung oxydiert werden, d. h. also doch wohl unter Aufnahme von N.

Ein Fingerzeig, wie wir uns annähernd die Konstitution des Orcein vorzustellen haben, wurde dadurch gegeben, dafs wir fanden, dafs bei entsprechender Oxydation von Resorcin¹ ein lakmoidähnliches Resorcinblau (Indikator) entsteht, dessen unbeständige Alkalisalze schön blau gefärbt sind, dessen empfindliche Nuance aber durch die geringsten Mengen selbst schwacher Säuren oder saurer Salze metachromatisch nach rot hin umschlägt

Nun hat das zu den Oxazinen gehörige Resorcinblau die Formel



¹ Es wäre erwünscht, entsprechende Oxydationen vorzunehmen auch von Phenol, Orthokresol, Hydrochinon, Hydrochinonmethyläther, Pyrogallol, Phloroglucin, p. Xylol-orcein, Methylpyrogallol.

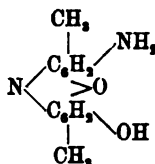
und da Resorcin die Formel



besitzt, so müssen wir annehmen, daß bei dem Prozeß der Farbstoffbildung durch Oxydation in ammoniakalischer Lösung zwei Moleküle Resorcin und zwei Moleküle Ammoniak miteinander in Aktion getreten sind, derart, daß sich ein Komplex $\text{N-C}_6\text{H}_3\text{-NH}_2$ verkuppelt mit einem Komplex $\text{O-C}_6\text{H}_3\text{-OH}$, bezw. daß in jedes Molekül Resorcin ein Ammoniakrest eintritt, so daß das Resorcinblau entsteht durch die ringförmige doppelte Verkuppelung von $\text{N-C}_6\text{H}_3\text{-OH}$ und $\text{O-C}_6\text{H}_3\text{-NH}_2$.

Es ist also jedenfalls in jedem Molekül Resorcin die eine Hydroxylgruppe durch den basischen Ammoniumrest substituiert.

Entsprechend hätte man anzunehmen, daß bei der Bildung des Orcein aus Orcin³ (Methylresorcin $\text{C}_6\text{H}_3\text{O}_2$, Dioxytoluol 1.3.5) ebenfalls zwei Moleküle Orcin unter N-Aufnahme sich kondensieren und somit das färbende Prinzip der Orseille³ (ROXELLA und LEOANORA) annähernd folgende Konstitutionsformel⁴ besitzen würde:



Die ringförmigen Oxazine sind infolge ihrer Ringbildung durch den stark elektro-negativen Sauerstoff säureechter als die einfachen offenen Diphenylamine, die basischen Chinonimide (Indamine) und die sauren Indophenole. Infolge der stark sauren Tendenz in dem chromophoren Kern dieser Farbstoffe sind die gebräuchlichsten Oxazine zumeist die sauren Derivate derselben, während bei den weniger stark elektro-negativen Thiazinen die basischen Farbstoffe prävalieren.

Im übrigen sind sowohl die Diphenylamine wie auch die Oxazine und Thiazine mehr oder weniger blau, grünlichblau und blauviolett. Allein das Methylenrot zeigt reinere rötliche Nuance.

Auch das Orcein kann man zur Not noch violett (rötlichblau) nennen, doch ist es eigentlich mehr purpurfarben, bläulichrot, da die rote Komponente stark überwiegt.

Vielleicht ist die Sonderheit der Nuance durch eine Parachinonbildung bedingt,

² Entsprechende Reaktionen auch mit Äthyl usw. und Phenylresorcin wären vorzunehmen.

³ Hämatoxylin und Brasilin gehören zu den Xanthoren, Karminsäure zu den Oxynaphtochinonen; die Krappfarben sind Alizarine.

⁴ Auch die Herstellung eines entsprechenden (vermutlich dem Methylenviolett teilweise ähnlichen) Thiazinfarbstoffes (Thioorcein), sowie eines dazugehörigen Azursulfons wäre sehr interessant und erwünscht.

⁵ Entsprechende Oxydationen aus NH_3 , Methyljuglon H_2O_2 , wären noch vorzunehmen.

wie sie die Acridine, und wie sie die roten Azine (Eurhodine, Safranine, Aposafranine) vor den blauen Orthochinonindulinen auszeichnet.

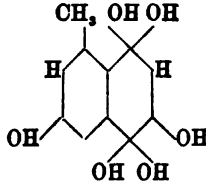
Möglich dürfte es auch sein, daß auch hier beim Orcein Orthochinonbildung vorliegt und die rote Nuance vielleicht auf ähnlichen Ursachen beruht wie bei den ebenfalls zu den Orthochinonen gehörigen Rosindulinen, welche nämlich Naphtalin-derivate mit haptophorer Gruppe am Naphtalinkern sind.

Wenn dem so wäre, dann wäre das Orcein teilweise ein Naphtolderivat, ein Derivat etwa des methylierten Dioxynaphtalin (Juglon)⁵ und danach verwandt dem Naphtolblau und Muscarin.

Durch solche Annahme würde dann das rote Orcein in seiner Konstitution angenähert dem Karminrot bzw. der Karminsäure, speziell vielleicht auch der Cochenille ammoniacale.

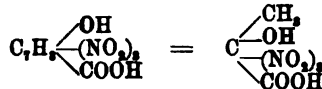
Das Karminrot, das färbende Prinzip des Cochenilleextraktes, ist eine schwache zweibasische Säure (Glycosid), die sich beim Kochen mit verdünnter Schwefelsäure in Zucker und Karminsäure spaltet, welche letztere mit Bleiacetat gefällt und dann aus dem gebildeten Bleilack durch H₂S befreit wird. Auch die Karminsäure hat die Eigenschaften einer zweibasischen Säure und wird jetzt annähernd als das Hydrat eines Methylendioxychinon aufgefaßt.

Man gibt der Karminsäure (resp. dem zuckerfreien Karminrot) die Formel

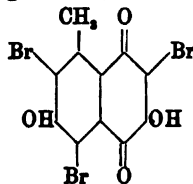


Während die Karminsäure durch Reduktionsmittel farblos wird, durch Erhitzen mit Kali Coccinin, durch Erhitzen mit Wasser Rufikarmin liefert, entsteht beim Erhitzen mit Schwefelsäure, also durch Sulfurieren Ruficoccin (kein Sulfofarbstoff). — Beim Erhitzen von Gallussäure mit Schwefelsäure entsteht nämlich Rufigallol = Hexaoxyanthrachinon.

Beim Kochen mit HNO₃, also beim Nitrieren, entsteht Nitrococcussäure (Trinitrokresotinsäure, eine Orthokresolkarbonsäure),⁶ welche nur einen einfachen Benzol(Chinon)kern führt, indessen ebenfalls noch die Methylgruppe besitzt:



Durch Einwirken von Brom entstehen α - und β -Bromkarmin (Bromine), die als Indonderivate aufzufassen sind, wodurch wieder eine Beziehung zu den Indulinen, Indolen und Indaminen gegeben ist; cf. die Formel



Auch gleichzeitige Nitrobromderivate sind denkbar (etwa wie Safrosinscharlach = Rosin-BN und Salicylorange = Dinitrobromsalicylsäure). Schliesslich ist schon

⁵ cf. Kresotingelb.

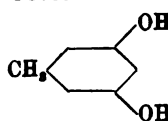
erwähnt, daß auch roter Karmin in ammoniakalischer Lösung oxydiert einen bläulichen Farbstoff gibt, der vermutlich auch als ein Triplexring der Oxazinreihe, vielleicht als ein methyliertes Naphtalinresorufin aufgefaßt werden darf.

Eine weitere Analogie besteht ferner darin, daß ja auch die sauren Oxazine, wie Resorcinblau, sich, ähnlich wie die vom Resorcin derivierende Rosolsäure und die Phtaleine und Fluoresceine, sehr gut bromieren lassen und ebenfalls prachtvoll fluoreszierende Farbstoffe, wie das Hexabromresorufin⁷ (Fluoreszenzblau), liefern. Ein gebromtes Naphtalinresorufin würde dann etwa im Prinzip identisch sein mit gebromter Cochenille ammoniacale.

Während nun einerseits die zu den Naphtalinderivaten gehörigen Paraosafra-nine rot sind, andererseits die Orthonaphtalinoxazine, wie Muscarin usw., blau sind, so dürfte wohl die Ursache der roten Nuance des Orcein doch nicht ohne weiteres auf seine Naphtalinnatur zurückgeführt werden dürfen und die sicher vorhandene Analogie mit den Karminfarbstoffen eher auf die Methylgruppe zu beziehen sein, welche wohl auch die höhere Farbbeständigkeit und Säureechtheit im Gegensatz zum Resorcinlakmoid bedingt, zumal die Annahme eines Naphtalinkerns auch mit der empirischen Formel des Orcein nicht wohl in Einklang zu bringen ist.

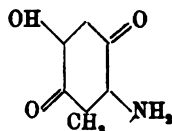
Mit dem Elastinfärbevermögen des Orcein hat die Methylgruppe wohl weniger zu tun. Einmal färbt das Pararosanilin Babelin (aus Rubin, Resorcin, Eisenchlorid) Elastin ebenso gut wie das Homorosanilin Fuchselin, und andererseits Cochenille ammoniacale in saurer Lösung Elastin gar nicht, während dasselbe bei dem methylfreien Resorcin Lakmoidfarbstoff doch noch schwach gefärbt angedeutet ist.

Der oben angeführten hypothetischen Konstitutionsformel des Orcein würde eine empirische Formel $C_{14}H_{13}N_2O_3$ zukommen, während für gewöhnlich für die empirische Formel des Orcein der Wert $C_7H_7NO_3$ aus den Verbrennungen berechnet wurde. Die genaue Konstitutionsformel des Orcein ist mit Sicherheit nicht bekannt, während das Orcein bekanntlich

 geschrieben wird. Jedenfalls entspricht die oben angeführte

hypothetische Konstitutionsformel auch nicht genau dem doppelten Wert des berechneten empirischen Wertes des Orcein. Sollte sie diesem angenähert werden, so muß die chinoide Schreibweise Platz greifen, d. h. die Formel muß entsprechend den Prinzipien der Chinontheorie umgeformt werden, wobei zu bedenken ist, daß bei der anhydridischen Kondensation zweier Moleküle Orcein vermutlich H_2O austritt.

Der empirischen Formel des Orcein $C_7H_7NO_3$ dürfte nach den Prinzipien der Chinontheorie vielleicht die chinoide Form



⁷ Resorufin entsteht durch Behandeln ätherischer Resorcinlösung mit rauchender Salpetersäure.

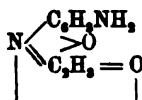
zuerteilt werden, die so zustande gekommen zu denken ist, daß bei der Oxydation des Resorcin in ammoniakalischer Lösung NH_3 und OH ins Molekül eintritt, dagegen das Diphenol zu Chinon unter Umlagerung oxydiert wird. Würden nach den oben für das Resorcinlakmoid entwickelten Ideen von diesem Orcein zwei Moleküle bei dem Aufeinanderwirken zweier Moleküle Orcein und Ammoniak miteinander ringförmig zu einem Oxazin verkuppelt werden, so würde in Erwägung zu ziehen sein, ob der Amidophenolfarbstoff (Amidoresorcin) der alten Schreibweise in der neuen Form als ein MELDOLAScher Oxychinonimidfarbstoff, d. h. ein basisches Oxyoxazin (wie Muscarin) aufzufassen wäre, oder als ein WESSELSKYsches Amidochinon, d. h. als saures Amidooxazon wie Oxonolin oder Resorufamin.

Verschiedene Gründe sprechen zugunsten der letzteren Annahme, so der vorwiegend saure Charakter des Orcein, der Mangel jeder nativen Verwandtschaft basischer Farbstoffe, selbst solcher mit saurem Einschlag, wie Muscarin, Gallocyanin, Rhodamin S., Victoriablau zu ungebeiztem Elastin, in neutraler oder saurer Lösung.

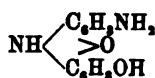
Wir dürfen demnach das Orcein nicht als basischen Farbstoff mit accidentellen sekundären sauren Auxochromen ansehen, sondern als primäre Farbsäure mit accidentellem, basischem Einschlag.

Legen wir die Formel des Amidoresorufin, das Amidodiphenoxazon oder Resorufamin (Oxonolin) zugrunde, von der auf jeden Fall, wenn unsere Hypothese richtig wäre, auszugehen ist, so müßte unter Berücksichtigung des oben für die empirische Formel des Orcein Ausgeführten dem hypothetischen Orcein in chinoider Schreibweise die Formel eines modifizierten Orceirufamins zukommen.

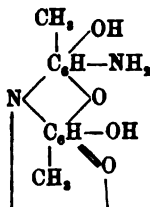
Es ist die Formel des Resorufamins:



seine Leucobase:



Dem hypothetischen Orcein, aufgefaßt als Phenoxazin, und zwar als Chinoxazonfarbstoff, dürfte demnach in chinoider Schreibweise ungefähr die Formel



zugeteilt werden mit dem empirischen Wert $\text{C}_{14}\text{H}_{10}\text{N}_2\text{O}_4$, d. h. zweimal das empirische Orcein $\text{C}_7\text{H}_7\text{NO}_2$ — zwei Mol. H_2O , woraus hervorgeht, daß bei

der Bildung des Orcein aus oxydiertem Ammoniumorceinat einmal Orcein unverändert bleibt, während das andere sich zu einem Methoxybenzochinonkörper oxydiert. Von den zwei NH_2 -Molekülen liefert das eine den ringbildenden Chinonimidstickstoff des Oxazinchromogens und gehört als solches zum Chromophor des Methoxyphenochinons, während das andere als Amidogruppe in das unveränderte Toluidinmolekül eintritt.

Wir hätten demnach einen Körper mit saurem Chinonchromophor, zwei sauren Hydroxyauxochromen und einem basischen Amidoauxochrom.

Erwähnt sei noch, daß das Resorcinlaktoid gewöhnlich hergestellt wird durch Erhitzen von Resorcin mit salpetrigsaurem Natron, das Resorufin durch Einwirken salpetriger Säure auf ätherische Resorcinlösung, durch Erhitzen von Resorcin in Schwefelsäure mit salpetriger Säure oder Nitrosoprodukten, schliesslich durch Oxydation von Amidoresorcin mit Phenol, oder Paramidophenol mit Resorcin.

Das Resorufamin schliesslich entsteht durch Einwirkung von Chinondichlorimid auf Resorcin in heisser alkoholischer Lösung, das Orcin durch entsprechende Einwirkung auf Orcein. Der Farbstoff löst sich in Alkohol mit violetter Farbe. Die Lösung der Säuresalze zeigt rote Farbe und Fluorescenz ebenso wie das saure Resorufin in alkalischer Lösung, eine Eigenschaft der physikalischen Metachromasie, die ja auch dem Orcein (und dem WEIGERTSchen Elastinfarbstoff) zukommt.

Indessen entstehen auch die Oxychinonimide der Oxazine, die basischen Oxyoxazine und speziell deren Oxynaphtochinonimide fast in ganz analoger Weise. Z. B. entsteht das einfachste MELDOLASche Naphtolblau, das Naphtophenoxazin (Chinonnaphtolimid) durch Einwirken von Chinondichlorimid auf β -Naphtol, und das einfachste (nicht methylierte) hydroxylierte Naphtolblau, das einfachste Muscarin, durch Reaktion von Chinondichlorimid mit Dioxynaphtalin.

II.

Versuchen wir nun, uns einigermaßen Aufklärung auch über die chemische Konstitution der WEIGERTSchen Elastinfarbstoffe zu verschaffen, dessen typischer Repräsentant ja das Resorcinfuchsin bzw. Fuchselin ist, entstanden aus Oxydation des Fuchsin mittels Eisenchlorid unter gleichzeitiger Zufügung von Resorcin, also durch Oxydation des Resorcinfuchsin durch Eisenchlorid bzw. gleichzeitiger Oxydation von Fuchsin und Resorcin mittels Eisenchlorid.

Es hatte sich gezeigt, daß nicht nur Fuchsin, sondern auch andere Polyamidofarbstoffe, in gleicher Weise behandelt, gute Elastinfarbstoffe liefern, daß ferner das Resorcin durch andere Phenole, einfaches Phenol, Kresol, Resorcin, Naphtol usw. ersetzt werden kann.

Auch das Eisenchlorid kann durch andere Oxydationsmittel, wie Ammoniumpersulfat, Kaliumsulfhydrat, H_2O_2 , ersetzt werden.

Ferner hat sich herausgestellt, daß bei der Herstellung typischer WEIGERT-Farbstoffe die Phenole ganz entbehrlich sind, und schon Fuchsin oder Gentianaviolett allein mit Eisenchlorid oxydiert, einen brauchbaren Elastinfarbstoff liefert.

Ferner fand sich, daß sogar Fuchsin allein ohne Phenole mit sonstigen Oxydationsmitteln, wie Ammonpersulfat, Kaliumhydrosulfid behandelt, Elastinfärbemittel liefert. Während aber die freie Resanilinbase, selbst ohne Phenole, mit Eisenchlorid behandelt Elastinfärbemittel liefert, entstehen solche nicht bei Einwirkung sonstiger Oxydationsmittel auf die freie Resanilinbase, selbst nicht bei gleichzeitiger Anwesenheit von Phenolen. Die Ursache dieses Verhaltens scheint mir darin zu liegen, daß bei der Oxydation durch Eisenchlorid in jedem Fall Chlorwasserstoffsäure abgespalten wird, welche die freie Resanilinbase wieder in das Salz Fuchsin verwandelt, welches anscheinend allein, bei der nachfolgenden Oxydation einen WEIGERTschen Farbstoff zu liefern imstande ist. Im Gegensatz zur Leuco- oder Carbinolbase, welche immer noch als Triamidotriphenylmethan aufzufassen ist, bezw. als drei durch Methankohlenstoff zusammengehaltene Aniline, haben wir das Farbsalz nach der Chinontheorie aufzufassen als ein Methan, dessen zwei Wasserstoffe substituiert sind durch je ein Anilin, dessen drittes Wasserstoffatom aber substituiert ist durch das Chlorid eines Chinonimid.

Man könnte kaum mehr als Vermutungen äußern, wollte man auch nur annähernd im Prinzip die Konstitution des bei der Oxydation von Fuchsin mit der basischen Beize Eisenchlorid entstehenden Elastinfarbstoffes ableiten. Die Verhältnisse liegen im einzelnen viel zu kompliziert.

Eher werden wir zum Ziel gelangen, wenn wir die einfachsten Repräsentanten des WEIGERTschen Farbstoffes und deren Herstellung aus den Muttersubstanzen ins Auge fassen.

Als solchen möchte ich den Farbstoff hinstellen, der entsteht durch gleichzeitige Oxydation von

Anilin und Phenol durch Eisenchlorid.

Hier muß bemerkt werden, daß Anilin allein mit Eisenchlorid behandelt wohl einen basischen schwarzblauen indulinähnlichen Farbstoff liefert; derselbe färbt aber Elastin in saurer Lösung nicht. Es entstehen bekanntlich für gewöhnlich basische Induline durch Einwirkung von Anilin auf salzsaures Amidoazobenzol (Anilinazoehinonimidchlorid), bezw. wenn Chinonimide bei Gegenwart von etwas HCl mit Anilin erhitzt werden. Es ist demnach klar, daß zur Herstellung eines Elastinfarbstoffes, wenn nicht bloßes basisches Indulin entstehen soll, die Anwesenheit des Phenols nicht entbehrt werden kann.

Andererseits scheint auch die Oxydation durch ein Metalloxydsalz gerade der Chlorwasserstoffsäure oder verwandter Körper ziemlich obligatorisch zu sein zur Erzeugung einfachster WEIGERTScher Elastinfarbstoffe. Wenigstens liefern andere beliebige Oxydationsmittel nicht ohne weiteres praktisch brauchbare Elastinfarbstoffe. Mit H_2O_2 habe ich einen einigermaßen brauchbaren Farbstoff nur erhalten, wenn ich das Resorcin durch Orcin, das Anilin durch Phenylendiamin bzw. Naphtylendiamin ersetze. Also Naphtylendiamin-Orcin- H_2O_2 .

Im übrigen entstanden WEIGERTSche Farbstoffe bei folgenden Reaktionen:

Phenylendiamin-Resorcin-Eisenchlorid
 Toluylendiamin-Orcin-Eisenchlorid
 Naphtylamin-Naphtol-Eisenchlorid
 Phenylendiamin-Naphtol-Eisenchlorid
 Naphtylamin-Resorcin-Eisenchlorid
 Naphtylamin-Naphtol-Eisenchlorid
 Naphtylendiamin-Dioxynaphtalin-Eisenchlorid.

Auch hierbei haben wir uns vorzuhalten, daß durch die oxydative Einwirkung des Eisenchlorid Chlorwasserstoffsäure frei wird, welche auf Amidobenzole und Amidonaphtaline einwirkend, diese oxydativ in Chinonimidechloride und Naphtochinonimidechloride verwandelt.

Nun aber haben wir gehört, daß die Amidooxazone wie Resorufamin und Orcirufamin entstehen durch oxydative Einwirkung von Amidophenol bzw. Chinonimidechlorid auf Resorcin bzw. Orcin, und daß die tantomeren Oxyoxazine, speziell deren Oxynaphtochinonimide, die einfachsten MELDOLASchen Naphtolblaufarben entstehen durch Einwirkung von Chinondichlorimid auf Naphtol.

Es dürfte demnach wohl höchst wahrscheinlich sein, daß auch die WEIGERT-Farbstoffe in ihren einfachsten Vertretern ähnlich wie das UNNASche Orcein zu den Oxazonen gehören, und daß bei dem Ersatz des Anilin durch Rosanilin und des Resorcin durch Rosolsäure nur komplexere und farbttüchtigere Verbindungen gebildet werden; auch dürfte es hiernach einigermaßen verständlich sein, daß bei dem Ersatz des einfachen Anilin durch das hochkomplizierte Rosanilin infolge der energischen Oxydation durch Eisenchlorid zufällig irgendwelche intermediäre latente, für das Zustandekommen der Elastinfarbstoffe aber notwendige saure Zwischenprodukte gebildet werden, welche die Anwesenheit des Resorcin oder sonstiger Phenole hinreichend entbehrlich machen.

Je nachdem nun einfache Benzolaniline oder Phenylendiamine mit Phenolen, oder Naphtolen, oder Naphtylamine und Naphtylendiamine mit Naphtolen oder Phenolen reagieren, werden im einzelnen Farbkörper entstehen, die in ihren Eigenschaften bald mehr den Oxazonen, bald den Eurhodolen, Safranolen, Indonen oder Rosindonen nahe stehen; auf jeden

Fall aber wird es sich um amphotere Farbstoffe und vermutlich saure Amidochinone handeln. Nicht alle amphoteren Farbstoffe sind Elastinfarbstoffe in saurer Lösung, wohl aber sind die Elastinfärber ihrem chemischen Charakter nach stets in sich neutral.

Infolge dieser Analogie der Elastinfarbstoffe mit den Oxazonen dürfte es sehr wahrscheinlich sein, daß auch bei der Oxydation von Nitrosophenolen mit Aminen mittels Eisenchlorid sowie der Oxydation von Nitrosoanilin mit Phenolen, wohl auch bei der Oxydation von Nitranilinen mit Nitrophenolen Elastinfarbstoffe gebildet werden.

III.

Schwer zu erklären, aber jedenfalls Tatsache ist es, daß sowohl bei Anwendung des UNNASohen wie der WEIGERTSchen Farbstoffe Elastinfärbung nur eintritt in saurer Lösung. Wir nehmen an, daß hierbei die Säure in der freien Amidogruppe salzbildend eingreift unter Abschwächung der Basizität des Farbstoffes und Verstopfung der basischen Haptophore (Karyophilie), wobei das Chloridsalz als solches physikalisch ohne vorherige Dissoziation auf der Elastinfaser niedergeschlagen wird.

Zum Beweise dessen, daß die Elastinfarbstoffe sämtlich mindestens eine freie salzbildende Amidogruppe führen, haben wir nun die Farbstoffe azotiert, und zwar sowohl das typische WEIGERTSche Fuchselin (aus Fuchsin, Resorcin, Eisenchlorid), wie auch die einfachsten WEIGERTSchen Farbstoffe aus Naphtylendiamin, Orcin, Eisenchlorid und das UNNASche Orcein (aus NH_3 , Orcin, H_2O_2). Durch den positiven Ausfall des Diazotierungsprozesses ist der verlangte Beweis erbracht. In der Tat reagierten sämtliche drei Körper positiv.

Wir haben die entstandenen drei Diazoprodukte alsdann sogleich weiter behandelt, einmal mit Resorcin, ferner aber auch mit dem basischen (im Laboratorium zufällig vorhandenen Blutgift) Toluyldiamin. Es entstanden in jedem Fall, also im ganzen sechs, mehr oder minder bräunlich-gelbliche Farbstoffe, die in ersterem Fall sich annähernd verhielten wie Sudan G., in letzterem Fall wie Chrysoidin oder Vesuvin, also wie einfache saure oder basische Azofarben. Beide Arten von Körpern, sowohl die sauren wie die basischen, hatten ihr Elastinfärbevermögen vollständig eingebüßt.

Es unterliegt aber wohl keinem Zweifel, daß, wenn man das so entstandene Amidoazoorcein mit Oxyazoorcein der Oxydation durch Eisenchlorid aussetzt, wiederum von neuem hochkomplizierte Elastinfarbstoffe von WEIGERTSchem Typ entstehen würden.

In der Folge haben wir im Anschluß daran noch weitere chemische Prozeduren mit den zur Verfügung stehenden Elastinfärbern vorgenommen.

So haben wir den Einfluß der Acetylierung auf die eventuellen haptophoren Hydroxyle zu erkennen gesucht.

Hierbei entsteht nämlich kein essigsäures Salz, kein Acetat an der Amidogruppe, sondern die Acetylgruppe CH_3CO tritt, Wasserstoff substituierend, in die Hydroxyle (später event. auch in die Amidogruppe) ein, indem sie so mit dem Rest des Farbstoffes Acetylcster bildet. Ebenso wie den Essigsäurerest⁶ haben wir auch, statt Sulfate und Nitrate an der NH_2 -Gruppe zu bilden, den Schwefelsäure- und Salpetersäurerest in den Farbstoff selbst einzuführen gesucht, welche beiden Sulfo- und Nitrogruppen aber im Gegensatz zur Acetylgruppe nicht in die Haptophore, sondern in das Chromogen der Farbstoffe der betreffenden Benzolringe eintreten.

Schließlich haben wir auch die Chlorwasserstoffsäure in ähnlicher Weise nicht zur Salzbildung benutzt, sondern uns bemüht, das freie Halogen in den Farbstoffkern einzuführen. Allerdings haben wir, was ja im Prinzip gleich ist, nicht das Chlor oder das Brom, sondern das Jod in Anwendung gebracht.

1. Einführung der Sulfogruppe (Kochen mit H_2SO_4). Es resultieren in der Nuance fast unveränderte Farbkörper. Während aber das Sulfofuchselin recht gut *Elastica* färbt, hat das Sulfoorcein sein Elastinfärbvermögen eingebüßt vermutlich durch zu starke Abschwächung seiner schwachen Basisität durch die stark saure Sulfogruppe. Dieses ist bisher der einzige Unterschied gewesen, der uns im chemischen Verhalten zwischen WEIGERTS und UNNAS Farbstoffen aufgestoßen ist. Ich sehe aber nicht den negativen Ausfall beim Orcein, sondern den positiven bei Fuchselin als Ausnahme an und führe dies Verhalten auf die zufällige besondere Konstitution des hochkomplexen Fuchselin zurück.

Das so entstandene Sulfofuchselin hat die nämliche dunkelviolette Farbe wie die Grundsubstanz, ist etwas leichter wasserlöslich und färbt *Elastica* in saurer Lösung immer noch recht gut.

2. Selbst bei vorsichtigster Einführung des Nitrorestes werden sämtliche Farbstoffe stark gebleicht und ihre Farbtüchtigkeit erheblich gestört und herabgesetzt. Es entstehen in allen Fällen schwach rötlichgelb gefärbte Verbindungen, die sich in allem eben wie die gewöhnlichen stark sauren Nitrophenolfarben, allenfalls die Nitraniline, verhalten und auch die nämliche aber nur äußerst geringe Affinität für *Elastica* aufweisen.

⁶ Leider waren wir nicht imstande, auch Alkylierungen und Phenylierungen vorzunehmen. Um den Einfluß dieser Radikale auf das Färbvermögen zu studieren, ist es vorzuziehen, gleich bei der Herstellung der Farbstoffe phenylierte und alkylierte Muttersubstanzen zu verwenden.

Das eigentliche Elastinfärbvermögen, das wohl mit z. T. in der Basisität der Amidogruppe bzw. deren Gegengewicht gegen die Acidität der Hydroxyle begründet war, ist mit dem nunmehr ausgesprochen stark sauren Charakter verloren gegangen.

3. Werden unsere (in Alkohol gelösten) Farbstoffe zwei Stunden lang im Wasserbad mit Essigsäureanhydrid (Eisessig) unter Zusatz von essigsaurem Natron gekocht, so resultieren in der Nuance unveränderte Farbstoffe, die keine Spur mehr nach freier Essigsäure riechen.

Diese Acetylerester färben schon in mit etwas Pikrinsäure schwach angesäuerter Lösung *Elastica* ungemein kräftig und schnell.⁹ Schon nach 5 Minuten ist eine so gesättigt kräftige Färbung erzielt, wie man sie sonst nur nach 24 Stunden zu sehen gewohnt ist.

4. Fügt man zu den Elastinfarbstoffen Jodtinktur tropfenweise hinzu solange, als unterschichtetes Chloroform noch kein freibleibendes Jod an sich nimmt und ein Tropfen auf Löschpapier keine Cellulosereaktion zeigt, so resultieren jodierte Fuchseline und Jodorcein. Der Eintritt von Halogenen ins Farbstoffmolekül macht die betreffenden Farbstoffe unter Umständen ungemein farbtüchtig. So sind die brauchbarsten Fluoresceine die Halogenderivate, die gelblichen Chlor- und Brom- und die bläulichen Jodeosine. Ebenso wirkt das Brom auf Resorufin, Resorufamin, Orcirufin und Orcirufamin (Fluorescenzblau), und auch von den Bromkarminen haben wir oben gesprochen. Der lackartigen Jodhämatoxylinverbindung werden ganz besonders färbetüchtige Eigenschaften nachgerühmt.

In unserem Fall resultieren (nicht fluoreszierende) in der Farbe unveränderte Farbkörper, die in der Avidität zum Elastin mit den Acetylestern wetteifern; nur schien mir, als ob die spezifische Elektion und exakte Distinktion und Präzision des Färbvermögens gegenüber jenen etwas gelitten hat, indem auch das sonstige Zwischengewebe, speziell das Kollagen, leicht mitgefärbt wird.

5. Der Gipfel der Affinität zum Elastin wird erreicht, wenn man die acetylierten Farbstoffe nachträglich noch jodiert.

6. Verwendet man zur Acetylierung und Jodierung einen Farbstoff, der ein Kombinationsprodukt zwischen WEIGERTSchem und UNNASchem

⁹ Einer mündlichen Mitteilung UNNAS verdanke ich die Kenntnis, daß in seinem Laboratorium jetzt Schnellfärbung des Elastins in einer Viertelstunde dadurch erzielt wird, daß man die alkoholische Lösung des sauren Oroeins, in der der Schnitt schwimmt, durch gelindes Erwärmen zum Verdampfen bringt. Durch Entziehung seines Lösungsmittels ist der Farbstoff genötigt, in Substanz auszufallen. Es entsteht eine Schwebefällung, und im Moment, im Status des Ausfallens, tritt, wie bei der ROMANOWSKY-Färbung, physikalische Imbibierung der Faser mit dem ausfallenden Farbstoff ein, den sie in starrer Lösung insorbiert.

Farbstoff ist, wie etwa das Naphtylendiamin - Orcin - Eisenchlorid, oder Fuchsin, Orcin, H_2O , oder dergl., dann resultiert ein Dijodelastinochrom-acetylester, den man wohl mit gewissem Recht als eine Art Universal-farbstoff¹⁰ für elastische Faserfärbung bezeichnen dürfte.

Wir haben die WERGERTSchen und UNNASchen Elastinfarbstoffe als amphotere Farbkörper, und zwar vorwiegend saurer (plasmophiler) Natur mit accidentellem basischen Einschlag angesehen.

Dieser Annahme entsprechen völlig die neueren chemischen Analysen des Eiweißbestandteiles des Elastins, welche denselben als einen vorwiegend sauren, d. h. an mehrsauren Monaminosäuren reichen, an mehrbasischen Diaminosäuren armen Körper erkannt haben, im Gegensatz zu den mehrbasischen Proteinstoffen des Histon (Nuclein), Mucin (Chondromucoid), Amyloid (Mastzellgranula). Der amphotere, aber überwiegend saure Eiweißbestandteil des Elastin, der, ebensó wie der überwiegend basische des Amyloid, an Chondroitinschwefelsäure gebunden ist, enthält von relativ stark sauren Monaminocarbonsäuren Glycocoll 25,8% (während Amyloid nur 0,8%, Thymushiston 0,5% enthalten), von stärker basischen Diamidocarbonsäuren (gebaut wie überwiegend basisches, kernfärbendes Chromgrün, Rhodamin, Flaveosin) Argonin bloß 0,3%, Lysin 0% (während basophiles Amyloid von Argonin 13,9%, Lysin 11,6%, Histon von Argonin 16,1%, von Lysin 7% enthält). Daher wohl ist das an Nucleinsäure gebundene Kerneiweiß und das an Chondroitinschwefelsäure gebundene Amyloid mit basischen, selbst mit schwach basischen Diamidocarbonsäurefarbstoffen (Chromgrün usw.) färbbar, das Elastin dagegen nur mit gewissen amidierten Farbsäuren bestimmter Zusammensetzung.

¹⁰ Das Prinzip der Elastinschnellfärbung nach der Methode des UNNASchen Laboratoriums könnte natürlich erst recht auch auf diese jodierten Acetylester angewendet werden.

V e r s a m m l u n g e n .

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Juli 1904.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. Prof. LESSER: Nachruf an SOARENZIO.
2. TH. MAYER demonstriert die am 1. März 1904 gezeigte Dame (cf. Bd. 38, S. 380 *dieser Zeitschrift*). Die Dauer der einzelnen Effloreszenzen betrug bis zu sechs Wochen; augenblicklich ist die Eruption abgeheilt mit Hinterlassung scharf geschnittener weißer, leicht bräunlich umsäumter Narben an Händen und Vorderarmen, wie sie nach Abheilung der Tuberkulide zurückbleiben.

3. TH. MAYER demonstriert einen jungen Mann mit schuppenden, infiltrierten, stellenweise atrophischen Höfen um die Augenlider. Er erörtert die Diagnose des in seiner Bedeutung nicht klaren Falles und nähert ihn am meisten dem *Lupus erythematoses* an.

4. WECHSELMANN demonstriert einen Mann in mittleren Jahren mit **Carcinom der Wange auf Lupus**.

5. WECHSELMANN demonstriert einen jungen Mann mit **syphilitischem Primäraffekt** an der Nasenscheidewand und zugehörigen Drüsen.

6. PINKUS demonstriert einen 16jähr. Knaben mit **Adenoma sebaceum** des Gesichts und systematisiertem, teils flachem, teils verrucös-lineärem **Pigmentnaevus** am Bauch.

7. PINKUS demonstriert eine 40jährige Frau mit multiplen **Fibromata mollusca** an Kopf, Rumpf und Armen.

8. SAALFELD demonstriert zwei junge Mädchen, deren eine seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren, die andere seit drei Jahren an **Dermatitis herpetiformis DUHRING** leidet.

9. SAALFELD demonstriert ein junges Mädchen mit **Erythema perstans**.

10. SAALFELD demonstriert ein junges Mädchen mit dem Vorstadium der **Mykosis fungoides**.

11. FR. LESSER: Vortrag: Zur **allgemeinen Pathologie der Syphilis**. Der Vortragende unterscheidet pathologisch-anatomisch drei Formen von syphilitischen Erscheinungen: 1. Infiltrate, aus exsudierten Zellen (Leukocyten) zusammengesetzt, vollkommen resorptionsfähig; 2. proliferierende Prozesse aus wuchernden Bindegewebszellen bestehend, mit regressiver Metamorphose (Gummibildung); 3. proliferierende Prozesse ohne Zerfall, mit Schwielenbildung. Gummata kommen immer mit diesen interstitiellen Prozessen gemischt vor.

Diese interstitiellen Prozesse, mit denen sich Vortragender besonders befasst, werden als syphilitisch angesprochen werden müssen bei: 1. Lokalisation in gewissen Organen, 2. eigentümlicher Veränderung dieser Organe (Hepar lobatum, Glossitis interstitialis), 3. multiplem Vorkommen (in mehreren Organen zugleich bei demselben Individuum), 4. Auftreten in frühem Alter (Leberrcirrhose zwischen 30 und 40 Jahren).

Nach dem Vorhandensein mehrerer dieser Kriterien wächst die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um Syphilis handle. An der Haut entsprechen den interstitiellen Prozessen die tuberoserpiginösen Syphilide, welche mit dem Gummi nicht in eine Kategorie gehören. Die Bindegewebschwiele reagiert wenig auf Behandlung mit Quecksilber und Jod, im Gegensatz zur Papel und zur Gummigeschwulst, deren exsudative Bestandteile aufgesaugt werden können. Die Entstehung der verschiedenen Syphiliserscheinungen ist abhängig von der (mit der Zeit sich abschwächenden) Virulenz des Syphiliserregers. Aber nicht die Zeitbestimmung darf zur Unterscheidung der Syphilissymptome benutzt werden, sondern der pathologisch-anatomische Prozeß. Die Einteilung wäre demnach, wenn man die bestehende Terminologie weiter gebrauchen will, für die Hauterscheinungen folgende: Papeln oder sekundäre Produkte, Gummata oder tertiäre Produkte, tuberoserpiginöse Syphilide, welche man als die, durch das abgeschwächteste Virus erzeugten (nicht etwa als die spätesten) Erscheinungen, quartäre Produkte bezeichnen könnte.

Die ulcerösen Frühformen werden durch Intoleranz des Organismus gegen die Krankheitserreger (event. bei gleichzeitiger Mischinfektion) erklärt. Der ulceröse Zerfall findet nur statt an Stellen, die einer Mischinfektion zugänglich sind. Die schwere Syphilis überträgt sich nicht wiederum als schwere Syphilis und geht auch nicht von einer solchen aus. Sie kann refraktär sein gegen Hg und J. Prädisponierende Momente sind Alter, frühe Jugend, Alkoholmißbrauch, Tuberkulose und andere vorhergehende Schädigungen der Gesamtkonstitution.

Die parasymphilitischen Erkrankungen werden den interstitiellen Prozessen angegliedert und stellen die Folgen derartiger, namentlich in nervösen Organen und im Gefäßsystem lokalisierter Vorgänge dar (vornehmlich Tabes, Aneurysma). Da sie als Folgen syphilitischer Veränderungen angesehen werden müssen (wie sie in der Eigenart der betroffenen Gewebe liegen), sind sie auch als wirkliche syphilitische Vorgänge anzusprechen.

Diskussion: E. LESSER erklärt, daß, bei Anerkennung der Bemühungen des Vortragenden, eine klarere Einteilung der syphilitischen Stadien zu geben, nur schematisch eine Dreiteilung angenommen werden könne, bestehend aus scharfdefinierten Endstadien, zwischen denen es aber alle stufenweisen Übergänge gibt. Bündige Erklärungen über Abschwächung und sonstige Eigentümlichkeiten des Syphilisvirus zu geben, hält er bei der Unbekanntheit desselben für verfrüht. Bezüglich der galoppierenden Syphilis erwähnt er als wichtig das Fehlen der Lymphdrüsenvergrößerungen und die Wirksamkeit der Kalomelinjektionen (bei sonstiger Intoleranz gegen Quecksilber).

HELLER möchte das tuberoserpiginöse Syphilid weder nach seinem Ausgang noch in seinem Verhalten gegen Jod und Hg mit den interstitiellen Prozessen innerer Organe identifizieren.

ROSENTHAL bemerkt bezüglich der parasymphilitischen Symptomenkomplexe, daß er Tabes noch in einem Stadium, in welchem die Diagnose durch die Erscheinungen, welche meist als Folgen irreparabler Nervenerstörungen gedeutet werden, gesichert werden kann, durch energische antisymphilitische Behandlung hat heilen sehen; daß er bei progressiver Paralyse nichts mit dieser Behandlung erreicht hat.

KROMAYER kann die Gegenüberstellung von Exsudation und Beteiligung des Bindegewebes als Unterschied der Papeln und der späteren Formen nicht anerkennen, weil schon in den allerersten Effloreszenzen der Syphilis eine deutliche Mitbeteiligung des Bindegewebes zu finden ist. Er schildert die Histologie des syphilitischen Infiltrats. Wichtig ist das Verhalten des vorhandenen Bindegewebes gegenüber den Infiltratzellen; das kollagene Gewebe und die elastischen Fasern werden angegriffen, stark bei tertiärer Syphilis, in geringerem Maße bei der sekundären Syphilis, aber doch deutlich erkennbar. Gummöse und interstitielle Prozesse sind gleichwertig, nur verschieden angeordnet.

BLASCHKO hält die Ausführungen des Vortragenden für verdienstlich, durch die er eine scharfe Grenze zwischen den beiden Formen der spätsyphilitischen Erscheinungen zu ziehen versucht. Indessen glaubt er nicht, daß bei unseren bisherigen Kenntnissen auf pathologisch-anatomischer Basis bereits eine scharfe Unterscheidung der Exantheme möglich sei. Die Hervorhebung des anatomischen Gegensatzes von Gummi und interstitieller Entzündung muß anerkannt werden.

MEYERHARDT stellt sich weniger eine Abschwächung des Virus vor, als eine Gewöhnung des Körpers an das Virus.

HOFFMANN hebt hervor, daß schon in sehr frühen Syphilisercheinungen eine deutliche Beteiligung des Bindegewebes erkennbar ist, ganz besonders an und um die Gefäße. Diese ist im Primäraffekt geradezu das hervorstechende Symptom. Daß die interstitielle Entzündung in ihrer Wertigkeit der gummösen Neubildung entspricht, hebt H. mit Beziehung auf Diskussionsbemerkungen v. HANSEMANN'S (*Berl. med. Ges.*, 1904, Vortrag von FR. LESSER) hervor.

FR. LESSER (Schlußwort) sucht den Nachweis zu führen, daß die Zellen des papulösen Stadiums vornehmlich Exsudationszellen, Leukocyten, sind. Auf die Anatomie des Primäraffekts geht er ausdrücklich nicht ein.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 70. Heft 1.

I. Ein Fall von „Adenoma folliculare cutis papilliferum“, von KARL KREIBICH-Gras. Die 23jährige Patientin leidet seit der Geburt an Geschwülsten, die als kleine Knötchen beginnen, allmählich erbsengroß werden; die Haut über ihnen stößt sich dann ab, und ein warzenartiges Gebilde kommt zum Vorschein. Die Tumoren befinden sich teils einzelnstehend, teils zu Gruppen vereinigt in der Nackenmittellinie, längs der Wirbelsäule und zu beiden Seiten derselben angeordnet, ferner in der rechten Schulter- und Clavikulargegend; sie sind verschieden groß, die kleinsten sind derb, von bläroter Farbe; die großen in der Interscapular- und Clavikulargegend zeigen eine feinpapilläre, drusige, blumenkohlartige und nässende Oberfläche und sehen spitzen Kondylomen ähnlich.

In Narkose wurden alle Hauttumoren exzidiert. An der Ohrmuschel wurde ein Teil des Tumors exzidiert, der andere paquelinisiert. Gerade an der paquelinisierten Stelle entwickelte sich ein Rezidiv, während an den Stellen der radikalen Exzision rezidivfreie Heilung erfolgte.

Histologisch wird die Hauptmasse eines Tumors durch tubulöse, oft zur Cyste erweiterte oder in ihrer Wand papillär gewucherte, drüsenartige Schläuche gebildet, welche aus den Haarfollikeln resp. jener Epitheleinsenkung hervorgehen, aus der normalerweise das Haar und, durch seitliche Austülpung, die Talgdrüse sich entwickelt. Die Drüsenschläuche durchlaufen in mehr gestrecktem Laufe die Cutis propria und bilden an deren unteren Grenzen ein Konvolut von tubulösen Gängen, die durch Verbindungsgänge mit ähnlichen Konvoluten verbunden sind.

Fast sämtliche Schläuche, besonders dort, wo sie Konvolute bilden, liegen in einem durch größeren Zellgehalt, durch Feinheit der kollagenen Fasern wohlunterschiedenen Bindegewebsmantel.

Der Inhalt der Cysten bestand entweder aus einer weichen, gummi- oder gelatineartigen oder auch aus einer atheromähnlichen, breiigen Masse. Manche große Cysten enthielten außer durchscheinenden, kolloiden Bestandteilen auch opakweise, fettige Partien. In kleinen Cysten war der Inhalt mehr von feinkörniger, geronnener Beschaffenheit. Vereinzelt fand man in Cysten mit gelbem Pigment beladene Zellen, in anderen Leukocyten und Fettröpfchen enthaltende Gebilde.

Aus der Klinik und Anatomie der Geschwulst zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Die Geschwulst ist ein systemisierter Naevus, der in seiner Begrenzung genau dem von HEAD auf Tafel I seiner „Sensibilitätsstörungen der Haut“ als vierte Cervikalzone = C₄ und als Sterno-nuchal-Zone bezeichneten Hautbezirke.

2. Der Naevus ist das Resultat einer embryonalen Störung des Gleichgewichtsverhältnisses zwischen Epithel und Bindegewebe. Da er kein zelliger ist, auch keine reine Hypertrophie darstellt, so muß die Geschwulst nach ihren anatomischen Veränderungen ihren Namen als „Adenoma folliculare cutis papilliferum“ erhalten.

II. Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie der Folliculis, von ARTHUR ALEXANDER-Breslau. Verfasser hatte in den letzten 1 $\frac{1}{2}$ Jahren Gelegenheit, im Allerheiligenhospital sieben Fälle von Folliculis zu beobachten, deren Krankengeschichten im folgenden mitgeteilt werden.

Der erste Fall betraf eine 28jährige Patientin, die seit ihrem 15. Lebensjahre Knoten an beiden Beinen hatte. Einzelne brachen längere Zeit auf, es entstanden Geschwüre, die mit Narbenbildung abheilten. Auch kurzzeit zeigt sie solche, auf Druck meist schmerzhaftige Knoten.

Die histologische Untersuchung derselben in etwas vorgeschrittenem Stadium ergibt neben relativ normalem auch „entzündetes und tuberkulös-nekrotisches Fettgewebe, große, perivaskuläre Infiltrate enthaltende, sehr kernreiche Bindegewebssepten, in ihnen zahlreiche, meist mit vielen Riesenzellen ausgestattete Tuberkel, schliesslich eine zentrale Arterie, deren Lumen vollständig verschlossen ist, deren Media und Adventitia von tuberkulösem Gewebe völlig durchwachsen und zerworfen ist, und die nur noch durch die Anordnung der ausserordentlich widerstandsfähigen elastischen Elemente die alte Struktur als Gefäß überhaupt erkennen läßt“. Aus den mitgetheilten Krankengeschichten ist der Zusammenhang der Folliclis mit der Tuberkulose ersichtlich. Die Follicliseffloreszenz denkt sich Verfasser auf Grund der histologischen Befunde als das Resultat eines embolischen Prozesses, der folgende Schilderung erfährt: „Von irgendeiner Stelle im Körper, aus der Lunge oder den Drüsen oder einem anderen Organe, in welchem sich tuberkulöse Prozesse abspielen, sind Tuberkelbazillen in den Kreislauf gelangt und haben, in den kleinen Arterien des Unterhautfettgewebes stecken bleibend, hier zunächst eine tuberkulöse End- und Periarteriitis erzeugt. Ob diese kleinen Arterien zufällig Vasa vasorum irgendeiner grossen Vene oder Arterie waren, oder Ernährungsgefäße der Fettläppchen, ist für die prinzipielle Auffassung des ganzen Vorganges belanglos. Von dieser tuberkulösen End- und Periarteriitis aus haben sich dann die Bazillen in dem Gewebe kontinuierlich ausgebreitet und dort jene von uns beschriebenen Tuberkel mit ihren mannigfachen Folgezuständen (Verkäsung, Nekrose des Fettgewebes, Gefäßveränderungen) erzeugt.“

III. Über die Rhodanausscheidung im Speichel Syphilitischer, von MAX JOSEPH-Berlin. Das Rhodanradikal findet sich normalerweise im Organismus. Ein vermindertes Vorhandensein oder gar ein vollständiges Fehlen aber dokumentiert für gewöhnlich nach irgendeiner Richtung hin eine Störung des Gesamtstoffwechsels. Verfasser hat Untersuchungen angestellt, ob bei Syphilitikern der Rhodangehalt ein völlig normaler ist, oder nicht. Es wurde hierbei die von GROBER vorgeschlagene Methode benutzt. Für die Rhodanproben kamen wässrige Kontrollösungen von 0,02%, 0,01%, 0,002% Rhodankaliumgehalt, mit Salzsäure angesäuert und mit einigen Tropfen Liquor ferri sesquichlorati versetzt, zur Anwendung. Die Farbenreaktionen, welche bei der 0,02%igen Lösung dunkelrot, bei den beiden schwächeren Lösungen entsprechend heller ausfielen, wurden in absteigender Reihenfolge mit III, II, I bezeichnet, so daß III die stärkste Reaktion darstellte. Eine zarte, gelbrötliche Verfärbung wurde mit „Spur“ bezeichnet.

Das Rauchen ist ein die Rhodanausscheidung beförderndes Moment. Bei Gewohnheitsrauchern findet man hauptsächlich die Reaktionen II und III, bei Nichtrauchern geringere Werte. Dies mußte bei den Untersuchungen von Syphilitikern berücksichtigt werden. Es wurden deshalb nur Syphilitiker, welche Nichtraucher waren, untersucht, im ganzen 34. Unter diesen ergab die Rhodanreaktion

17mal	den Wert der Kontrollösung	I,
7	" " " "	II,
1	" " " "	III,
9	" wurde „Spur“	rubriziert.

Durchschnittlich erreichte in diesen 34 Fällen die Rhodanreaktion die Zahl I, d. h. die Rhodanreaktion im Speichel der Syphilitiker ist stets herabgesetzt, teilweise sogar ganz aufgehoben.

IV. Über Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen, von BETTMANN-Heidelberg. JACQUET war es, der auf Grund eigener Beobachtungen zu der Ansicht gelangte, daß in den meisten Fällen die der Alopecia areata zugrunde liegende Irritation von einem Reizzustande der Zähne oder ihrer Umgebung ausgehe.

Verfasser hat an der Hand eines Materials von 33 Fällen, die innerhalb von zehn Monaten zur Beobachtung kamen, die Richtigkeit der JACQUETSchen Anschauung nachzuprüfen versucht.

Bei der Häufigkeit der Zahnerkrankungen war a priori zu erwarten, daß eine große Zahl der Alopeciapatienten auch über solche zu berichten wissen würden. Es mußte aber doch festgestellt werden, daß von einem erkrankten Zahn tatsächlich ein Reizzustand ausging, der in näherer zeitlicher Beziehung zu dem Auftreten des Haar-
ausfalls gesetzt werden konnte. Einsetzen der Alopecia areata nach einer heftigen Zahnneuralgie, vielleicht auch nach dem beschwerlichen Durchbruch des Weisheitszahnes und ähnliche zeitliche aufeinander folgende Erscheinungen, ließen sich hier verwerten.

Die daraufhin sehr sorgfältig angestellten Untersuchungen haben ergeben, daß die Voraussetzungen einer Zahnreizung, wie sie JACQUET für das Zustandekommen der Alopecia areata verantwortlich machen möchte, in keinem der vom Verfasser beobachteten Fälle sich erweisen ließen.

V. Histologische Befunde beim Röntgenulcus am Kaninchen, von A. GASSMANN-Basel. Verfasser hat vor vier Jahren im zweiten Bande der „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen“ den histologischen Befund eines zirka drei Monate bestehenden, tiefen Röntgenulcus beim Menschen beschrieben. Bald darauf machte er Versuche an einem Kaninchen, welches er täglich längere Zeit der intensiven Wirkung der Röntgenstrahlen aussetzte, so daß von der bestrahlten Stelle ein langdauerndes Ulcus entstand. An den großen Gefäßen dieses Ulcus fanden sich dieselben histologischen Veränderungen wie beim Menschen, und zwar: siebartige Durchlöcherung der Muscularis, Verdickung und Durchlöcherung der Intima, Auflockerung der Elasticae. Doch waren auch einige Veränderungen vorhanden, die in den beim Menschen beschriebenen Präparaten fehlten, so stellenweise Verdoppelung und Verdreifachung der Intima der Gefäße und beträchtliche partielle Verdickungen der Intima, besonders der Arterien, wahrscheinlich durch Neubildung elastischen Gewebes hervorgerufen. In der Intimaverdickung fanden sich neben Spindelzellen mehr oder weniger zahlreiche mono- und polynukleäre Leukocyten. Offenbar handelte es sich um eine Entzündung der Intima.

An den Kaninchenpräparaten war ferner eine sehr ausgesprochene Degeneration der quergestreiften Muskulatur nachzuweisen. Die Muskelfasern sind von ungleichem Kaliber; die Mehrzahl ist verschmächtigt; die meisten zeigen die auch von anderen Autoren beschriebene fibrilläre Spaltung, d. h. die einzelnen Fibrillen der Faser sind auseinander gewichen und nicht mehr regelmäßig parallel gelagert. Ob alle die erwähnten Erscheinungen auf Rechnung der Röntgenstrahlen zu setzen seien, möchte Verfasser nicht behaupten. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, daß die lückenbildende Degenerationsform, wie sie namentlich bei der glatten Muskulatur zutage tritt, als eine Folge der Einwirkung penetrierender Lichtstrahlen, besonders der Röntgenstrahlen, anzusehen ist.

VI. Über nichtblennorrhische Urethritis, von LUDWIG WARLSCH-Prag. Verfasser zeigt, daß die Postulate, welche BARLOW für die Aufstellung einer nichtblennorrhischen Urethritis formuliert hat, an sich zwar ihre Berechtigung und Begründung haben, in der Praxis aber sehr schwer zu erfüllen seien.

In einer früheren kurzen Mitteilung hat Verfasser über fünf Fälle einer „chronischen, nichtblennorrhoidischen Urethritis“ berichtet, deren klinisches Bild durch folgende Symptome festgelegt ist:

- „1. Das lange Inkubationsstadium;
2. den von allem Anfang an exquisit chronischen Beginn und Verlauf;
3. die geringfügigen subjektiven und objektiven Symptome;
4. den stets, auch in den allerersten Stadien der Erkrankung, negativen Gonokokkenbefund;
5. den langwierigen, chronischen Verlauf mit in keinem Falle und mit keiner, auch der „modernsten“ Behandlungsmethoden zu erzielenden vollkommenen Heilung;
6. daher schlechte Prognose quoad durationem morbi et sanationem.“

Verfasser hat in seiner ersten Publikation als Paradigma eines typischen Falles die Krankengeschichte eines Arztes mitgeteilt, den er seitdem weitere vier Jahre genau beobachtet hat. Dieser Fall wird in folgendem in extenso beschrieben und im Anschluss daran eine eingehende Besprechung der oben erwähnten eigenartigen Symptome der nichtblennorrhoidischen Urethritis hinzugefügt.

VII. Bemerkungen zur neueren Literatur über *Epidermolysis bullosa hereditaria*, von H. KÖBNER-Charlottenburg. Seitdem Verfasser im Jahre 1886 die von ihm so benannte *Epidermolysis bullosa hereditaria* zuerst beschrieben und als selbständige Affektion in der Pathologie der Haut aufgestellt hat, ist das Krankheitsbild von späteren Autoren vielfach kompliziert und verdunkelt worden, so daß zur Klärung der Ätiologie und Pathogenese eine streng kritische Durchsicht der einschlägigen, in der Literatur publizierten Fälle notwendig erscheint.

Dieser kritischen Durchsicht können einzelne Fälle nicht standhalten, so namentlich solche, welche besser als Pemphigusfälle hätten angesehen werden sollen. In differentialdiagnostischer Beziehung beachte man, daß beim Pemphigus sich Arsen häufig nützlich erwiesen hat, während es bei *Epidermolysis bullosa* noch niemals etwas half. Umgekehrt kann man bei der letzteren, ohne Schaden anzurichten, Jodkalium verabreichen, das beim Pemphigus dagegen einen spezifisch schädlichen Einfluß ausübt.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

April 1904.

I. **Trockensterilisatoren in der dermatologischen und urologischen Praxis**, von PAUL MEISSNER-Berlin. Es handelt sich darum, sowohl Instrumente nach dem Gebrauch als auch ungebrauchte Instrumente zu sterilisieren. Neben dem Auskochen, welches sich jedoch nur bei Metallinstrumenten anwenden läßt, genießt mit vollem Recht das Formol den Ruf eines guten Desinfektionskörpers. Die ungemein intensive Desinfektionskraft des gasförmigen Formalins findet in der Desinfektionstechnik die ausgedehnteste Verwendung. Verfasser benützt die Trockendesinfektoren der Firma Percy Simundt in Berlin. Diese bestehen in geeigneten, aus Nickelblech hergestellten Behältnissen, an deren Boden flache Kapseln angebracht sind, in welchen sich Tabletten aus Kieselgur befinden, letztere sind im Formol getränkt und geben das gasförmige Formalin nach dem Innern der Kästen ab. Nach einem $\frac{1}{3}$ Jahr kann sich die Notwendigkeit herausstellen, durch Auftropfen von käuflicher Formalinlösung auf die Tabletten diese wieder vollkommen zu erneuern. Eine Neuanschaffung der Tabletten ist nicht nötig. In diesem Apparat werden die sämtlichen Instrumente, wie die Versuche M.s zeigten, schnell sterilisiert und bleiben in demselben stets gebrauchsfertig, ohne daß auch die elastischen Bougies Schaden erleiden.

Mai 1904.

I. Über zwei Fälle von periodisch wiederkehrendem Haarausfall, von LEO CARO-Berlin. Bei zwei Geschwistern, einem Knaben und einem Mädchen, von gesunden Eltern und an und für sich starkem Haarwuchs tritt mehrere Male im Jahr ohne jegliche nachweisbare Ursache totaler Haarausfall auf. Dieser Vorgang existiert schon seit mehreren Jahren, jede drei bis vier Monate vollzieht sich der Wechsel, und zwar wachsen die Haare stets dort zuerst wieder, wo der Ausfall begann. Es beginnt mit einer Farbveränderung, dann folgt der Ausfall, nach kurzer Pause folgt erneutes Wachstum und vollständige Herstellung des kräftigen Haares. In den letzten Jahren trat der Wechsel seltener, im verflossenen Jahre nur einmal mehr auf, während sich jegliche Therapie als machtlos erwies. Ätiologisch handelt es sich um eine Trophoneurose. In vielen Versuchen wurde nachgewiesen, daß durch Verletzung der oberen Cervikalnerven Kahlheit erzeugt werden kann; eine derartige Störung wird auch hier vorliegen. Der Knabe, der Idiot ist, hat wohl von vornherein ein geschwächtes Nervensystem, während das Mädchen sicher auch eine Störung im oberen Teil der Cervikalnerven hat, das sich klinisch durch eine polternde Sprache, also Schwächung des Hypoglossus, äußert. Interessant ist auch, die stufenweise Abschwächung der den Haarwuchs betreffenden Noxe in der Familie zu konstatieren. Der älteste anormale Knabe wird am häufigsten von Haarausfall befallen, seltener die jüngere Schwester, während bei der jüngsten Schwester niemals Spuren von Alopecie beobachtet wurden, bei der aber auch keinerlei Spuren eines geistigen Defektes vorhanden sind.

II. Beiträge zur Behandlung des Ulcus molle, von WALTER SCHNEIDER-Berlin. Wenngleich unter den für die Behandlung des Ulcus molle geeigneten Pulversubstanzen nach wie vor das Jodoform obenan steht, so ist man doch wegen dessen verräterischen Geruches oft gezwungen, andere Ersatzmittel anzuwenden. So versuchte SCHNEIDER das Ichthargan nach vorangegangener Ätzung der Geschwüre mit Acidum carbolic. liquefactum. Es zeigte sich als sehr brauchbar, wenngleich es nicht so schnell Heilung bewirkte wie Jodoform, und auch recht teuer ist. Das gleichfalls versuchte Xeroform befriedigte weniger, besser sind Dermatol und Airol. Die Ätzung kann auch mit Jodtinktur statt Karbol gemacht werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XV. Heft 2—4.

Heft 2 beginnt mit einer Erinnerung OBERLAENDERS daran, daß NITZE vor 25 Jahren das erste Kystoskop in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstrierte.

Endourethrale Photographie von KOLLMANN. Verfasser beschreibt die von ihm angegebene Apparate zur Photographie des Harnröhreninnern am lebenden Manne und schildert an einer Reihe von Photogrammen die Krankheitserscheinungen; er ist überzeugt, daß die Harnröhrenphotographie jetzt nicht mehr ein bloßes Kuriosum darstellt, sondern so weit gediehen ist, daß sie zu Unterrichtszwecken herangezogen werden kann.

Über eingesackte Harnsteine (Steine des prostatistischen Teiles der Harnröhre), von ENGLISCH. Die mit großem Fleiße über die Harnsteine der Prostata verfaßte Arbeit des Verfassers eignet sich wegen der Fülle des aus der Literatur beigebrachten Materials nicht zum Referat, sondern muß im Original nachgelesen werden. Beschrieben werden die Steine der Prostata, der Samenblasen und etwaiger Divertikel nach Ursache, Symptomen und Operationsmethoden.

Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Cystinurie, von WASSERTHAL. Die Ätiologie der Cystinurie ist noch ganz dunkel; man hat sie gelegentlich bei akuten Infektionen wie beim Gelenkrheumatismus beobachtet, und einen dahin zu rechnenden Fall von Cystinurie beschreibt Verfasser. In neuerer Zeit ist der experimentelle Beweis gelungen, daß der Leber ein Cystin zerstörendes Vermögen zukommt. Verfasser rät daher, bei jedem Falle von Cystinurie den Stoffwechsel und die Funktion des Darms und der Leber genau zu prüfen.

Zur Physiologie der Harnentleerung, von ROB. LUCKE. Verfasser behauptet, daß von jedem Punkte der Blase und der Pars prostatica aus gewisse Reize ohne Vermittelung des Rückenmarks Kontraktionen der Blasenmuskulatur (Detrusor) und des Sphinkter internus veranlassen können. Dieselben Reize können die Empfindung des Harndrangs hervorrufen. Daß nicht jeder die Blase betreffende Reiz Harndrang hervorruft, erklärt sich daraus, daß die Intensität des Reizes groß genug sein muß, um die Kontraktion der Blasenmuskulatur bis zum Sphinkter internus zu bewirken. Daraus folgt, daß die Intensität der Reize um so geringer sein kann, je kürzer die Entfernung des gereizten Punktes vom Sphinkter internus ist, und ferner, daß der Spannungsreiz der wirksamste sein muß, weil der von allen Punkten zugleich wirkende der intensivste ist.

Über die Frage der ätiologischen Beziehungen zwischen Blennorrhoe und Prostatahypertrophie, von A. ROTHSCHILD. Verfasser glaubt durch seine anatomischen Untersuchungen an Leichen den exakten Nachweis erbracht zu haben, daß die Prostatahypertrophie ein spätes Entwicklungsstadium der chronischen Prostatitis darstellt und da in praxi Blennorrhoe die häufigste Ursache der chronischen Prostatitis ist, so stellt sich diese weitverbreitete Geschlechtskrankheit als bis ins späteste Lebensalter hinein unglückbringend dar. Daß der Nachweis der Gonokokken hierbei nicht erbracht ist, braucht man ebensowenig zu berücksichtigen wie das Fehlen des Gonokokkennachweises bei den meisten nicht traumatischen Strikturen.

Fünf Fälle von perinealer Prostatektomie, von A. BAKO. Verfasser erzielte in seinen fünf Fällen viermal Heilung mit gutem Erfolge; einmal trat Exitus letalis ein, da der Patient sehr herabgekommen war, und die Nieren nicht mehr gut funktionierten. Verfasser operierte nach der Methode ALBARRANS mit beabsichtigter Eröffnung der Harnröhre.
F. Hahn-Bremen.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. II, Heft 8.

1. Fürsorgeerziehung und Prostitutionsbekämpfung, von Assessor SCHILLER-Breslau. Die Bekämpfung der Prostitution ist verschieden, je nachdem man die Ursachen bewertet, welche zu ihr führen. Eine Lehre sieht in der Dirne das Gegenstück zum männlichen Verbrecher und einen entarteten, erblich belasteten Typus des weiblichen Geschlechts. Die der Frau spezifische Art der Kriminalität sei die Prostitution. Die andere Lehre erkennt in letzterer die bloße Folge sozialer Zustände. Die Wahrheit entsteht durch Heranziehung beider Kausalitätslehren. Von großem Einfluß ist der Mangel der Erziehung auf die Neigung zur Prostitution. Den Weibern fehlt vielfach das sittliche Bewußtsein, was gegenüber den Versuchungen der verschiedenen Art den besten Rückhalt und Schutz zu geben vermag. Die meisten Prostituierten haben überhaupt keinerlei Erziehung genossen, da sie vielfach uneheliche Kinder sind und ihre Eltern überhaupt nicht oder meist nur vorübergehend einen gemeinsamen Haushalt geführt haben. Dazu kommt das Wohnungselend, das die Prostituierten als Kinder kennen gelernt haben, die Berührung zwischen den Geschlechtern untereinander,

mit den Schlafburschen und Schlafmädchen. Das alles geht aus den statistischen Erhebungen verschiedener Erziehungsanstalten deutlich hervor. Aus der Statistik über die Fürsorgeerziehung ergibt sich auch, daß 1901 die Eltern in 2924 Familien gerichtlich vorbestraft, das waren 47,1 % aller Familien, aus denen Kinder in Fürsorgeerziehung gebracht wurden. Letztere hat darum so früh als möglich einzusetzen. Zuweilen tragen die Eltern jedoch keine Schuld. Dieselben sind unter Umständen von früh bis abends beschäftigt, um nur das Nötigste zum Unterhalt zu verdienen, können sich den Kindern darum nicht widmen, welche dann auf die Straße und ihre Altersgenossen angewiesen sind. In Manchester waren unter 10000 gefänglich eingezogenen Prostituierten 5161 Mädchen, welche gar nicht, und 4760, welche nur mangelhaft lesen und schreiben konnten. PARENT-DUCHATELET berichtet, daß von 4922 Dirnen nur 110 richtig zu lesen und zu schreiben vermochten. In Rußland zeigt sich dieser niedere Kulturzustand unter den Prostituierten sogar noch mehr. Je weiter sich in einer gewissen Schicht der Arbeiterbevölkerung, nämlich unter den Industriearbeitern, die Bildungshöhe gehoben hat, um so weniger Prozente gab diese Schicht des Volkes auch an die Prostitution ab (BLASCHKO). Die letztere ist darum vor allem dadurch zu bekämpfen, daß der Staat und die Gemeinden, sowie alle anderen Faktoren die Erziehung und Bildung der weiblichen Jugend fördern. Der Staat kommt hierfür in erster Linie in Frage; aus sozialpolitischen und finanzpolitischen Gründen wird er einer systematischen Fürsorgeerziehung nicht aus dem Wege gehen können. Letztere zerfällt in Familien- und in Anstaltserziehung. Erstere soll tunlichst überall angewendet werden, da sie äußerst segensreich wirkt. Werden doch die Segnungen des Familienlebens den bedrohten jungen Zöglingen hier zuteil. Mit 14 Jahren werden diese nach guter Führung in Dienststellen untergebracht und erhalten einen sogenannten Fürsorger, der sich um sie weiter zu kümmern hat. In Anstalten bringt man Minderjährige, die zu sexuellen Exzessen, zum Landstreichen, Verbrechen neigen und ganz verwaist sind, ferner der Anstaltspflege bedürftige kranke Kinder. Die Anstalt hat unter Vermeidung aller Einrichtungen, die an Gefängnis oder Arbeitshaus erinnern, bei ihren Zöglingen den Glauben zu erwecken, daß die einfachste Arbeit noch vielmal besser ist als die verwerfliche Prostitution. Auch müssen die Mädchen von den gesundheitlichen Gefahren der letzteren unterrichtet werden. Die Hauptsache ist, daß die Zwangserziehung in möglichst jungen Jahren einsetzt. Wurden doch 1898 in Berlin bei 846 Neueinschreibungen sieben minorene Prostituierte von 15 Jahren, 21 von 16, 33 von 17, 59 von 18, 49 von 19 und 60 von 20 Jahren gefunden. Früher mußten mehrmals 14jährige Mädchen der Kontrolle unterstellt werden. Man wendet gegen die Beschützung der weiblichen Minderjährigen ein, das ganze System sei ein irrig aufgebautes. Die Prostitution sei eine reine Männerfrage, indem die Nachfrage das Angebot regelt. Doch trifft diese Annahme sicherlich nicht zu. Das Gesetz von Angebot und Nachfrage läßt sich vom Wirtschaftsmarkt nicht auf die Verhältnisse des Geschlechtsverkehrs übertragen. „Der käufliche Geschlechtsverkehr ist keine Ware im üblichen Sinne.“ Wenn ein Mädchen sich prostituiert, so ist die Voraussetzung, daß sie sich schon von den in der Gesellschaft herrschenden Anschauungen über das Verwerfliche, Entehrende ihres Handelns freigemacht hat. Bei der größten Nachfrage reagiert nur der Teil der weiblichen Bevölkerung auf diese Nachfrage, welcher eben „unmoralisch disponiert“ ist. Heben wir mit unseren Bestrebungen der vorerwähnten Art das öffentliche Sittlichkeitsgefühl, so wird eben die Summe der unmoralisch disponierten Weiber ständig sinken. Wäre die eben widerlegte Lehre wahr, so müßte die Zahl der Dirnen mit der Zunahme der männlichen und überhaupt der Bevölkerung wachsen, sie nimmt aber in größerem Umfange zu.

2. Rekonvaleszentenheime für Syphilitische, von KARL STEIN-Düsseldorf. Der Verfasser verweist darauf, daß, während die Versicherungsanstalten Tuberkulöse und andere Kranken vielfach zum weiteren Heilverfahren übernehmen, Geschlechtskranke von ihnen verschwindend wenig berücksichtigt werden. Außer Berlin mit seinem Genesungsheim in Lichtenberg, mit 50 Betten für Venerische, hat keine der 30 Versicherungsanstalten eigene Anstalten für derartig Kranke, wohingegen Sanatorien für Tuberkulöse von elf Versicherungsanstalten errichtet worden sind. Und doch sind die Heilresultate bei Geschlechtskranken vielleicht ermutigendere als bei Lungenkranken. Dazu kommt, daß die räumlichen Verhältnisse vieler Spitäler den sexuell Erkrankten nur beschränktes Unterkommen oder Aufnahme in minderwertigen Krankenzimmern gestatten. Gerade hier wäre aber die allerweitestgehende Hygiene zur Erzielung guter Kurresultate notwendig. Nur so kann der vielfach eintretenden Erwerbsunfähigkeit und Invalidität vorgebeugt werden. Es ist ja bekannt, welche große Rolle die Lues in der Ätiologie jener Prozesse spielt, auf welchen schließlich eine eingetretene dauernde Erwerbsunfähigkeit beruht. Verfasser wünscht, daß in diesen Verhältnissen Wandel geschaffen werden möge. Jede Versicherungsanstalt sollte sich ein Heim für Rekonvaleszenten von Geschlechtskrankheiten bauen. Die Geschlechter und die Kranken mit den verschiedenen Leiden — Lues und Blennorrhoe — müßte in denselben getrennt untergebracht werden. Als Mindestbettensahl wären 50 anzunehmen. Vielleicht ließen sich mit diesen Anstalten auch Invalidenheime vereinigen — beides natürlich getrennt voneinander. Damit wäre das finanzielle Bedenken, das erhoben werden dürfte, vielleicht zu beseitigen.

Heft 9.

Fürsorgeerziehung und Prostitutionsbekämpfung, von Magistratsassessor SCHILLER-Breslau. Im vorliegenden zweiten Teil seiner Abhandlung befaßt sich der Verfasser mit der juristischen und gesetzlichen Seite der Frage, soweit sie das Königreich Preußen betrifft. Vor dem Erlaß des Bürgerlichen Gesetzbuches gab es gar keine Mittel, der Prostitution und besonders ihrem Nachwuchs entgegen zu arbeiten. Das allgemeine Landrecht enthielt zwar Bestimmungen, nach denen den Eltern die Erziehung der Kinder genommen werden konnte, wenn letztere die Gefahr der Verwahrlosung liefen. Diese Bestimmungen wurden aber selten angewendet, weil sie nur bei Eltern, die zahlungsfähig waren, in die Wirklichkeit umgesetzt werden konnten. Das Reichsstrafgesetzbuch trifft zwar die gewerbsmäßige Unzucht mit Strafe, wenn sie von nicht der polizeilichen Aufsicht Unterstehenden geübt wird. Dies würde aber auch die minorennen verwahrlosten Mädchen zwingen, sich kontrollieren zu lassen. Man würde also dadurch mehr Weiber der Prostitution zuführen als ihr entziehen, was ja auch die Wahrheit ist. Ebensowenig Nutzen brachte die korrektionelle Nachhaft laut § 362 des Strafgesetzbuchs. Das Zwangserziehungsgesetz vom 13. März 1878, welches sich an § 55 des Strafgesetzbuches anlehnte, sah die Zwangserziehung nur dann vor, wenn der Minderjährige nach dem vollendeten sechsten und vor vollendetem zwölften Jahre des Lebens eine strafbare Handlung begangen hatte, und wenn die Unterbringung mit Rücksicht auf die Art dieser Handlung sowie auf die Persönlichkeiten der Eltern oder Erzieher notwendig war. Dadurch hat sich das Gesetz als unzureichend erwiesen. Es wurden nur dann Jugendliche davon getroffen, wenn sie strafrechtliche Vergehen auf dem Kerbholze hatten. Mit solchen Strafmaßnahmen bessert man aber keineswegs die Kriminalität dieser jugendlichen Personen. Darum hat man in Preußen statt des Zwangserziehungsgesetzes neuerdings ein Fürsorgeerziehungsgesetz eingeführt, das eine vorbeugende, sozialpolitische, erzieherische und ethische Richtung verfolgt. Wer das 18. Jahr noch nicht vollendet hat, kann nach diesem Gesetz der Fürsorgeerziehung zugeteilt werden, um die Verwahrlosung

zu verhindern, wenn „das geistige oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet wird, daß der Vater (bzw. die Mutter) das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässigt oder sich eines ehrlosen und unsittlichen Verhaltens (§ 1666 B. G.-B.) schuldig macht, oder wenn das Vormundschaftsgericht anordnet, daß das Mündel zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt untergebracht wird“ (§ 1838 B. G.-B.). Ferner tritt die Fürsorgeerziehung ein, wenn der Minderjährige eine strafbare Handlung begangen hat, vor deren Bestrafung durch Gerichtsbeschluss ihn seine Jugend schützt, und wenn die Fürsorgeerziehung mit Hinblick auf diese Handlung sowie unter Berücksichtigung der Eltern oder Erzieher zur Verhinderung weiterer sittlicher Verwahrlosung des Minorennen nötig wird. Auch tritt das Gesetz unter Umständen in Kraft, wenn die Erziehung seitens Eltern, Erzieher oder Schule unzulänglich ist und den völligen sittlichen Verfall des Minderjährigen nicht aufzuhalten vermag.

Wichtig ist bei dem Gesetz die Erweiterung der Altersgrenzen, was die Fürsorgeerziehung von Kindern unter sechs Jahren bis zum 18. Lebensjahre ermöglicht. Letzteres ist besonders für die weibliche Jugend als Schutz vor der Prostitution von Bedeutung. Gerade die Jahre 16—18 sind für weibliche Verwahrloste von ausschlaggebendem Einfluss für die Neigung zur Gewerbsunzucht. Die Erziehung erfolgt in geeigneten Familien oder in Anstalten, beides unter staatlicher Aufsicht. Den Antrag zur Fürsorgeerziehung stellt der Landrat, in Städten mit über 10000 Einwohnern der Gemeindevorstand, in Stadtkreisen eventuell auch der Chef der königlichen Polizeibehörde. Das Gericht trifft die Entscheidung, welche übrigens auch auf Antrag jeder Person herbeigeführt werden darf, welche an der Unterbringung eines Minderjährigen Interesse besitzt. Ist Gefahr im Verzug, so kann auch das Vormundschaftsgericht die vorläufige Aufnahme in Fürsorgeerziehung anordnen. Das ist wertvoll für weibliche Minorene, welche von der Polizei bei gewerbamäßiger Unzucht ertappt werden. Derselbe § 5 erlaubt auch die zwangsweise Spitalsbehandlung, wenn solch ein Mädchen als krank befunden worden ist. Zum Schluss wendet sich der Verfasser gegen die Bestrebungen des preussischen Kammergerichts, welches durch verschiedene, lebhaften Widerspruch der maßgebenden Kreise hervorrufende Urteile die sittlich noch nicht ganz verdorbenen und die bloß körperlich verwahrlosten Minderjährigen von der Einbeziehung in das Fürsorgeerziehungsgesetz ausschließen will, und das der Verwahrlosung preisgegebene Kind erst dann in Erziehung geben will, wenn die den Armenverbänden vorgesetzten Behörden das Vorliegen eines Falles von Armenpflege und das Einspringen müssen der öffentlichen Armenpflege verneint haben. So führt der Verfasser einen Fall an, wo es zur Unterbringung dreier Geschwister in Fürsorgeerziehung nicht weniger als acht Entscheidungen (Amtsgericht zweimal, Landgericht und Kammergericht je einmal, ebenso Ortsarmenverband und Kreis Ausschuss je einmal) bedurfte.

Hopf-Dresden.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 6.

Herpes genitalis und Nervensystem, von P. RAVAUT und DARRÉ. Der Herpes genitalis ist keineswegs eine gleichgültige, auf die Haut der Geschlechtsgegend beschränkte Erkrankung, vielmehr spielt das Nervensystem dabei eine mehr oder minder wichtige Rolle. Je nach der Heftigkeit der nervösen Prodromalerscheinungen — Jucken, Stechen, Brennen, Schmerzen, Hitze- und Kältegefühle, Ausstrahlungen in die Gefäß- und Ischiasgegend — lassen sich drei Formen unterscheiden, deren erste

bereits von MAURIAU als Herpes genitalis neuralgicus beschrieben wurde; bei der zweiten Form sind jene nervösen Symptome geringer, bei der dritten, die die größte Zahl der Fälle von Herpes genitalis umfaßt, beschränken sie sich auf ein bescheidenes Gefühl von Brennen oder Jucken.

Die Verfasser haben nun in 27 Fällen von Herpes genitalis, unter denen alle drei Formen vertreten waren, den Liquor cerebrospinalis auf seinen Zellengehalt untersucht und haben als wesentlichstes Ergebnis gefunden, daß eine regelmäßige Beziehung zwischen der Menge der vorhandenen Zellen und der Stärke der nervösen Erscheinungen bestand; letztere waren um so heftiger, je reicher sich der Liquor an Lymphzellen erwies. Von ihren weiteren Befunden sei hervorgehoben, daß der Liquor stets frei von Mikroben war und immer nur sehr wenig eiweißhaltig war. Impfungen mit dem Liquor oder dem Inhalt der Herpesbläschen, vorgenommen an den Kranken selber, blieben immer erfolglos. Üble Nachwirkungen nach den Lumbalpunktionen kamen nicht zur Beobachtung.

Zur Bakteriologie der Balanitis vulgaris, von VINCENT. V. hat in 31 Fällen 25mal einen Bacillus gefunden, dessen wesentlichste Eigenschaft darin besteht, daß er anaërob ist. Er hat eine Länge von 2—3 μ , abgerundete Enden, er ist sehr zart und unbeweglich, zeigt sich auch nicht ganz selten als Diplobacillus oder in Kettenform. Er läßt sich leicht färben, doch muß man die starken Färbemittel, das Thionin z. B., verwenden; nach GRAM ist er nicht färbbar. Er muß anaërob, mit großer Vorsicht kultiviert werden. Mäuse erliegen ihm sehr leicht, Meerschweinchen und Kaninchen erst, wenn er ihnen in größerer Menge eingeimpft ist.

Neben diesen Bazillen fanden sich fast regelmäßig noch Spirillen, die schon früher von BERDAL und BATAILLE beschrieben wurden, die mit den Spirillen von Mundschleimhautgeschwüren große Ähnlichkeit haben, und die mit den zuerst genannten Bazillen in Symbiose leben.

In dem Präputium hat der VINCENTSche Bazillus, abgeschlossen gegen die äußere Luft, die günstigsten Lebensbedingungen. Er gelangt hierhin durch Übertragung, möglicherweise findet er sich hier aber auch bei gesunden Personen. Einmal hat V. ihn auch im Eiter einer Metritis puerperalis beobachtet.

Die Radiotherapie bei den Hautkrankheiten, von BELOT. Wird noch fortgesetzt.
Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 7.

1. Über die spontanen Blutungen der Prostata, von B. MOTZ und L. SUAREZ. Behufs Entscheidung der Frage, ob spontane Prostatablutungen überhaupt vorkommen, haben die Verfasser ca. 250 vergrößerte Vorsteherdrüsen zum Teil nur makroskopisch, zum Teil makroskopisch und mikroskopisch untersucht. Den erhobenen Befunden zufolge führt die einfache Kongestion der hypertrophischen Prostata niemals spontan zur Blutung. Lediglich in zwei Fällen konnten intraprostatiche Blutungen festgestellt werden, und beide Male handelte es sich um Hypertrophie mit Neubildung enorm zahlreicher Kapillaren, deren Wandungen zum Teil rupturiert waren. In einem der beiden Fälle war die Blutung im Innern der Prostata abgekapselt, in dem anderen war sie in die Blase durchgebrochen.

Das Ergebnis ihrer Untersuchungen fassen M. und L. in folgenden Schlüssen zusammen: 1. Hämaturie infolge spontaner Prostatablutung kommt vor, wenn die Blasen- oder Harnröhrenwandungen durch das Übergreifen eines Neoplasmas oder einer Tuberkulose der Prostata zerstört sind. 2. Die Hämaturien der Prostatiker sind

meist bedingt durch die sehr häufigen chronisch-katarrhalischen Veränderungen der Blaseschleimhaut; sie können aber auch verursacht sein durch Blutungen der Nieren, der Nierenbecken, der Ureteren oder der Pars posterior urethrae. 3. Wir kennen bis jetzt nur einen Fall, in dem eine intraprostatiche Blutung in die Blase durchgebrochen ist; diese Blutung war durch Neubildung von Gefäßen in der Prostata verursacht.

2. Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritiden, von ADOLFO CARIANI-Genoa. C. erinnert daran, welche Bedeutung die Erkrankungen der Prostata für die Behandlung der chronischen Urethritiden haben, und wie oft kleine Krankheitsherde in der Vorsteherdrüse vorhanden sind, die der manuellen Untersuchung entgehen und nur durch die mikroskopische Untersuchung des Prostatasekrets festgestellt werden können. Dann bespricht er die neueren Arbeiten über die Veränderungen des Harnröhrenepithels bei langdauernder chronischer Urethritis, insbesondere die im Jahrgang 1908 der *Ann. génito-urin.* veröffentlichte Arbeit von MOTZ über die Behandlung der chronischen Urethritiden. MOTZ hat in diesem Aufsatz zur Behandlung derjenigen chronischen Urethritiden, in denen das Harnröhrenepithel verhornt ist, langdauernde Injektionen vorgeschlagen, die in der Weise vorzunehmen sind, daß die injizierte Flüssigkeit durch einen einfachen, um die Glans angelegten Verband mehrere Stunden hindurch in der Urethra zurückgehalten wird; in Fällen, in denen auch tiefliegende Infiltrate vorhanden sind, soll die Urethra durch Bougies möglichst stark dilatiert werden; über den in der Harnröhre liegenden Bougie sind die Infiltrate einzeln zu massieren (Referat siehe Band 36 S. 780 dieser Zeitschrift). Diese von MOTZ empfohlene Methode hat C. in fünf Fällen von chronischer Urethritis, bei denen sich im Sekret noch Gonokokken fanden, und in fünfzehn Fällen, in denen das Sekret keine Gonokokken mehr enthielt, angewandt; die Fälle waren vier Monate bis 19 Jahre alt und alle schon mehrfach erfolglos behandelt worden. Die fünf Fälle mit Gonokokken kamen alle, von den fünfzehn Fällen ohne Gonokokken zehn zur Heilung. — C. schließt aus seinen Erfahrungen, daß die Methode MOTZs einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung der chronischen Urethritiden darstellt.

3. Über einen Fall von metastatischem Abszess blennorrhoidischen Ursprungs, von J. KÉRASSOTIS - Nancy. Bei einem jungen Manne, der bereits dreimal an Blennorrhoe erkrankt gewesen war und jedesmal während der Erkrankung hinter der rechten Ohrmuschel einen heftigen Schmerz verspürt hatte, konstatierte K. ungefähr 14 Tage nach einer neuerlichen blennorrhoidischen Infektion über dem rechten Warzenfortsatz einen Abszess, der inzidiert wurde. Blennorrhoe wie Abszess waren bereits auf dem Wege der Heilung, als infolge übermäßigen Alkoholgenusses der Ausfluß aus der Urethra und gleichzeitig auch die Eiterung aus der Abszesshöhle wieder viel stärker wurden; sowohl in dem Harnröhren- wie in dem Abszesseiter fanden sich Gonokokken. Es handelte sich in diesem Falle zweifellos um einen metastatischen blennorrhoidischen Abszess.

1904. Heft 8.

1. Die hartnäckige chronische Cystitis, von EDGAR GARCEAU - Boston. Die von INSBERT aus dem Englischen übersetzte Arbeit hat, ohne daß der Verfasser diese Einschränkung irgendwie begründet oder auch nur auf sie aufmerksam macht, lediglich die Cystitiden der Weiber zum Gegenstand.

Im ersten Teile der Arbeit, in dem von den Cystitis erzeugenden Mikroorganismen die Rede ist, behauptet G., daß wie der Tuberkelbacillus, so auch der Gonococcus sehr schwere und insbesondere sehr langdauernde Blasenentzündungen hervorrufen kann: „man trifft den Gonococcus in den Blasenwandungen, wo er mehrere Jahre leben kann und manchmal sehr schwere Erscheinungen, in anderen Fällen da-

gegen, je nach der Wandlung, welche die Krankheit durchmacht, nur unbedeutende Symptome verursacht.“

Hartnäckige chronische Cystitiden kommen nach G. vor: 1. infolge von Tumoren, 2. von Steinen, 3. von Tuberkulose, 4. in Form des *Ulcus simplex vesicae*, 5. in Form der einfachen chronischen Cystitis ohne Erkrankung der oberen Harnwege, 6. in Form der Cystitis der Greisinnen. Weiterhin können Niereneiterungen, Entzündungen der Ureteren, Abszesse, die sich in die Blase entleeren, und Divertikelbildungen der Blase hartnäckige chronische Cystitiden hervorrufen oder eine bestehende Cystitis verschlimmern und in ihrer Dauer verlängern. Die gleichen klinischen Erscheinungen wie die hartnäckige chronische Cystitis macht die einfache, nicht durch Infektion verursachte Hyperämie des Blasenhalsses und des Trigonum Lientaudii.

G. bespricht zunächst unter Anführung von elf Krankengeschichten die Blasen-tuberkulose und ihre Behandlung und beschreibt dann das *Ulcus simplex vesicae*, das eine Analogie des runden Magengeschwürs darstellt. Er selbst hat einen Fall von einfachem Blasenulcus beobachtet. Der Fall betraf eine Frau, die vor sechs Monaten gelegentlich einer Entbindung eine Harnretention von dreitägiger Dauer durchgemacht hatte. Der durch Katheterisierung herbeigeführten Entleerung des Urins war eine Ausstossung der ganzen Blaseschleimhaut gefolgt, und von da an hatte die Frau zahlreiche, schmerzhafte Miktionen und auch spontan Schmerzen in der Harnröhre und Harnblase. Die cystoskopische Untersuchung zeigte neben einer starken Bötung der Urethra und des Blasenhalsses nach innen von der Mündung des linken Ureters eine von injizierter Schleimhaut umgebene, 3 cm lange und 2 cm breite, von phosphorsaurem Kalk bedeckte geschwürige Fläche. Das *Ulcus* wurde kurettiert und mit Höllenstein geätzt und kam dann rasch zur Heilung.

Von einfacher chronischer Cystitis ohne Erkrankung der oberen Harnwege teilt G. sechs Fälle mit. Führt bei solchen Kranken die gewöhnliche interne und lokale Behandlung nicht zum Ziele, so kommt nach G., wenn es sich um circumskripte geschwürige Prozesse handelt, das Curettement, bei ausgedehnter Erkrankung der Blaseschleimhaut aber die Cystotomie in Frage, und zwar zieht G. die vaginale Cystotomie der suprapubischen vor. In gleicher Weise zu behandeln ist die Cystitis der Greisinnen, die sich durch große Hartnäckigkeit auszeichnet, und das, auch wenn die Schleimhautveränderungen nicht hochgradig sind.

Die ausführlichste Besprechung widmet G. den Entzündungen der Ureteren, die er in einfache Ureteritiden, Ureteritiden mit Strikturbildung und tuberkulöse Ureteritiden einteilt. Die einfache, chronische Ureteritis kann die Folge einer Blasen- oder eine Nierenerkrankung sein. Am meisten zu fürchten sind die durch den Gonococcus erzeugten Harnleiterentzündungen, weil es bei ihnen leicht zur Strikturbildung kommt. Auch Entzündungen und Eiterungen der Lymphdrüsen und des Beckenzellgewebes können eine Ureteritis hervorrufen. Die Blase ist fast in allen Fällen miterkrankt, nur wenn die Ureteritis schon sehr lange besteht, kann die Blaseschleimhaut ein fast normales Aussehen haben. Im cystoskopischen Bilde zeigt sich die Mündung des erkrankten Ureters gerötet und geschwollen. Der Urin der betreffenden Seite enthält zahlreiche Epithelien, aber wenn das Nierenbecken nicht miterkrankt ist, wenig Eiter und gewöhnlich weniger Harnstoff als der Urin der gesunden Seite. Um den Urin der beiden Nieren getrennt aufzufangen, bedient sich G. in Fällen von Ureteritis nicht des Ureterenkatheters, sondern des KELLY'schen Cystoskops, welches sich vorzüglich dazu eignet. Die Behandlung der einfachen chronischen Ureteritis besteht in Verabreichung von *Liquor Kalii acet.* bei saurem Urin, von Urotropin in Fällen, in denen der Urin viel Eiter enthält, außerdem muß für regelmäßigen Stuhlgang und milde, stickstoffarme Kost gesorgt werden; Alkohol ist zu

vermeiden. Das Wichtigste sind Injektionen von 2^o/iger Bor- und 1^o/iger Höllesteinlösung in den Ureter selbst, G. hat für diese Injektionen ein eigenes Instrument konstruiert, welches durch das Cystoskop hindurch eingeführt wird. Besteht eine Verengung des Ureters, so wird man die mechanische Dilatation versuchen; kommt man mit dieser nicht zum Ziele, so muß chirurgisch eingegriffen werden.

Den Schlufs der Arbeit bildet eine Besprechung der durch Niereneiterungen und Divertikelbildung hervorgerufenen Cystitiden und der durch Erkrankungen benachbarter Organe oder zu starke Konzentration oder Hyperacidität des Urins verursachte Hyperämie des Blasenhaltes und des Trigonum.

2. Echinococcuscysten im Becken und Harnretention, von HENRI HARTMANN. Bei einem 18jährigen Manne, bei dem sich seit einiger Zeit eine langsam zunehmende Schwellung des Leibes bemerkbar machte, trat plötzlich eine komplette Harnretention ein, die mehrere Stunden andauerte. Der Kranke konnte dann zwar wieder spontan, aber nur unter großen Schwierigkeiten urinieren, die Zahl der Miktionen blieb in der Folge stark vermehrt, dabei bestand eine inkomplette Harnretention fort. Die Untersuchung ergab einen retrovesikal gelegenen, mit der Prostata verwachsenen Tumor und eine Vergrößerung der Leber, besonders des rechten Leberlappens. Es handelte sich um Echinococcuscysten. H. entfernte den retrovesikalen Tumor mittels Laparotomie, die Cyste in der Leber soll später entfernt werden.

3. Zu therapeutischen Zwecken vorgenommene Katheterisierung eines Ureters (durch Bacterium coli verursachte Pyonephrose, geheilt durch Spülungen des Nierenbeckens), von RAPIN - Lyon. Bei einer 26jährigen Frau, die seit drei Monaten an heftigen Schmerzen bei und nach den Harnentleerungen und sehr häufigem Harndrang litt, fand R. im trüben Urin Spuren von Eiweiß, viel Eiter und zahlreiche Kolibakterien. Die cystoskopische Untersuchung ließ erkennen, daß die Blasen-schleimhaut bis auf eine leichte Rötung und Wucherung in der Gegend des Blasenhaltes intakt war. Als dann mittels des Luyschen Separators der Urin beider Nieren getrennt aufgefangen wurde, zeigte sich, daß der Urin der rechten Niere annähernd normal war, der Urin der linken Niere dagegen Eiter, Eiweiß und Kolibakterien enthielt; überdies sezernierte die linke Niere nur halb so viel Harn als die rechte. Die Einführung eines Katheters in den linken Ureter ergab ferner das Vorhandensein einer renalen Retention; bei jeder Katheterisierung entleerten sich 25—55 g Residualharns. R. nahm nach diesen Feststellungen neun Spülungen des erkrankten Nierenbeckens mit 1^o/iger Höllesteinlösung vor; er injizierte in jeder Sitzung dreibis viermal 4 g. Da diese Spülungen eine nennenswerte Besserung nicht brachten, spritzte R. in der zehnten Sitzung viermal 2—3 g einer 5^o/igen Methylenblaulösung ein; der Effekt war, daß eine stärkere Trübung des Urins und sehr heftige Schmerzen auftraten. Nunmehr wurden drei ausgiebige, je zwei Stunden hindurch fortgesetzte Spülungen mit Borsäurelösung und 1—5^o/iger Höllesteinlösung vorgenommen, und diese brachten den gewünschten Erfolg: der Urin wurde klar, frei von Eiweiß und Eiter, wie auch von Kolibakterien, der Harndrang hörte auf. Nur die renale Retention blieb bestehen, doch glaubt G., daß auch sie allmählich verschwinden wird.

1904. Heft 9.

1. Über die intraperitonealen Rupturen der Blase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens, von C. DAMBEIN-Toulouse und E. PAPIN-Paris. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Experimentelle und klinische Studie über die Ausschaltung einer Niere, von G. GAYET und P. CAVAILLON (Lyon). Der Artikel wird fortgesetzt.

3. Ein seltener Fall von Blasen-Prostatenstein, von F. CATHÉLIN und M. VILLABET. Die Verfasser teilen die Krankengeschichte eines 51jährigen, an Rücken-

mark- und Knochensyphilis leidenden Mannes mit, der, wegen einer sehr engen Harnröhrenstriktur ins Spital verwiesen, an hochgradiger Entkräftung zugrunde ging, noch bevor die in Aussicht genommene Sectio alta gemacht werden konnte. Bei der Obduktion fand sich in der Prostata neben mehreren kleinen Konkrementen im rechten Lappen ein größerer Stein, der die Blasenwand perforiert hatte und mit einem wallnufgroßen Blasenstein in Verbindung stand. Auch der linke Prostatalappen enthielt einen größeren Stein, der mit einem Fortsatz die Blasenwand perforiert hatte und allem Anscheine nach früher ebenfalls mit dem Blasenstein in Verbindung gestanden hatte.

4. Blennorrhoe mit Nachweis von Gonokokken. Hodenentzündung. Striktur der Harnröhre. Infektiöse Prostatitis. Bazillen. Heilung, von BENNETT.

Mitteilung eines Falles von veralteter, vielfach erfolglos behandelter chronischer Blennorrhoe, die durch 21 Dampfbäder, bereitet aus den Dämpfen des Harzes einer Fichtenart, und tägliche Verabreichung von 10 Glas Mineralwasser („La Virginales“) zur „Heilung“ gebracht wurde. Die „Heilung“ bestand darin, daß in dem vorher gonokokken- und bazillenhaltigen Harnröhreneiter nach der Behandlung weder Gonokokken noch Bazillen gefunden wurden. Die Kur wurde in der Heilanstalt „Le Martouret“ in Die, an welcher B. wirkt, vorgenommen. (Die Veröffentlichung ist so wenig wissenschaftlich, daß man sich nur darüber wundern muß, wie sie in den *Ann. génito-urin.* Aufnahme finden konnte. Ref.)

5. Ein neues Aëro-Urethroskop, von WASSERTHAL-Karlsbad. Hinweis auf ein neues, von W. konstruiertes Aëro-Urethroskop, das eine Modifikation des VALENTINISCHEN Instruments darstellt. Eine Beschreibung des Apparates enthält die kurze Notiz nicht.

1904. Heft 10.

1. Über die intraperitonealen Rupturen der Blase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens, von C. DAMBRIN-Toulouse und E. PAPIN-Paris. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Klinische und experimentelle Studie über die Ausschaltung einer Niere, von G. GAYET und P. CAVAILLON (Lyon). Der Artikel wird fortgesetzt.

3. Rasch zum Ziele führende Behandlung des vereiterten Bubo mit Inzision, Ausdrücken und sofortiger Naht, von LEGRAIN. L. empfiehlt, bei allen venerischen Bubonen, sobald Eiterung nachzuweisen ist, die Haut und die darunter liegenden Gewebe in der Längsachse des Bubo zu durchtrennen, den Eiter auszu-drücken, nach Entfernung des Eiters solange kräftig zu massieren und zu drücken, bis reines Blut ausfließt, dann, ohne die Abszefshöhle auszuspülen, die Wundränder mit Wattetampons, die mit sterilisiertem Wasser getränkt sind, abzuwischen und sofort mit Seide oder Catgut zu vernähen; eine Drainage wird nicht eingelegt. Die Wunde wird mit einem dünnen Kollodiumverband, der leicht komprimierend wirkt, bedeckt; die Seidenfäden werden nach 8—12 Tagen entfernt. Ist die Haut über dem Eiterherd bereits bläulich verfärbt oder verdünnt, so wird die betreffende Hautpartie in elliptischer Form exzidiert und dann die Naht vorgenommen. Kommen nach der Operation noch weitere Drüsen zur Vereiterung, so werden auch diese in der gleichen Weise behandelt; L. hat schon mehrmals bei einem und demselben Kranken drei und selbst vier derartige Operationen nacheinander in Zwischenräumen von mehreren Tagen ausgeführt. Die Erfolge, die er mit seinem Verfahren bisher erzielt hat, sind sehr befriedigende: Die Heilung erfolgt ausnahmslos per primam, die Behandlungsdauer ist wesentlich kürzer als bei allen anderen Methoden, die Narben sind weniger häßlich und weniger auffallend.

Göts-München.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IV, Nr. 7.

Über plötzliche Todesfälle, welche manchmal auf die sehr schnelle Heilung des Ekzems bei Kindern folgen, von L. BUTTE - Paris. Verfasser neigt der Ansicht zu, daß die alten Ärzte vielleicht doch im Rechte waren, wenn sie vor einer allzu plötzlichen Beseitigung von Ekzemen warnten. Er hat zwei Fälle beobachtet, welche zu denken geben:

I. Mädchen, 2 $\frac{1}{2}$ Jahr alt, war von ihm zuvor ca. 20 Monate hindurch an immer wiederkehrenden Ausbrüchen von nässendem Ekzem am Gesicht, Hals und Rumpfe behandelt worden. Nach fast einjähriger Pause erfolgte neuerdings ein Ausbruch, welcher von einem Kollegen mittels Zinksalbe und Umschläge mit Kohlentee in etwa acht Tagen beseitigt wurde. Währenddessen jedoch stellten sich Fieber, Husten und Krämpfe ein, und der alsdann hinzugerufene Verfasser konstatierte eine doppelseitige Bronchopneumonie, an der das Kind zwei Tage darauf zugrunde ging.

II. Kind, 18 Monate alt, weiblich, anfangs vom Verfasser wegen des sehr ausgedehnten, akuten, nässenden Ekzems behandelt, erhielt von anderer Seite Kleienumschläge, Karbolwasser und Zinksalbe verordnet. Nach schneller Heilung des Hautleidens fand Verfasser Ascites und Ödem der unteren Extremitäten sowie Eiweiß und Zylinder im Urin. Das Kind starb am folgenden Tage. Bei beiden Kindern bestand hereditäre Belastung mit Gicht resp. Rheumatismus und Mikräne. Ferner hat B. drei bis vier ähnliche Fälle, aber ohne tödlichen Ausgang beobachtet, und GAUCHER, НЕМОЧ u. a. berichten über analoge Beobachtungen. Man hat diese Erscheinung in der Weise gedeutet (DUPEYRAC), daß das Ekzem durch toxische, im Körper entstandene Stoffe erzeugt werde, für welche die sonstigen Exkretionsorgane nicht ausreichen, und welche auf der Haut als Reizmittel wirken. Bei Verhinderung dieses Eliminationsweges werden sie auf die inneren Organe zurückgedrängt. Andere erklären die Erscheinung durch die Wirkung der bei Ekzem zweifellos sehr zahlreich vorhandenen, in den Körper eindringenden Mikroorganismen.

Nr. 8.

Die Veränderungen, welche getroffen worden sind bei dem gegenwärtigen System der Reglementierung der Prostitution in Paris. Beseitigung der Reglementierung der Gelegenheitsquartiere und der Bordelle, von L. BUTTE - Paris. Diese neuen, provisorischen Bestimmungen zielen auf eine Verbesserung der Sanitätsverhältnisse bei den Prostituierten und auf Verminderung der mit der Kontrolle verbundenen Schreibereien hin. Im allgemeinen scheint der Gesetzgeber hierbei auf dem Standpunkt zu stehen, daß mit der Prostitution zu rechnen sei als mit einer Tatsache, die nun einmal nicht aus der Welt zu schaffen ist, und bei der man sein Hauptaugenmerk auf die Beseitigung der damit verbundenen gesundheitlichen Nachteile zu richten hat.

Philippi-Bad Salschwef.

Annales du service de dermatologie, de syphiligraphie et d'urologie.

Herausgegeben von BAYET - Brüssel.

Band I. Heft 1.

In der Einleitung bemerkt der Herausgeber, daß die neue Fachzeitschrift, welche unter der Mitarbeit von CLERC - DANDROY, LÉON DEKEYSER, ALFRED LEFEBVRE, PAUL HERMANS und JEAN DE SMETH editiert wird, eine alle drei Monate erscheinende Revue über das Krankenmaterial des Brüsseler Hospitals Saint-Pierre bilden soll, also einen eklektischen Charakter haben wird.

1. **Der nosologische Wert der Eosinophilie der Haut und des Blutes bei den bullösen Affektionen**, von BAYER. Der Verfasser hatte sich im Mai 1903 dahin ausgesprochen, daß er im Gegensatze zu LEREDDE bei der Differentialdiagnose der bullösen Hautkrankheiten der Eosinophilie nicht die ausschlaggebende Bedeutung beimessen könne, die sie nach der Angabe der Pariser Dermatologen haben sollte. Zur Zeit jener Kontroverse verfügte BAYER unter seinem Krankenmaterial gerade über einen Fall von Duhringscher Krankheit ohne und einen von vulgärem Pemphigus mit deutlicher Eosinophilie, was völlig der These von LEREDDE ins Gesicht schlägt, daß die Eosinophilie der Haut und des Blutes nur der Duhringschen Krankheit zukommt, nicht aber dem Pemphigus. Bei der Ähnlichkeit der klinischen Bilder, wie sie zuweilen bei beiden Krankheiten vorkommen, wäre ein derartiges diagnostisches Kennungszeichen von größter Bedeutung. Doch beruht die ganze Theorie nach Ansicht des Verfassers auf Irrtum. Mußte doch ihr Urheber, als er die Eosinophilie auch beim Pemphigus foliaceus und vegetans vorfand, schon etwas nachgeben, indem er als Schlußfolgerung dieser Befunde behauptete, daß eben diese beiden Abarten des Pemphigus der Duhringschen Krankheit sehr nahe stünden. BAYER berichtet nun über seine cytologischen Befunde bei dem oben erwähnten Fall von *Maladie de Duhring*. Der gleichfalls erwähnte Fall von Pemphigus soll nicht mit herangezogen werden, weil er sich inzwischen mehr dem vegetierenden Typ genähert hat, wo ja Eosinophilie existiert. Das Ergebnis der vielfachen Untersuchungen, die angestellt wurden, ist, wie gesagt, das gewesen, daß niemals, nicht einmal bei Schüben neuer Blasen, eine kutane oder sanguine Eosinophilie festgestellt werden konnte.

2. **Einige Fälle systematisierter Hautkrankheiten**, von L. DEKEYSER. Die Abhandlung bringt Berichte über einige recht interessante Fälle systematisch auftretender Dermatosen. A. Zuerst ein lineäres Ekzem bei einem Herrn von 60 Jahren (mit Abbildung). Die Anordnung am linken Unterschenkel und einem Teil des Oberschenkels war von nicht besonderem Charakter, wohl aber die Ausbreitung am rechten Bein. Hier ist die Affektion nur einige Millimeter breit, erstreckt sich aber in ununterbrochener Ausdehnung vom Damm bis zum Malleolus internus auf der Innen- bzw. Beugeseite der Extremität. Aufgetreten ist die Affektion unmittelbar nach einer heftigen Gemütsbewegung. B. Lineäres Ekzem am linken Arm einer 16jährigen Arbeiterin (mit Abbildung). Das eine Band erstreckt sich an der Innenfläche des Oberarms nach der Mitte der Ellenbeuge zu, ein zweites, zu jenem parallel laufend, von dem ersten Drittel des Oberarms (Innenseite) nach dem Daumen zu. Nebenher bestehen seborrhoische Ekzempartien am Ohr und am anderen Arm. Dem Verlaufe des Nervus cubitalis entspricht C.: eine Psoriasis linearis unilateralis bei einem 11 $\frac{1}{2}$ jährigen Schüler. Der übrige Körper ist völlig frei, nur auf der Rückenfläche der Hand, fünften, vierten Finger und der dem Kleinfinger zugekehrten Hälfte des Mittelfingers sowie der dem Nerven entsprechenden Seite des Vorderarms finden sich Plaques von Schuppenflechte. D. Eine symmetrische Psoriasis bei einem 34jährigen Kranken. Befallen ist die innere Seite der Gegend der Achillessehne, der innere Fußrand und ein daranstoßender handtellergroßer Bezirk der Fußsohle. (Abbildungen sind auch für die Fälle C und D beigefügt.)

3. **Das Mikrosporon der Katze, ein neues pathogenes Mikrosporon des Menschen**, von A. LEFEBVRE. Bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Kinde, das an zwei einander berührenden, kreisrunden, pfenniggroßen Plaques des behaarten Kopfes mit umgebenden rotbraunen, erhabenen Höfen litt, fand der Verfasser einen neuen, für den Menschen pathogenen Pilz. Das klinische Bild erinnerte sehr an das der gewöhnlichen Mikrosporie, doch ist das Leiden minder hartnäckig als letztere. Der Pilz wächst gut auf Gelatine - Pepton - Maltose; nach vier Tagen geht er auf zu einer

blendend weissen Kultur, die bis zum achten Tage sich nur wenig ausbreitet und feinste, vertikale Pilzfäden nach allen Seiten der Peripherie ausschickt. Je mehr die Kultur an Umfang zunimmt, um so mehr verschwinden diese peripheren Fäden, um mehr zu kurzen Zacken zu werden. Die Mitte der Kultur wird bräunlich, der Rand bleibt schneeweiss, zentral findet sich eine Art Knötchen.

4. **Einige Erwägungen über Harnabszesse**, von JEAN DE SMETH. An der Hand von Berichten über vier Fälle von Harnabszessen, deren Krankengeschichten beigegeben sind, kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dass man mit palliativen Mitteln in der Lage ist, die Entwicklung solcher Abszesse aufzuhalten. Es steht dem nichts im Wege, bei Komplikationen von Abszessen mit Strikturen unmittelbar nach der Eröffnung der ersteren etwa die externe Urethrotomie anzuschliessen. Während alle anderen Mittel fehlschlagen, weicht die Cystitis bei Verengerungen bald nach dem erfolgten Harnröhrenschnitt. Mittels der kontinuierlichen Blasenaspülungen nach LE CLERC-DANDOUY geht die Narbenbildung sehr schnell vor sich. — Es folgt noch zum Schlusse ein höchst instruktiver, mit Abbildungen versehener Artikel über das getrennte Auffangen des Urins beider Nieren vermittels Trennung des Blasenlumens durch Instrumente.

Hopf-Dresden.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 5.

Aus der Mittwochs-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Hôpital Saint-Louis, leitender Arzt Prof. GAUCHER. Dieser Artikel bringt Berichte über die poliklinischen Vorstellungen der ersten vier Monate des Jahres 1904. Die Berichte sind von DRUELLE aufgezeichnet und mitgeteilt; sie enthalten die Wiedergabe der kurzen Bemerkungen, die GAUCHER an die einzelnen, in der Poliklinik vorgestellten Fälle knüpfte: Ein Referat über die ungefähr hundert, ganz kurz abgehandelten Fälle zu geben, ist unmöglich, man müßte dann einfach den Artikel ab-schreiben. Es lohnt sich aber wohl, einen Blick in diese Fülle der Kasuistik zu werfen, sich durch die knappen, orientierenden Bemerkungen GAUCHERS zu belehren und sich seine therapeutischen Hinweise nutzbar zu machen. Um aber dem Leser einen Begriff von der Reichhaltigkeit des Materials zu geben, sei der Inhalt der ersten Sitzung hier kurz erwähnt:

Keratosis pilaris — Einige Fälle von Scabies — Über den Einfluss des Status ekzematous auf den Verlauf und die Folgen professioneller Dermatitis — Ankylose der Wirbelsäure infolge eines Rheumatismus gonorrhoeicus — Sykosis simplex faciei — Ekzema impetiginosum faciei bei einer Seborrhoischen — Über ungefährliche Haar-färbemittel — Alopecia generalis — Lupus der Nase im Anschluss an einen Lupus laryngo-pharyngeus.

Türkheim-Hamburg.

La Syphilis.

April 1904.

I. **Über die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft**, von BENJAMIN TARNOVSKY-Petersburg. Nach einem längeren Vorwort, worin die zu lösende Aufgabe und das Ziel der Forschung über die Beziehung der Familie zur Nachkommenschaft, die Vererbbarkeit der Syphilis auf spätere Generationen geschildert werden, wird zuerst die historische Entwicklung der Lehre von der Lues hereditaria besprochen, die schon PARACELUSUS bekannt war und seit Beginn des 16. Jahrhunderts in den Arbeiten vieler Autoren wieder auftaucht. Im 17. Jahrhundert galt die Ver-

erbbarkeit der Syphilis als allgemein bewiesene Tatsache, und 1862 stellte VAN HELMOLT den Satz auf, daß die Lues erblich sei bis in die vierte Generation einschließlic; diese Ansicht blieb auch im 18. Jahrhundert bestehen, bis JOHN HUNTER vollständige Verwirrung anrichtete, indem er die hereditäre Übertragung der Lues absolut leugnete, nur während des Geburtsaktes sei eine Infektion des Kindes durch eine kranke Mutter möglich. Endlich 1810 erschien eine klassische Abhandlung von BERLIN, welche die HUNTERSche Ansicht umstieß, und auch alle weiteren großen Autoren, wie DUBOIS, DIDAY, BAERENSPRUNG, HUTCHINSON, A. FOURNIER, stellten sich auf den Boden dieser Ansicht. Alle aber stellten nur die Übertragbarkeit auf die nächste Generation fest; erst später beschäftigte sich A. FOURNIER mit der Frage der Erblichkeit auch für die dritte Generation. Auf dem Moskauer Kongress 1897 machte BARTHÉLEMY eine wichtige Mitteilung in bezug auf hereditäre Lues der dritten Generation, und bald darauf verkündet E. FOURNIER, daß der Einfluß der syphilitischen Heredität sich geltend macht bei der Nachkommenschaft und eine hereditäre Dystrophie bewirkt. Diese ganze Frage wurde auch 1900 auf dem Pariser Kongress besprochen, und waren TARNOWSKY, HUTCHINSON, FINGER und JULLIEN als Referenten damit betraut. TARNOWSKY konnte bei 25 luetischen Familien die Erblichkeit in drei Generationen nachweisen. Den Gang seiner oft sehr schwierigen Untersuchungen, wo es sich um Großeltern, Eltern und Kinder handelte, schildert Verfasser ausführlich.

II. Über Jodöle, von L. LAFAY. Das Lipijodol wird in verschiedenen Mengen gegeben, je nachdem man es per os oder als Injektion anwendet. Muß man starke Dosen, 8—12 ccm, geben, so sind Injektionen vorzuziehen wegen der sicheren Assimilation und der leichteren Verträglichkeit. Die Dose wird dem Alter, den Krankheitserscheinungen und den augenblicklichen Indikationen angepaßt. Von BOIX wird geraten, niemals mehr als 10 ccm jeden zweiten Tag zu injizieren und höchstens 20 solcher Injektionen nach der Reihe zu machen, da eine größere Menge schädlich sei. Bei Lungenaffektionen gibt er 5 g einmal wöchentlich, Neugeborenen und kleinen Kindern spritzt man $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Spritze Lipijodol morgens und abends in die Nase. Auf der Klinik BELLENCOUTRE machte man Injektionen von 5—10 ccm täglich bis 30 Tage ohne die geringsten Beschwerden. Bei der Aufnahme per os als Emulsion oder in Form von Kapseln empfehlen sich kleine Dosen in regelmäßiger Folge. Man nimmt z. B. zehn Tage lang täglich drei Kaffeelöffel einer Emulsion oder drei Kapseln täglich und kann dann die Dosis verringern, ohne daß die Wirkung sich abschwächt. Auf diese Art kann man die Behandlung ohne Schaden lange Zeit fortsetzen, wie es bei Herzleiden z. B. sehr wünschenswert ist. Die Emulsion besteht aus Jodöl in mucilago suspendiert; sie ist geruchlos und angenehm zu nehmen, sieht gelblich aus und kann rein eingenommen werden, oder auch in Kaffee, Milch usw. Ein Suppenlöffel enthält 1,5 g Lipijodol, welches etwa 474 Tropfen Jodtinktur entspricht. Sie empfiehlt sich bei skrophulösen, lymphatischen, luetischen Kindern, welche sie gern nehmen. Man gibt Säuglingen $\frac{1}{4}$ —1 Kaffeelöffel mehrmals täglich in der Milch, Kindern bis zu fünf Jahren gibt man 1—4 Kaffeelöffel ein bis zwei Wochen lang und geht langsam wieder herab, größeren Kindern gibt man wenigstens 2 Löffel täglich, Erwachsenen 3—6 Kaffeelöffel oder 1—2 Suppenlöffel am Tage. Die Kapseln haben dieselben Dosen wie ein Kaffeelöffel der Emulsion, doch kann man im ganzen größere Dosen per Injektion anwenden. Es ist also die Injektionsmethode im allgemeinen vorzuziehen, auch ist die Absorption eine vollständigere und der Organismus bleibt länger unter dem Einfluß des Medikaments. Als Ort der Injektion empfiehlt sich der Gluteus maximus, der Rücken in der hinteren Axillarlinie, die Abdominalgegend, von manchen wird auch der Arm gewählt. Die Technik der Injektion ist ebenso wie sonst bei subepidermalen Injektionen. Schmerz tritt nicht nach der Injektion auf,

ebensowenig Entzündung, Abszess oder sonstige Reaktion. Mit einem Wort, man kann das Jodöl hypodermatisch anwenden in großen Dosen, ohne Schmerz, ohne Gefahr, ohne Jodismus hervorzurufen, es ist die praktischste Anwendung jeglicher Jodtherapie.

III. Über hereditär-syphilitische, venöse Dystrophien der Abdominalgegend und Gummata der rechten Hüfte, von EMERY, DEUELLE und UMBERT. Es handelt sich um einen Fall von angeborener Erweiterung der Venen am vorderen Abdomen auf hereditärluetischer Basis, gleichzeitig bestanden Gummata der rechten Hüfte. Der Patient war 15 Jahre alt, es handelt sich um fünf Gummata von der Größe eines Fünfcentimestückes mit steilem Rand und nässender Basis. Das erste Gamma entstand vor zwei Jahren, die anderen entwickelten sich langsam, die Drüsen der Leistengegend schwellen nicht an. Daneben hat Patient am Abdomen die Venen fast überall erweitert, überall sind Venenknoten; er behauptet, daß diese stets bestanden und sich weder vergrößert noch verkleinert hätten. Auch am Unterarm findet man diese Affektion, wenn auch in geringerem Maße, und ebenso in der Stirn- und Schläfengegend. Sonst sind keine Zeichen hereditärer Lues vorhanden. Unter einer spezifischen Behandlung heilten die Gummata schnell und dauernd. Verfasser hält die Atrophie der Venen für hereditär-luetisch, wie E. FOURNIER diese Veränderung der Venen auch am Kopf syphilitisch geborener Kinder beobachtete.

IV. Über die Behandlung der Sekundärsymptome bei einer schwangeren Frau mit grauem Öl. Heilung der Erscheinungen, normale Geburt, von A. CHATIN und G. LEBRET. Diese Beobachtung führt zu folgenden Schlüssen:

1. Die kongenitale Syphilis ist möglich ohne sichtbaren Schanker.

2. Es traten luetische Sekundärscheinungen mit Ulcerationen im Verlauf der Schwangerschaft auf.

3. Das graue Öl wirkte therapeutisch heilend und bewirkte eine normale Geburt.

4. Kind ist absolut gesund, Placenta normal.

Es handelte sich um eine 19^{1/2}-jährige Arbeiterin, die im siebenten Monat gravid mit spezifischen Symptomen in Behandlung kam, nachdem sie vor zwei Jahren einen Abort im sechsten Monat durchgemacht hatte. Eine Behandlung mit Pillen drei Wochen lang blieb resultatlos; sie blieb dann längere Zeit unbehandelt und kam dann in die Behandlung der Verfasser. Diese injizierten dann 7 × 7 Teilstriche graues Öl mit dem Erfolge, daß alle syphilitischen Symptome verschwanden und ein gesunder Knabe von 7 Pfund geboren wurde. Auch die absolut normale Placenta folgte eine halbe Stunde später. Nach Monaten, wo Verfasser Mutter und Kind zum letztenmal sahen, waren beide noch völlig symptomfrei.

Mai 1904.

I. Aus der Klinik des Hospital Saint-Louis, von GAUCHER. G. stellt vor:

1. Einen Kranken, welcher gleichzeitig einen syphilitischen Schanker, *Pediculi pubis* und *Scabies* hat. Alle drei Leiden sind leicht erkennbar.

2. Einen weiteren syphilitischen Schanker auf der rechten Seite der Glans, welcher, wegen fehlender Behandlung gangränös geworden, sich trotzdem durch seine Induration und eine charakteristische Drüsenschwellung noch als luetisch erkennen läßt.

3. Einen Schanker mixte unter einer Phimose entstanden. Beim Reinigen konnte Patient die Vorhaut nicht wieder vorziehen. Es entstand Paraphimose, welche operiert wird.

4. Einen Patienten mit schankerartigen Gummata der Glans in der Gegend des Frenulum mit Fistelbildung der Urethra und 5—6 Knoten in den *Corpora cavernosa*. In der Leistengegend zeigt sich die Narbe von Bubonen. Der Schanker war früher als *Ulcus molle* diagnostiziert, besonders auch wegen der Vereiterung des Bubo, ein

Fall, welcher zeigt, wie schwer oft anfangs die Diagnose ist und wie nötig es ist, in zweifelhaften Fällen stets den Kranken länger zu beobachten. Patient soll Injektionen von Hydrargyrum benzoatum und innerlich Jodkalium bekommen.

5. Einen Schanker am Collum uteri, was sehr selten vorkommt und leicht übersehen wird. Der Schanker ist von einem Substanzverlust begleitet und ist nicht auf das Collum beschränkt.

6. Einen Primäraffekt an der Nase einer 63jährigen Frau.

7. Einen Patienten mit Stomatitis mercurialis nach einer einzigen Kalomelinjektion.

8. Eine Frau mit syphilitischen Ulcerationen im Munde.

9. Einen Mann mit nichtsyphilitischem Ulcus und Leukoplakia lingualis.

10. Einen Fall von Lues hereditaria tarda bei einem 48jährigen Mann.

11. Eine Frau mit syphilitischen Narben; es ist zweifelhaft, ob es sich um hereditäre oder erworbene Syphilis handelt.

12. Einen Mann, der vor fünf Jahren Lues hatte und damals nur einen Monat lang mäßig behandelt wurde; er hat jetzt eine Exostose der Wirbelsäule, ein Gumma am Sternum und Schlüsselbein und eine Periostitis costalis.

12. Ein kleines Mädchen mit Zeichen von hereditärer Syphilis, Lähmung der rechten Seite, interstitieller Keratitis, Gumma des Gaumensegels, Knochendefekt der Nase, Taubheit und verkrüppelten Zähnen. Die Intelligenz ist mangelhaft, eine antiluetische Behandlung bewirkte Besserung der Keratitis und der Taubheit.

14. Einen weiteren Fall von hereditärer Lues bei einem 8 $\frac{1}{2}$ Jahre alten Mädchen mit interstitieller Keratitis und Zahnmisbildungen. Die Mutter hat fünfmal vor der Geburt dieses Kindes abortiert.

15. Eine Patientin, die seit zehn Jahren luetisch ist und trotz energischer Behandlung permanent Erscheinungen zeigt; sie hat eine gummöse Periostitis im unteren Drittel der linken Tibia, Knochenschmerzen in beiden Knien und Periostitis der oberen Extremität im Ellenbogen.

15. Eine junge Frau, die vor zwei Jahren infiziert war. Trotz sehr reichlicher Behandlung hat sie noch Plaques muqueuses der Vulva. Dabei besteht Schwangerschaft. Man muß in diesem Fall mit Injektionen löslicher Salze behandeln und kann so die Geburt eines gesunden Kindes trotzdem noch erreichen.

II. Über die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von BENJAMIN TARNOWSKY-St. Petersburg. (Fortsetzung.) Das dritte Kapitel enthält einen Vergleich zwischen der zweiten und dritten Generation einer syphilitischen Familie. Unter 80 Familien der ersten Generation waren fast alle slawischer Rasse. Alle syphilitischen Mitglieder beider Generationen waren spezifisch behandelt worden, in 29 derselben stammte die Lues vom Manne, in 24 Fällen blieb die Frau frei. In 26 Familien kamen 169 Schwangerschaften der ersten Generation vor, sie führten in 35,5% zu Aborten, in 64,4% zu lebenden Kindern. Von letzteren verheirateten sich 49 und führten zu 166 Schwangerschaften der zweiten Generation. Von diesen brachten 28,3% Aborte, 73,5% lebende Kinder. Also in der ersten Generation waren 35,5%, in der zweiten nur 28,5% Fehlgeburten, mit anderen Worten, die Syphilis übt in der zweiten Generation nicht mehr einen so verderblichen Einfluss aus.

Von 107 Kindern der dritten Generation hatten nur 26,2% Zeichen von Lues, das ist halb soviel wie die zweite Generation; von 103 Fällen der zweiten Generation hatten 13 hereditär-luetische Erscheinungen und 39 sehr bezeichnende Dystrophien, während bei 107 Vertretern der dritten Generation nur 3 direkte Zeichen von Lues und 25 Dystrophien boten. Also trotz der verschiedensten Formen hereditärer Syphilis, die die zweite Generation zeigen kann, vererbt sie die Lues nur sehr selten auf die

dritte Generation, wenn nicht eine neue Infektion durch ein neues Mitglied in die Familie getragen wird. Hierfür werden eine Reihe von Beispielen erbracht. Das Resultat TARNOWSKYS lautet: Die hereditäre Syphilis überträgt sich auf die dritte Generation nicht in der gewöhnlichen Form, sie übt nur auf dieselbe einen rein dystrophischen Einfluss aus, der nur halb so stark mehr ist wie der Einfluss der ersten auf die zweite Generation. Das letzte Kapitel behandelt die Syphilis binaria: 1. Syphilis binaria abortiva. In dieser Form zeigt sich die syphilitische Infektion nach der ersten Inkubation von normaler Dauer als typische Initialsklerose mit Drüenschwellung, welche unter lokaler Behandlung oder auch spontan schwinden, ohne je sonstige Zeichen von Lues zu bringen. 2. Syphilis binaria benigna. Es handelt sich um eine leichte Form von sekundärer Lues, die meist ohne Rezidive verläuft und stets dauernd geheilt wird. 3. Syphilis binaria atypica mit irregulären Krankheitserscheinungen, schwerere Fälle, deren eine Reihe angeführt werden. T. sah unter 49 Familien zweiter Generation 10 solcher Fälle von Syphilis binaria unter 108 Kindern, von diesen 10 Fällen zeigten nur 3 schwere Erscheinungen. Jedenfalls kann man nicht sagen, daß bei den Nachkommen Luetischer eine Abschwächung der Krankheit selbst durch hereditäre Immunität stattfindet. Die Syphilis binaria übt vom Gesichtspunkt der Vitalität des Produktes einen viel schädlicheren Einfluss auf die dritte Generation aus als die erste auf die zweite.

III. Akute diffuse Hepatitis und Icterus gravis in der Sekundärperiode der Lues, von ARMAND SIREDEY und HENRI LEMAIRE-Paris. Ein 17jähriges Mädchen wurde am 9. Januar 1904 in einem komatösen Zustand ins Krankenhaus gebracht. Bei der Untersuchung fand man neben Pediculi, Blennorrhoe und einem schweren Icterus auch am ganzen Körper ein papulo-squamöses Syphilid und überall Plaques muqueuses an den Schleimhäuten der Mundhöhle und der Vulva. Patientin war in einem trostlosen Zustande. Nach Milohdiät und einer Ausspülung des Darms war am nächsten Tage der Zustand etwas besser, die Herztöne wurden besser, die Temperatur 37,5 Grad. Die Lumbalpunktion ergab eine gelbe Flüssigkeit mit zahlreichen Leukozyten, aber ohne pathogene Mikroorganismen. Die Behandlung bestand in Injektionen von Hydrargyrum bijodatatum, doch starb die Patientin in derselben Nacht. Die Sektion ergab eine akute diffuse Hepatitis, die Läsionen der Leber waren sehr groß und tief und zeigten eine fortschreitende Zerstörung der Zellen, gleichzeitig eine pericelluläre diffuse Verhärtung.

IV. Herpes syphiliticus und Syphilis herpetiformis in differentialdiagnostischer Bedeutung, von H. GUILLY-Paris. Ein Fall von Herpes genitalis nichtluetischer Art bei einer Frau, der sehr an Lues erinnert, aber sehr schnell bei nichtspezifischer Behandlung lokal heilte. Der Fall zeigt, wie schwer oft die Differentialdiagnose ist, die doch von großer Wichtigkeit in solchen Fällen ist, besonders wenn es sich um eine Ehe handelt.

V. Le pied de Mercure. BOISSARD zeigt das Röntgenbild eines großen Überbeins am Fuß eines Neugeborenen; es ist an seiner Insertionsstelle am Tibiotarsalgelenk neben der Achillessehne leicht beweglich und hat im Innern rudimentäre Knocheile. Das Ganglion ist 5 cm lang. Solche große Ganglien, die an den Fuß des Gottes Merkur, wie ihn die Alten mit seinen Flügelschuhen bildeten, erinnern, sind sehr selten beobachtet.

Bernhard Schulse-Kiel.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 4.

1. Prurigo, Lichenifikation, Urticaria, Neurodermitiden, von LEREDDE. Gelegentlich der im vorliegenden Heft enthaltenen Besprechung einer Arbeit JADASSOENS

„Über Prurigo und Neurodermitiden“ und einer Arbeit von TÖRÖK und HASI „Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Urticaria“ fordert L., wie er das schon mehrfach getan, daß die von BROcq und JACQUET eingeführte Bezeichnung „Neurodermatitiden“ fallen gelassen wird, weil sie den Tatsachen nicht entspricht. Es handelt sich nämlich bei den Dermatosen, die unter den Begriff Neurodermatitiden subsumiert werden, gar nicht um Krankheiten nervösen Ursprungs, sondern um den Ausdruck von Intoxikationen, also um Toxidermien.

2. Die Übertragung der Rindertuberkulose, von O. LASSAR. Bericht über mehrere Fälle von Übertragung von Rindertuberkulose auf Menschen, die beruflich mit perlsüchtigem Material zu hantieren hatten. In einem Falle kam eine generalisierte Hauttuberkulose (multiple, lupusartige, sklerodermatische Herde) zustande; bei den übrigen Kranken handelte es sich um circumskripte Impftuberkulose der Haut. (Der Vortrag ist bereits im Jahre 1908 in der *Berl. klin. Wochenschr.* veröffentlicht worden.)

3. Lichen simplex und Lichenifikation, von LEBENDE. L. schildert die Hautveränderungen bei Lichen simplex circumscriptus, der bekanntlich unter den verschiedensten Namen beschrieben wird, und bespricht dann kurz die Lichenifikation, wie sie sekundär bei Ekzem, Psoriasis, Prurigo usw. vorkommt. In der Ätiologie des Lichen simplex spielen nach L. gastrointestinale Störungen, abnorme Gärungsvorgänge im Magen, also Intoxikationen die Hauptrolle. Ein Beweis für das Vorhandensein von Stoffwechselstörungen sind die Veränderungen in der Zusammensetzung des Harns, wie sie L. bei Kranken mit Lichen simplex sehr häufig gefunden hat. Die Lichenifikation der Haut selbst hält L. mit SABOURAUD für eine Kokkenwirkung. Die ausführliche Besprechung der Therapie bringt nichts Neues; daß L. großen Wert auf die Bekämpfung aller gastrointestinaler Störungen legt, ist selbstverständlich.

1904. Heft 5.

1. Über eine durch Streptokokken verursachte chronische, in ihrem Aussehen dem Pemphigus analoge Dermatose, von KREYTAŁOWICZ-Krakau. Bei einem 18jährigen Manne trat drei Wochen nach Beginn einer schweren Scharlach-erkrankung eine ungewöhnlich hartnäckige Impetigo contag. auf. Nach achtmonatlicher Dauer der Affektion wurden im Bade sämtliche Krusten entfernt und die vorhandenen Blasen entleert, und im Anschluß daran stellte sich, augenscheinlich verursacht durch äußerliche Verbreitung des Infektionsstoffes, eine wesentliche Verschlimmerung des Zustandes und gleichzeitig eine Änderung des Krankheitsbildes ein. Im Gesicht und an den Extremitäten, sowie auch auf der Schleimhaut der Lippen und Wangen, entstanden große Blasen, die in ihrem Aussehen völlig den Blasen eines chronischen Pemphigus glichen, am Rumpfe zeigten sich erhabene erythematöse Flecken von verschiedener Form und Größe, und auf ihnen ebenfalls Blasen, die aber wesentlich kleiner waren als die Blasen im Gesicht und an den Extremitäten. Der anfänglich klare Blaseninhalt trübte sich nach 24—48 Stunden, es fanden sich in ihm neben spärlichen Lymphocyten konstant Kokken, die sich bei näherer Untersuchung als Streptokokken erwiesen. Der Verlauf der Affektion war ein chronischer: fünf Monate hindurch traten, begleitet von Jucken und Brennen, immer neue Nachschübe auf, die von beharrlich wiederkehrenden Blasen an den Hohlhänden ausgingen. Durch sorgfältige Behandlung der Hände gelang es, innerhalb der fünfmonatlichen Beobachtungszeit, wenn auch keine Heilung, so doch wesentliche Besserung zu erzielen, die Effloreszenzen nahmen an Zahl und Größe ab. Die histologische Untersuchung ergab, daß die Blasenbildung nicht innerhalb der Epithelschicht, sondern zwischen Epithel- und Papillarkörper vor sich ging. Auch an den erythematösen Partien war die Verbindung zwischen Epithel- und Papillarkörper fast durchaus gelöst, es lag hier anscheinend das Anfangsstadium der Blasenbildung vor. Die Affektion war contagios;

es gelang, durch Einreibung von Blaseninhalt in eine gesunde Hautpartie Blasen hervorzurufen. Überdies bekam ein neben dem Kranken liegender Patient an der Ohrmuschel ähnliche Blasen, die aber in wenigen Tagen abheilten.

Das klinische Aussehen der Affektion und der histologische Befund sprechen dafür, daß es sich um eine Form von chronischem Pemphigus gehandelt hat, der Verlauf und die bakteriologische Untersuchung zeigen, daß die Krankheit durch Streptokokken hervorgerufen war. Damit ist vielleicht ein Licht auf die bisher völlig unbekannte Ursache des Pemphigus geworfen. Der Verfasser will nicht behaupten, daß alle Fälle von echtem Pemphigus die gleiche Ätiologie besitzen, und daß die Ursache dieser echten Pemphigusfälle stets in einer Streptokokkeninfektion zu suchen ist; jedenfalls aber beweist sein Fall, daß Streptokokkeninfektion ein Krankheitsbild erzeugen kann, das durchaus dem Pemphigus gleicht. Als Namen schlägt K. für derartige Fälle von chronischem, durch Streptokokken verursachten Pemphigus die Bezeichnung „chronische, bullöse Streptokokken-Dermatitis“ vor.

2. Die Beziehungen zwischen Syphilis und Vitiligo, von PAUTRIER. Ätiologie und Pathogenese der Vitiligo sind bis jetzt noch unbekannt. Sicher scheint zahlreichen, von P. einzeln aufgeführten Beobachtungen zufolge nur das eine zu sein, daß Vitiligo häufig bei syphilitischen Individuen, bei Leuten mit Tabes usw. vorkommt, und P. hält es infolgedessen gleich manchen anderen Autoren für höchst wahrscheinlich, daß zum mindesten gewisse Formen von Vitiligo syphilitischen Ursprungs sind. Als Beitrag zur Frage von den Beziehungen zwischen Syphilis und Vitiligo teilt P. die Krankengeschichte eines 49jährigen Mannes mit, bei dem er neben einem tuberös-ulcerösen Syphilid am Abdomen, Penis und Skrotum eine typische, in unmittelbarer Nähe des Syphilids am Penis und Skrotum lokalisierte Vitiligo fand. Die spezifischen Hautveränderungen waren vor 15 Monaten, die Vitiligo vor 6 Monaten aufgetreten. Außer einer kleinen Lenkoplakie auf der Mundschleimhaut waren bei dem Kranken keine weiteren Zeichen von Syphilis zu finden. Injektionen von Ol. einer. und Kalomel und Verabreichung von Jod brachten das Syphilid zur Heilung, die Vitiligo dagegen blieb unverändert. Dieser negative Erfolg spricht nicht gegen die syphilitische Natur der Vitiligo; widersteht doch auch das Pigmentsyphilid jeder Quecksilberbehandlung. P. ersucht zum Schlusse, in allen Fällen von Vitiligo danach zu forschen, ob die Träger eine syphilitische Infektion erlitten haben, und die Ergebnisse dieser Nachforschung, seien sie positiv oder negativ, mitzuteilen; nur auf Grund einer umfangreichen, nach beiden Richtungen hin geführten Statistik können die Beziehungen zwischen Syphilis und Vitiligo klargestellt werden. *Göts-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1904. Heft 1.

Bouba des Kehlkopfes und der Trachea, von BREDA. Den 14 Fällen von Bouba, welche der Verfasser bisher selbst beobachtet hatte, reiht sich ein neuer an. Nach einer kurzen Rekapitulation der 14 ersten Fällen in bezug auf Lokalisation der Affektion, Alter der Patienten, histologischen Befund, beschreibt er diesen neuen Fall, der einen Patienten betrifft, welcher, wie die ersten 14, sich seine Krankheit in Brasilien geholt hat, und zwar nach etwa vierjährigem Aufenthalte. Die ersten Erscheinungen der Affektion zeigten sich an den Zehen; im Verlaufe der folgenden Monate traten dann weitere Läsionen an den Maleolen, über dem einen Musc. deltoideus, an der Glans, am Präputium, den Lippen, der Zunge und dem Rachen auf. Die meisten dieser bis Nufsgröße erreichenden Tumoren zersetzten sich im Zentrum, bildeten Geschwüre mit wenig reichlicher Sekretion. Beim Tumor in der Deltoidegegend kam es

niemals zur Erweichung; ebenso blieben die Ulcerationen der Geschwülste im Kehlkopf und Rachen in beschränkten Grenzen. Keine subjektiven oder funktionellen Beschwerden außer Heiserkeit. Nach zehn Jahren hatten die Geschwülste an den Lippen riesig zugenommen und zu bedeutenden Zerstörungen geführt; gleichzeitig verschlimmerte sich der Allgemeinzustand immer mehr, so daß der Exitus an Erschöpfung eintrat. Histologisch ist besonders die große Menge von Plasmazellen hervorzuheben, welche so zu sagen für sich allein die Herde bilden. Am Schlusse der Arbeit gibt der Verfasser eine Tabelle mit den differential-diagnostischen Merkmalen einiger Affektionen, welche allenfalls bei der Diagnose in Frage kämen: Lupus, Tuberkulose, tertiäre Lues.

Bakteriologische und histopathologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra nodosa, von C. ZENONI. Der Leprabacillus zeigt bereits in den leprösen Geweben Unterschiede in der Gestalt und der Färbbarkeit: die längliche Form ist nicht selten in der Haut und im Kehlkopf, während im Knochenmark, der Milz und anderen inneren Organen die kürzere Form, vergesellschaftet mit bräunlichen Körperchen, häufiger ist. Die Bazillen sind meist in den Lymphspalten enthalten und verbreiten sich durch dieselben im Organismus, obwohl auch die Blutgefäße hierbei eine entschiedene Rolle spielen. Was die angeführten braunen Körperchen anbelangt, so stehen dieselben offenbar im Zusammenhange mit Lokalisations- und Zerstörungsherden des Bacillus. Die Leprazellen stellen höchst wahrscheinlich Organe dar, wo die Bazillen zu ihrer Reife gelangen; sie enthalten denn auch Mengen von inaktiven und in Involution begriffenen Bazillen. Die hellen Räume in den gefärbten Bazillen zeigen den Beginn des Zerstörungsprozesses der letzteren an. Die Schwere der anatomopathologischen Veränderungen steht nicht immer im Verhältnis zur Menge der spezifischen Bazillen, deren Anzahl in den verschiedenen Geweben eine sehr verschiedene ist. Was das Nervensystem anbelangt, so herrschen in den peripheren Nerven interstitielle und perineuritische Prozesse vor, während in den Ganglienzellen nur spärliche Veränderungen angetroffen werden. Im Gehirn kommt es zu einer auf Proliferation der Neuroglia beruhenden Sklerose, besonders an der Oberfläche der Hirnrinde, in der Umgebung der Blutgefäße und unter dem Ependym. Die Schwierigkeit der Lepraübertragung auf Tiere beruht weniger auf ihrer Immunität gegen die spezifische Infektion als auf dem Umstande, daß sich das pathogene Vermögen des Leprabacillus beim Menschen nur langsam entwickelt. Die Lebensfähigkeit des Bacillus ist nicht in allen Geweben dieselbe, meist ist sie nur wenig ausgesprochen, dagegen ist er sehr widerstandsfähig. Außerhalb des menschlichen Organismus siedelt sich der Bacillus nur schwer an. Bei Übertragungen kann vom Ausgangspunkte (Infektionsherd oder Inokulationsstelle) eine Verbreitung des Bacillus nach entfernten Körpergegenden stattfinden, ohne daß sich an diesen Stellen notwendigerweise eine aktive Reaktion einstellen muß. Blutserum von Leprakranken liefert einen Kulturboden, der sich für die Entwicklung des Bacillus außerhalb des menschlichen Organismus am besten bewährt hat. Die Veränderungen des Bacillus in künstlichen Nährböden bestehen unter anderem darin, daß seine Lebensfähigkeit bei Übertragungen auf gewöhnliche Substrate abnimmt, daß er sich Säuren gegenüber weniger widerstandsfähig zeigt, und daß er sich in bezug auf seine morphologischen Merkmale mehr der Gruppe der Diphtheriebazillen nähert. Bei der weißen Ratte verursacht die Inokulation von frischen Kulturen in Leprablutserum das Wachstum eigentlicher Neubildungen in Gestalt von Granulationsgewebe mit bazillenführenden Zellen und lokaler Vermehrung der spezifischen Bazillen. Beim Kaninchen und dem Meerschweinchen kommt es nur zu einer lokalen Infiltration, welche bald resorbiert wird. Die histologische Diagnose erleichtert man sich bedeutend mit Zuhilfenahme der künstlichen Verdauung,

wobei der Nachweis auch spärlicher Bazillen und ihre Differenzierung vom Tuberkelbacillus ermöglicht wird, welcher letzterer sich als viel widerstandsfähiger erweist.

Über rudimentäre Psoriasis, von BENASSI. Diese Formen zeichnen sich unter anderen dadurch aus, daß ihre Lokalisation sehr oft nicht so scharf wie bei den ausgesprochenen Psoriasisformen auf die Streckseite der Extremitäten und des Rumpfes beschränkt bleibt, sondern sowohl Streck- als Biegeseite befallen kann, ja sich zuweilen gerade ausschließlich auf die letztere lokalisiert, so besonders am Rumpfe. Was den Verlauf und den anatomo-pathologischen Befund anbelangt, so differiert er von demjenigen bei der gewöhnlichen Psoriasis nur darin, daß die Erscheinungen sämtlich weniger ausgesprochen sind. Die Resorption der Plaques findet oft spontan ohne jede Behandlung statt; Rezidive sind aber sehr häufig. Was die Ätiologie der Affektion anbelangt, so muß der Verfasser ebenfalls bekennen, daß darüber nichts Sicheres bekannt ist; es fehlen jedenfalls alle Anhaltspunkte, um sie als eine Dermatomykose zu betrachten. In dem einen der beiden Fälle, die er beschreibt, handelte es sich um ein reizbares Individuum, das vor dem Ausbruche seiner Dermatose eine Reihe schwerer moralischer Traumata durchgemacht hatte, was nach des Verfassers Ansicht vielleicht eine hauptsächliche Rolle bei der Ätiologie gespielt haben könnte.

1904. Nr. 2.

Über einen Fall von Erythema syphiliticum hämorrhagicum, von A. PAINI. Es handelt sich um einen 28jährigen Studenten, der sich spezifisch infizierte, und in dessen sekundärem Stadium der Infektion sich folgende drei Stadien unterscheiden ließen: in dem ersten, erythematösen Stadium war die Eruption durch das Auftreten von kleinen, rosaroten, runden oder ovalen Flecken mit regelmäßigen Rändern charakterisiert, ohne sichtbare Gefäß- oder Kapillarektasien; dieses war von ganz kurzer Dauer, und auf dasselbe folgte das zweite, hämorrhagische, mit plötzlichem Auftreten von kleinen Blutextravasaten, kleinen lividrotten Pünktchen, die ganz regelmäßig in den oben beschriebenen Flecken verteilt waren und keine Beziehungen zu den Hautdrüsen oder Haarfollikeln zu haben schienen. Besonders mit der Lupe ließ sich erkennen, daß die roten Pünktchen nicht aus bloßen Ektasien, sondern aus eigentlichen Blutextravasaten aus Kapillaren bestanden. Die Hämorrhagien bildeten offenbar in diesem Falle die hervorragendsten Erscheinungen der Affektion, indem sie am meisten in die Augen fielen und zur Resolution der Dermatose führten, nämlich zur Pigmentation ohne Atrophie der Haut, dagegen zu einer leichten Desquamation der oberflächlichen Epidermisschichten. Wie sich mikroskopisch nachweisen ließ, beruhten die Hämorrhagien nicht auf einer Rhexis, sondern auf Diapedese, infolge von Aufquellung der Endothelzellen, deren Zusammenhang gelöst war, und welche ins Innere des Gefäßlumens hineinragten. Die Gefäßwandung selbst zeigte keine eigentlichen Kontinuitätstrennungen, sondern bloß einen weniger innigen Zusammenhang, eine Dissoziation der Bindegewebsfasern.

Was die Pathogenese der Affektion anbelangt, so trennt der Verfasser das erste Stadium, nämlich das erythematöse von den beiden anderen, dem hämorrhagischen und pigmentären. Das erstere betrachtet er als eine Wirkung der Syphilitoxine auf die Endverzweigungen der Hautnerven und zählt es zu den Neurosyphiliden von UHRA. Im hämorrhagischen Stadium hat man es mit besonderen anatomischen Veränderungen zu tun, die sich in den zuvor von angioneuritischen Störungen befallenen Bezirken abspielen. Warum kommt es nun in gewissen, allerdings seltenen Fällen zur Entwicklung dieses hämorrhagischen Stadiums? Verfasser verwirft die Ansicht von PICCARDI, welcher die Präexistenz von Zirkulationsstörungen in den befallenen Bezirken angenommen hatte, und erklärt sie mit der Annahme einer „individuellen Prädisposition“.

Während der Drucklegung der vorliegenden Arbeit hatte Prof. **MIBELLI** die Gelegenheit, einen analogen Fall zu beobachten.

Beitrag zum Studium der syphilitischen Zähne, von C. CALDERONE. Es stehen sich besonders zwei Theorien gegenüber bezüglich der Zahnanomalien, nämlich diejenige von **HUTCHINSON**, welcher dieselben auf angeborene Lues, und diejenige von **MAGIROT** und seinen Schülern, die sie auf eklamptische Zustände in der Kindheit zurückführen wollen. Der Verfasser hat nun bei einem einen Tag nach der Frühgeburt gestorbenen Kinde mit Pemphigus specificus der Handteller und Fußsohlen die beiden Kieferfortsätze in ihrer ganzen Länge exzidiert und mikroskopisch untersucht. Auf Grund dieser Untersuchungen erklärt er, daß, im Gegensatz zur Behauptung von **MAGIROT** usw., die Syphilis wirklich eine gewöhnliche und schwere Ursache für die Mißbildung der Zähne bildet, und zwar beschränken sich diese Mißbildungen nicht ausschliesslich auf die mittleren oberen Schneidezähne, wie dies **HUTCHINSON** hervorgehoben, sondern es können sich dieselben auch noch auf andere Zähne erstrecken.

Über das nicht infektiöse Ulcus des Kopfes, von F. DIANA. Verfasser erwähnt zuerst mit kurzer Beschreibung die wenigen Fälle von weichem Schanker der Kopfgegend (Gesicht, Stirn, Haarboden), und beschreibt dann einen Fall eigener Beobachtung. Der betreffende Patient war Träger von weichen Schankern am Präputium und inokulierte sich dieselben infolge von mangelhafter Sauberkeit und Sorgfalt zunächst auf die rechte Jochbeingegend und von dort auf den Nasenflügel und die Lippenkommissur. Im Eiter wurde der **DUCREYS**che Streptobacillus nachgewiesen. Daraus zieht nun Verfasser den Schluß, daß der weiche Schanker sich am Kopfe wie anderswo lokalisieren kann, und wenn diese Fälle selten sind, so hängt dies von dem Umstande ab, daß die Inokulationsgelegenheit ebenfalls eine seltene ist. Die Dauer und die Komplikationen des weichen Schankers des Kopfes sind dieselben wie bei den anderen Lokalisationen. Bei dieser Gelegenheit konnte der Verfasser ferner die Erfahrung machen, daß die Behandlungsmethode von **AUBERT** keineswegs die von diesem letzteren gerühmten günstigen Resultate liefert. **AUBERT** hat nämlich behauptet, daß, wenn man den Eiter von Ulcus molle während 16—18 Tagen einer Temperatur von 37—38,5° oder während einer Stunde einer solchen von 42—43° aussetzt, derselbe seine spezifischen und contagiösen Eigenschaften verliert.

Bilateraler, gekreuzter Herpes zoster mit begleitender Facialisparese, von M. TRUFFI. Der Fall, welcher einen kräftigen jüngeren Mann betrifft, ist in verschiedener Beziehung bemerkenswert. Der Patient hatte unter anderem verschiedene Malariaanfalle durchgemacht; dann brach bei ihm eine erythematöse Eruption aus, welche heftiges Jucken verursachte und größere Bezirke der Körperoberfläche befiel, unter anderen und besonders die Skrotalgegend, dann die Oberschenkel usw. Eine ziemlich intensive Arsenikbehandlung führte zu keinem Ziele, wohl aber brach nach einer gewissen Zeit eine typische Zostereruption, zunächst im Gebiete des achten Interkostalraumes und der achten Rippe der rechten Seite, dann, nach drei Tagen, in der linken hinteren und seitlichen Cervikalgegend sowie auf der Wange der entsprechenden Seite auf. Kurz danach trat dann noch eine Parese des linken Facialis hinzu. In dem vorliegenden Falle hatten offenbar die erythematöse und die Zostereruption keine Beziehung zu einander, und was die Ätiologie der letzteren anbelangt, so könnte vielleicht eine Arsenikintoxikation als ursächliches Moment beschuldigt werden, indem mehrere derartige Fälle in der Literatur zu finden sind. Der Verfasser führt sodann 43 Fälle von Komplikation von Herpes zoster mit Facialisparalysen oder -paresen an, wobei die nervösen Störungen meist auf die Eruption folgten. Es dürfte sich dabei wohl um eine Verbreitung des entzündlichen Prozesses vom sensiblen auf

den motorischen Nerven handeln. Allerdings kann auch einer anderen Theorie, wonach dasselbe infektiöse Agens sowohl die Eruption als die nervösen Störungen verursacht, die Existenzberechtigung nicht abgeleugnet werden. *C. Müller-Genf.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1904. Nr. 2.

Wahrhafte Geschichte der dermosyphilographischen Klinik von Palermo bis Dezember 1903, von G. PROFFA. Eine Oratio pro domo, worin Verfasser seine Verdienste um die Klinik, deren Gründer und langjähriger Lehrer er gewesen, hervorhebt, ohne dabei zu vergessen, den (anderen hervorragenden Gestalten, die an der Klinik tätig gewesen (TOMMASOLI und andere), die gebührende Anerkennung zu zollen. Es wird darin die ganze Geschichte des Instituts von seiner Begründung bis zu den heutigen Tagen ausführlich beschrieben.

1904. Nr. 3.

Über Leukoplasia linguae, klinischer Vortrag von GAUCHER. Vortragender hebt vor allem hervor, daß die Bezeichnung Psoriasis linguae, welche der Affektion von einzelnen Autoren, wie BAZIN, DEHOVE usw., gegeben worden, absolut unberechtigt ist, indem die Leukoplasie der Zunge mit der Psoriasis nicht die entfernteste Verwandtschaft hat. Die Benennung Glossitis der Raucher hätte schon mehr Berechtigung, da sie in der Tat sehr häufig, aber keineswegs immer, bei Rauchern beobachtet wird. Die eigentliche und einzige Ursache der Leukoplasie ist die Syphilis, und kann die Leukoplasia linguae als eine besondere Varietät von spezifischer, oberflächlicher, akleröser Glossitis bezeichnet werden: Verhornung des Epithels der Zungenschleimhaut und papilläre Hypertrophie, wobei außerdem im Epithel bereits im Anfange der Läsion Epidermiskugeln gefunden werden. Dieser Befund führt den Vortragenden zu weiteren Betrachtungen, wobei er erklärt, daß die Leukoplasie der Zunge häufig carcinomatös entartet. Dieser Ausgang ist zwar keineswegs die Regel, dagegen darf behauptet werden, wenigstens nach den sehr zahlreichen Beobachtungen G.s, daß sämtliche Fälle von Zungencarcinom aus einer Leukoplasie hervorgegangen sind. Daraus schließt er folgerichtig weiter, daß das Zungencarcinom eine entfernte Folge der Syphilis ist. Der Therapie gegenüber erweist sich die Leukoplasie als äußerst hartnäckig, weil sich die Patienten derselben gewöhnlich erst in einem späten Stadium unterziehen. In diesem Stadium ist denn auch die spezifische Behandlung erfolglos. Kann in einem frühen Stadium eingegriffen werden, so muß die Quecksilberkur eingeleitet werden. Solange keine Ulceration vorliegt, leistet die Behandlungsmethode von WATRASZEWSKI (Betupfen mit einer schwachen Lösung vom Kaliumbichromat) die besten Dienste.

1904. Nr. 4.

Das Gonorrhoe bei der Behandlung der Harnröhrenblennorrhoe, von d'AMARO. Verfasser empfiehlt dieses alkoholische Destillat des Sandelholzöles als wärmste bei der akuten Form der blennorrhoeischen Urethritis posterior. Das Gonorrhoe wird, im Gegensatz zu dem ungereinigten Sandelholzöl, sehr gut vertragen.

Die Phototherapie und der praktische Arzt. Unter den Apparaten, welche nicht zu köstlich sind, nicht einen zu großen Raum erfordern zu ihrer Installation und demnach den meisten Ärzten zugänglich sein dürften, werden derjenige von LOBSTER und GENOUD einerseits und der Apparat „Dermo“ von der elektrischen Gesellschaft „Sanitas“ in Berlin erwähnt, welche Apparate kurz beschrieben werden.

C. Müller-Genf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1904. Nr. 3.

1. **Pruritus ani**, von JAMES P. TUTTLE-New York. Der Verfasser glaubt, daß bei der Behandlung des Pruritus ani vielfach zuviel Wert auf die örtliche Therapie gelegt wird. Die meisten sichtbaren Läsionen der juckenden Gegend sind erst durch das Jucken und Kratzen entstanden. Sie unterhalten dann wiederum das Jucken, obwohl sie es nicht ursächlich bedingt haben. Die Ursache liegt meist in konstitutionellen Bedingungen, die es aus diesem Grunde als wichtig für eine kausale Therapie zu ergründen gilt. Hier spielen Urämie, Gicht, Rheumatismus, Diabetes und Verdauungsstörungen eine Rolle. Manche Leute leiden nach dem Genuß bestimmter Nahrungsmittel oder Getränke an Afterjucken (Kaffee, Eingemachtes, Senf, Pfeffer, Saucen, Schellfisch, Salzfleisch). Vor Einleitung der Behandlung ist deshalb der Ernährung und der Verdauung — dem Urin und Kot — die größte Beachtung zu schenken. Abgesehen von lokalen Ursachen des Leidens, wie Parasiten, Ekzem, Herpes, Fissuren, Fisteln, Hämorrhoiden, Mastdarntumoren u. a., kommen noch reflektorische Faktoren in Betracht. Solches Reflexjucken beobachtet man bei der Schwangerschaft, in der Menopause, bei Harnröhrenverengerungen, Phimose, Leberanschoppungen und Gebärmutterleiden. Schaltet man alle drei erwähnten Arten von Jucken aus, so bleibt der Pruritus ani essentialis übrig, doch glaubt der Verfasser, daß es sich auch bei diesem um gewisse ursächliche Faktoren handelt, die man aber in den betreffenden Fällen nicht zu finden vermocht habe. Die Wirkung lokaler Medikamente ist sehr wechselnd; was dem einen Fall gut tut, hilft in dem anderen nicht. Und was heute geholfen hat, ist morgen nutzlos. Der Verfasser gibt unter anderem zwei Formeln an, die ihm gute Dienste getan haben:

℞ <i>Ac. carbol.</i>	7,50	℞ <i>Extr. fluid. hamamel.</i>	30,0
<i>Ac. salicyl.</i>	3,75	<i>Extr. fluid. Ergot.</i>	
<i>Glycerin.</i>	30,00.	(<i>Sec. cornut.?</i>)	60,0
		<i>Extr. fluid. Hydrast.</i>	30,0
		<i>Tinct. compos. benz.</i>	7,5
		<i>Ol. carbol. (5%)</i>	30,0.

Von Kampher hat Verfasser keinen Vorteil gesehen, dagegen hat er oft bei Rhagaden das Jucken dadurch gestillt, daß er die betreffenden Stellen mit einer Lösung von Chloralhydrat 0,8 : 30,0 bepinselte. Dazu ist der Anus mit einem Spekulum zu erweitern, um alle kleinsten Fissuren mit der Lösung erreichen zu können. Dasselbe gilt bei der Anwendung sehr juckstillender Lösungen von salpetersaurem Silber. TUTTLE verwendet mit Vorliebe eine 50%ige Lösung von Argyrol, welche er eintrocknen läßt, um hierüber reines Ichthyol zu streichen. Diese Applikation läßt er zuerst täglich, nach einer Woche alle zwei bis drei Tage anwenden. In den Zwischenpausen läßt er folgende Salbe verwenden:

℞ <i>Ac. carbol.</i>	0,2
<i>Resorcin.</i>	0,5
<i>Ichthyol. pur.</i>	1,0
<i>Vaselín.</i>	ad 10,0.

In einigen Fällen sah der Verfasser von aktinotherapeutischen Eingriffen mit X-Strahlen gute Erfolge, in anderen versagte diese Behandlung gänzlich. Auch hochfrequente Ströme wirken zuweilen günstig. In einem Falle von radiotherapeutischer Beeinflussung der juckenden Analgegend beobachtete TUTTLE eine Röntgenverbrennung, die er als „in Wirklichkeit nicht geheilt“ bezeichnet.

2. **Die Behandlung des Blasensteins bei Prostatahypertrophie**, von REGINALD HARRISON-London. Der Verfasser berichtet über fünf Fälle von Prostatahypertrophie

mit Blasensteinbildung, in denen die ganze oder teilweise Entfernung der vergrößerten Vorsteherdrüsenlappen den Kranken endgültig von Steinrezidiven befreite. Der eine Fall betraf einen 79jährigen Kranken, bei welchem, wie auch bei anderen, nach voraufgegangener Steinertrümmerung dennoch neue Blasensteine sich gebildet hatten. Bei dem vorgenommenen suprapubischen Blasenschnitt zeigten sich fünf Phosphatsteine von 12 g Gewicht in der vergrößerten Prostata; Verfasser entfernte die Drüse, der Kranke konnte schon 20 Tage nach der Operation 1600 ccm Urin binnen 24 Stunden auf normalem Wege lassen und sich vier Wochen nach der Operation an die See zur Erholung begeben. Die Blase hat bei dem jetzt über Achtzigjährigen ihre normalen Funktionen völlig wiedererlangt. Die übrigen vier Fälle betrafen Kranke im Alter von 55, 66, 59 und 72 Jahren. Bei letzterem Kranken entfernte der Verfasser nach Cystotomia suprapubica aus der Prostata einen 14 g schweren Uratstein, der zwischen zwei seitliche Adenome eingebettet war, und nahm dann die Prostataktomie vor. Glatte Heilung; auch in diesem Falle, wie in den übrigen vier, erlangte der Kranke, der lange Zeit, wie seine vier Leidensgenossen, ausschließlich nur mit Katheter hatte Wasser lassen können, den vollkommen freien Gebrauch seiner Blasenfunktionen wieder, obwohl vorher völlige „Atonie der Blase“ bestanden hatte.

3. Prostataatrophie, von ROBERT C. BRYAN - Richmond. THOMPSON fand bei 164 Männern zwischen 60 und 70 Jahren in 79 Fällen keine organischen Veränderungen der Vorsteherdrüse, in 56 Fällen Hypertrophie und in 11 Fällen Atrophie dieses Organs. Von den 84% von Männern mit Hypertrophie zeigten aber nur 15% merkliche Symptome ihres Leidens. Gleiche Befunde berichtete GUYON. MASSAB sah bei Männern über 60 Jahren 35 mal Hypertrophie, 20 mal Atrophie des Organs; DITTEL bei 115 Leichen von 52—100 Jahren (mittleres Alters 70 Jahre) 18 mal Hypertrophie und 86 mal Atrophie der Prostata (15 bzw. 30%). Als Ursachen der Atrophie kommen folgende Faktoren in Betracht: Entzündungen, Druck, verheerende Krankheiten, kongenitale Akquisition, Alter, Kastration.

4. Die Suggestiv-Behandlung bei perverser Sexualempfindung, von C. EDWIN GOODALL-Newark. Perverse Sexualempfindung beobachtete der Verfasser zwar unter allen Klassen der Bevölkerung, aber doch zum größten Teile in gebildeten, intelligenten Kreisen. Nachdem er in einer fünfundzwanzigjährigen Praxis alle Mittel des Heilmittelschatzes, Chirurgie, Elektrizität und Hygiene vielfach als erfolglos erfinden hat, möchte er die Kollegen auf den günstigen Einfluss hypnotischer, suggestiver Einwirkung hinweisen.

5. Die Verlegung des Harnleiters durch periureterale Narben, von BYRON ROBINSON-Chicago. Kompressionen des Harnleiters durch periureterales Narbengewebe erfolgen nach den Beobachtungen des Verfassers leicht an folgenden Stellen: Am proximalen Ende des Isthmus, an der Flexura iliaca des Harnleiters, an der mittleren Arterien-Harnleiter-Kreuzung, längs der seitlichen Beckenwand im fixierten Ureter-Abschnitt, im visceralen Beckenteil derselben, sowie in der Nähe maligner bzw. eitriger Prozesse an beliebigen Stellen. Die Abhandlung bringt einige Abbildungen solcher Verwachsungsprozesse, die zu Druckverlegung geführt haben.

6. Erfolg und Mißerfolg bei der Elektrolyse, von WISNOUR-Cincinnati. Die elektrolytische Behandlung von Hypertrichosis muß, wenn sie erfolgreich sein soll, jahrelang fortgesetzt werden. Verfasser berichtet über den Fall einer jungen Dame, bei der eine starke Elektrolyse Narben auf der Oberlippe zurückgelassen hatte.

7. Über Strahlenbehandlung von Hautaffektionen, von AMMON-Lawson. Der Verfasser benutzt seit langer Zeit die Sonnenstrahlen zu therapeutischen Zwecken, indem er ihre destruirende Wirkung bei Warzen, Mälern und ähnlichen Exoreszenzen, ihre chemisch-aktinische Wirkung bei Lupus vulgaris, Cancroiden, Furunkeln,

Akne rosacea usw. verwendet. Zu ersterem Zwecke läßt er die Sonnenstrahlen einfach durch ein Brennglas eine Minute lang oder mehr auf die Warze oder das Mal fallen. In einigen Sitzungen ist der Erfolg, den man wünscht, erreicht. Betreffs der Radiotherapie bringt der Artikel nichts Neues.

8. **Prostatitis blennorrhoeica**, von FLETCHER - North Henderson. Kurze therapeutische Notizen, aus denen die Anwendung von Uriform für akute Prostatitis auf blennorrhoeischer Grundlage warm empfohlen wird, und zwar zu drei- bis viermal täglich einen Kaffeelöffel bis Dessertlöffel voll. Das Mittel, über dessen Zusammensetzung nichts Näheres gesagt wird, soll antiphlogistisch, antiblennorrhoeisch und als Blasenantiseptikum wirken.

9. **Gegen Mücken- und Insektenstiche**, von JOHN V. SHOEMAKER.

℞ *Infus. digital.*

Spir. nit. aether.

Brandy = 60,0

MDs. Alle 2—3 Stunden 1—2 Teelöffel voll in Wasser zu nehmen.

10. **Ein Hauptgrundsatz bei der Behandlung von Hautkrankheiten**, von WAUGH - Baton Rouge. Der Grundgedanke des Verfassers ist der, bei chronischen Hautaffektionen mehr als üblich ist, darauf zu achten, ob nicht die Ausscheidung fester Harnbestandteile sich verringert hat, und die Symptome auf der Haut durch eine Autotoxämie bedingt sind. Eine der ersten Aufgaben ist hier die Reinigung des Intestinaltraktes und die Erzielung einer regelmäßigen Verdauung. Hierfür ist Zincum sulfocarbolicum am meisten zu empfehlen, welches in einer Höhe von 2,4 g pro die zu verabreichen ist.

11. **Dermatitis herpetiformis**, von STELWAGON. Verfasser empfiehlt folgende Salbe:

℞ *Liquor. carbon. detergent.* 3,75—7,50

Ung. cer. ad. 30,00

12. **Ein Fall von rückfälliger häutiger Mundschleimhautentzündung mit Erythema exsudativum multiforme** HEBRA, von BLAIR - Albany. Es handelt sich um einen zwölfjährigen Knaben, zu dem der Verfasser zum ersten Male im Mai 1899 gerufen wurde, als der Kranke an einer ausgebreiteten aphthösen Stomatitis erkrankt war. Sechs Tage nach dem Verschwinden trat damals über den ganzen Körper ein polymorphes exsudatives Erythem auf, das sich besonders an Händen und Fußrücken lokalisierte. Der Kranke fieberte dabei hoch und befand sich recht schlecht. Auch die Angengegend wurde ergriffen, und es stellte sich eine diphtheroide Bindehautentzündung ein. Die Erscheinungen hielten vier Wochen an. Die Eruption hinterließ pigmentierte Flecke, die lange bestehen blieben, im Munde weißliche Narben, die etwa ein Jahr hindurch sichtbar waren. Etwa ein Jahr nach dem ersten Anfall wiederholte sich im Frühling der Prozess, doch nicht so schwer. Dauer zwei Wochen. Im Juni 1901 kam ein dritter Rückfall, an Stärke dem zweiten vergleichbar, während sich im März 1908 ein viertes Rezidiv einstellte, das an Ausdehnung und Schwere alle Vorgänger übertraf. (Hämorrhagisches Exanthem, lobuläre Pneumonie). Im September und Oktober 1908 folgten hierauf noch zwei Anfälle von Stomatitis.

Hopf-Dresden.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

November 1908.

I. **Ein Fall von Bromoderma nodo-ulcerosum**, von S. YEMA-Kioto. Mit einer Tafel. Nach kurzem literarischem Überblick über die Bromexantheme beschreibt Y.

einen eigenen Fall, einen 46jährigen Kaufmann, der seit fünf Jahren geistesgestört ist und seit 1899 Ausschläge am ganzen Körper hat, seitdem er in einer Heilanstalt war; dieselben nahmen ab und zu und schwanden erst gänzlich nach Aussetzen der Bromsalze. Die Ausschläge sahen entweder akneähnlich aus und bildeten bald runde, bald ovale pfennig- bis marktstückgroße, deutlich erhabene, bräunlichrote derbe Knoten, welche teilweise mit dünnen Schuppen, meist aber mit festhaftenden, schmutzigbraunen Krusten bedeckt waren. Andere erschienen exulceriert und stellten papilläre Effloreszenzen dar, aus denen sich dicke Eitermassen beim Druck entleerten. Derbe Randinfiltration fehlte. Histologisch waren die Haarfollikel und Talgdrüsen am meisten verändert, sie sind hypertrophisch, teilweise nekrotisiert und oft zu gemeinsamen Cysten in der Cutis umgewandelt. Stets deutliche Infiltration von polynukleären Leukocyten in ihrer Umgebung. Mäßige Infiltration ist auch um die Gefäße, Schweißdrüsen und deren Ausführungsgänge vorhanden. Verfasser ist geneigt, anzunehmen, daß nicht nur die Haarfollikel und Talgdrüsen allein, sondern vielmehr jeder Gewebestanteil (Epidermis, Cutis oder Subcutis, Talgdrüsen, Haarfollikel, Schweißdrüsen) betroffen werden kann. Ätiologisch will Verfasser dem Zutritt etwaiger Bakterien die Vereiterung und Geschwürbildung zuschreiben.

II. Desinfectol als Antiscabiosum, von K. ABEUMA-Kioto. Desinfectol ist ein als Nebenprodukt der Kampferfabrikation gewonnenes, von Prof. SHIMOYAMA in Tokio empfohlenes Antiseptikum, das gegen Parasiten der Pflanzen und Tiere, sowie zur Desinfektion der Aborte vielfach in Japan angewandt wird. Auch bewährte es sich als ein vorzügliches, leicht anwendbares billiges Mittel gegen Scabies, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu machen. Es wird in 50 %iger wässriger Lösung oder auch dünner verwandt, man bepinselt die kranken Hautstellen, läßt die Lösung trocknen, und der Kranke kann nach Anlegung frischer Wäsche ruhig an die Arbeit gehen. In 48 Stunden ist die Scabies dann geheilt. Selten ist eine wiederholte Bepinselung nötig, etwa 100 g der Lösung reichen für eine einmalige Kur aus. Der einzige Nachteil des Mittels ist, daß dasselbe kein chemisch reines Produkt ist, daß somit der Gehalt der einzelnen Bestandteile (Camphorterpen, Naphtalin, Thymol, Saffrol, Kresol, Harz) vielfach Schwankungen unterworfen ist. Auch ist es zuweilen nötig, das Ekzem im Anschlusse daran besonders zu behandeln.

III. Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich japanischen Universität zu Tokio 1899—1902, von K. DOHI und S. KURITA. Die Universitätsklinik für Haut- und venerische Krankheiten zu Tokio besteht erst seit sechs Jahren, während die Poliklinik schon vor 16 Jahren von Prof. MURATA begründet, und nach dessen Tode von Prof. UWO verwaltet wurde. Dieser leitete den Bau der Klinik, deren Leitung 1898 dem Prof. DOHI übergeben wurde.

Im Jahre 1899 wurden gezählt 1407, im Jahre 1900 2014, 1901 2363, 1902 2800, im ganzen also 8544 Kranke. Die Statistik bezieht sich nur auf 7500 Kranke, und zwar fallen davon 5985 auf die Hautkrankheiten, 1515 auf venerische Krankheiten (794 Syphilis, 469 Blennorrhoe, 80 Ulcus molle).

Sehr selten sind hier Lupus vulgaris (drei Fälle unter 20 von tuberkulösen Haut- und Schleimhautaffektionen) und Psoriasis vulgaris (86 Fälle im ganzen). Von seltenen Hautkrankheiten sind ferner zu nennen: zwei Fälle von Epidermolysis bullosa hereditaria, ein Fall von Adenoma sebaceum, ein Fall von Angiokeratoma, ein Fall von Albinos, drei Fälle von Skleroderma universalis, drei von Piedra an den Kopfhaaren der Frauen, fünf Xeroderma pigmentosum, sechs Pemphigus, elf Lichen ruber (neun planus, zwei acuminatus).

Der Ekzemgruppe gehören 28,01 % aller Hautkrankheiten an, von welcher die akute Form das Kindesalter, die chronische das Jugend- und Greisenalter hauptsächlich

betrifft. *Lepra necrosa* kam 541-, *tuberosa* 146 mal zur Beobachtung. Auch Prurigo ist häufig, betrifft alle Stände und besonders Kinder aus tuberkulösen Familien. *Aloecia areata* ist in Tokio fast endemisch, *Ekzema marginatum* häufig, ebenso *Pityriasis rosea* GIBBERT. Relativ selten ist *Herpes tonsurans capillitii*, dagegen kommt häufig eine hyphomykotische Affektion der behaarten Kopfhaut und des Gesichtes bei den Kindern vor, welche klinisch wie bakteriologisch nicht ganz identisch mit der *Trichophytie* ist und welcher, daher in der Statistik als *Pityriasis mycotica*, im Volke als Shira-Kumo bekannt, vorläufig eine Sonderstellung unter den parasitären Dermatosen eingeräumt wurde. Von *Impetigo* werden vier Arten unterschieden: 1. *Impetigo albestaphylogenes*, identisch mit *Impetigo contagiosa* und *Pemphigus neonatorum*. Diese ist im warmen Sommer oft endemisch oder epidemisch. 2. *Impetigo aureo-staphyloenes*. 3. *Impetigo streptogenes*. 4. *Impetigo staphylo-streptogenes*. Diese drei letzteren sehen klinisch sehr ähnlich aus, geübte Augen können sie jedoch nicht schwer unterscheiden. Sie bilden alle wachsgelbe, gelbbraune bis bräunlichschwarze dicke Krusten mit rotem Hof, welcher bei der Infektion mit Streptokokken (zwei) am geringsten, bei der Mischinfektion von Streptokokken und gelben Staphylokokken (vier) am intensivsten erscheint.

Januar 1904.

Dieses Heft enthält aufer einer Abbildung des Herrn Prof. H. Uno in Tokio folgende Originalartikel:

I. Ein Fall von Erythema scarlatiniforme recurrens bei einer hysterischen Frau, von H. Uno-Tokio. Eine 43jährige adelige Ehefrau hat seit Jahren über hysterische Symptome geklagt. Ihr Hautleiden datiert aber nach Aussage des Hausarztes erst seit November 1892. Am rechten Ellenbogen entwickelte sich eines Tages während eines hysterischen Anfalles, ein scharfbegrenzter hellroter Fleck von der Größe eines Marktstücks, der am folgenden Tage in Blasen überging. Diese platzten und ließen eine dunkelbraune Pigmentierung mit leichter Abschuppung zurück, die erst nach einiger Zeit verschwand. Im Februar des nächsten Jahres erfolgte ein zweiter Ausbruch des Erythems, das auferhalb des alten Sitzes noch den rechten Vorderarm, die rechte Seitengegend und den linken Oberschenkel befiel. Seit dem dritten Ausbruch im September 1893 breiteten sich die runden oder ovalen, marktstück- bis handtellergroßen Erytheme über den ganzen Körper mit Ausnahme des Kapillitiums und der Fußsohlen aus. Bei der Wiederkehr im Februar 1895 und März 1896 wurde sogar die ganze Hautdecke diffus rot, ödematös und stellenweise bullös. Die Schleimhäute waren stark injiziert, es traten Hämaturie, Blutabgang und bisweilen Albuminurie auf. Die Körpertemperatur stieg jedesmal auf 39—40° C. und fiel ohne Anwendung irgendeines Antipyretikums schon nach einigen Tagen unter die Norm herab. An Stelle der Schmerzen stellte sich nun ein intensives Jucken ein, das erst mit dem Beginn der meist lamellösen Desquamation nachließ, um nach einigen Wochen ganz zu verschwinden, während die schmutzig-braune Pigmentierung dann noch Wochen und Monate lang fortbestand. Diese Hautaffektion erscheint identisch mit *Erythema scarlatiniforme recurrens* (OHMANN-DUMESNIL). *Erythema scarlatiniforme desquamativum* (Торбэк), aber bietet doch einiges Abweichende:

1. Das Erythem ist stets auf den hysterischen Anfall gefolgt.
2. Es ist nicht vor der Fieberbewegung, sondern entweder gleichzeitig mit derselben oder kurz nach ihr aufgetreten.
3. Es hat keine Abnahme, sondern eine allmähliche und sehr starke Zunahme der Symptome stattgefunden. Die hysterischen Anfälle werden als Gelegenheitsursache betrachtet.

II. Der Tripper und seine Verheerungen in Familie und Volk, von K. DOHI - Tokio. D. bespricht die Gefahren, welche die durch den Gonococcus verursachten Krankheiten für den einzelnen, für seine Familie und für die Gesellschaft mitbringen, kurz unter folgenden Überschriften:

1. Allgemeines. Vergleich der Gefahr der Geschlechtskrankheiten, speziell des Trippers, mit derjenigen anderer Infektionskrankheiten.

2. Historisches. Unter anderem das chinesische Werk Ping yüan Hou-lun als ältestes Denkmal wissenschaftlicher Behandlung in Ostasien (610 n. Chr.)

3. Leichtfertige Beurteilung des Trippers von seiten des Volkes, nicht ohne Schuld der Ärzte.

4. Tripper und seine Komplikationen beim Manne.

5. Tripper als Allgemeinkrankheit.

6. Tripperinfektion der Familie. Bei dieser Gelegenheit teilt D. den Fall mit, daß ein Mann und eine Frau mit ihrem neun Monate alten Mädchen, alle drei krank, erschienen. Es war kaum einen Monat her, seit der Mann sich Blennorrhoe erworben hatte. Bei der Frau fand sich Urethritis acuta, Endo- und Parametritis, bei der Tochter Vulvovaginitis mit positivem Gonokokkennachweis. Das kleine Mädchen pflegte mit seiner Mutter in einem Bette zu schlafen.

7. Tripper und die neuvermählte Frau.

8. Tripper und Hautkrankheiten.

9. Latenz und Rezidiv des Trippers.

10. Tripper und Blindheit.

11. Schluß. Größe der sozialen und sogar nationalen Gefahr, Waffen zur Bekämpfung derselben.

III. Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Menschen, von B. ASAKURA - Tokio. Bezüglich des näheren wird auf die Originalmitteilung im *Centralbl. f. d. Krankheit. d. Harn- u. Sexualorg.*, 1903, Heft 3, hingewiesen. Die Arbeit stammt aus der Dermatologischen Klinik Prof. JADASSOHN'S in Bern.

IV. Ein Fall von Entwicklungsanomalie des Penis, von T. OKAMURA - Tokio.
Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Über das „harte, traumatische Ödem“ des Handrückens, von ROBERT GRÜNEBAUM - Wien. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 51 und 52.) Als hartes, traumatisches Ödem wurde neuerdings eine Affektion des Hand- und Fußrückens beschrieben, deren pathognomonisches Merkmal in einem harten Ödem besteht, das im Anschluß an einen Unfall an der verletzten Stelle sich entwickelt und durch Wochen und Monate persistiert. Die üblichen Behandlungsmethoden (Massage, Heißluft, fixierende Verbände) vermochten kaum nennenswerten günstigen Einfluß auf die Affektion auszuüben. Ohne auf Einzelheiten der Arbeit, die vorwiegend für den Chirurgen von Interesse ist, einzugehen, sei hier nur noch erwähnt, daß Verfasser in der Erwägung, es handle sich bei dieser Affektion um eine Bindegewebsneubildung, deren Resorption sehr langsam vor sich gehe, einen Fall mit gutem Erfolg mit Thioisamininjektionen behandelt hat.

A. Loewald-Kolmar.

Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. B. GRÜNBAUM über das „harte traumatische Ödem“ des Handrückens, von LEOPOLD FEILCHENFELD-Berlin. (Dtsch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 4.) Ohne Interesse. *A. Loewald-Kolmar.*

Über urticarielles Ödem, von BRUNO LÖWENHEIM-Liegnitz. (Berl. klin. Wochenschrift. 1903. Nr. 46.) Die Affektion tritt in Niederschlesien oft auf in Form eines plötzlich auftretenden, im Volke „Rose“ genannten Ödems. Besonders disponiert scheinen Frauen in den mittleren Jahren und nicht akklimatisierte Menschen. Die meisten Fälle sind akut, das Gesicht ist dick geschwollen, Mundschleimhaut und Conjunctiva oft hochgradig verdickt, daneben bestehen typische Urticaria, Magen- und Darmstörungen, vereinzelt bronchiale Affektionen. Neuralgien fehlen fast nie, das Fieber ist intermittierend, besonders gegen Abend auftretend. Plasmodien sind nicht zu finden, ebenso fehlt Milzschwellung. Trotzdem scheint es sich um eine Infektionskrankheit zu handeln. Therapeutisch läßt sich häufig Chlorkalzium mit großem Erfolg namentlich bei frischen Affektionen verwenden, auch Chinin und Salicyl bewährten sich. *Bernhard Schulse - Kiel.*

Über einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems, von H. QUINCKE und A. GROSS-Kiel. (Dtsch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 1 und 2.) An einer Reihe von Beispielen zeigen die Verfasser, daß das Krankheitsbild des akuten umschriebenen Ödems ein äußerst mannigfaltiges ist. Der Grundtypus der Krankheit auf der Haut ist verhältnismäßig einfach und nicht schwer zu erkennen, wenn sich auch Übergänge zur Urticaria und zum Erythema multiforme finden. Derselbe Vorgang wie auf der Haut kann sich auf sichtbaren Schleimhäuten abspielen, in tiefer gelegenen, der Untersuchung noch zugänglichen Bindegewebsschichten (z. B. Periost), in der Zungenmuskulatur, ferner auch in der Schleimhaut der Bronchien, des Magens und Darms. Die Berechtigung, diese Dinge dem akuten umschriebenen Ödem anzureihen, ergibt das paroxysmale Auftreten sowie die individuelle oder zeitliche Coincidenz mit dem paroxysmalen Ödem der Haut oder der sichtbaren Schleimhäute. Umschriebene Exsudation auf angioneurotischer Grundlage scheint also ein Vorgang von allgemeiner Geltung zu sein, er kann sich in den verschiedensten Organen abspielen. *A. Loewald-Kolmar.*

Über einen Todesfall durch das sogenannte akute umschriebene Ödem (QUINCKESche Krankheit), von ERNST STRAUSSLER - Prag. (Prag. med. Wochenschr. 1903. Nr. 46.) Die an sich harmlose Erkrankung kann ernstere Bedeutung gewinnen, wenn die Schleimhäute, besonders die der oberen Luftwege, betroffen werden. In dem hier beschriebenen Falle handelt es sich um einen 28jährigen Soldaten, welcher in einer Nacht plötzlich einen heftigen Erstickungsanfall bekam, der in kürzester Zeit zum Tode führte. Tracheotomie und lange Zeit fortgesetzte künstliche Atembewegungen waren erfolglos. Der Fall ist insofern von Interesse, als erbliche Belastung vorlag (der Vater und ein Bruder sollen ebenfalls an Erstickung zugrunde gegangen sein), und der Verstorbene selbst als Kind eine Anschwellung am Halse, die wahrscheinlich ein akutes Ödem war, sowie drei Monate vor seinem Tode ein akutes, circumskriptes Ödem des Skrotums und des Penis durchgemacht hatte. Die Sektion ergab hochgradige Schwellung der Epiglottis, der ary-epiglottischen Falten und der Weichteile des Halses. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über einen Fall von hartnäckiger, oberflächlicher Hyperämie bei einem 21jährigen Manne, welche durch Beseitigung von adenoiden Wucherungen geheilt wurde, von V. H. W. WINGRAVE-London. (Lancet. 19. Dez. 1903.) Der Zustand hatte bei dem sonst völlig gesunden, abstinenten Manne etwa zwei Jahre lang bestanden. Das starke Hervortreten der Vena supranasalis erregte den Verdacht auf

das Vorhandensein der adenoiden Wucherungen, und einen Monat nach deren Entfernung hatte die sonst vergeblich behandelte Nase ein normales Ansehen angenommen.

Philippi - Bad Salschlürf.

Drei sporadische Fälle von Pellagra, von VEROTTI. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1908. Nr. 15.) Von diesen drei Fällen ist der eine ein ganz typischer, während die beiden anderen auf den ersten Blick gewisse diagnostische Schwierigkeiten boten, indem der weitere Verlauf der Affektion etwas vom Typus abwich. Die Ätiologie der Krankheit blieb z. B. in den beiden letzteren Fällen etwas dunkel, indem die Patienten nur ganz ausnahmsweise Mais genossen hatten; außerdem begann die Erkrankung nicht wie gewöhnlich im Frühjahr, sondern im Dezember. Im grossen und ganzen waren zwar die charakteristischen Symptome auch bei ihnen wiederzufinden, wenn auch in weniger ausgeprägter Weise. Verfasser zweifelt deshalb auch nicht an ihrer Zugehörigkeit zur Pellagra.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der Salipyrin- bzw. Antipyrinexantheme, von DITTMAR-Leipzig. (*Die med. Woche.* 1908. Nr. 52.) Eine 28 Jahre alte Patientin zeigte nach 1 g Salipyrin bereits nach einer Viertelstunde flohstichartige Quaddeln, die sich schnell fast über den ganzen Körper verbreiteten und stark juckten. Nach einer Stunde fingen sie an, sich zurückzubilden, nach vier Stunden fanden keine neuen Eruptionen mehr statt. Während der ganzen Zeit bestand Übelkeit, Abgeschlagenheit, Unruhe und Erhöhung des kleinen Pulses auf 120 Schläge. Eine Abschilferung in der Folge fand nicht statt. Es bestand entschieden eine Idiosynkrasie, wie sie auch bei dem im Salipyrin enthaltenen Antipyrin öfters beobachtet wird.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen, von OBERWINTER - Cöln a. Rh. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 51 und 52.) Verfasser teilt die Serumexantheme wie folgt ein:

a) lokale Exantheme;

b) allgemeine Exantheme:

1. Exantheme von der Form der Masern, Röteln, resp. des Erythema exudativum multiforme und deren Kombinationen;

2. spriefliche, scharlachähnliche Exantheme.

Lokale Exantheme sah Verfasser wiederholt, sie waren meist nur von kurzem Bestand und brachten keinerlei allgemeine Störungen mit sich. Allgemeine Exantheme (Gruppe 1) kamen in 2 $\frac{1}{2}$ % der Fälle zur Beobachtung; sie verliefen zwar teilweise unter nicht ganz gleichgültigen Begleiterscheinungen, hinterliessen aber keine dauernden Nachteile für die Patienten. Bezüglich der scharlachähnlichen Exantheme nimmt Verfasser folgende Stellung ein:

Die in den ersten fünf Tagen, besonders am dritten bis fünften Tage, nach einer Seruminjektion resp. nach der Hospitalaufnahme auftretenden sprieflichen Exantheme sind mit grosser Vorsicht zu beurteilen und werden sich in den allermeisten Fällen als echte Scarlatina entpuppen. Der Beginn des Exanthems an der Injektionsstelle spricht durchaus nicht sicher für Serumexanthem, kommt vielmehr auch bei echter Scarlatina vor. Für während der ersten Tage des Hospitalaufenthaltes bei echter Diphtherie auftretende Scarlatinaexantheme möchte Verfasser bei einer grösseren Anzahl von Fällen eine ausserhalb des Hospitals erfolgte primäre Doppelinfektion mit echter Diphtherie und Scharlach zugleich annehmen. Das Vorkommen echter scarlatiniformer Serumexantheme will Verfasser aber nicht bezweifeln.

A. Loewald-Kolmar.

Im Verein für innere Medizin in Berlin (Sitzung vom 30. November 1903) berichtet **HOCHHEIMER** über einen Fall von **Morbus maculosus Werlhofii**. Ein 16jähriges Mädchen erkrankte acht Tage, nachdem es eine leichte Angina überstanden, mit Anschwellungen der Arme und Beine. Nach Zurückgehen der Schwellung trat an den Extremitäten und im Gesicht ein rotfleckiger Ausschlag auf, gleichzeitig Erbrechen, blutige Diarrhoen, leichte Störung des Sensoriums. Fieber fehlte, die sichtbaren Schleimhäute waren und blieben unbeteiligt, ebenso die Gelenke. Aus den Flecken bildeten sich ausgedehnte schwarzblaue Infusionen, Blasen, Schorfe, Geschwüre, deren Heilung dann langsam erfolgte. Im weiteren Verlaufe stellten sich noch als Komplikationen ein eitriger Mittelohrkatarrh und eine akute Nephritis ein. Die Untersuchung des Blutes ergab nur im Anfang eine geringe Vermehrung der Leukoocyten. Es gelang dem Vortragenden, aus mehreren Bläschen der Purpuraflecke und einmal direkt aus dem Blute Streptokokken rein zu züchten, deren Virulenz, wie der Tierversuch zeigte, nur sehr gering war. Ein Zusammenhang zwischen der Purpura und der vorangegangenen Angina ist wohl anzunehmen. — In der Diskussion wirft **HOFFMANN** die Frage auf, ob hier nicht eher eine Sepsis anzunehmen ist als ein Morbus maculosus Werlhofii, und **MOSSZ** meint, daß auch Pseudoleukämie in Frage käme. Demgegenüber hält **v. LEYDEN** die Diagnose **WERLHOFS**che Krankheit aufrecht mit Rücksicht auf das Fehlen des Fiebers, der Gelenkaffektionen, der Beteiligung des Endokards. **v. LEYDEN** sieht das Bemerkenswerte in dem Falle in dem Nachweis einer Streptokokkenform, welche nichts weiter als eine Zersetzung des Blutes und eine gewisse, sehr geringe allgemeine Intoxikation hervorgerufen hat. **HEUBNER** berichtet über einen ähnlichen Fall, bei dem die Diagnose lange schwankte, bis die Autopsie schließlich doch das Vorhandensein einer Sepsis nachwies. **A. FRAENKEL** glaubt auch, daß die Infektion vom Rachenorgan ausgegangen ist, läßt es aber dahingestellt sein, ob wirklich die Streptokokken als Ursache der ganzen Krankheit anzusehen sind; ihre Einwanderung könnte auch sekundär stattgefunden haben; Der Nachweis der Streptokokken gelang aber, wie **HOCHHEIMER** im Schlusswort bemerkt, nur in den ersten Tagen der Krankheit.

In derselben Sitzung demonstriert **LEVY-DORN** einen mit **Röntgenstrahlen behandelten Fall von Cancroid** und eine **Schutzhülle gegen Röntgenstrahlen**. Das Resultat der Behandlung ist gut. Die vom Amerikaner **FBIEDLÄNDER** angegebene Schutzhülle schließt die Röhre vollständig ein und gestattet den Durchtritt der Strahlen nur durch ein spekulumartiges Rohr. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.)

A. Loewald-Kolmar.

Traumatische Entzündungen.

Die Behandlung der Fissura ani, von **M. KATZENSTEIN**-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1903, Nr. 12.) Bei der Behandlung der Analfissuren ist zu berücksichtigen, daß die in der Fissur liegenden Nervenendigungen abgestumpft werden und der Krampf der Sphinkter schwinden muß, nur dann ist die Heilung möglich. Kokain macht die Fissur unempfindlich, große Dosen von Extractum Belladonnae heben den Krampf auf und das desinfizierende und die Oberfläche der Fissur glättende Ammonium-Sulfo-Ichthyol bringt die Fissur zur Heilung. Das beste Mittel lautet daher: Extract Belladonnae 0,5, Kokain 0,05, Ichthyol 6,0, vor dem Gebrauch erwärmen und umschütteln. Man führt einen mit der Lösung getränkten Wattebausch ein, den man mindestens fünf Minuten liegen läßt; es muß dieses täglich ein- bis zweimal geschehen. Die Heilung erfolgt prompt in 8—14 Tagen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Wieder einmal die Primula obconica, von **A. MODEL**-Weissenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) Beschreibung einer durch Hantierung mit Primula

obconica verursachten Dermatitis, die unter dem Bilde eines akuten, papulös-vesikulösen Ekzems auf diffus-erythematösem Grunde verlief. Die Affektion heilte in wenigen Tagen unter Bleiwasserumschlägen und Applikation einer schwachen Präzipitatsalbe ab.

Göts-München.

Zwei Fälle von ausgedehnter X-Strahlennekrose mit etwas ungewöhnlichem Verlaufe, von CLARENCE EDW. SKINNER-New Haven. (Med. News. 20. Febr. 1904.) Beide Fälle waren lange Zeit mit X-Strahlen behandelt worden, der eine, eine 50jährige Frau mit Pseudoleukämie und Drüenschwellungen in der Achsel-, Hals-, Inguinalgegend, sowie im Mesenterium betreffend, zirka ein halbes Jahr hindurch, der andere, eine 49jährige Frau mit einer inoperablen, malignen Neubildung in der Nähe des linken Ligamentum latum, zirka 1 $\frac{1}{4}$ Jahre hindurch, wobei 50 resp. 115 Sitzungen abgehalten wurden. Das Grundleiden wurde zwar günstig beeinflusst, aber in beiden Fällen stellte sich etwa ein halbes Jahr nach Beendigung der Röntgenbehandlung eine tiefgehende Nekrose an den bestrahlten Hautstellen ein, welche einen ausgedehnten Substanzverlust von etwa 10:12 cm zur Folge hatte und mit heftigen Schmerzen solange verbunden war, bis die Abstofung der gangränösen Teile erfolgte. In dem ersten Falle wurde die Überhäutung der zerstörten Flächen durch lokale Anwendung des galvanischen Stromes in hohem Maße beschleunigt und die vorhandenen Schmerzen durch Anästhesinpulver (mit Talkum gemischt) gestillt, während letzteres Mittel in dem zweiten Falle völlig versagte; hier war noch auffallend, daß an den Stellen, wo später die Gangrän der Haut auftrat, vorher subcutane Hämorrhagien sich gezeigt haben. Sk. zieht aus diesen interessanten Beobachtungen u. a. den Schluss, daß die Röntgenstrahlen nicht nur stimulierend oder zerstörend auf Körpergewebe einwirken, sondern daß sie auch imstande sind, die Entwicklungsfunktionen, welche das Zellwachstum beherrschen, in mehr oder weniger anhaltender und tiefgehender Form zu modifizieren. Ferner ergibt sich für ihn die Warnung, die Röntgenbestrahlung nicht zu lange fortzusetzen, selbst wenn ein entsprechender Intervall zwischen den Sitzungen (3—4 Tage), wie auch in den beiden Fällen, eingehalten wird; denn es gäbe wenig so schmerzhaft Affektionen, wie eine tiefgehende Röntgenstrahlen-Dermatitis, und die Gefahr, eine solche hervorzurufen, sei nur bei Fällen, wo andere Behandlungsmethoden absolut hoffnungslos seien, gerechtfertigt. In therapeutischer Hinsicht war bei den beiden Fällen der Einfluß des galvanischen Stromes auf die Neubildung der Haut bemerkenswert, so daß er vielleicht häufig die Hauttransplantation entbehrlich machen könnte.

Stern-München.

Über Verbrennungen, deren Prognose und Behandlung, von L. HOUSE BRANSON. (St. Louis Courier. Febr. 1904.) Ohne Neues zu bringen, bespricht Verfasserin die Erscheinungen der Verbrennung mit ihren verschiedenen Stadien, deren histologische Veränderungen, Prognose und Therapie. Tonerdepräparate, glaubt sie, werden mit der Zeit eine wichtige Rolle in der Behandlung der Verbrennungen spielen, Pikrinsäure, mit Ton vermischt, sei eines der neuesten Mittel. Von großer Wichtigkeit ist, besonders bei ausgedehnten Verbrennungen, die Allgemeinbehandlung: Regelung der Diät, der diversen Sekretionsvorgänge, der Körperbewegung, wodurch den Einflüssen der Eiterung vorgebeugt würde. Anführung zweier schwerer Fälle, kleine Kinder betreffend, wovon der eine durch Anwendung geeigneter Stimulantien u. a. m. gerettet wurde.

Stern-München.

Zur Behandlung der Verbrennung mit Trockenverbänden, von M. SÄTTLER-Sarajevo. (Wien. med. Presse. 1903. Nr. 48.) Seit dem Jahre 1898 werden auf der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten am Landesspital Sarajevo die Verbrennungen mit Trockenverbänden behandelt, und zwar ist das Prinzip der Behandlung folgendes: Das Hauptaugenmerk richtet sich, ohne die Linderung des intensiven

Schmerzes zu vernachlässigen, auf die Verhütung der Infektion. Die Behandlung ist eine aseptische. Bei Verbrennungen ersten Grades, wo ja keine Laesio continui vorhanden, ist eine Infektion nicht zu befürchten; es wird sowohl die Wunde selbst, wie die Umgebung sorgfältig gereinigt, ebenso wie bei denen zweiten Grades; sodann werden die uneröffneten Blasen an ihrer tiefsten Stelle mit steriler Schere eröffnet, die geplatzen Blasen abgetragen, ebenso die herabhängenden Epidermisfetzen; die zum Teil schon gallertartig geronnene Transsudatflüssigkeit unter der Epidermis wird mit trockenen Tupfern abgewischt, hierauf wird nach Reinigung der Umgebung der Wundflächen die Wunde mit einer dicken Lage Xeroform bestreut, darauf aseptischer Verband, der 4—6 Tage liegen bleibt. Der Verbandwechsel geschieht im Wasserbade. Ebenso wird mit den Brandwunden dritten Grades verfahren. Danach Allgemeinbehandlung. Die Resultate sind in ca. 100 Fällen, was rasche Heilung, Beschaffenheit der Narbe, Schmerzlosigkeit anbetrifft, überraschend günstig. Es folgen einige Krankengeschichten.

Putzler-Dansig.

Über die Behandlung von Frostbeulen mit SALZWEDELschen Alkoholverbänden, von OTTO LENTZ-Idar a. d. Nahe. (*Theor. d. Gegenw.* März 1904.) Durch Zufall kam LENTZ bei Frostbeulen auf die Alkoholverbände, und er wendet dieselben seit einer Reihe von Jahren in einer grossen Zahl von Fällen mit immer gleich gutem Erfolge an, und zwar in letzter Zeit vorwiegend mit 70%igem Alkohol, den er dem 90%igen bzw. 96%igen in diesem Falle vorzieht. Im übrigen aber machte LENTZ die Verbände nach SALZWEDEL'S Vorschritt: die zu behandelnde Stelle wird mit einer achtfachen Lage alkoholgetränkter Gaze bedeckt und darüber ein Stück perforierten, wasserdichten Stoffes gebreitet, und das Ganze wird mit einer Binde oder einem Tuche befestigt. Bisweilen wurde geklagt, daß in den ersten beiden Nächten die Beulen unter dem Verbands geschmerzt hätten. Stets aber waren von der dritten Nacht an alle Beschwerden verschwunden und die Patienten nach drei- bis höchstens achtmaliger Anwendung der Verbände von ihrem Übel befreit. Es scheint auch, daß die Frostbeulen an den mit Alkohol behandelten Stellen nie wieder auftreten.

Arthur Bahn-Cölln (Sachsen).

Eine kurze Abhandlung über Erfrierung bei kleinen Kindern, von W. A. HARDAWAY-St. Louis, Mo. (*St. Louis Courier.* März 1904.) In den drei beschriebenen Fällen und in einer Anzahl weiterer von H. beobachteten war bei den 2—2½-jährigen Kindern ein scharf abgegrenztes, etwas dunkelgefärbtes Erythem vorhanden, dessen Ursprung — zumal in einem Falle noch Temperaturerhöhung zu konstatieren war — unbekannt schien, bis die lange Dauer des Zustandes auf die richtige Diagnose führte. Unguentum vaselini plumbic., mit ca. 12% Zinkoxyd vermischt, erwies sich als das beste Mittel, Ichthyol gab keinen guten Erfolg. Als erwähnenswert für seine Fälle hebt H. noch hervor, daß hereditäre Neigung, welche bei Erfrierung von manchen Ärzten so sehr betont wird, nicht zu konstatieren war, und ferner beinahe jedes befallene Kind hellen Teint und helle Haare hatte.

Stern-München.

Über Vortäuschung eines Variola-Ausschlages durch ein Jodexanthem bei einer syphilitischen Patientin, von E. J. HYNES-Huddersfield. (*Lancet.* 18. Febr. 1904.) Eine 26-jährige Frau, welche zweifellose tertiäre Erscheinungen der Syphilis aufwies, erhielt im Krankenhaus drei Gaben von je 0,6 Jodkalium. Am nächsten Morgen war sie beim Erwachen ganz mit Flecken bedeckt, welche alsbald die Form von Bläschen, genau wie solche bei Variola unmittelbar vor der Pustelbildung sich präsentieren, annahmen. Diese Bläschen wuchsen teils zu Bullae aus, teils trockneten sie rasch ein, teils wurde der Inhalt hämorrhagisch. Nach ihrer Abheilung wurde wieder Jodkalium in der halben Dosis gegeben, worauf sich nach wenigen Gaben wieder

Bläschenbildung zeigte. Es bildeten sich tiefgehende Ulcerationen, und Patientin starb kurze Zeit nachher an Darmblutung. Sie war sogleich beim Auftreten des Ausschlages als pockenverdächtig gemeldet worden.

Philippi-Bad Salschlurf.

Neurotische Entzündungen.

Über den Herpes zoster oticus (Herpes an der Ohrmuschel mit Lähmung des Nervus acusticus und des Nervus facialis), von O. KÖRNER-Rostock. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) Bei einer 55 jährigen Frau, die seit einer vor einem halben Jahre erfolgten Mammaamputation sehr häufig an Schmerzen in Armen und Beinen, in der Brust und im Rücken litt, trat an der rechten Ohrmuschel, der rechten Kopf- und Halsseite ein Herpes zoster und acht Tage nach dessen Beginn fast völlige Taubheit auf dem rechten Ohr und eine Lähmung im Gebiete des rechten Nervus facialis auf. Das Trommelfell des tauben Ohres zeigte ein vollkommen normales Aussehen, die Taubheit war durch eine Lähmung des Nervus acusticus bedingt. Unter dem Gebrauche von Solutio Fowleri und Faradisierung des Facialis verschwand im Verlaufe von $2\frac{1}{2}$ Wochen die Facialislähmung nahezu vollständig, während sich das Hörvermögen auf dem rechten Ohre gleichzeitig bedeutend besserte. K. erklärt das eigentümliche Krankheitsbild, dem er den Namen Herpes zoster oticus gibt, in der Weise, daß die Neuritis im Zervikalnerven- und Trigeminasgebiet, die den Herpes zoster verursacht hat, durch Anastomosen auf den Facialis übergegangen ist und weiterhin auch den dem Facialisstamme im Forus acusticus internus dicht angelegerten Nervus acusticus ergriffen hat.

Göts-München.

Zoster perinealis nebst Bemerkungen über Segmentierungen der Haut auf der hinteren Fläche der unteren Extremität, von H. CUSHING - Baltimore. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* März 1904.) Das Auftreten von Zoster im Gebiete der Sakralnerven scheint eine große Seltenheit zu sein. HEAD hat nur sieben derartige Fälle verzeichnet, und zwar im Gebiete der ersten bis dritten Sakralganglien. C. berichtet folgendes:

I. Bei einem 53jährigen Herrn, der seit zehn Jahren an Neuralgie des Trigemini gelitten hatte, wurde die Exstirpation des Ganglion GASSERI ohne Zwischenfall ausgeführt. In den folgenden Tagen wurde über Kopfweh und Rückenschmerzen geklagt, und es entwickelte sich alsbald eine reichliche Aussaat von Herpesbläschen, einestheils auf der nicht operierten Gesichtshälfte, anderenteils am Perineum der anderen Seite. Des weiteren war am Gesäß und auf der Hinterfläche des Oberschenkels und bis auf die Wade hinunter eine mehrere Finger breite Zone von hyperästhetischer resp. bei ganz leiser Berührung mit dem Haarästhesiometer hypästhetischer Haut zu konstatieren.

II. Bei einem in gleicher Weise operierten 38jährigen Patienten fand man neben Herpesausschlag an verschiedenen Nervengebieten der Gesichtshaut eine ähnliche hyper- resp. hypästhetische Störung am Perineum im Verein mit höchst lästigem Ameisenkribbeln.

Dieses Gebiet würde dem vierten Sakralganglion entsprechen. Verfasser hat ähnliche Beobachtungen in der Literatur nicht auffinden können. Er bespricht noch ausführlich die Verteilung der Hautgebiete, den einzelnen Sakralgebieten entsprechend, was im Referat nicht wiedergegeben ist.

Philippi-Bad Salschlurf.

Frühzeitige elektrische Behandlung des Herpes zoster, von J. LARAT. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 5.) L. hat vier Fälle von Herpes zoster vom Beginne der Erkrankung an ausschließlich mit Elektrizität behandelt, indem er zweimal täglich je 25—30 Minuten lang einen galvanischen Strom von 6—10 Milliampères applizierte;

dabei legte er den positiven Pol auf die Stelle des Rückenmarks, an welcher der das erkrankte Gebiet versorgende Nervenstamm austritt, den negativen Pol auf die mit angefeuchteter Watte bedeckte erkrankte Partie. Die Galvanisierungen, die lediglich ein Gefühl von intensivem Stechen hervorriefen, bewirkten nahezu momentan ein Nachlassen des Schmerzes und eine sichtbare Besserung der Erscheinungen auf der Haut. In allen vier Fällen erfolgte innerhalb 24—48 Stunden vollständige Heilung, bei keinem der Patienten trat eine sekundäre Neuralgie auf; die Erfolge waren also ganz frappante. *Götz-München.*

Ein Fall von Erythromelalgie, von B. C. KELLY-Wells. (*Lancet*. 16. Jan. 1904.) Neben den Erscheinungen von seiten des Nervensystems zeigten sich an dem zunächst affizierten linken Fuße cutane Störungen in Form von dunkelblau-roten, aufgelaufenen Flecken mit Verdickung der Venen und starkem, anhaltendem Schwitzen. Die 77jährige Patientin starb neun Monate nach Beginn der ersten Symptome. Trophische Erscheinungen an der Haut und den Nägeln waren nicht beobachtet. Verfasser bezieht sich auf einen Fall von LARROIS und POROX, bei welchem ausgedehntere Läsionen im Rückenmark post mortem konstatiert wurden. *Philippi-Bad Salschlurf.*

Verschiedenes.

V. Internationaler Dermatologen-Kongress. Berlin, 12. bis 17. September 1904. Der Besuch des vom 12. bis 17. September a. c. stattfindenden V. Internationalen Dermatologen-Kongresses wird voraussichtlich ein sehr reger werden, da bereits zahlreiche Zusagen aus aller Herren Länder eingetroffen sind. Unter den angemeldeten Herren befinden sich die hervorragendsten Vertreter des Faches. Die Eröffnungssitzung wird im Langenbeckhause, die übrigen Sitzungen im Auditorium des pathologisch-anatomischen Instituts der Charité abgehalten werden. Zugleich mit dem Kongress findet eine wissenschaftliche Ausstellung statt, und in getrennten Räumen eine zweite von pharmazeutischen Produkten und Instrumenten, welche beide nach den bisherigen Anmeldungen sehr reichhaltig zu werden versprochen. Von den vom Organisations-Komitee aufgestellten Themata haben für „Die syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates“ die Herren v. DÜRING, v. HANSEMAN, JULLIEN, LANG, RENVERS, THOMSON WALKER, für „Hautaffektionen bei Stoffwechsellanomalien“ die Herren DUNCAN BULKLEY, RADCLIFFE CROCKER, JADASSOHN, v. NOORDEN, PICOX, für „Epitheliome und ihre Behandlung“ die Herren DARIER, FORDYCE, LANDERER, MIBELLI, RIEHL, RÓNA und UNNA das Referat übernommen. Das Generalreferat in der Lepfrage wird Geheimrat NEISSER erstatten. Es sind außerdem bereits mehr als 80 freie Vorträge und Demonstrationen angemeldet. Besonderer Wert wird auf die Reichhaltigkeit der Krankenvorstellungen gelegt werden, welche an jedem Morgen vor den eigentlichen Sitzungen stattfinden. — Anmeldungen und Anfragen sind an den Generalsekretär zu richten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Aus der Praxis von Dr. NEUBERGER-Nürnberg.

Über multiple neurotische Hautgangrän.

Von

D. LATTE, approb. Arzt.

Mit einer Farbentafel.

Die sogenannte multiple neurotische Hautgangrän gehört sicherlich zu den noch nicht völlig geklärten und nicht gerade häufigen Hauterkrankungen. Wenn auch seit der Abhandlung von JOSEPH (1895) in der Literatur eine größere Kasuistik auffindbar ist, so daß der von JOSEPH in der Einleitung seiner Arbeit ausgesprochene Satz: „die multiple neurotische Hautgangrän gehöre zu den größten Seltenheiten“ nicht mehr zu Recht besteht, so ist es doch durchaus berechtigt, jeden neuen Fall dieser Erkrankungskategorie zu publizieren, um auf diese Weise dem Gesamtkrankheitsbilde dieser Affektion eine immer exaktere Grundlage zu geben.

Aus diesem Grunde sollen im folgenden drei von Herrn Dr. NEUBERGER-Nürnberg beobachtete, unter dem Bilde einer multiplen akuten Hautgangrän verlaufene Fälle ausführlich geschildert werden, zumal ich selbst in der Lage war, zwei derselben eingehend zu untersuchen.

Zunächst will ich die drei Krankengeschichten in großen Grundzügen kurz wiedergeben.

Fall I: Fräulein M. D., 22 Jahre alt, Ladenmädchen. Vater der Patientin ist an Lungenleiden gestorben. Mutter leidet an Carcinoma mammae. Die Geschwister der Patientin sind gesund. Von Kinderkrankheiten weiß Pat. nur anzugeben, daß sie im Alter von acht Jahren Blattern gehabt habe. I. Menses mit 14 Jahren, blieben dann längere Zeit aus und kamen angeblich erst mit 16 Jahren wieder. Sie waren stets sehr unregelmäßig, mit Beschwerden verbunden. Im Alter von 14 Jahren will Pat. eine Luftröhrenentzündung durchgemacht haben, dann wurde sie sehr bleichsüchtig. Im 17. Lebensjahre trat eine sehr intensive Heiserkeit ein, die angeblich 43 Wochen anhielt. Mit 17 Jahren bekam

Pat. plötzlich über der linken Mamma, der dritten Rippe entsprechend, ein juckendes, brennendes Gefühl, als dessen Ursache sie rote Flecke entdeckte, die immer weiter nach links sich ausbreiteten. Aus den Flecken wurden Blasen, die teils in gelbgrünlichen, teils mehr schwärzlichen Krusten eintrockneten. Auf Applikation von Borsalbe trat Heilung unter Narbenbildung ein. Die Eruptionen traten dann auch rechtzeitig in gleicher Lokalisation und Weise auf. Der behandelnde Arzt (Dr. OE.) überwies Pat. Herrn Dr. NEUBERGER. Diese eigenartigen Bläscheneruptionen mit konsekutiver Verschorfung rezidierten in unregelmäßiger Weise fortwährend im Verlaufe von zwei Jahren. Die Pat. wurde von Herrn Dr. NEUBERGER in der Sitzung des Ärztlichen Vereins Nürnberg vom 16. Februar 1899 (cfr. *Münch. med. Wochenschr.* 1899 Nr. 32) demonstriert. Der Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Nürnberger ärztlichen Vereins lautet: „Herr N. stellt einen Fall von Zoster gangränosus atypicus recidivus vor bei einem hochgradig hysterischen 17^{1/2} jährigen Mädchen. Die Affektion hat die Gegend beider Mammae ergriffen und besteht aus zahlreichen kleinen Verschorfungen, die aus in Gruppen verteilten Bläschen entstanden waren und in unregelmäßigen Zwischenräumen auftraten. Zugleich bestand totale Anästhesie und Analgesie, Herabsetzung des Temperatursinns“. Im Alter von 21 Jahren trat ganz plötzlich während eines Landaufenthaltes der Pat. in der Umgebung des linken Ohres angeblich dieselbe Affektion auf, die allmählich die linke, dann die rechte Wange, schliesslich auch Brust, Rücken und Beine ergriff. Im Verlauf von zirka sechs Wochen trat Heilung ohne Narbenbildung ein. 14 Tage darauf eine neue Eruption wieder in der linken Ohrgegend. Angeblich unter Fieber, Schüttelfrost und starkem Brennen entwickelte sich wiederum eine Rötung, darauf Bildung gelber in Eiterung übergehender Blasen, dann Schorfbildung und schliesslich nach Abheilung des Schorfes Heilung ohne Narben. Ende Januar bemerkte Pat. am linken Bein eine etwa taubeneigroße Blase, zu der sich dann noch einige kleinere hinzugesellten. Nach gleichem Verlauf trat schliesslich Heilung unter Narbenbildung ein. Mitte Februar will Pat. plötzlich unter starkem Kopfweg eine mit reichlichem Tränenfluss und starker Schwellung der Augenlider einhergehende Augenentzündung bekommen haben, so daß sie garnicht sehen konnte. Auf Behandlung mit Umschlägen trat nach einigen Tagen Heilung ein. Seit Februar sollen angeblich fünf neue Eruptionen im Gesicht aufgetreten sein, die abwechselnd von der Umgebung des linken und rechten Ohres ausgingen, wobei jedoch die linke Seite bevorzugt wurde. Bis zur Heilung hat der Prozess immer 6 bis 7 Tage gebraucht. Anfang April war die letzte Eruption, die wieder unter Brennen und Rötung vom linken Ohr ausging, allmählich die ganze linke Wange und diesmal auch den vorderen Teil der Haargegend ergriffen hat und sich vor allem durch die lange Dauer auszeichnete. Während des fort-

währenden Auftretens der Eruptionen im Gesicht hat Pat. nur einigemal im Oktober Herrn Dr. NEUBERGER konsultiert. Letzterem fiel es auf, daß die Erscheinungen im Gesicht durchaus anderer Natur waren als die früher an den Mammae lokalisierten. Während es sich früher (Mammagegend) um isolierte Bläschenbildung mit Verschorfung handelte, war im Gesicht unter dem Bilde einer Dermatitis eine ausgesprochene ziemlich verbreitete Rötung und Schwellung sichtbar ohne ausgesprochene Vesikelbildung und ohne Verschorfungen.

Status praesens: 14. IV. 04. Anämische Person, die mit großem Behagen über ihre frühere und jetzige Erkrankung Auskunft gibt. Menses höchst unregelmäßig. Eine Untersuchung läßt Pat. ohne jede Scheu sofort zu. Auf der linken Mamma sieht man eine Anzahl weißer, wenig über das Hautniveau hervorragender Narben von ungleicher Größe, auf Druck nicht schmerzhaft. Über dem Sternum eine größere in der oberen Hälfte bläulich verfärbte Narbe. Der gleiche Befund ist auf der rechten Mamma zu konstatieren. Der fünften Rippe entsprechend in der rechten Mammillarlinie eine etwa zweimarkstückgrosse, derbe keloide Narbe. Am linken Bein etwa drei Finger außerhalb und $1\frac{1}{2}$ Querfinger oberhalb des Malleolus internus ist eine etwa zweimarkstückgrosse rötlich verfärbte, im Zentrum stark glänzende Narbe sichtbar. Medial von derselben als Residuen von Bläschen drei kleinere, weißliche Flecke. Die ganze linke Gesichtshälfte mit Ausnahme der Stirn und der nächsten Umgebung der Nase ist bedeckt mit gelblichen infolge der therapeutisch angewandten Reismehlpuderungen mehlartig vertrockneten Schuppen. An einzelnen Stellen sieht man schon wieder normale Haut. An der Haargrenze oberhalb des linken Ohres und im Haar selbst einzelne gelbliche Eiterpünktchen, worauf die Pat., da sie ihr Schmerzen bereiten, aufmerksam machte. Auf der rechten Gesichtshälfte, die auch bereits mehrfach erkrankt war, ist zurzeit nichts Abnormes zu bemerken. 15. IV. 04. Unter und hinter dem Ohrläppchen sieht man beiderseits eine etwa einmarkstückgrosse stark gerötete, erhabene Stelle, die auf Druck sehr schmerzhaft ist und nach Angabe der Pat. plötzlich über Nacht entstanden ist.

Fall II. Frä. M. R., 23 Jahre alt, Tüncherstochter. Mutter ist an Lungenleiden gestorben. Der Vater ist gesund. Von den Geschwistern sind zwei in frühester Kindheit gestorben; eine Schwester lebt und ist gesund. Im Alter von zwei Jahren will Pat. am Hals sowie Ohr Drüsenentzündungen gehabt haben, sonst hat sie als Kind nur noch Masern gehabt. Pat. war von ihrem 14. Lebensjahr an sehr bleichstüchtig. Die Menses traten erst mit 18 Jahren ein, waren sehr unregelmäßig und mit Schmerzen verbunden. Pat. hat vorher meistens ein Gefühl von Mattigkeit und Erbrechen. Im Oktober 1902 hatte Pat. — um 8 Uhr früh — Kartoffeln gerieben und mit dem Reibeisen sich eine ganz unbedeutende Verletzung

am Ringfinger der rechten Hand zugezogen. Als Pat. einige Stunden darauf — gegen 12 Uhr mittags — mit einer Sodalösung den Tisch reinigte, trat an der betreffenden Stelle ein brennendes Gefühl ein. „Aus der Wunde hätte sich ganz reines Wasser entleert, und überall, wo das Wasser hingekommen, wären kleine Bläschen entstanden, die nach ihrer Entleerung schwarze Flecke zurückgelassen hätten.“ Die ersten Flecke traten um 2 Uhr nachmittags auf, und zwar an der lädierten Stelle des vierten Fingers der rechten Hand an der Palmarfläche der dritten Phalange und gleichzeitig auf der Dorsalfläche, mehr dem Phalangometacarpalgelenk benachbart. Pat. begab sich zum Arzt (Dr. R.) und erhielt einen Salbenverband. Abends 8 Uhr traten auf dem Mittelfinger derselben Hand an der Dorsalfläche in gleicher Höhe wie beim vierten Finger einige Bläschen auf, denen eine halbe Stunde zuvor Rötung vorausgegangen war. Die Bläschen trockneten ein und bildeten schwarze Krusten. Auch dieser Finger wurde vom Arzt verbunden. Tags darauf um 8 Uhr früh bemerkte Pat. ein Bläschen am Zeigefinger, Innenfläche derselben Hand, genau entsprechend der Furchlinie zwischen erster und zweiter Phalange. Acht Tage später hatte Pat. am linken Arm brennende Schmerzen, es trat ein großer, roter Fleck an der Radikalseite des linken Vorderarmes auf, dann Bläschenbildung, Platzen der Bläschen und schließlich blieb eine Anzahl schwarzer Flecke zurück. Auf Anraten des Arztes konsultierte Pat. hierauf Herrn Dr. NEUBERGER. Letzterer diagnostizierte auf Grund der vorhandenen gangränösen Schorfe multiple neurotische Hautgangrän, gab aber die Möglichkeit zu, daß sich die Pat. die Verschorfungen artifiziell beigebracht hätte. In der Sitzung vom 20. November 1902 des Ärztlichen Vereins Nürnberg wurde die Pat. kurz demonstriert (cfr. *Münch. med. Wochenschr.*, 1903 S. 186). Die damals von dem Nervenarzt Herrn Dr. VON RAD vorgenommene neurologische Untersuchung ergab: „Gesichtsfeld bei oberflächlicher Prüfung beiderseits eingeengt. Pharynxreflexe aufgehoben. Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine entschiedene Herabsetzung der Schmerzempfindung, besonders an den Händen und Vorderarmen. Tast- und Temperatursinn durchaus normal. Motilität ohne Störung. Sehnenreflexe lebhaft. In den kleinen Handmuskeln normale elektrische Erregbarkeit. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füßen Krampf im Orbicularis beiderseits. Sehr verstärktes vasomotorisches Nachröten. Eine neuropatische Disposition (am wahrscheinlichsten hysterische) liegt sicher vor, dafür sprechen die Hypalgesie, der Verlust der Pharynxreflexe und die kurzen, stossweisen, nur vorübergehend auftretenden Zuckungen im rechten Arm, die bei psychischer Erregung auftreten. Für Syringomyelie oder RAYNAUDSche Krankheit lagen keine Anhaltspunkte vor.“

Die Behandlung des Herrn Dr. NEUBERGER bestand in indifferenten Salbenverbänden, wobei die affizierten Stellen sich schließlich unter Zurück-

lassung tiefer Defekte und unter Bildung hypertrophischer Narben heilten. Im April 1903 trat dann ganz plötzlich an der Radialseite des Carporadialgelenkes der analoge Prozess mit gleichem Verlauf auf. Unter Brennen entstand hier ein etwa talergrosser erythematöser Fleck, dessen Mitte teils schwarze Schorfbildungen, teils mehr weisgraue Verschorfungen aufwies. Dieselben waren zum Teil unter das Hautniveau eingesunken. An der Peripherie der verschorften Stellen sah man an einzelnen Stellen einzelne mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte Vesikeln (s. Abbildung), die später auch einen gangränösen Ausgang nahmen. Eine Demarkationslinie war nicht vorhanden; der Übergang in die gesunde Haut nicht scharf umschrieben. Die Heilung dieses talergrossen gangränösen Fleckes dauerte etwa vier Wochen. 8 bis 14 Tage vor dieser Erkrankung hatte Pat. einen hysterischen Anfall: „sie hätte ihre Umgebung nicht erkannt und wild um sich geschlagen, auch wäre starkes Erbrechen eingetreten“. Einen ähnlichen Anfall hatte sie auf einer Hochzeit im August 1903 „es wurde ihr plötzlich ganz heiss, und als sie sich deshalb hinaus in die frische Luft begab, fiel sie in Ohnmacht, aus der sie erst allmählich wieder zu sich kam.“ Vorher will Pat. noch zwei solcher Anfälle gehabt haben.

Am 16. IV. 04 hatte ich Gelegenheit, die Pat. einer genaueren Untersuchung zu unterziehen:

Status praesens: Eine wenig kräftige Person von anämischen Aussehen. Das Allgemeinbefinden ist nicht besonders gut: sie klagt über geringen Appetit, unruhigen Schlaf, häufige Kopfschmerzen. Am vierten Finger der rechten Hand sieht man an der Beugeseite eine grössere, sich hart anfühlende Narbe, die der durch das Reibeisen hervorgerufenen Verletzung zwischen zweiter und dritter Phalange entspricht, und einen kleineren etwa erbsengrossen, weissen Fleck. An der Streckseite desselben Fingers — ebenfalls auf der dritten Phalange — ein länglicher und ein quergestellter Streifen. An der Streck- sowie Beugeseite des Zeigefingers eine Anzahl kleinerer, strichförmiger weisser Narben. An dem rechten Vorderarm in der Gegend der radialen Handwurzelknochen sieht man einen grösseren Fleck, der aus einer Anzahl kleiner, weiss glänzender keloidartig erhabener Narben besteht, ferner einen grösseren, bläulich verfärbten Fleck. Die Narben sind auf Druck nicht schmerzhaft. Am unteren Teil des linken Vorderarmes sieht man sieben Narben von verschiedener Grösse und unregelmässiger Gestalt, die etwas über das Niveau der gesunden Haut ragen. Sie sind gleichfalls auf Druck schmerzlos, von weisser Farbe. Die grösste von den letztgenannten Narben befindet sich auf dem Daumen, parallel der Längsachse des Metacarpus I.

Fall III: 19jähriges, anscheinend völlig gesundes Dienstmädchen sucht am 19. Juni 1901 die Sprechstunde des Herrn Dr. NEUBERGER auf. Pat. gibt an, plötzlich früh morgens beim Aufstehen im Gesicht eine

Anzahl roter Streifen beobachtet zu haben. Pat. bietet folgendes Bild dar: Auf der rechten Gesichtshälfte befinden sich vier parallel nebeneinander stehende, gleichmäßig durch gesunde Haut voneinander getrennte vertikale Streifen, deren der Nase benachbarter etwa zwei Zentimeter, die übrigen etwa drei Zentimeter lang waren. Auf der linken Gesichtshälfte befinden sich zwei Streifen von gleicher Beschaffenheit und Länge. Es macht den Eindruck, als ob Pat. mit einem dünnen Hölzchen, einer Stricknadel oder einem ähnlichen Gegenstande sich diese Streifen künstlich zugefügt hätte. Die Striche bildeten dünne, rotbraun verfärbte Schorfe, die nur ganz oberflächlich die Haut betroffen hatten. Die Pat. wurde von Herrn Dr. NEUBERGER in der Sitzung vom 20. Juni 1901 (sfr. *Münch. med. Wochenschr.*, 1901, Nr. 40) mit der Diagnose „wahrscheinlich artifiziell entstandene gangränöse Stellen an beiden Gesichtshälften“ vorgestellt. Über den weiteren Verlauf kann nichts angegeben werden, da Pat. sich der weiteren Beobachtung entzog.

Überblicken wir diese drei Fälle, so tritt der Gedanke an die Krankheitsgruppe: „Selbstbeschädigung hysterischer weiblicher Personen“ lebhaft zutage. Es ist daher am Platze, zunächst die hier einschlägige Literatur einer Durchsicht zu unterziehen, um an der Hand dieser späterhin unsere Fälle kritisch beurteilen zu können. Die ursprünglich nicht gerade große Zahl derartiger Fälle hat durch neuerdings publizierte Beobachtungen sehr an Umfang gewonnen. 1882 beobachtete COLCOT FOX ein 16jähriges hysterisches Mädchen mit zahlreichen oberflächlichen, verschiedenartigst lokalisierten Exkoriationen, die sich die Pat. durch fortwährendes Reiben mit den Nägeln und den Fingerspitzen beigebracht hatte. Im folgenden Jahre wurde von FORSTNER bei einer 26jährigen hysterischen Pat. ein ähnlicher Fall beobachtet. Der Autor nimmt Selbstbeschädigung an, ohne die genaue Art der Entstehung nachgewiesen zu haben. Von großer Bedeutung für die Lehre von der Selbstbeschädigung hysterischer Personen ist der Fall STRÜMPELS: bei einer 26jährigen hysterischen Person zeigten sich in einem Zeitraum von neun Jahren Rötung, Blasen-, Schorf- und Geschwürsbildung. Erst nach einer genauen Untersuchung — die Pat. wurde in ein anderes Zimmer geführt, dort eingeschlossen und eine genaue Untersuchung ihrer Sachen vorgenommen — fand sich im Bett Ätznatron versteckt.

Von großem Interesse ist der von SCHIMMELBUSCH beobachtete Fall. Hier handelt es sich um eine hysterische Pat., welche auf dem Chirurgenkongress 1892 von SENGER (Nadelstichverletzung vorausgegangen) mit einer handtellergrößen Ulceration der Brust vorgestellt wurde. Die damalige Diagnose „Herpes zoster auf zentral-nervöser Basis“ wurde durch die später

eingeleitete klinische Beobachtung umgestossen, indem sich herausstellte, daß die Blasen- und Ulcerationsbildungen durch Reiben der Haut an dem Verband hervorgerufen wurden.

Ähnlich war ein Fall von SICK gelagert, wo eine Pat. fortwährend ulcerös-gangränöse Prozesse an der Haut durch Fingerdruck auf die Wunde bzw. Narbe durch den Verband hindurch hervorgerufen hatte.

In einem von VON HEBRA 1893 vorgestellten Fall handelt es sich um ein junges Mädchen, das sich den linken Vorderarm im siedenden Wasser verbrannt hatte und einige Zeit später gangränöse Stellen an den Armen bekam. Der anfangs für Spontangangrän aufgefaßte Fall wurde später für artifiziell von VON HEBRA angesehen, weil eine Gangränescenz in Streifenform an einer schon länger bestehenden nekrotischen Partie auftrat, die direkt den Anschein erweckte, als ob „Flüssigkeit hingetränkelt sei“. Handelt es sich in diesen Fällen immer um jugendliche Personen, so ist der Fall KRECKES dadurch auffallend, daß er eine 61jährige Person betraf: Eine hysterische Tagelöhnerin bekam unmittelbar nach einem schweren Brustfieber im Jahre 1881 plötzlich — angeblich ohne jede Ursache — am linken Arm und gleichzeitig am rechten Bein Geschwüre von großer Ausdehnung. Seitdem trat die Affektion an den verschiedensten Stellen der Stirn und des Gesichts auf. Trotz Behandlung von seiten verschiedener Ärzte und mehrerer Krankenanstalten trat keine Heilung ein. Als KRECKE die Pat. sah, zeigte sie im Gesicht (Stirn, Wangen und Kinn), an beiden Armen, besonders Streckseite des Vorderarmes, und beiden Unterschenkeln weißliche Narben von verschiedener Größe. Am linken Arm oberhalb des Ellenbogens ein etwa zehnpennigstückgroßer, scharfrandig sich gegen die gesunde in der Umgebung leicht gerötete Haut abhebender, schwarzbrauner, trockner Schorf. Am linken Vorderarm unregelmäßig verteilt mehrere stecknadelkopfgroße und größere Verschorfungen, einige dem Untergrund fest anhaftend, andere sich von der Peripherie schon ablösend und unter sich eine rote oder graubelegte Wundfläche zeigend. Pat. erhält einen Verband. Einige Tage darauf kommt sie mit einem frischen, fast zweimarkstückgroßen Schorf in der Ellenbogensgegend. Den von KRECKE angelegten Verband hatte sie angeblich wegen starken Juckens entfernt. Eine solch große Verschorfung der Haut in so kurzer Zeit entstanden, erweckte den Verdacht an Selbstbeschädigung, zumal bei Pat. hysterische Symptome anamnestisch sowie objektiv nachweisbar sind: Kopfschmerz, hinfällende Krankheit, Verlust der Sprache und an den Extremitäten und im Gesicht, weniger ausgesprochen am Rumpf, eine so hochgradige Analgesie, daß man überall ohne Schmerzaüßerung von seiten der Pat. eine Nadel durch eine Hautfalte durchstechen konnte. Eine gründliche Untersuchung der Effekten der in die Klinik aufgenommenen Pat. ist erfolglos. Während des zehntägigen Aufenthalts in der Klinik trat keine neue Verschorfung

auf. Einen Tag nach ihrer Entlassung kommt Pat. mit frischen mehr grauen Schorfen mit zentralem dunkleren Punkt am linken Arm. Außerdem einzelne diffus gerötete mit stecknadelkopf- bis linsengroßen hellgelben Bläschen bedeckte Stellen. Am Gesicht und rechten Unterschenkel die gleichen Veränderungen. Artefakte konnten nun sicher angenommen werden und Pat. gab nach langem Leugnen wenigstens zu, daß „durch das viele Waschen der starke Laugenstein ihre Haut zerfresse.“ Oberflächliche und tiefe Ätzungen an verschiedenen Körperteilen der Pat. hatten den Erfolg, daß an den oberflächlich geätzten Stellen Rötung und Bläschenbildung, an den tiefer geätzten Stellen ein grauer Schorf mit einem zentralen dunkleren Punkt — von dem aufgesetzten Laugenstein herrührend — auftrat. Eine längere Beobachtung zeigte bei Pat. eine *Mania operatoria passiva*. Zuerst wünscht sie wegen eines Narbenstranges am Ellenbogen eine Operation, dann wegen Scheidenblutung eine Uterus-Exstirpation, dann wegen geringer Steifigkeit ihres Mittelfingers eine Amputation.

Die Beobachtung von NARATH ist deshalb von Interesse, weil sie früher durch EHRL (aus der GUSSENBAUERSCHEN Klinik) als spontane hysterische Gangrän publiziert, sich späterhin durch NARATH als eine durch Anwendung von Schweinfurter Grün festgestellte Selbstbeschädigung herausstellte.

Über eine große Anzahl von artifiziellen Hauterkrankungen verfügt SHEPHERD. Eine seiner Pat. hatte sich die gangränösen Eruptionen durch eine stark erhitze Metallbüchse künstlich hervorgerufen. Eine zweite, die sich mit besonderem Behagen den Studierenden demonstrieren liefs, durch Krotonöl. Eine dritte nicht hysterische Person voraussichtlich — Pat. war leidenschaftliche Zigarettenraucherin — durch Verbrennung mit der Zigarette.

Daß es sich nicht immer um hysterische Pat. zu handeln braucht, beweist auch der Fall von RIEKE (1898): Pat. hatte sich vor dem Auftreten der zahlreichen Hauterscheinungen mit einer Schere am linken Daumenballen verletzt. Die Entdeckung der artifiziellen Gangrän wurde dadurch herbeigeführt, daß von einer nekrotischen noch von Bläschen umgebenen Stelle gelbliche Streifen abgingen und ungefähr den Weg nahmen, „den ein herabrinnder Tropfen nehmen mußte.“ Dadurch und durch die gelbliche Verfärbung der Schorfe wurde der Verdacht auf Salpetersäureätzung erweckt und diese tatsächlich in dem Inhalt der Bläschen und Krusten chemisch nachgewiesen. Hinterher stellte es sich heraus, was die Pat. verschwiegen hatte, daß sie vor Jahren Warzen mit einer ätzenden Säure (vermutlich Salpetersäure) entfernt hatte.

Die Leipziger Universitätsklinik (Prof. RIEHL) verfügte auch weiterhin über ein großes Material auf diesem Gebiete, denn ein Jahr nach

vorhergehender Publikation konnte RIEKE vier Fälle offizieller Gangrän veröffentlichen, deren einer durch Einreibungen mit konzentrierter Kochsalzlösung, zwei andere (zwei befreundete Schulmädchen) durch Kratzen und gegenseitige Applikation von grüner Seife und Essigwasser hervorgerufen wurden, während die Ätiologie des vierten nicht klargestellt werden konnte.

Ein Fall von RASCH (1899), der gangränöse Prozesse aufwies, wurde durch Applikation von Kantharidenpflaster hervorgerufen.

Im vergangenen Jahr ist die Kasuistik der artifiziellen Hautgangrän durch drei Beobachtungen vermehrt worden. Diese von BETTMANN, GROSS und HOLLSTEIN stammenden Mitteilungen bieten so vielgestaltiges Interesse, daß es von großem Werte ist, sie kurz zu skizzieren:

BETTMANN'S Pat. hat vor ihrer Erkrankung angeblich an einer mit Karbolverbänden behandelten Rißwunde gelitten. Vor zwei Jahren traten in unregelmäßigen Schüben, meist mit den Menses zusammenfallend, unter Schmerzen und Rötung zuerst am linken Unterschenkel, dann an verschiedenen Körperteilen Geschwüre auf. Heilung in einigen Tagen bis Wochen. Nach zweimonatlicher Pause wieder neue Eruptionen an Stelle der alten. Pat. zeigt auf der linken Körperhälfte zirka 20 bis 30, teils atrophische, teils pigmentierte, teils stark prominente keloide Narben. Sechs frische Herde am linken Vorderarm und Unterschenkel stellen zum Teil rotumsäumte Blasen, zum Teil unregelmäßig begrenzte Geschwüre mit gut granulierender Basis dar. Rasche Heilung bei klinischer Behandlung. Einen Tag nach der Entlassung neue Eruptionen mit stets oberflächlicher Hautnekrose. Diese sofortige Entstehung frischer Herde nach der Entlassung, das Sistieren der Eruptionen während der klinischen Beobachtung, die Lokalisation der Schorfe an den Händen der Kranken leicht zugänglichen Stellen, die unregelmäßigen gezackten Konturen mancher Herde, namentlich aber der Umstand, daß sich bei frischen Nekrosen innerhalb eines größeren intensiv veränderten Bezirkes noch kleine Hautinseln mit intakter Epidermis befanden, waren simulationsverdächtig. Ebenso ein bei Pat. am Oberarm scharf mit einer tiefen Einschnürung abschneidendes Ödem, das unbedingt den Eindruck einer mechanischen Einwirkung machte. Auch erschien Pat. bald darauf mit unzähligen frischen, „über Nacht“ entstandenen Herden an Hals und Gesicht. Jedoch vermochten Versuche mit verschiedenen chemischen Mitteln die Affektion nicht hervorzurufen, bis eines Tages die Mutter der Pat. von einem geheimnisvollen Hantieren ihrer Tochter mit einem Fläschchen erzählte. Letzteres wurde schließlich in einem Versteck gefunden und enthielt Lysol, mit dem — wie Pat. schließlich zugestand — die Affektion künstlich hervorgerufen wurde, was auch experimentell gelang. Wahrscheinlich waren Arbeitsscheu und die Absicht, sich interessant zu machen, die Ursache.

Im Falle von Gross litt die 19jährige Hysterika seit ihrem 14. Lebensjahr an Geschwürsbildung der verschiedensten Hautstellen. Der Erkrankung waren angeblich eine Blutvergiftung am linken Arm und ein Bruch des linken Unterschenkels vorangegangen. Mit zahlreichen, teils von dünner Epidermis überzogenen, teils hypertrophischen Narben und frischen Nekrosen an der rechten Tibia sowie am rechten Unterarm kam Pat. in die Klinik, woselbst noch 35 neue Nekrosen entstanden. Während ihres späteren erneuten klinischen Aufenthaltes traten zirka 100 neue Nekrosen auf. Hier war namentlich eine Affektion am linken Hüftgelenk bemerkenswert: Dasselbe wurde wegen Unbeweglichkeit des linken Beines bei Schwellung, heftigen Schmerzen und Fieber auf die Diagnose einer eitrigen Coxitis hin in Narkose freigelegt, mit negativem Befund! Als bei Pat. nach einer Nekrosenbildung in der Vagina sich Symptome einer Rektovaginalfistel unter Anhäufung von Kot in der Scheide einstellten, ohne daß irgendeine Mastdarm-Scheidenkommunikation gefunden werden konnte, ferner als eine absichtliche Fälschung der Fiebertemperatur erwiesen war und es gelang, mit HCl die gleiche Affektion künstlich zu erzeugen, mußte die Pat. die Selbstbeschädigung zugeben.

Die Pat. von HOLLSTEIN wurde in der Berliner dermatologischen Gesellschaft — Sitzungen vom 3. Februar und 8. Dezember 1903 — demonstriert: Sie litt vor fünf Jahren nach Operation infolge von Ohrtuberkulose an Pustelbildung hinter dem rechten Ohr mit Ausgang in Gangrän. Damalige Diagnose: Impetigo gangraenosa. Ein Jahr darauf in der Nabelgegend, später auch in der Genitalgegend dieselbe häufig rezidivierende Affektion. STRASSMANN diagnostizierte nach Rücksprache mit LASSAR und SAALFELD „Toxituberkulid“ und extirpierte wegen hochgradiger Beschwerden die Vulva. Da Pat. außer Tuberkulose hochgradige hysterische Symptome zeigt, nahm HOLLSTEIN eine multiple neurotische — artifiziell entstandene — Gangrän an, zumal Einreiben mit Kochsalz analoge Herde erzeugte. Schon am folgenden Tage traten nämlich mit einem roten Hof umgebene, tiefschwarze Schorfe bei solchen Versuchen auf. Die abnorme Reaktion der Gewebe mit schweren Ernährungsstörungen auf geringe Reize hin, die oberflächlich sitzenden Schorfe, die sofortige Heilung bei steter Beobachtung, der Wunsch der Pat., gern fotografiert zu werden, ferner — worauf BLASCHKO in der Diskussion hinwies — die Nekrose der Blasendecke und das eigentümliche Verhalten der Pat., sich gleichzeitig von mehreren Ärzten behandeln zu lassen, sicherten die Diagnose „Artefakte“, ohne daß die Pat. — weder durch feste Verbände, die sie immer losriß, noch durch Hypnose — überführt werden konnte. Erst in der STRASSMANN'schen Klinik, der Pat. zwecks genauer Beobachtung überwiesen war, wird während eines Bades in den Kleidern der Pat. ein Fläschchen mit starker Chlorzinklösung gefunden,

mit der Pat. die Affektion wie auch eine später operierte Mastdarmstriktur sich beigebracht zu haben eingestand. STRASSMANN meint, bei Pat. bestehe ein mit sexueller Perversität zusammenhängender „Furor operativus“. Experimentelle Chlorzinkätzung erzielte nur eine Rötung ohne Gangrän, nach BLASCHKOS Ansicht, weil erstens aufer der chemischen Reizung noch eine bakterielle Infektion nötig sei, und zweitens der Versuch auch an der Vulva hätte gemacht werden müssen.

Die Zusammenstellung dieser sehr lehrreichen Fälle bietet für die Auffassung des Krankheitsfeldes gewisse bestimmte Grundlagen. Zunächst handelt sich in all diesen Fällen um ausschließlich weibliche und zumeist von hysterischen Erscheinungen befallene Personen. Die Hauterscheinungen bieten immer das gleiche Bild dar: Bläschenbildung mit folgender Gangrän und teilweiser Heilung unter Narbenkeloiden. Insbesondere überwiegt die Gangrän, während die vesikulösen Erscheinungen nur manchmal zur Beobachtung gelangen. Die Lokalisation enthält manches Typische: Immer werden solche Stellen befallen, die von den Pat. leicht erreicht werden können. Vorzugsweise — ich erwähne es, weil darauf bisher scheinbar noch kein Gewicht gelegt wurde — wird zuerst gewöhnlich die linke Körperseite befallen. In der überwiegenden Zahl der bereits erwähnten und noch später anzuführenden Fälle war dieses der Fall. Es liegt ja auf der Hand, daß die Selbstbeschädigung zumeist mit der rechten Hand ausgeführt wird. Hierin dürfte vielleicht ein diagnostisch verwertbares Kennzeichen liegen. Die angewandten Mittel sind, wie aus obigen Fällen hervorgeht, sehr verschiedenartig. Neben Reiben mit den Fingernägeln auf die Haut (FOX), Druck auf die Haut durch den Verband hindurch (SENGER-SCHIMMELBUSCH, SICK), sind es vorzugsweise chemische ätzende Substanzen, die die Artefakte hervorrufen. (KRECKE: Laugenstein, STRÜMPFEL: Ätznatron, RIECKE: Salpetersäure, konzent. Kochsalzlösung, RASCH: Kantharidenpflaster, BETTMANN: Lysol, GROSS: Salzsäure, HOLLSTEIN: Chlorzinklösung) usw. Die bisherigen Resultate, aus der Form des Schorfes die Art der Ätzmittel erkennen zu können, sind noch dürftig.

Die Zahl der beobachteten Fälle war bisher auch noch zu gering, um in differenzialdiagnostischer Richtung sichere Anhaltspunkte zu geben. Irrtümer sind daher öfters unterlaufen. KRECKE hat anfangs an Lues gedacht, SICK an Knochentuberkulose und letzterer einen operativen Eingriff vorgenommen; die Kranke von GROSS wurde wegen vermuteter Hüftgelenktuberkulose operiert und bei STRASSMANN-HOLLSTEIN Toxituberkulid diagnostiziert. Die Gründe, welche die Pat. zur Selbstbeschädigung veranlaßt hatten, sind auch nicht strikte anzugeben. Wenn STRÜMPFEL glaubt, daß die betreffenden Individuen mehr infolge einer Zwangshandlung und

weniger aus Sucht, sich interessant zu machen, oder aus Arbeitsscheu die Selbstbeschädigung an sich vornehmen, so trifft wohl beides zu. Aus den Fällen von KRECKE und BETTMANN geht unzweideutig hervor, daß diese Pat., um sich eine Versorgung zu verschaffen, oder nicht arbeiten zu müssen, zur Selbstbeschädigung gegriffen haben. Die Fälle von SHEPHERD, GROSS und HOLLSTEIN dokumentieren, daß die Pat. wohl die Absicht, sich interessant zu machen, bekundet haben. Das es ungemein schwer fällt, die Machinationen der Pat. zu entlarven, ist aus den obigen Krankengeschichten deutlich ersichtlich, Deshalb wird wohl auch KRECKE seine Ansicht, daß die Diagnose solcher Fälle nicht schwer falle, nicht mehr aufrecht erhalten.

Außer diesen als Selbstbeschädigung strikte nachgewiesenen Fällen gibt es in der Literatur eine weitere Reihe, die möglicherweise in diese Gruppe hingehören, bei denen aber die Autoren aus verschiedenartigen Gründen Selbstbeschädigung ausgeschlossen haben. Diese Fälle werden zum größten Teil als solche von spontaner Gangrän trophoneurotischer Basis aufgefaßt. Ob tatsächlich ein großer Teil dieser Fälle in berechtigter Weise als trophische Störungen von den einzelnen Autoren angesehen wird und nicht als Artefakte gelten müssen, ist mir zweifelhaft. Ich will diese Kategorie hier kurz wiedergeben.

Hier ist zunächst einschlägig ein Fall von SANGSTER über „Neurotic excoriations“, der 1881 auf dem 7. Internationalen Kongress zu London demonstriert wurde, aber von einigen Diskussionsrednern — darunter UNNA — als Artefakt betrachtet wurde. Ähnlich erging es NEUMANN mit seinem 1882 der Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstrierten und als akute umschriebene Gangrän der Haut bezeichneten Fall, indem BILLROTH und WEINLEHNER bestimmt für die artifizielle Ätiologie eintraten. Da BILLROTH an eine Verschorfung durch Kalium causticum dachte, wurde von LUDWIG eine chemische Untersuchung der Ätzeschorfe vorgenommen — mit negativem Resultat;—, wobei allerdings LUDWIG zugab, daß ein einwandfreier Nachweis oft chemisch unmöglich sei. Daher kann die Ansicht von STUBENRAUCH (1895) auch nicht als völlig einwandfrei betrachtet werden, der bei seiner hysterischen Pat., deren multiple Hautgangrän nach einer Verletzung der Dorsalgegend des linken Handgelenkes mittels einer Häkelnadel einsetzte, aus dem negativen Ergebnis des chemischen Nachweises auf Ätzkali den artifiziellen Ursprung ablehnte.

Daß die multiple neurotische Hautgangrän KOPPS, heutigentags kritisch betrachtet, gleichfalls hinsichtlich ihrer trophoneurotischen Natur fraglich erscheint, ergibt die Tatsache, daß KOPP die absichtliche Täuschung ausschloß, nachdem die Pat. auf der von ZIEMSSENSchen Klinik unter strenger Beobachtung neue Eruptionen bekommen hatte. Nach einzelnen bereits von mir im vorgehenden geschilderten Fällen dürfte dieser Grund

nicht mehr ganz stichhaltig sein. Eine weitere Reihe von Publikationen wollen wir nur kurz skizzieren: CORLETT, (1897), JUSTUS (1897), NOBL (1898), RIEHL (1893), ISAAK (1899), FRANKENBURGER (1902).

JUSTUS, dessen Pat., ein 20jähriges hysterisches Mädchen, eine ungemein tiefgehende Gangrän des rechten Handgelenkes („bis zu den Sehnen und Knochen“) usw. aufwies, hat die Möglichkeit von Artefakten nicht angedeutet. Bei CORLETTS Pat., einem durchaus nicht hysterischen gesunden Mädchen, gingen dem Auftreten der spontanen Gangrän angeblich die Reibung der linken Wange mit einem Traubenblatt voraus.

NOBL und FRANKENBURGER¹ dachten an artifizielle Erzeugung, konnten sie aber nicht nachweisen. RIEHL und ISAAK glaubten ihren Fall als Herpes zoster gangraenosus auffassen zu müssen, da auch unter einem Verbande der Prozeß rezidierte. Auf Grund der Litteratur kann dieser Ansicht nicht beigeplichtet werden. Auch der von STAUB 1892 geschilderte Fall von atypischem Herpes zoster, der ein 16jähriges dürftig genährtes, wenig intelligentes, schwer hysterisches und tuberkulös behaftetes Fabrikmädchen betrifft, die jahrelang rezidierend an einem ungemein verbreiteten vesikulös-ulcerös-gangränösen Hautausschlag leidet und schwere Sensibilitätsstörungen der Haut darbietet, könnte wohl den Verdacht einer artifiziellen Gangrän erwecken, zumal STAUB diese Möglichkeit gar nicht erörtert.

Schließlich kann ich auch nicht umhin, die Fälle von SINGER (1893) und HINTNER (1897) hier anzureihen,² trotzdem SINGER — und HINTNER beruft sich auf dessen Ansichten — mit absoluter Sicherheit Selbstbeschädigung ausschließt. Die SINGERSche Krankengeschichte betrifft ein 18jähriges Kindermädchen, das mehrfach von Bewußtseinsstörung und tonischen Krämpfen der Extremitäten befallen wurde und in einem derartigen Anfall in ein mit Nadeln garniertes Nähpolster gefallen war. Zwei auf diese Weise in die Haut eingestofsene Nähnadeln wurden operativ entfernt, und daran schloß sich eine mehrfach auftretende Spontangrän.

SINGERS Behauptung für eine Spontangrän auf hysterischer Basis stützt sich darauf, daß bei seiner Pat. die Umgebung der geschwürigen oder gangränösen Partien niemals irritiert waren. „Es ist nicht denkbar — sagt SINGER — und widerspricht den bekannten Bildern von der Wirkung koagulierender Gifte, daß ein Ätzmittel, welches nach einer ziemlichen Tiefe hin zerstörend wirkt, die Nachbarschaft der direkt betroffenen Partien nach der Fläche hin unberührt lassen sollte. Eine solche Ver-

¹ Anmerkung während der Korrektur: Herr Dr. FRANKENBURGER glaubt neuerdings, wie er mir mitsuteilen die Freundlichkeit hatte, weitere Anhaltspunkte für Artefakte bei seiner Patientin wahrgenommen zu haben. (Dr. NEUBERGER.)

² Über die Beobachtung von HENSEN — ref. *Münch. med. Wochenschr.* 1900, S. 343 — (Demonstration einer Pat., welche an spontaner Hautnekrose wahrscheinlich trophoneurotischen Ursprungs leidet) konnte ich keine näheren Aufzeichnungen finden.

ätzung klingt immer gradatim nach der Peripherie ab, und Schwellung und Hyperämie sind die gewöhnlichsten Erscheinungen in der Umgebung künstlich verätzter Partien.“ Diese Theorie SINGERS ist neuerdings durch experimentelle Untersuchungen von GROSS widerlegt worden. Bei diesen Versuchen kann man sich leicht davon überzeugen, so lautet die Angabe von GROSS, daß eine solche Verätzung, nicht wie SINGER annimmt, stets gradatim nach der Peripherie abzuklingen braucht, sondern, was bereits NARATH betont hat, Schwellung und Hyperämie in der Umgebung sehr oft fehlen. Diese auf exakten Studien beruhenden Ergebnisse von GROSS erschüttern auch, wie bereits angedeutet, die seinem Falle zugrunde liegende Anschauung HINTNERS, so daß auch dessen Fall, bei dem es sich um ein 21jähriges sehr nervöses Mädchen handelt, das eine allmählich über den ganzen Körper sich ausbreitende multiple Gangrän hatte, nicht mit Sicherheit als auf artifizieller Basis nicht beruhend beurteilt werden kann.

Ich glaube diese Fälle von angeblich spontaner hysterischer Gangrän, bei denen sich der Nachweis von Selbstbeschädigung nicht herausstellte, ziemlich vollständig zusammengestellt zu haben und bin, wie schon aus vorstehendem ersichtlich ist, durchaus der Ansicht, daß in alldiesen Fällen meines Erachtens nach dem gegenwärtigen Stande der Frage die artifizielle Ätiologie nicht mit Sicherheit auszuschließen ist. Damit soll nur behauptet werden, daß wir heutzutage alle solche Fälle streng kritisch beurteilen und der Möglichkeit einer artifiziellen Gangrän einen größeren Spielraum einräumen müssen.

Bekanntlich sind hysterische Personen an und für sich zu trophoneurotischen Störungen leicht geneigt. Bei der Besprechung von vier Fällen von hysterischer Dermatoneurosis von HARLINGEN-Philadelphia in der Amerikanischen dermatologischen Vereinigung haben sich hervorragende Dermatologen, wie DUHRING, BRONSON für die Möglichkeit hysterischer Exkorationen unbedingt ausgesprochen. KAPOSI bespricht in seinem bekannten Lehrbuch — S. 377 — die Spontangangrän Hysterischer, bei der es sich um durchwegs jugendliche weibliche Individuen handele, mit oder ohne deutliche Zeichen von Hysterie und Anämie: an einer Stelle der Haut entsteht plötzlich ein Gefühl von Brennen, „die Kranke markiere einen kreuzer- bis talergroßen Fleck, an dem die Haut sanft gerötet und vorspringend, oder aber alabasterweiß, quaddelähnlich erscheint“. Kurze Zeit darauf tritt Verfärbung und Verschorfung der Haut ein, dann Abstofung des Schorfes und Bildung einer meist hypertrophischen Narbe. In seinem Lehrbuch spricht KAPOSI nicht über die Differentialdiagnose zwischen einer durch Ätzung hervorgerufenen Schorfbildung und der bei spontaner hysterischer Gangrän aus. Gelegentlich der Vorstellung des NEUMANNschen Falles (l. c.) hat KAPOSI aber hervorgehoben, daß bei einem Ätزشorf in erster Linie die Epidermis und das oberflächliche

Gewebe von der Verschorfung befallen sei, bei dem spontanen Hautschorf hingegen bilde sich der Schorf unterhalb der Epidermis, durch welche man die verschorften Stellen zu erblicken vermöge. (*Arch. f. Derm.* 1882, S. 541). Auch bei jedem intensiven Herpes zoster lassen sich durch blasig aufgehobene Epidermis verschorfte Stellen erkennen. KAPOSI hat nun weiterhin (1889) vier Fälle von atypischem Zoster gangraenosus und Zoster hystericus veröffentlicht, die seinen eigenen Worten nach „Unica“ vorstellen, und die er als eine auf hysterischer Grundlage beruhende vasomotorische und trophoneurotische Störung ansieht. Das Charakteristische des Prozesses bei dieser Erkrankung war die primäre Verschorfung des Papillarkörpers und des Coriums vor Veränderung der Epidermis, so daß durch die unveränderte Epidermis hindurch die nekrotische Verschorfung sichtbar war und artifizielle Verätzung ausgeschlossen werden konnte. Eine nähere Betrachtung der Krankengeschichten dieser KAPOSISchen Publikation ergibt im großen und ganzen übereinstimmende Bilder mit den im vorhergehenden geschilderten Fällen von artifizieller Selbstbeschädigung resp. vermeintlicher spontaner Gangrän. Ebenso ist es im DOUTRELEPONTschen Falle, der vom Autor selbst und auch von KAPOSI (cfr. Lehrbuch S. 345) als Zoster gangraenosus hystericus betrachtet wird, auf dessen interessante Details wir hier aber nur verweisen können. KAPOSI gibt selbst zu, daß der von ihm als „Zoster gangraenosus hystericus“ beschriebene Symptomenkomplex erst durch weitere Beobachtungen eine vollständigere Aufklärung erfahren würde. Bisher ist aber eine weitere Anzahl solcher Beobachtungen nicht publiziert worden. In der von JOSEPH strikte als „typischer KAPOSIScher Zoster gangraenosus hystericus“ bezeichneten Beobachtung vermisste ich durchaus die eben von KAPOSI angegebenen Merkmale.

Ich muß hier noch eine weitere Gruppe anreihen. Alle bisher geschilderten Beobachtungen betrafen weibliche Individuen. Es liegen aber auch einige wenige Veröffentlichungen vor, in denen es sich um männliche Personen handelt.

Bei dem Herpes zoster gangraenosus von KAPOSI war neben drei Frauen auch ein Mann von dieser Erkrankung befallen. KAPOSI hat allerdings diese Person nur ein einziges Mal im Ambulatorium gesehen.

Sehr eingehend über den Krankheitsverlauf ihrer Beobachtungen berichten JOSEPH: 27jähriger Pat., der nach Verbrennung der linken Hand durch Schwefelsäure rezidivierende Gangrän aufweist; BAYET: 19jähriger Drogist, Verletzung des linken Vorderarmes durch Schwefelsäure mit konsekutiver multipler Hautgangrän; QUINQUAUD: Maschinenverletzung der rechten Hand — gangränöse Hauterscheinungen, RIBALKIN: 17jähriger Junge, Verätzung des linken Vorderarmes mit Schwefelsäure; Hautgangrän.

Ein weiteres Eingehen auf diese letzteren Fälle ergibt, daß sie große Ähnlichkeit mit der in der Literatur niedergelegten und vorher

bereits von mir erörterten Affektion der spontanen hysterischen Gangrän darbieten, zumal auch zumeist hysterische Erscheinungen sowie Sensibilitätsstörungen der Haut bei diesen Patienten offenkundig sind. In differentialdiagnostischer Hinsicht muß in einem oder anderem dieser Fälle an eine durch ein Trauma hervorgerufene Nervenverletzung gedacht werden mit nachfolgender Trophoneurose — d. h. Fortleitung des Prozesses von der zuerst irritierten Stelle aus bis zu den vasomotorischen Zentren des Rückenmarks. — Ich erinnere hierbei z. B. an den Fall NEUBERGER von Trophoneurosis bullosa gangraenosa (cfr. *Münch. med. Wochenschr.* 1894, Nr. 21.)

Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, daß es ja tatsächlich Fälle von zentralen Herderkrankungen gibt, die gangränöse Hautprozesse hervorrufen. Hierbei sei mir nur ein Hinweis auf den Fall NEUBERGER gestattet, der ursprünglich als Pemphigus neuroticus aufgefaßt wurde und später bei der Sektion eine Syringomyelie ergab. Möglicherweise ist die von JULIUS MÜLLER auf dem 20. Kongress für innere Medizin vorgestellte multiple trophoneurotische Hautgangrän gleichen Ursprungs, da MÜLLER Syringomyelie differentialdiagnostisch auf Grund der vorhandenen Nervenstörungen heranzieht. Wenn ich nach dem vorangehenden die Zahl der artefiziellen Gangränaffektionen für eine wesentlich höhere als dieselbe angenommen betrachte, so erkenne ich doch anderseits somit selbstverständlich die Möglichkeit trophoneurotischer Prozesse vollkommen an.

Es erübrigt sich nun, noch kurz auf unsere Krankengeschichten einzugehen. Ich halte dieselben für Artefakte. Ein vollgültiger Beweis ließe sich allerdings in diesen Fällen schon deshalb nicht erbringen, weil die Kranken einer klinischen Behandlung nicht unterstellt werden konnten und in der ambulanten Praxis der Nachweis auf Artefakte ungemein erschwert ist. Aus demselben Grunde konnten auch keine experimentellen Ätzungen an den Patienten vorgenommen werden. Der dritte unserer Fälle dürfte mit Sicherheit auf eine künstliche Verätzung von seiten der Pat. zurückzuführen sein. Die beiden anderen Fälle weisen die charakteristischen Symptome auf, wie sie den zur Verübung von Artefakten hinneigenden hysterischen Individuen eigen sind: Anämie, Menstruationsanomalien und Sensibilitätsstörungen der Haut (Anästhesie und Analgesie) usw. Im Falle II wurde die Gangrän eingeleitet durch eine Verletzung mit einem Reibeisen. Eine solche traumatische Initialeinwirkung findet sich ständig bei vielen analogen Fällen vor. Dem Trauma gesellte sich in unserem Falle eine chemische Ätzung durch Sodalösung hinzu. Da liegt es nahe, anzunehmen, daß zunächst an der lädierten Stelle durch die Sodalösung eine Entzündung und Gangrän der Haut eintrat und späterhin die Pat. durch Reiben an benachbarten Hautstellen und Berührung mit

Sodalösung sich weitere Schorfe beibrachte. Schon BETTMANN hat hervorgehoben, daß es direkt gefährlich sei, hysterischen Personen irgendwelche ätzende Mittel in die Hand zu geben, da die Neigung, sie zu mißbrauchen, bei diesen leicht gegeben sei. Die Anästhesie und Analgesie führt erklärlicherweise die Patienten viel leichter zu solchen Manipulationen. Unseren Fall I halte ich um so mehr für einen artifziellen Fall als die Hauteruptionen der ersten Lokalisation (Mammagegend), wie bereits in der Krankengeschichte ausgeführt wurde, ganz andere als wie die der späteren und noch zurzeit vorhandenen im Gesichte waren. Damals waren Schorfbildungen, jetzt ist eine nur oberflächliche Dermatitis vorhanden. Daraus scheint hervorzugehen, daß die Pat. im Gesicht ein anderes Mittel überhaupt oder ein und dasselbe Kaustikum in milderem Grade anwendet, vielleicht schon deshalb, um stärkere Narbenbildungen im Gesichte zu vermeiden. Wenn in unserem Falle II ein Stillstand der Erscheinungen eingetreten ist, so mag dies daran liegen, daß der Pat. von Dr. NEUBERGER direkt in energischer Weise klargelegt wurde, daß die Affektion künstlich von der Pat. selbst hervorgerufen würde. Die Pat. stellte dies natürlich in Abrede, aber tatsächlich sind seitdem weitere Erscheinungen ausgeblieben. Da auch der dritten Kranken die Ursache der Selbstbeschädigung auf den Kopf zugesagt und auch der Vater der Pat. darauf aufmerksam gemacht wurde, so ist es möglicherweise auch hier nicht mehr zu weiteren Erscheinungen gekommen. Aus diesem Grunde hat sich wohl die Pat. nicht weiter präsentiert.

Was den Anlaß zur Hervorrufung der artifziellen Gangrän betrifft, so war in unserem ersten Falle sicherlich bei der Pat. die Sucht vorhanden, sich interessant zu machen. Auch hat sie wegen ihrer Affektion schon viele Ärzte konsultiert. Der Umstand, daß bei der Pat., wie in vielen anderen analogen Fällen, auch vorzugsweise die Mamma betroffen war, konnte vielleicht darauf hindeuten, daß erotische Gefühle dabei in Betracht kommen. Beiden Fällen ist die Disposition zur Keloidbildung eigentümlich. Diese lassen sich wohl vorzugsweise dadurch erklären, daß die Patienten noch während der Heilung der Granulationen Reibung an den Wundflächen vornehmen. Die von KAPOSI für den Zoster gangraenosus hystericus als typisch angeführte primäre Cutisverschörfung war in unseren Fällen, obwohl darauf geachtet wurde, nicht vorhanden. Auch dieser Umstand würde zugunsten der artifziellen Gangrän zu verwerthen sein. Die ursprünglich von Herrn Dr. NEUBERGER gewählte Bezeichnung des ersten Falles als Zoster gangraenosus hystericus (KAPOSI) war daher auch nicht berechtigt.

Ich stehe somit nicht an, die drei von mir mitgeteilten Fälle unter die Rubrik der Selbstbeschädigung hysterischer Personen einzureihen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. NEUBERGER für die Überlassung des Materials, sowie die Unterstützung und Anregung zu vorliegender Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Nachtrag.

Eine bei der Pat. (Fall I) am 23. April vorgenommene Zimmeruntersuchung ergab den Fund einer großen Flasche einer öligen Flüssigkeit, mit der nach Angabe des Pflegebruders der Pat. letztere Einreibungen sich gemacht hätte. Die Pat. gab dies zu, will das Fläschchen angeblich von einem Kurpfuscher zur Heilung ihrer Bleichsucht bekommen haben. Sie gestand weiter ein, dass das Öl die Ursache der Entzündung der Haut gewesen sei, und dass die Mutter den Inhalt des Fläschchens als „blankes Gift“ bezeichnet habe. Eine Einreibung des Öls verursachte Herrn Dr. NEUBERGER Brennen und Quaddelbildung. Es ist somit zweifellos, dass diese vielleicht Krotonöl enthaltende Flüssigkeit (Rotfärbung des Lackmuspapieres) die Eruptionen im Gesicht bei Pat. verursacht hat.

Tafelerklärung.

Die Erklärung der Abbildungen auf der Tafel ist dem Texte zu entnehmen.

Literaturverzeichnis.

1. JOSEPH, Über multiple neurotische Hautgangrän. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 31, Heft 3.
2. COLCOT FOX, *Lancet.* 1882.
3. FORSTNER, *Lancet.* 1888.
4. STRÜMPFELL, Über einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1892. Bd. 2, S. 350.
5. SCHIMMELBUSCH, Ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1898. Nr. 46, S. 1170.
6. SICK, Mädchen mit einer Ulceration an der Hand, hervorgerufen durch dauernde absichtliche Selbstbeschädigung. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. Nr. 36, S. 874.
7. v. HEBRA, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 15.
8. KROCKE, Über die Selbstbeschädigung der Hysterischen. *Münch. med. Wochenschr.* 1895. Nr. 4.
9. NARATH, *Wien. klin. Wochenschr.* und *Ann. de Derm.* 1895. S. 290.
10. EHRL, Gangraena cutis hyst. *Wien. klin. Wochenschr.* 1894 und *Ann. de Derm.* 1895.
11. SHEPHERD, Einige Fälle von eingebildeten Hautausschlägen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26.
12. RIEKE, Vier Fälle artifiziieller Gangrän. *Wien. klin. Wochenschr.* 1899. Nr. 5, und *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29.
13. RASCH, Über hysterische Hautaffektionen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29.



Fig. 1.

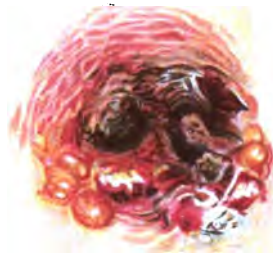


Fig. 2.

Photo. gez.

Prof. Dr. med. Eduard Lepow

14. BETTMANN, Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschr.* 1908.
15. GROSS, Über artefizielle Hautgangrän. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1908. Bd. 75, Heft 1 u. 2.
16. HOLLSTEIN, *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1904. Bd. 69.
17. NEUMANN, *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 14.
18. v. STUBENRAUCH, Über einen Fall multipler Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschrift.* 1895. Nr. 13.
19. KOPF, Zur Kasuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschr.* 1886. Nr. 32.
20. CORLETT, Spontane Gangrän der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25.
21. JUSTUS, Ein Fall von Gangraena cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26.
22. NOBL, 18jähriges Mädchen mit eigentümlicher Hautaffektion auf artefizieller Basis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 45.
23. RIEHL, Gangraena cutis hysterica. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 18. — Herpes zoster gangraen. hyst. *Wien. klin. Wochenschr.* 1893.
24. ISAAK, Herpes zoster gangraen. atyp. hyst. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26.
25. FRANKENBURGER, Spontane Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschr.* 1902.
26. STAUB, Zur Kasuistik des atypischen Herpes. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 24.
27. SINGER, Über Spontangangrän und Simulation bei Hysterischen. *Wien. med. Presse.* 1893. Nr. 25 u. 26.
28. HINTNER, Über einen Fall von multipler Hautgangrän. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 38.
29. HENSEN, Über einen Fall von Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschr.* 1900.
30. HARLINGER, Über vier Fälle hysterischer Dermatoneurosis. Referiert: *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25.
31. KAPOSI, Über atypische Zostergangrän und Zoster hyst. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 21.
32. DOUTRELEPONT, Fall von akuter multipler Hautgangrän. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 22 und Jahrg. 1886.
33. BAYET, Gangrènes disséminées et successives de la peau d'origine hysterique. *Ann. de Derm.* 1894.
34. QUINQUAUD, Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras, consécutives à un traumatisme. *Société franç. de Derm. et de Syph.* 1893.
35. RIBALKIN, Gangraena cutis hyst. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32.
36. NEUBERGER, Über den sogenannten Pemphigus neuroticus. III. Kongr. d. Deutsch. dermat. Ges. 19. Sept. 1891.
37. — Ein Fall von Trophoneurosis bullosa gangr. *Münch. med. Wochenschr.* 1894. Nr. 21 ff.
38. JULIUS MÜLLER, Vorstellung eines Falles von multipler trophoneurotischer Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschr.* 1902.

Aus Dr. UNNAS Dermatologikum in Hamburg.

Exstirpations- und Operationsfeder.

Von

Dr. med. DREUW,

Assistent an Dr. UNNAS Hautklinik.

In der Dermatologie, aber auch in der Chirurgie bedarf man häufig kleiner Exzisionen von Hautstückchen oder pathologischen Affektionen, wie Cancroid, Lupus,luet. Papeln, Naevus, Verruca usw. Exzision von Hautstückchen wird in der Regel, wenn es sich nur um die Diagnose handelt, nach der Vereisung durch einen Flachschnitt mittels des Rasiermessers gemacht, bei tieferen Exstirpationen mittels des Skalpells. Aber diese beiden Instrumente haben in der Regel, schon wenn der Arzt „zum Messer greift“ etwas derartig Abschreckendes auf viele Patienten, namentlich auf Kinder und Damen, daß diese sehr häufig sich weigern, „sich schneiden zu lassen“. Das Wort „Aber, Herr Doktor, nicht schneiden!“ ist jedem Praktiker bekannt. Andererseits erhält man, wenn man irgendein Hautstückchen mit dem Rasiermesser „flach abgetragen“ hat, häufig zu wenig in die Tiefe gehende Exzisionen, als daß man bei tiefer gelegenen pathologischen Prozessen, namentlich bei tiefliegenden Lupusknötchen oder beiluetischen Papeln, bei denen es darauf ankommt, den die Papel versorgenden Gefäßbaum im exstirpierten Stück mitzuuntersuchen, auch die in der Tiefe liegenden Gebilde mikroskopieren kann. Wenigstens habe ich bei den Exstirpationen von mit roher Salzsäure behandelten Lupusknötchen¹ leider manohmal bei Rasiermesserschnitten die tieferen Prozesse nicht mehr im Mikrotomschnitt untersuchen können. Das Ideal einer Exstirpation wäre, durch einen Druck bzw. Stich das betreffende Hautstückchen schmerzlos und tief wegzudrücken, ohne daß das schneidende Instrument an ein Messer erinnert. Diesem Vorteile glaube ich durch mein unten näher beschriebenes Instrument nahe gekommen zu sein.

Anlässlich der Exstirpation kleiner, mohnkorngroßer Hautstückchen aus dem medialen Fußrande bei der von mir² beschriebenen bisher un-

¹ Vergl. *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15. Biolog. Abteilung d. ärztl. Vereins Hamburg.

² Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 36, S. 629.

bekanntem Otisdegeneration weigerte sich der betreffende Patient auch anfangs, sich schneiden zu lassen. Dagegen gab er gern die Erlaubnis, sich mit einer „geschweiften“ Feder die Stückchen „herausheben“ zu lassen. Diese Feder habe ich nach langen Versuchen zu der jetzt vorliegenden ausgearbeitet. Mein Lehrer, Herr Dr. UNNA, hatte die Liebenswürdigkeit mich bei den Versuchen bezw. Herstellung und zweckmäßiger Gestaltung der Feder durch Rat und Tat zu unterstützen, wofür ich ihm an dieser Stelle meinen besten Dank ausspreche.



Die Feder wird, wie jede Schreibfeder, auf einen Federhalter gesteckt. Sie besteht aus der scharfen Spitze *b*, aus den scharfgeschliffenen, senkrechtstehenden Rändern *a* und *a1* und der Höhlung *c*. Diese Höhlung ermöglicht es, durch tieferes oder flacheres Aufsetzen der Feder mehr oder weniger vom subcutanen Gewebe mit fortzunehmen. Die Feder macht selbst auf den furchtsamsten Patienten den Eindruck eines durchaus harmlosen Instrumentes. Vor dem Gebrauch wird sie sterilisiert entweder durch Auskochen oder Abreiben mit Seifenspiritus bezw. Alkohol oder Benzin. Die Anwendung ist folgende:

Man bildet dort, wo man ein Hautstückchen extirpieren will, eine Hautfalte mittels des Daumens und Zeigefingers der linken Hand oder besser mittels einer Pinzette. Auf der Höhe der Falte befindet sich die Stelle, die extirpiert werden soll. Diese markiert man sich, falls sie nicht deutlich sichtbar ist, durch einen Tintenpunkt und vereist gründlich mit Chloräthyl die Spitze der gebildeten Falte. Darauf sticht man je nach der Tiefe, die man erreichen will, höher oder tiefer mit der Spitze der Feder flach durch die vereiste Falte durch (Gründliches Vereisen! Schneeweißes Feld!), worauf das Hautstückchen in der Höhlung der Feder liegt.

Vorwiegend angewandt wurde die Feder bisher von mir:

1. Zur Scabiesdiagnose und zum Studium der Scabiesgänge. Wenn man ohne Faltenbildung und ohne Vereisung dort flach einsticht, wo voraussichtlich die Milbe sitzt, so läßt sich die Milbe nachher leicht mittels zweier Nadeln isolieren. Sticht man dagegen nach Faltenbildung und Vereisung ein ganzes Stück Haut heraus, so ist das Hautstück nach der Einbettung zur histologischen Untersuchung der Milbengänge zu verwenden.

2. In therapeutischer Beziehung zur bequemen und unauffälligen Exstirpation von Cancroiden im Beginn, von Warzen, Naevi, Molluscum contagiosum, Xanthom, Pemphigus, Dermatitis herpetiformis usw.

3. Zu diagnostischen Zwecken in bezug auf Sicherung der Diagnose durch die histologische Untersuchung.

Die Exstirpationsfeder wird hergestellt von dem Instrumentenmacher C. W. Bolte Nachf., Hamburg, Rathhausstr. 20, zum Preise von 1 Mark.

(Aus der königl. Universitäts-Poliklinik für Hautkrankheiten in Kiel.
Direktor Prof. Dr. VON DÜRING.)

Zur feineren Anatomie der Oberhaut.

(Vortrag, gehalten im Physiologischen Verein zu Kiel am 4. Juli 1904.)

Von

Dr. FR. BERING,

I. Assistent der Poliklinik.

M. H.! Gelegentlich von Untersuchungen über Hyperkeratosen, die Herr Professor VON DÜRING und ich machten, deren Ergebnisse einer späteren Veröffentlichung vorbehalten sind, war eine Nachprüfung der letzten Untersuchungsergebnisse über die feinere Anatomie der Oberhaut, insbesondere über das Keratohyalin und über die Epithelfasern, selbstverständlich.

Unsere Ansichten und Befunde möchte ich Ihnen hier in Kürze mitteilen.

I.

Völlige Einigkeit über Herkunft und Bildung des Keratohyalins ist noch keineswegs erzielt. ALTMANN war der Ansicht, daß die Keratohyalinkörperchen als kleinste Granula im Zellprotoplasma vorhanden seien; auf das „Woher“ wußte er keine Angaben zu machen. Diese Granula sollen durch vitale Assimilation Eiweißkörper, Fette und Kohlehydrate erzeugen, in sich anhäufen, und sich auf diese Weise am Stoffwechselprozess innerhalb der Zelle beteiligen.

Demgegenüber sind ERNST und TETENHAMMER der Ansicht, daß das Keratohyalin ein Zerfallsprodukt des Chromatins sei.

KROMAYER erklärt es als ein Zerfallsprodukt des Epithelfasernetzes. Nach der WEIGERTSchen Färbung, so führt er aus, werden nicht nur die

Epithelfasern, sondern auch das Keratohyalin gefärbt. An seinen Präparaten hat er mehrfache Unterbrechungen der Epithelfasern gesehen, so daß dieselben nicht mehr aus zusammenhängenden Fäden, sondern aus vielen einzelnen Stücken, Stückchen und Körnern bestehen. Die Fasersegmente ballen sich zu den runden Keratohyalinkörnern zusammen. Dieser Vorgang des Zerfalls des Fasergerüstes beginnt an der Peripherie des Zellkernes und breitet sich von hier aus weiter. So KROMAYER.

RABL wiederum erklärt das Keratohyalin für ein Zerfallsprodukt des Kernes, und zwar eines noch nicht näher bekannten Kernbestandteiles; er begründet das damit, daß angeblich in Zellen mit reichlich Keratohyalin der Kern immer mehr Degenerationserscheinungen zeige und schließlich ganz verschwinde.

WEIDENREICH greift auf die Ansicht ROSENSTADTS, die bereits einige Jahre älter ist, über die Bildung aus dem Zellprotoplasma zurück. Und diesen beiden Autoren müssen auch wir recht geben.

Doch möchte ich unseren Standpunkt noch besonders begründen.

Die Keratohyalinkörner sind in ihrem Auftreten auf die Zellen beschränkt; sie zeigen sich niemals in den intercellulären Zwischenräumen, oder besser gesagt, innerhalb des zweiten Zellmantels (UNNA), von dem später unten noch die Rede sein wird. Es spricht das Fehlen der Keratohyalinkörner im zweiten Zellmantel entschieden gegen ihre Entstehung aus den Protoplasmafasern, hier, wo gerade diese so klar und deutlich sich färben lassen, dagegen ihnen nirgends auch nur eine Spur von Keratohyalin anklebt.

Zugleich läßt sich auch diese Tatsache schon gegen ihre Bildung aus dem ganzen Kern verwerten. Man könnte doch wirklich keinen Grund einsehen, wenn die Körnchen vom Kern fort in das Zellinnere wandern sollen, weshalb sie nicht auch bis in den zweiten Zellmantel vordringen sollten.

In der Mehrzahl der Präparate treten die Granula zuerst in der Nähe der Kerne auf, stellenweise sogar als Kerngranula, während die übrige Zelle frei von Körnchen ist. An einigen wenigen Präparaten sieht man, wenn auch nur ganz spärlich, Granula zuerst in der Mitte der Zelle auftauchen, während die nächste Umgebung des Kernes und allerdings auch die Zellperipherie frei sind. Eine Regelmäßigkeit, aus der man ein Gesetz für die Entwicklung der Granula aus dem Kern bilden könnte, besteht also nicht.

Als weiteres Moment, welches gegen die Entstehung der Granula aus dem Zellkern zu deuten ist, spricht die auffallende Erscheinung, daß, man sieht dieses besonders deutlich an Präparaten aus der Fußsohle, Körnchen in gleicher Menge über den größten Teil der Zelle verbreitet sind, während der Kern hier vollständig zerfallen und auch keine Spur mehr von ihm

sichtbar ist; es wäre doch zu erwarten, daß an seiner Stelle eine gewisse Anhäufung von Körnchen stattgefunden habe.

Man sieht aber auch recht häufig Präparate, in denen neben einem vollständig intakten Kern eine Unmenge von Körnchen in der Zelle verteilt liegen, und schließlich bleiben die Bilder vollständig unerklärlich, bei denen der Kern zwar zerfallen ist, aber so viel Granula vorhanden sind, daß sie in ihrer Gesamtheit den früheren Kern um ein Vielfaches überragen. Da müßte man dem Kern eine sonst überall unbekannte produktive Fähigkeit zusprechen.

Die Ansicht, den Kern als Bildungsstätte des Keratohyalins anzunehmen, ist also kaum zu halten. Es muß sich unbedingt aus der Zellsubstanz selbst bilden.

Die Frage nun, ob sie aus den die Zellen durchziehenden Fasern-fibrillen gebildet werden oder aus dem dazwischen liegenden Protoplasma — der Interfibrillarsubstanz —, ist nicht leicht zu entscheiden.

Aber weil man niemals Granula innerhalb des zweiten Zellmantels den Fibrillen anklebend oder sie ersetzend findet, während diese sich doch hier nach den neuesten Methoden UNNAS mit größter Klarheit darstellen lassen, muß man den Fibrillen die Fähigkeit der Keratohyalinbildung aberkennen.

Es bleibt also nichts anderes übrig, als die Interfibrillarsubstanz als Ursprungsstätte anzunehmen.

Und in der Tat sieht man auch an geeignet dünnen Schnitten, wie die Granula zwischen den feinen Fibrillen verteilt liegen, vielleicht Produkte des Stoffwechsels der Zelle, vielleicht degenerierte Protoplasma-massen. Doch muß man sie eher für Stoffwechselprodukte des Protoplasmas innerhalb des ersten Zellmantels annehmen, dem eine besondere spezifische Fähigkeit innewohnt, welche dem Protoplasma des zweiten Mantels abgeht.

II.

Wie ich bereits oben erwähnt habe, ist KROMAYER der Ansicht, daß die Keratohyalingranula aus den die Zellen durchziehenden Fasern gebildet werden. Diese Fasern setzen sich über den Rand der Zellen hinaus fort, durchziehen den intercellulären, lymphatischen Zwischenraum und stellen die Verbindung mit den Nachbarzellen her; sie werden meist Inter-cellularbrücken genannt. Diese Brücken haben ungefähr in der Mitte eine knotige Verdickung, über deren Bewandnis die Ansichten der Autoren weit auseinander gehen. Von allen will ich nur die RABLS und die RAMON Y CAJALS erwähnen, weil sie der unsrigen am nächsten kommt. RABL hat Verbindungslinien dieser Brückenknötchen untereinander gesehen, und RAMON Y CAJAL hält sie für eine Anhäufung des die Brückenfasern umschließenden Protoplasmas.

Während also über die Existenz der Epithelfasern bis jetzt ziemliche Einigkeit herrschte und Meinungsverschiedenheiten eigentlich nur über den Verlauf der Fasern innerhalb der Zellen der Brückenknötchen und über ihre physiologische Bedeutung da waren, ist vor kurzem eine sehr interessante Arbeit von MERK-Innsbruck erschienen, in der er die Epithelfasern anscheinend in Frage stellt. Zwar drückt MERK sich nicht positiv aus, aber aus dem ganzen Zusammenhang und aus der Art seiner Beweisführung muß man schließen, daß er an ihrer Existenz zum mindesten sehr große Zweifel hegt.

Er kommt zu dem Schluß, daß „die Epithelzellen weder untereinander, noch mit der Unterlage rein mechanisch zusammenhängen. Sie kleben aneinander, etwa wie die einzelnen Eier und deren Schleimhüllen im Froschlaich. Die Art der Anfügung der Basalzellen an die Unterlage ist wesentlich von jener der Anfügung an die übrigen Epithelzellen verschieden. Sie haften am Corium etwa wie sonst ein Schleimklümpchen, z. B. ein Sputum auf einer Fläche, z. B. auf einer glatten Porzellantasse. Diese Haft Eigenschaft der Epithelzellen wird durch ihre morphologische Beschaffenheit wesentlich unterstützt.“

So die Worte MERKS. Um diese seine Ansicht würdigen und verstehen zu können, muß ich Ihnen in Kürze eine Schilderung der von ihm angestellten Versuche geben.

Wenn man ein Stückchen haarloser Haut in einer 10%igen Kochsalzlösung mazerieren läßt, so kann man mit Leichtigkeit die Epidermis ablösen. Hierbei fällt es aber dann auf, daß zunächst die Verbindung zwischen der Epidermis einerseits und der Papillarschicht andererseits durch die Schweißdrüsenausführungsgänge aufrecht erhalten wird, bis auch diese schließlich durchreißen.

Untersucht man diese Hautstücke, jede Schicht allein oder beide in toto, so sieht man an der Unterfläche der Epidermis übrigens schon makroskopisch das Wabenwerk der Papillen abgedrückt, die Wurzelfüßchen der Basalzellen andeutend, mit denen diese in dem Corium stecken. Die basalen Epithelien stecken also im Corium etwa wie die Zähne mit ihren Wurzeln im Kieferknochen. Damit sie aber fest zusammenhalten, ist eine biochemische Verbindung nötig, welche sich durch Kochsalzlösung lockern und schließlich ganz auflösen läßt. Diese biochemische Eigenschaft ist eine wesentliche Eigenschaft der Basalzellen und fehlt in den höheren Zellschichten. Durch sie wird in der Hauptsache der Zusammenhang vermittelt, und er wird unterstützt durch die morphologischen Einrichtungen, welche einer Verzahnung ähnlich sehen.

So MERK über den Zusammenhang der Basalzellen mit dem Corium. Dann geht er über auf die Verbindung der Epithelzellen untereinander. Es gibt zwei Methoden, dieses zu studieren, sich durch Mazeration die

einzelnen Zellen zu isolieren — die Isolationsmethode — und die oft sehr komplizierten Färbemethoden. Welchen von beiden soll man den Vorzug geben? MERCK entscheidet sich für die Isolierung der Epithelzellen. Bei der Färbung ist man so mancherlei optischen Täuschungen unterworfen und schließlich liegt der Gedanke, daß man es mit Kunstprodukten zu tun habe, doch auch sehr nahe. Wie bei der Basalschicht, ist nun bei der Isolationsmethode das Phänomen der Aneinanderfügung nur durch eine Kittsubstanz zu erklären; die sich bei der Färbung zeigenden Fasern fehlen.

Das Maschenwerk der Epithelleisten, so fährt er dann weiter fort, ist durch Zerrung der Oberhaut einer bedeutenden Hin- und Herbewegung fähig, wie dieses bereits durch die Untersuchungen von BLASCHKO und LEWINSKY klargestellt wurde. Die Zellen verlängern sich ganz außerordentlich; sogar ihre Kerne werden stäbchenförmig. Es gibt sehr einfache Methoden, sich diese eigentümlichen Bilder anschaulich zu machen; man setze ein Stückchen Haut für kurze Zeit bedeutenden Hitzeegraden aus, indem man es in siedendes Wasser taucht. Einfacher, einwandfreier und schöner ist es aber, frisch exstirpierte Haut mit dem Paquelin (Galvanokauter) oberflächlich leicht zu verschorfen.

Derartig behandelte Hautstücke werden in steigendem Alkohol gehärtet, geschnitten und gefärbt.

Da sieht man nun zunächst, wie die sonst ovalen, fast kugeligen Kerne im Stratum spinosum spindelförmig und schön parallel nach oben stehen.

In den Basalzellen tritt diese Richtung der Kerne erst bei stärkerer Verschörfung mit dem Galvanokauter ein. Schon bei schwacher Vergrößerung sieht man einen breiten hellen Saum zwischen Basalzellen und Corium, der sich bei stärkerer Vergrößerung als ein Wald von zarten, fadenartigen Plasmamassen zu erkennen gibt; bei stärksten Systemen sieht man aber, daß es die Basalzellen selbst sind, welche vom Corium weggezerrt, durch die Hitze koaguliert und so konserviert worden sind.

„Dieses Verhalten“, so fährt MERCK aus, „wirft ein äußerst klares Licht auf die Art und Weise, wie die Basalzellen am Corium — ich muß sagen — kleben. Eher reißt die Zelle auseinander, als daß sie vom Corium auf mechanischem Wege zu lösen ist.“

Ob die Grenzfläche, auf der die Basalzellen aufsitzen, eine Membran ist oder nicht, diese Frage läßt MERCK offen.

Fassen wir MERCKs Ausführungen noch einmal in wenigen Worten zusammen, ehe wir zur Kritik übergehen, so sagt er:

1. Die Basalzellen werden vermöge ihrer biochemischen Eigenschaften mit dem Corium verbunden, dabei unterstützt durch den morphologischen Bau beider Hautschichten, welcher einer Verzahnung ähnlich sieht.

Dieses wird bewiesen dadurch, daß durch 10 %ige Kochsalzlösung die Verbindung gelockert und schließlich ganz gelöst werden kann; außerdem dadurch, daß bei oberflächlicher Verschorfung der Haut die Basalzellen nicht vom Corium losgerissen werden, sondern ihr Zusammenhang bestehen bleibt.

2. Die Epithelzellen sind untereinander durch eine Kittsubstanz verbunden; denn bei Isolierung von Epithelzellen ist von Epithelfasern nichts zu sehen.

Von einem Vorhandensein der Epithelfasern sagt er nichts, scheint also auch ihre Existenz zu bezweifeln.

Was nun seine Ansicht über die Befestigung der Basalzellen auf dem Corium betrifft, so müssen wir ihm nach unseren Bildern recht geben.

HERXHEIMER hat als erster die nach ihm benannten Spiralen, sodann auch büschelförmig angeordnete Fäden beschrieben, welche gegen die Cutis ausstrahlen sollen. Von diesen wollen LOEB und BENECKE feine Fasern ausgehend in die Cutis, haben eindringen sehen, durch welche dann auf diesem mechanischen Wege das feste Zusammenhalten der beiden Schichten zu erklären sein soll. WEIDENREICH schreibt von Fasern, welche umgekehrt von der Cutis in die Epidermis eindringen sollen; aber er legt diesen wenig oder gar keine Bedeutung bei, sondern glaubt vielmehr, daß eine zwischen den „ausgefranzten Protoplasmateilchen der Epidermis und den Fasern der Cutis liegende Kittsubstanz“ die verbindende Kraft sei.

Wir haben an unseren Präparaten gesehen, daß die Zellschicht der Epidermis gegen die Cutis in einer scharfen Linie abgesetzt ist. Weder aus der Cutis in die Epidermis, noch umgekehrt aus der Epidermis in die Cutis sahen wir Fasern eindringen. Und sollte es doch der Fall sein, so sind es jedenfalls so wenig und solch zarte, daß sie den beiden Schichten unmöglich den festen Zusammenhalt verleihen könnten; dieses könnte nur durch feste Bündel, deren Darstellung der färberischen Technik keine besondere Schwierigkeit bereiten dürfte, geschehen.

Dagegen ist es eine Leichtigkeit, sich an mikroskopischen Präparaten davon zu überzeugen, daß die Oberfläche der Papillen eine deutliche Querfaltung aufweist, die stellenweise ganz zackig wird.

Und andererseits sind die von fast allen Autoren (KÖLLIKER, RANVIER, RABL, KREIBRICH u. a.) beschriebenen Wurzelfüßchen der Basalzellen auch nicht schwer darstellbar. Diese passen in die Falten und Zacken des Coriums hinein.

Damit nun aber dem Zusammenhang wirklich die nötige Festigkeit verliehen wird, muß man die Existenz irgendeiner Bindesubstanz zugeben. Daß es nichts anderes sein kann, ist durch die Versuche MERKS bewiesen

worden. Seinen Ausführungen, den Basalzellen biochemische Eigenschaften zuzuschreiben, schliesen wir uns an. Man muß ihm desto eher recht geben, wenn man bedenkt, daß überall im Organismus, wo Körperbestandteile verschiedener Art fest aufeinander liegen, die auch infolge ihrer Entwicklung keinen Anspruch auf Zusammengehörigkeit machen können, eine chemische Kraft zur festen Verbindung beitragen muß.

III.

Gehen wir jetzt über zu unserem Standpunkt in der Epithelfaserfrage, die durch MÆRKS Untersuchungen in ihrer früheren Sicherheit erschüttert zu sein scheint.

Es ist von vornherein zuzugeben, daß man in Resultate, die durch färberische Kunststücke gewonnen sind, berechtigten Zweifel setzen darf, um so mehr, je feiner die Objekte sind, um die es sich handelt.

Hat man aber ohne diese Hilfsmittel irgend etwas als wirklich vorhanden nachgewiesen, so ist man andererseits aber auch berechtigt, auf dem Gefundenen aufbauend die Technik zu Hilfe zu nehmen und weiter zu suchen und zu untersuchen.

Die Epithelfasern lassen sich aber ungefärbt auf eine sehr einfache Weise sichtbar machen, die wahrscheinlich längst bekannt, aber unseres Wissens nirgends publiziert ist. Wir haben frisch entfernte spitze Kondylome mit dem Gefriermikrotom geschnitten und uns bemüht, möglichst dünne Schnitte zu machen. Bringt man derartige Schnitte auf den Objektträger, hellt sie eventuell noch mit Glycerin auf, so sieht man sehr deutlich, wie Epithelfasern von einer Zelle zur anderen hinüberziehen. Besonders klar treten die Brückenknötchen hervor. Dieser einfache Versuch ist so überzeugend, daß an der Existenz der Epithelfasern nicht gezweifelt werden kann.

Zur Darstellung der Epithelfasern hat UNNA eine sehr gute Färbemethode angegeben. Zwar sind die Fasern häufig an genügend dünnen Schnitten schon bei der einfachen Hämatoxilin-Eosinfärbung sichtbar, aber diese ist besser. UNNA färbt mit Wasserblau-Orcein-Eisessig-Safranin.

Wir haben nun versucht, die Fasern unter pathologischen Verhältnissen aufzusuchen und zu finden, und auf diesem Wege ihre Existenz nachzuweisen.

Würden die Epithelfasern wirklich zarte Gebilde sein, denen keine besondere physiologische Bedeutung zuzuerkennen sei, so würden sie bei der immerhin erheblichen Gewalteinwirkung, welche der brennende Galvano-kauter auf die Oberhaut und auch auf die tiefer liegenden Schichten ausübt, einfach durchreißen. Das tun sie aber nicht, sie ziehen von Zelle zur Nachbarzelle, scheinen vielleicht in ihrer geraden Richtung etwas gelitten zu haben.

Ferner versuchten wir, ob es nicht gelänge, die Fasern an Schnitten von Ichthyosis congenita nachzuweisen. Mit einiger Mühe ist uns dieses denn auch gelungen. Zwar sind die Fasern viel weniger zahlreich, d. h. sie stehen nicht so nahe aneinander wie bei normaler Haut, zwar sind sie viel kürzer, weil die Zellen selbst näher aneinander liegen, zwar erscheinen sie, vielleicht wegen ihrer geringen Länge, etwas dioker, aber sie sind doch vorhanden. Und auch dieses sollen Kunstprodukte sein?! Das ist kaum anzunehmen.

Ideal wäre es natürlich, die einzelnen Zellen so zu isolieren, daß man die Fasern frei aus ihnen hinausragen sehen könnte. Dieses ist uns bis jetzt nicht gelungen. Doch kann man sich an Hornzellen die Verhältnisse recht gut klar machen, weil diese sich leicht isolieren lassen.

Der Zusammenhang zwischen den Hornzellen wird hergestellt durch Verbindungsbrücken, die aber auf kurze, „punktförmige Zellbrücken reduziert sind“ (UNNA).

Von RAUSCH, einem Assistenten UNNAS, ist in seiner Abhandlung über „Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen“ eine gute und einfache Untersuchungsmethode vorgeschlagen, der auch wir gefolgt sind.

Kleine Stückchen verhornter Oberhaut, von Ichthyosis congenita, von Fußsohlenhaut oder anderem werden auf 3—5 Tage bei Körpertemperatur in einer Mazerationsflüssigkeit aufbewahrt; hierzu diente uns 1%ige Osmiumsäure und 1%ige Wasserstoffsperoxydlösung. Mit einem scharfen Spatel wird von dem oberflächlichen, sich dann bildenden Hornbrei etwas abgeschabt und in Essigsäure auf dem Objektträger tüchtig ausgebreitet.

Dann kurze Zeit färben in leicht angewärmter polychromer Methylenblaulösung, abspülen in wenig angesäuertem Wasser, darauf in gewöhnlichem Wasser, eine Minute fixieren in 1%iger Lösung von rotem Blutlaugensalz, wieder abspülen in angesäuertem und gewöhnlichem Wasser, dann Alkohol, Öl, Balsam.

Auf diese Weise haben wir Hyperkeratosis congenita, Ichthyosis, Fußsohle und oberflächlich abgeschabte Nagelplättchen untersucht. Von unseren Resultaten wird an anderer Stelle ausführlichere Mitteilung gemacht werden. Hier genügt es uns, nachzuweisen, daß wir die punktförmig reduzierten Zellbrücken wirklich gesehen haben.

Alle Zellen sind dunkel punktiert, die Reste der Epithelfasern andeutend. Die Punkte (Reliefs) sind kreisförmig um das Zentrum der Zelle herum angeordnet, stellenweise dicht, stellenweise, besonders nach dem Rande zu, weniger zahlreich und feiner.

An einzelnen Zellen, in denen die Kerne noch erhalten sind, offenbar noch nicht vollständig verhornt, sieht man ein feines Faserwerk

die Zellen durchziehen. Dieses Faserwerk, welches die Zellen ziemlich unregelmäßig, aber stets zentrifugal durchsetzt, läßt vielleicht einen Rückschluss machen auf den Verlauf der Epithelfasern innerhalb der Zellen, denn als solche sind sie doch wohl anzusprechen, und ergänzen auf diese Weise die Bilder, welche man vermittels der Orcein-Wasserblau-Eisessig-Safraninmethode erhält.

Die Fasern umlagern zunächst den Kern, umziehen ihn kreisförmig in immer größeren Bögen und dringen schließlic, senkrecht zu dem Kern gestellt, in die Nachbarzelle ein. Hier umgreifen sie wiederum den Kern. Die Annahme, daß sich Fasern der Nachbarzellen auf ihrem Wege aus den Zellen heraus begegnen und zu einer Faser verschmelzen, ist kaum haltbar. Allerdings ist es ebensowenig zu sagen, wo der Anfang und wo das Ende einer Faser liegt; dazu wird man noch sehr fein ausgearbeiteter, neuer Färbemethoden bedürfen.

WEIDENREICH hält die Punktierung der Zellen nicht für eine Färbung der Fasern, sondern für Niederschläge. Wenn man polychromes Methylenblau und rotes Blutlaugensalz unter dem Deckglas ineinander fließen läßt, führt er aus, so bekommt man keine eigentliche Färbung, sondern Niederschläge von „grobem Gerinnsel bis zu den feinsten Körnern“.

Wir haben uns durch eigene Versuche von der Richtigkeit der Ansicht WEIDENREICHS überzeugen wollen, bekamen zwar auch Niederschläge, aber Niederschläge ganz anderer Art, und nicht von solcher Regelmäßigkeit, wie man sie bei der Nachprüfung der Versuche von RAUSCH erhält.

Seinen weiteren Ausführungen, daß nicht die Höhe der „Oberflächenzacken“ gefärbt wird, sondern sich ein Niederschlag um die „tiefste Stelle“ herum festsetzt, können wir uns ebenfalls nach unseren Bildern und nach unserer Auffassung der Epithelfasern nicht anschließen. Wir sind mit RAUSCH der Ansicht, daß durch seine Methode die Reste der Epithelfasern an verhornten Zellen gefärbt werden.

IV.

Es ist uns also gelungen, die Epithelfasern an frischen Schnitten nachzuweisen, sie nach der Methode UNNAS im Zusammenhang, wie sie von Zelle zu Zelle ziehen, zu färben, sie unter pathologischen Verhältnissen zu finden. Wir sind infolgedessen von ihrer Existenz überzeugt.

Aber was haben sie für eine Bedeutung? Und vor allem, was hat es für eine Bewandnis mit den Brückenknötchen?

Es ist das Verdienst UNNAS, sich mit den Epithelfasern eingehend beschäftigt und, wie wir überzeugt sind, Klarheit in den Zusammenhang der Epithelzellen untereinander gebracht zu haben.

Er hat als erster nachgewiesen, daß die früher angenommenen „inter-epithelialen Lymphräume“ in ihrer alten Breite nicht existieren.

Betrachtet man Präparate, die mit der von ihm angegebenen Wasserblau-Orcein-Eisessig-Safraninmethode gefärbt worden sind, so sieht man, daß zwischen den Zellen keine freien, von Lymphe durchzogenen Hohlräume liegen. Wirkliche Hohlräume kann man, wie UNNA auch bereits ausgeführt hat, da sehen, wo infolge der Härtung der Zellkern geschrumpft ist, oder Leukocyten, die ebenfalls geschrumpft sind, in das Gewebe eingedrungen sind; hier ist die nächste Umgebung des Kernes oder des Leukocyten ungefärbt. Dagegen ist die Umgebung der Zelle, d. h. des Zellmantels, als eine homogene Masse, etwas schwächer als der Zellmantel, gefärbt, aber scharf gegen diesen abgesetzt. Man muß also annehmen, daß die Zelle außer aus dem ersten Zellmantel noch aus einer zweiten, peripheren, schwerer färbbaren Zone besteht, die einen zweiten Zellmantel darstellt. UNNA heißt sie, weil sie am deutlichsten in der mittleren Lage der Stachelzellenschicht zutage tritt, „Membran der Stachelzellen“.

Auch seinen Ausführungen über die knötchenförmige Verdickung der Epithelfasern müssen wir uns anschließen.

An diesen Stellen stoßen benachbarte Zellen mit ihrem zweiten Mantel aneinander; die Fasern treten von einer Zelle in die andere über. Hier muß man zugeben, daß ein äußerst feiner kapillarer Raum die Zellen voneinander trennt, und oberhalb dieses freien, ungefärbten Raumes treten die Fasern deutlicher hervor und täuschen so eine scheinbare Verdickung vor.

Nun könnte man aber den Einwurf machen, daß es sich hier nicht um eine wirklichen Zellmantel handle, sondern daß die intercelluläre Lymphe eine derartige Färbung angenommen habe. Dann müßte man aber doch Stellen finden, wo leere Spalträume vollständig ungefärbt daliegen, da man doch nicht annehmen kann, daß stets alle Räume gleicherweise prall gefüllt seien. Außerdem haben wir gerade an den Präparaten, die unter pathologischen Verhältnissen gewonnen worden sind, Bilder gesehen, die dieser Annahme vollständig widersprechen.

Die Färbung ist eine sehr diffizile. Die Schnitte sind äußerst dünn. Die Farbfüssigkeit ist wenig konstant, der einzige Vorwurf, den man der Methode vielleicht noch machen kann. Bei einigen Schnitten färben sich Fasern deutlicher, bei anderen ist der Mantel besser sichtbar.

Es ist bei der außerordentlichen Feinheit natürlich sehr schwer, die Zelle so zu treffen, daß die Fasern in horizontaler Ebene liegen; das sieht man an allen Präparaten nur selten. Sie sehen deshalb in den aufgestellten Präparaten die Epithelfasern teils in schräger Richtung, teils senkrecht getroffen. Bei Einstellung in verschiedener Ebene werden die Fasern in zu langer Ausdehnung sichtbar, als daß es sich um einfache intercelluläre

Brückenfasern handeln könnte; diese müßten doch eine gewisse Kürze haben. Wenn man Fasern bis in die Zellen hinein in gleicher Richtung liegen sieht, muß man sie unbedingt als zusammengehörig annehmen. Und dieses läßt sich an unseren Präparaten erkennen.

Wir hatten Gelegenheit, Photographien von UNNA zu sehen, die das, was ich auseinandergesetzt habe, mit Klarheit bewiesen; hier ist es mir gestattet, Präparate zu demonstrieren, die diese unsere Ansicht Ihnen erläutern und auch beweisen mögen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 70. Heft 2.

Das vorliegende Heft ist Prof. DOUTRELEPONT zu seinem 70. Geburtstage am 3. Juni 1904 gewidmet.

I. Ein Fall von multiplen Dermatomyomen, von BRÖLEMANN-Dortmund. Der 29jährige Patient, von gesunden Eltern stammend, bekam in seinem 18. Lebensjahre zuerst in der Gegend der linken Brustwarze, später auch auf dem Rücken Knoten, die anfangs nicht schmerzten. Zurzeit sieht man innerhalb und unterhalb der linken Brustwarze zahlreiche kleine bis kirschgroße, nicht verschiebliche, auf Druck schmerzhafte Tumoren von hellroter Farbe. Ähnliche befinden sich auf dem Rücken zwischen dem rechten Schulterblatt und der Mittellinie. Irgend ein Zusammenhang der Verteilung der Tumoren mit dem Verlauf von Nerven oder der Spaltrichtung der Haut ist nicht wahrzunehmen.

Die mikroskopische Untersuchung eines in toto exzidierten Tumors ergab zunächst, daß die Geschwulstmasse in der Cutis gelegen und von einer lockeren bindegewebigen Kapsel umgeben war, von welcher bindegewebige Stränge, bald größere, bald kleinere, den Tumor nach allen Richtungen hin durchzogen und demselben dadurch einen lappigen Bau verliehen. Die Untersuchung stellte fest, daß der Tumor vom Musculus arrector pili ausging, welcher an mehreren Stellen direkt in die Muskelelemente des Tumors überleitete. Diese Muskelelemente waren glatte Muskelfasern. Im allgemeinen stimmten die histologischen Befunde mit den in der Literatur beschriebenen überein. Neu waren im vorliegenden Falle nur der lappige Bau der Myome und die um die Lappen und Lappchen immer feiner werdende, bindegewebige Kapsel, ferner die zahlreichen, ziemlich regelmäßigen, großen Spalträume im Tumor, und die Lokalisation desselben um einen Haarfollikel.

Ein Zusammenhang der Geschwulst mit der Gefäßmuskulatur oder den Schweiß- und Talgdrüsen konnte nicht nachgewiesen werden.

II. Über Priapismus, von J. von BROICH-Elberfeld. Verfasser wurde am 10. Juli 1899 zu einem 81jährigen Patienten gerufen, der seit ca. 20 Stunden an ununterbrochener, außerordentlich schmerzhafter Erektion des Penis litt. Alle angewandten Mittel, kalte Umschläge, Eisbeutel, alle Narcotica, Morphinum, Brom, Trional, Chloroform, Chloralhydrat u. a., vermochten die Schmerzen etwas zu lindern, aber die Erektion nicht zu beseitigen. Ebenso erfolglos waren protrahierte Bäder. Nach elf-

tägigem Bestehen der Erektion wurde Prof. DOUTRELPONT zu Rate gezogen. Derselbe sprach die Vermutung aus, es könne sich um eine blennorrhische Erkrankung handeln, und verordnete warme Borwassereinspritzungen in die Urethra. Unmittelbar nach der ersten Einspritzung einer 3%igen Borlösung zeigte sich ein Tropfen Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthielt. Die nunmehrige Behandlung ging darauf aus, den blennorrhischen Prozess zu beseitigen. Erst nach 29 Tagen seit Beginn der Erektion begann der Penis deutlich zu fallen und langsam zur normalen Erschlaffung zurückzukehren.

Bei Besprechung der Pathogenese nimmt Verfasser die Blennorrhoe als Ursache an. Durch Einwanderung von Gonokokken in das cavernöse Gewebe ist eine Cavernitis erzeugt worden, die zur Blutgerinnung und Thrombose führte. Diese erstreckte sich jedoch nicht auf das cavernöse Gewebe der Glans, welche bei der Erektion nicht geschwollen war und vom Präputium bedeckt geblieben ist. Diese Form des erigierten Penis kann als charakteristisch für Priapismus angesehen werden.

III. Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus, von J. FABRY-Dortmund. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 40jährigen Manne, der im Februar 1901 an der Brust und am Rücken einige rosarote Flecke und diffuse Rötte in beiden Axillae bekam. Der Ausschlag dehnte sich rasch über den ganzen Körper aus. Gleichzeitig traten allenthalben am Körper Blasen bis zu Talergröße auf, zum Teil mit serösem, zum Teil mit eitrigem Inhalt. Das Stadium der Blasenruption dauerte etwa sechs bis acht Wochen, dann folgte das zweite Stadium einer universellen Dermatitis. In diesem Stadium fand eine Blasenbildung nicht mehr statt. Vielmehr war die ganze Körperhaut gerötet und zumeist mit blättereigartigen Krusten bedeckt. Kopf- und Barthaare, Augenbrauen und Cilien sind größtenteils ausgefallen. Das Allgemeinbefinden des Patienten war während der sehr langen Dauer der Krankheit ein relativ gutes.

Die histologische Untersuchung ergab drei wesentliche Veränderungen:

1. stark vergrößerte, vielfach gabelig in das Corium reichende Epidermispapillen;
2. ein sehr stark entwickeltes kleinzelliges Infiltrat mit Fortsetzungen nach den Coriumpapillen;
3. eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen Epidermis und Corium.

Die Ergebnisse der Beobachtungen und Untersuchungen werden in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

„1. Das Bild des Pemphigus foliaceus ist ein so wohl charakterisiertes, dass man dasselbe als einen besonderen Krankheitstypus führen darf und muss. Die Krankheit gehört zu der großen Gruppe der Pemphigusformen und steht klinisch und histologisch dem Pemphigus vegetans am nächsten.

2. Die Prognose ist bei so ausgesprochenen Fällen, wie dem mitgeteilten, mindestens als eine valde dubia zu bezeichnen, da es ein Spezifikum gegen die Erkrankung nicht gibt, und die spontane Heilung nur bei weniger vorgeschrittenen, also leichteren Fällen vorzukommen scheint.

3. Der Pemphigus foliaceus kann das Vorstadium des Pemphigus vegetans sein und demgemäß in letzteren übergehen.

4. Das wesentlichste pathologisch-anatomische Symptom ist nicht die Blasenbildung, sondern das sehr stark entwickelte Granulom der Cutis mit sekundärer Parakeratose und sekundären Stauungserscheinungen im Gefäßsystem, sowie in dem secernierenden Apparat der Haut.“

IV. Die Pathogenese der Phlebektasie, von BERNHARD FISCHER-Bonn. Auf Grund seiner früheren und neueren Beobachtungen und Untersuchungen kommt Ver-

fasser zu der Ansicht, daß der pathologischen Erweiterung der Venen ausnahmslos eine Erkrankung und Zerstörung ihrer Wandung vorausgeht und zugrunde liegt, und daß man deshalb die Theorie von der mechanischen Entstehung der Varicen endgültig fallen lassen müsse, da auch für die Annahme einer angeborenen Schwäche und Weichheit der Venenwand oder einer sonstigen Disposition bisher jede Spur einer materiellen Unterlage fehlt. Würden durch lokale Behinderung des venösen Abflusses Varicen entstehen, so müßten sich solche in leichtester Weise experimentell erzeugen lassen. Das ist aber trotz zahlreicher Versuche noch nie gelungen. Die Untersuchungen des Verfassers haben vielmehr ergeben, daß der erste Beginn der Varicenbildung sich in einer herdweise auftretenden entzündlichen Infiltration der Gefäßwand mit hochgradiger Zerstörung der elastischen Elemente äußert. Die Gefäßwand wird ihrer Stütze, der elastischen Fasern, beraubt und gibt jetzt dem normalen Blutdruck nach. Eine fortschreitende Erweiterung der Vene ist die Folge.“ Jederzeit kann der zerstörende Prozeß nicht nur nachlassen, sondern sogar mehr oder weniger ausgedehnte Regeneration der elastischen Elemente eintreten, wodurch es schließlich zu einem Stillstand in der Venenerweiterung kommt. Die Stauungserscheinungen bei den Varicen sind eine Folge der Venektasie, nicht ihre Ursache.

V. Zwei Fälle von Erythromelie (PICK), von CARL GROUVEN-Bonn. Die Erythromelie ist nach der Beschreibung von PICK charakterisiert durch „symmetrisches, schmerzloses Auftreten mehr oder weniger umschriebener, streifenförmig von der Peripherie zentralwärts fortschreitender, livider Rötung der Haut an den Streckseiten der Extremitäten, mit immer deutlicher hervortretender Ektasie der Venen, ohne weitere Veränderung der ergriffenen Hautpartien.“

In der Bonner Klinik kamen zwei Fälle dieser seltenen Affektion zur Beobachtung.

Der erste Fall betraf einen 55 Jahre alten Brunnenbauer, der im Juni 1902 eine Verletzung an der Vorderseite des linken Unterschenkels davon trug. Erst nach langer Zeit heilte die Stelle ab. Ende des Jahres 1903 trat plötzlich infolge von Erkältung eine Anschwellung beider Unterschenkel auf, die schmerzhaft, heiß, gespannt und entzündet waren. Gleichzeitig entwickelten sich am rechten Unterschenkel und zwar an den Stellen, die beim Unfall mitgetroffen worden waren, Blasen. Seit der Zeit hat die Haut beider unteren Extremitäten folgende Veränderung angenommen: Sie ist „diffus lividrot verfärbt mit stellenweise fleckenartigem Übergang ins bräunliche. Allenthalben schimmert das gleichmäßig erweiterte Venenetz auffallend deutlich durch. Die Venen selbst fühlen sich weich an bzw. sind kaum palpabel. Die Haut des untersten Drittels der Unterschenkel, sowie beider Fufsrücken bis zum Dorsum der Zehenendphalangen zeigt mäÙig starke, festhaftende, kleinlamellöse, glänzende Schuppenauflagerung und leichte Rötung. Die Haut der Fufsrücken ist gespannt, sklerodermieartig hart, stellenweise atrophisch.

Die histologische Untersuchung, welche in dem zweiten Falle vorgenommen wurde, ergab, abgesehen von den histologischen, auf die Altersdegeneration zurücksührenden Veränderungen, als besondere Befunde Verdickung und Auflockerung der Hornschicht und starke Abnahme und Degeneration der elastischen Elemente der Cutis, vielleicht auch noch Dilatation der GefäÙe, welche allerdings auch bei der senilen Haut vorkommen kann.

Die Ursache der Erkrankung sieht Verfasser übereinstimmend mit PICK in einer trophoneurotischen Störung.

VI. Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Glanspenis, von CARL GROUVEN-Bonn. Der Verfasser beschreibt einen Fall von Schleimhauttumor, der klinisch an Lues oder Epitheliom erinnerte, histologisch aber sich als tuberkulöser Natur erwies.

Es handelt sich um einen 45jährigen, sonst sehr robusten Mann, der vor zwölf Jahren im Sulcus einen weichen Schanker hatte, der rasch abheilte und von keinerlei Erscheinungen mehr gefolgt war. Patient ist seit zehn Jahren verheiratet, hat eine gesunde Frau und gesunde Kinder. Genau an der abgeheilten Stelle des weichen Schankers entwickelte sich vor drei Monaten, ohne daß Patient sich einer Infektionsgelegenheit ausgesetzt hätte, eine allmählich wachsende Verhärtung. Der Status ergab eine halbkirschengroße, derbe, flach aufsitzende Prominenz, deren Oberfläche von völlig glatter, nicht verfärbter und nicht ulcerierter Schleimhaut gebildet wurde. Die Inguinaldrüsen waren leicht geschwollen, Sekundäreerscheinungen nicht vorhanden.

Die Behandlung des Gewächses mit Hg-Pflaster und Jodkalium hatte keinen Erfolg. Der Tumor wurde nunmehr exzidiert. Die Wunde mit Euguform verbunden heilte per primam.

Die histologische Untersuchung ergab das typische Strukturbild der Tuberkulose, und zwar retikulierte, gefäßlose, zentral verkäste Epitheloidtuberkel mit zahlreichen LANGHANSschen Riesenzellen. Der Nachweis von Tuberkelbazillen in dem Schnitt gelang nicht.

Verfasser begründet eingehend die von ihm gestellte Diagnose.

VII. Beitrag zur Acanthosis nigricans, von CARL GROUVEN und BERNHARD FISCHER-Bonn. Die Verfasser berichten über einen 34jährigen Mann, der in der Kindheit Scharlach gehabt hatte, seitdem aber stets gesund gewesen ist. Vor drei Jahren erkrankte er mit Erscheinungen, die als Symptome einer Magenerweiterung festgestellt wurden. Vor einem Jahre zeigten sich die ersten Anzeichen des jetzigen Hautleidens. Zurzeit erscheint die gesamte Hautdecke des Patienten verdickt, rauh, trocken und gelblich pigmentiert; besonders stark befallen ist das Gesicht und die Hohlhände, welche letztere eine derbe, schwielige Beschaffenheit zeigen, die früher nicht vorhanden gewesen ist. Dunkelbraune Verfärbung, Verdickung, chagrinlederartiges Aussehen, sich reibeisenartig anfühlende Oberfläche der Haut finden sich am ausgeprägtesten in der Halsgegend, den Achselhöhlen, an den Genitalien, am linken Vorderarme und am Abdomen. Auch die Mundschleimhaut ist befallen, nur fehlt hier die Pigmentation. An der Innenfläche der Lippe, auf der Zunge, am harten Gaumen sieht man zahlreiche, dichtstehende, papilläre Wucherungen.

Regellos über die ganze Körperoberfläche zerstreut sind zahlreiche, kleine papillomartige, pigmentierte und nicht pigmentierte, behaarte und nicht behaarte nävusartige Geschwülstchen.

Die Verfasser erörtern unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die Symptomatologie und Ätiologie der Affektion und teilen das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Die wesentlichsten Befunde sind: „Papilläre Wucherung; chronisch-entzündlicher Prozeß im Papillarkörper mit Zerstörung des elastischen Gewebes und Veränderungen des Bindegewebes. Hypertrophie der Stachelzell- und der Hornschicht. Unregelmäßige Entwicklung, meist Atrophie der Körnerschicht. Fehlen des Stratum lucidum. Unregelmäßige Pigmententwicklung.“

VIII. Über Gelenkerkrankungen bei Psoriasis, von JACOB MEYER-Bonn. Unter 1000 Psoriasisfällen, welche in der Zeit vom Jahre 1879 bis Dezember 1903 in der Bonner Klinik zur Beobachtung kamen, befanden sich, abgesehen von vielen anderen mit der Psoriasis vergesellschafteten Leiden, drei Fälle von Gelenkerkrankungen. Zwei Patienten hatten schon früher Gelenkrheumatismus gehabt. Die Krankengeschichte der drei Fälle wird ausführlich mitgeteilt, und eine eingehende Erörterung unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur daran geschlossen. Einige Autoren erkennen das Vorhandensein einer Arthritis psoriatica nicht an, so ROSENTHAL, NIELSEN, LIPMAN-WULF, die jedoch die Möglichkeit des Bestehens einer gemeinsamen Ursache

für beide Leiden zugeben. Verfasser gelangt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen zu denselben Schlussfolgerungen. Im ersten der drei beschriebenen Fälle lag der Gelenkaffektion ein Trauma zugrunde, im zweiten handelte es sich um eine Arthritis urica; im dritten Falle hatte die Psoriasis keine ersichtlichen Beziehungen zur Gicht. Eine Erkrankung des Nervensystems als gemeinsame Ursache für beide Erkrankungen bestand in keinem der drei Fälle, dürfte jedoch in anderen mit nervösen Erscheinungen einhergehenden Psoriasisfällen eine hinreichende Erklärung für alle Krankheitserscheinungen bieten.

IX. Zur Frage der Vererbung der Syphilis, von H. NAPP-Duisburg. Der Verfasser beschreibt einige Fälle, bei denen es sich um eine rezente, mit floriden, höchst ansteckungsfähigen Symptomen verlaufende Syphilis des Vaters handelte. Die Ehefrauen wurden nicht infiziert und gebaren gesunde Kinder.

Verfasser hält die Vererbung der Syphilis auf germinativem Wege, also eine paterne Vererbung nicht für möglich; die hereditäre Lues des Kindes kann nur durch Infektion auf placentarem Wege zustande kommen. Erweist sich die Placenta bei der Untersuchung als erkrankt, so wird man mit Bestimmtheit auf ein lustisches Kind rechnen können. Es gibt jedoch auch hierin Ausnahmen, wie in der Literatur publizierte Fälle beweisen.

Zur Verhütung der Geburt von hereditär-syphilitischen Kindern gibt Verfasser beherzigenswerte Ratschläge. Er warnt vor frühzeitiger Heirat, empfiehlt halbjährliche Präventivkuren, hält solche für absolut indiziert bei graviden Frauen, „denn nur sie sind imstande Placentarerkrankungen zu verhüten und zu heilen“.

X. Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis, von A. v. NOTTHAFFT-München. In den Lehrbüchern, auch in den besseren, welche sich mit den Erkrankungen der Prostata beschäftigen, findet Verfasser bei der „chronischen Prostatitis“ einen wichtigen Punkt entweder gar nicht oder nicht genügend berücksichtigt, nämlich den Umstand, daß das Symptom der prostatitischen Schmerzen und Parästhesien oft in einer Weise lokalisiert ist, daß man nicht ohne weiteres die Herkunft der Beschwerden erkennen kann. So beschreibt Verfasser zwei Fälle, welche zeigen, daß ein mehr oder weniger typisches Ischiabild durch eine Prostatitis vorgetäuscht werden kann. Vermutlich ist eine erhebliche Anzahl von Ischiadialneuralgien auf eine chronische Prostatitis zurückzuführen.

In mehreren vom Verfasser mitgeteilten Fällen trat die Prostatitis unter dem Bilde von Hämorrhoiden auf, mit denen jene wahrscheinlich oft in der Praxis verwechselt wird.

In drei Fällen bestand das einzige Symptom einer chronischen Prostatitis in intensiven Schmerzen im Kniegelenk, welche mit der Heilung der Prostatitis verschwanden.

Auch Schmerzen in den Hoden, Nebenhoden, im Samenstrang können durch eine Prostatitis hervorgerufen werden und das Bild einer Epididymitis und Deferentitis vortäuschen. Verfasser führt dafür einige Beispiele an.

Für die Ätiologie dieser Schmerzen lassen sich zwei Möglichkeiten annehmen: 1. Es handelt sich um die Resorption toxischer Bakterienprodukte, welche in der entzündeten Prostata entstehen; 2. um Ausstrahlungen auf andere Nervengebiete.

Sehr eingehend bespricht Verfasser die Symptomatologie und Therapie der chronischen Prostatitis. Er empfiehlt, mehr als dies zu geschehen pflegt, die rektale Untersuchung bei der Feststellung der Diagnose vorzunehmen. Therapeutisch kommen hauptsächlich zwei Maßnahmen in Betracht, vor allem die Massage, an zweiter Stelle lange Durohrieselungen des Rektums im Arzberger mit Wasser von 40° C. Jedem

Prostatiker ist Ruhe zu empfehlen und besonders Reiten, Radfahren, Eisenbahnfahrten zu verbieten.

XI. Zur Frage des Impfcarcinoms, von WALTHER PETERSEN - Heidelberg. Die Verbreitungswege des Carcinoms sind für gewöhnlich dreifacher Art: 1. Verbreitung durch kontinuierliches Wachstum; 2. Verbreitung auf dem Lymphwege; 3. Verbreitung auf dem Blutwege.

Dazu käme eine vierte Möglichkeit der Carcinomverbreitung: das Impfcarcinom. Man kann dasselbe definieren als eine solche Carcinommetastase, die durch mechanische Loslösung und Verlagerung von Carcinomzellen ohne Zuhilfenahme des Lymph- oder Blutweges entsteht. Je nach der Art dieser Implantation kann man unterscheiden: 1. Impfung auf seröse Flächen; 2. Impfung auf epitheliale Flächen; 3. Impfung in Wunden.

Ein Impfcarcinom kann vorgetäuscht werden: 1. durch multiple, primäre Carcinome; 2. durch abnorme Lymphmetastasen. Verfasser beschreibt einen Fall der letzteren Art und teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit.

Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt er zu folgenden Schlüssen:

„1. Die Entstehung retrograder Lymphmetastasen eines Carcinoms wird begünstigt durch Verödung im Bereich der zentralen, sowie durch exsudative Entzündung im Bereich der peripheren Lymphbahnen.

2. Die retrograden Lymphmetastasen eines Carcinoms können klinisch sehr leicht Impfcarcinome vortäuschen; eine oberflächliche mikroskopische Untersuchung kann gleichfalls trügen; es wird zumeist erst ein sehr eingehendes mikroskopisches Studium, vor allem von Serienschnitten, ein sicheres Urteil ermöglichen.“

XII. Herpetische Eruptionen als Vorstadium eines Hautcarcinoms neben Herpes zoster, von ADOLF SCHMIDT - Dresden. Eine 62jährige, früher gesunde Frau zeigt seit zwei Jahren kleine Drüenschwellungen in den Oberschlüsselbeingruben; seit einem Jahre leidet sie an Abmagerung, Kräfteverfall, Atembeschwerden. In der letzten Zeit sind beide Arme angeschwollen.

Die Untersuchung ergibt oberhalb beider Claviculae erbsen- bis kleinwallnußgroße, harte Drüsen, desgleichen im Jugulum und in beiden Achselhöhlen. Über dem Manubrium sterni ist verkürzter Perkussionsschall vorhanden. Bei Röntgendurchleuchtung sieht man unterhalb des Manubrium sterni und beiderseits ca. zweifingerbreit über dasselbe hinausragend einen starken Schatten. Der rechte Bulbus oculi war etwas zurückgesunken, die rechte Lidspalte ein wenig verengert; die rechte Pupille enger als die linke.

Nach diesem klinischen Befunde lautete die Diagnose auf einen malignen Tumor des vorderen Mediastinums. Derselbe übte einen Druck auf die großen Venenstämme und die Trachea aus, hatte bereits den rechten Nervus recurrens vagi und das rechte Cervicalgeflecht des Sympathicus umwuchert und ferner einen großen Teil der regionären Lymphdrüsen ergriffen. Die Therapie bestand in Arsen innerlich, später in Injektionen von kakodylsaurem Natrium.

Etwa sechs Wochen nach der Aufnahme der Patientin ins Krankenhaus bekam dieselbe unter Schüttelfrost einen typischen Herpes zoster im Bereiche des 5. und 7. linken Cervicalwurzelgebietes, also an der Radialseite des ganzen linken Armes. Nach ca. drei Wochen heilte der Herpes völlig ab. Während dieser Zeit entwickelte sich eine neue Bläschenruption in kreisförmiger Anordnung auf der rechten vorderen Brustseite zwischen oberem Rand der 3. und oberem Rand der 7. Rippe, nach rechts von der Mamillarlinie, nach links vom rechten Sternalrande begrenzt. Bald darauf entsteht eine weitere Herpesruption oberhalb des Jugulums, die kettenartig den ganzen vorderen und die seitlichen Teile des Halses umzieht. — Im weiteren Ver-

laufe vergrößerte sich die Dämpfung über dem Manubrium sterni langsam und die Dyspnoe nahm zu. Unter zunehmender Kachexie starb Patientin. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Während die beiden ersten Herpeseruptionen, die mit Hyperästhesie der Haut begleitet und nach Verlauf von etwa drei Wochen verschwunden waren, sich als echter Zoster darstellen, liefs die dritte Eruption eine Anordnung nach Wurzelsegmenten, jede Gruppenbildung und Empfindlichkeit vermissen, bildete sich nicht völlig zurück, sondern es folgte nach dem Eintrocknen der Bläschen eine dauernde Krebsinfiltration. Man hat es hier also mit einem herpetischen Vorstadium der Krebsentwicklung zu tun, das man sich auf zweierlei Art erklären kann. Entweder haben die in den Lymphbahnen der Haut überall sich ausbreitenden Krebszellen zeitweise eine Lymphstauung in der äußersten Peripherie hervorgerufen, oder, was viel wahrscheinlicher ist, es handelt sich um eine atypische Herpeseruption nach Analogie des Herpes labialis resp. progenitalis, bei der der Sitz der Läsion äußerst peripher, an einem feinen Nervenästchen der Haut, und nicht wie beim Zoster, an den hinteren Wurzeln zu suchen sei.

XIII. Über das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis bei Bergleuten, von HERMANN SCHULZE - Dortmund. Zahlreiche Beobachtungen haben gelehrt, daß bei Bergleuten immer typische Tuberculosis verrucosa cutis, niemals ein Impflupus entsteht. Die Affektion beginnt niemals mit dem Auftreten der bekannten, braunglänzenden, typischen Lupusknötchen, sondern mit einem stabilen, kleinen, braunroten, etwa linsengroßen Fleck, der mit kleinen, weißglänzenden Schüppchen bedeckt ist. In derartigen primären Erythemflecken sind meistens typische Riesenzellentuberkel, sowohl in den oberen wie in den tiefer gelegenen Schichten der Cutis nachweisbar. Für gewöhnlich lokalisiert sich die Affektion auf dem Handrücken, der Streckseite der Finger und den Interdigitalfalten, im allgemeinen an denjenigen Stellen, die bei den in engen, schmalen Schächten und Quergängen arbeitenden Bergleuten am meisten Verletzungen ausgesetzt sind. Häufig sind es ganz kleine Schrammwunden, welche die Eingangspforte für das tuberkulöse Virus bilden, wobei es sich entweder um eine Autointoxikation bei tuberkulösen Bergleuten oder um eine Infektion der Wunden mit fremdem, tuberkulösem Gifte handelt. In jedem Falle hat man es mit einer echten Impftuberkulose zu tun, deren Prognose gegenüber allen anderen Hauttuberkulosen die günstigste ist.

An der Zusammenstellung einer großen Reihe in Dortmund vom Verfasser, teilweise noch von Dr. FABRY beobachteter Fälle wird der Beweis erbracht, daß die Tuberculosis verrucosa cutis bei Arbeitern in Kohlenbergwerken häufiger als bei jeder anderen Berufart (Metzgern, Viehhändlern) vorkommt.

XIV. Über ein frühzeitig exstirpiertes Carcinom der Bauchhaut, von JOSEF SCHÜTZ - Frankfurt a. M. Verfasser hat einer 59jährigen, ledigen Person, deren Schwester er im Jahre 1893 an einem Ulcus rodens an der Schläfe, und die er selbst vor zwei Jahren an einer Geschwulst am rechten inneren Augenwinkel behandelt hatte, ein seit vier Jahren bestehendes, auf der linken Seite der Bauchhaut lokalisiertes, rundliches, erhabenes, gewölbtes, nirgends ulceriertes, schwach pigmentiertes, oberflächlich rauh höckeriges Gewächs exziiert.

Im folgenden beschreibt Verfasser mit bewundernswerter Genauigkeit alle Details des Fixierungsverfahrens, bei welchem es darauf ankam, „die Struktur des Bindegewebes nicht zu alterieren, eine künstliche Lückenbildung und Ausfallerscheinungen zu verhüten, Schnittserien zu erhalten von einer Feinheit, die auch für die schwierigeren Bindegewebs- und Epithelfärbungen ausreichte.“ Ebenso ausführlich wird die Behandlung des gehärteten Gewächses mit dem Mikrotom und die Färbung der Prä-

parate beschrieben. Nach der sehr detaillierten und instruktiven Schilderung des technischen Verfahrens teilt Verfasser die Resultate der mikroskopischen Untersuchung mit. Nach den Befunden handelt es sich um eine Neubildung, die auf einem durch senile Degeneration des Bindegewebes und der Hautdrüsen vorbereiteten Boden zunächst als benignes Akanthom auftrat und jahrelang in engen Grenzen sich hielt, dann aber auf die der Örtlichkeit nach unvermeidliche stete Reizung rascher wucherte, weiche, protoplasmatische Zellen ohne Hornmantel (Stacheln und Epithelfasern) produzierte und nun als echtes Epitheliom zunächst das Terrain der degenerierten Hautdrüsen ergriff und dabei die für Carcinombildung unausbleiblichen Reaktionserscheinungen im Bindegewebe hervorrief. Der infolgedessen acinöse und durch Beibehaltung einer marginalen Cylinderzellenschicht adenomartige Typus der Geschwulst geht durch angebahnte Verbindungen der multilokulären, primären Herde unter sich vielfach in einen maschigen Typus über, so daß je nach Schnittrichtung im konfigurierten zentralen Geschwulsteil mannigfache Ausbreitungstypen nebeneinander erscheinen. Das Carcinom weist trotz seines Jugendzustandes, trotz fehlender klinischer Bösartigkeit und trotz der Oberflächlichkeit des vorläufigen Sitzes sämtliche Kriterien auf, welche bei den echten malignen Krebsen vom Verfasser beschrieben sind: Mitosenvermehrung, größere und größte Mitosen, Variabilität der Mitosengröße, Anomalien im Chromatingerüst der Mitosen, reichliche Wanderzellendurchsetzung der Krebsepithelien und namentlich die freie Auswanderung von roten Blutkörperchen mitten ins Epithel.“ Somit sind bei scheinbarer Gutartigkeit der Geschwulst doch alle malignen Vorbedingungen gegeben; aus diesem Grunde kann die frühzeitige Beseitigung einer solchen, will man Rezidiven vorbeugen, nicht dringend genug angeraten werden.

XV. Über die Beziehungen zwischen Balneologie und Dermatologie, von E. VOLLMER - Kreuznach. „Der Wert aller Badekuren“, sagt der Verfasser am Schlusse seines Aufsatzes, „beruht sowohl bei der Syphilistherapie wie bei den anderen erwähnten Geschlechts- und Hautkrankheiten auf dem durch die warmen, differenten Bäder veranlaßten gesteigerten Umsatz im ganzen Organismus, der ausgelöst wird durch die direkte Einwirkung von chemischen, mechanischen und thermischen Reizen auf die peripheren Zellen. Dieselben werden direkt von diesen Reizen getroffen und wie bei einer Luftverdünnung das Blut aus der Haut schießt, so überwindet auch im differenten Mineralbade der chemisch - physikalische Zwang die vitalen Kräfte des Zellverbandes der Haut. Es wird ein zentrifugaler Sekretionsstrom ausgelöst, der Toxine mitentfernt. Außerdem könnten Krankheitsstoffe aller Art durch gesteigerte Harn- und Schweißsekretion, lebhafteren Gaswechsel der Atmung und häufigere Kotentleerung aus dem Körper ausgeführt werden, und durch alles dies ist auch die Passage des für den Körper nicht indifferenten Quecksilbers und Jods eine beschleunigte. Je mehr spezifisch wirkende frische Quecksilber- und Jodmoleküle aber den Körper durchlaufen können, ohne zu starke Giftwirkung zu entfalten, desto größer ist die Wirkung der antisiphilitischen Kur. Es ist somit klar, daß ein überlegter Heilplan für einen Syphilitiker, dessen Verhältnisse es irgend gestatten, eine mit einer Bade- und Trinkkur kombinierte Quecksilberkur in den Kreis der Therapie aufnehmen wird.

XVI. Naevi syringoadenomatosi, von M. WOLTERS - Rostock. Die vom Verfasser beschriebenen vier Fälle haben klinisch das Gemeinsame, daß sie kleine, solitäre, kongenitale Tumoren zeigen, welche eine etwas raube, verruköse Oberfläche haben, nicht breitbasig, sondern mehr gestielt, wie Pilze, der Haut aufsitzen und keine subjektiven Beschwerden verursachen. Diese klinischen Merkmale bieten nichts besonders Charakteristisches, das sie von anderen, ähnlichen Tumoren unter-

scheiden könnte, vielmehr tun dies die histologischen Veränderungen. „Vom Epithel werden mehr oder weniger zahlreiche Fortsätze in die Cutis eingesenkt, die entweder solide bleiben und nur relativ kurz sind, oder aber ganz oder fast ganz kanalisierte Stränge darstellen, die sich tief in das Gewebe herabbegeben und hier an normaler oder annähernd normaler Stelle Knäuel bilden, die meist, wenn auch nicht immer voll ausgebildet, geringere oder stärkere Dilatation zeigen. Beide Arten von Epithelfortsätzen treiben nach allen Richtungen Sprossen, welche sich gabeln und teilen. Dadurch entsteht ein Gewirr von Schläuchen und Strängen, in welchem die zwischenliegenden Teile des Bindegewebes oft polypöse Gestalt annehmen.“ Die Haupt- und Nebengänge weisen hier und da Cystenbildungen auf. Alle Bildungen sind durch eine sehr deutlich ausgeprägte Membrana propria ausgezeichnet.

Nach den histologischen Befunden glaubt Verfasser den Schluss ziehen zu dürfen, „dafs es sich hier um schweißdrüsenähnliche Bildungen handelt, die ihre Entstehung einer kongenitalen, über das Mafs hinausgehenden Zahl von Drüsenanlagen und einer abnormen Erzeugung von Seitensprossen der in die Tiefe verwachsenden Kanäle verdanken. Die besonders in den obersten Cutisschichten auftretenden papillomatösen Bildungen in den erweiterten Kanälen sind durch Einwachsen des Epithels in das Bindegewebe zustande gekommen, nicht aber umgekehrt, wenn auch sekundär das Bindegewebe sich an den Wucherungen beteiligte. Das epitheliale Gewebe ist bei der Bildung der Drüsen der aktive Teil, es senkt seine Fortsätze in die Tiefe ein, die dabei einen Teil des gefäßhaltigen Bindegewebes mit in die Tiefe nehmen.“

Die einschlägige Literatur wird sehr ausführlich besprochen.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

VII. Jahrgang. Heft 9. Juni 1904.

I. Hereditär oder kongenital? Ein Beitrag zur Frage von der „Vererbung“ der Syphilis, von F. B. SOLGER-Neiße. MATZENAUER kam bei seinen Untersuchungen zu dem Resultat, dafs es keine direkte Übertragung der Syphilis vom Vater auf die Frucht gibt, sondern nur eine intrauterine Infektion durch die vorher angesteckte Mutter auf dem Wege des placentaren Kreislaufs. Eine gesunde Mutter kann also auf keinen Fall syphilitischen Kindern das Leben geben. Dieser Ansicht schließt sich SOLGER an. Denselben Standpunkt vertritt, gestützt auf die Ergebnisse der Biologen, FRIEDRICH MARTIUS, über dessen Ausführungen S. berichtet. S. schlägt vor, die von MARTIUS hervorgehobene Verkehrtheit in der Benennung in Zukunft zu vermeiden, d. h. es soll das Wort hereditär nur noch dann zur Anwendung gelangen, wenn damit gesagt werden soll, dafs man es mit einer Krankheitserscheinung zu tun hat, die bereits vor der Vereinigung von Samen und Eizelle in einer von beiden vorhanden gewesen ist. Alle anderen Fälle muß man mit dem Namen kongenital bezeichnen. Bestätigt sich aber die Anschauung MATZENAUERS, so wird man in Zukunft überhaupt nur noch von kongenitaler Syphilis sprechen dürfen; auch gäbe es dann, korrekt gesprochen, keine Vererbung der Syphilis, sondern nur eine intrauterine Übertragung im Gegensatz zur extrauterinen.

II. Ein Fall von Alopecia areata bei einem Vitiliginösen. Einiges zur Peladefrage, von LUDWIG FALK-Lodz. Beschreibung eines Falles von Alopecia areata, der eine ausgesprochene trophoneurotische Störung darstellt. An der Hand des Falles bespricht Verfasser die Ansichten über die parasitäre und trophoneurotische Natur der Alopecia areata; er selbst neigt mehr letzterer Ansicht zu, zumal die Koinsidenz nervöser Erscheinungen oder physischer Affektionen mit Alopecia areata nicht zufällig sei.

Bernhard Schulse-Kiel.

La Syphilis.

Band II. Heft 6. Juni 1904.

I. Überimpfbarkeit tertiärer Syphilis, von J. BARTHÉLEMY. Die Frage der Überimpfbarkeit tertiärer Lueserscheinungen ist noch nicht gelöst, man hielt die tertiäre Lues lange Zeit für nicht ansteckend, aber wenn die Fälle auch selten sind so sind doch verschiedene Übertragungen tertiärer Lues berichtet worden. Natürlich ist im Sekundärstadium eine Ansteckung leichter, weil das Gift frischer, die Erscheinungen reichlicher und die Residive häufiger sind; dazu kommt die Schmerzlosigkeit der Erscheinungen, die oft den Kranken den Ernst des Leidens verschleiern. Doch treten zuweilen auch schon ziemlich früh sog. Tertiärscheinungen auf, die dann wohl imstande sind, contagiös zu wirken.

II. Versuche über die Überimpfbarkeit tertiärer Gummen, von PAUL SALMON. Das Vorhandensein eines syphilitischen Virus in dem Eiter von Gummen ist weder klinisch noch experimentell bisher bewiesen, auch wird von den meisten Autoren nach wie vor die Übertragbarkeit der Lues durch Gummen bestritten; gerade diese Nichtübertragbarkeit tertiärer Lues galt als charakteristisch. Die Versuche SALMONS betreffen zwei Affen, einen *Macacus cynomolgus* und einen *Macacus sinicus*. Die Abimpfung geschah von einem Armgumma eines Mannes. Das Resultat war absolut negativ, während es gelang, dem einen Affen sekundäre Syphilis einzupfropfen.

III. Über Injektionen von Jodöl bei der Behandlung der Syphilis, von BARTHÉLEMY und LÉVY-BING. Die Injektionen wurden mit Lipijodol ausgeführt, welches 40% Jod enthält. Sie fanden jeden Tag oder jeden zweiten Tag statt, und zwar stets 5 oder 10 ccm. Um die Schwierigkeit der Einspritzung zu vermeiden, bedient man sich am besten der von den Verfassern genau beschriebenen Spritze zu den intramuskulären Injektionen. Es folgte nie eine starke Reizung, keine Verhärtung, die Schmerzhaftigkeit war gering und von kurzer Dauer. Es wurden meistens 15–20 Injektionen nacheinander unternommen, das Lipijodol wirkt langsam, aber nachhaltig, so daß es sich empfiehlt, wenn man eine schnelle Jodwirkung erzielen will, anfangs daneben noch innerlich Jodkalium zu geben. Es wurden 30 Frauen behandelt, von denen 10 nicht syphilitisch waren. Bei allen fand eine beträchtliche Gewichtszunahme statt, vier zeigten leichte Erscheinungen von Jodismus, eine Darmstörungen, während sich lokal keine Erscheinungen zeigten. Das Jodöl übte auf den Allgemeinzustand eine günstige Wirkung aus, die aber zum Teil jedenfalls auch auf die gute Pflege zurückzuführen ist. — Auch die 28 syphilitischen Frauen nahmen während der Behandlung meist an Gewicht zu, 11 zeigten leichten Jodismus. Von den 20 Kranken hatten 2 Primäraffekte, 13 sekundäre Symptome und 5 tertiäre Erscheinungen. Das Lipijodol hatte aber nur absoluten Erfolg bei den letzteren, während die primären oder sekundären Zeichen nicht beeinflusst wurden und erst nach Anwendung von Quecksilberkuren wichen; hier wirkte das Jod nur unterstützend, nicht heilend, indem es die Ernährung hebt, den Appetit fördert. Bei der hereditären Syphilis erwies es sich ebenfalls als brauchbar, ebenso bei Kindern syphilitischer Eltern, die keine direkten Symptome aufwiesen. Diese Kinder wurden mit Erfolg vor schweren Erscheinungen bewahrt.

III. Ein Fall von sekundärer Syphilis, typhoidem Fieber bei Periostitis costalis, von G. GARTNER. Ein 26 Jahre alter Tapezierer litt an starken Schmerzen in der Rippengegend, die eine Diagnose nicht möglich machten. Die Frau des Patienten war luetisch, auch der Mann selbst hatte vor zwei Jahren Lues erworben, so daß der Verdacht bestand, daß die Erscheinungen vielleicht doch auf Lues zurückzuführen seien. Eine Quecksilberkur hatte glänzende Erfolge. Es scheint sich also um eine luetische Periostitis costalis gehandelt zu haben.

IV. Über den Wert der **Medizinnengen** und das System therapeutischer **Einheiten**, von P. N. ПРохоров. Über diese Arbeit wurde schon im Band I, S. 141 (*Revue de la Presse*) referiert, da dieses Referat aber nicht ausführlich genug erschien und nicht genügend deutlich war, so ist die Arbeit P.'s hier nochmals im Original nachgedruckt. Ein nochmaliges Referat dürfte daher nicht angebracht sein, da es nur entstellend wirken könnte, und sei daher auch hier nur auf das Original verwiesen.

Bernhard Schulse-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft, herausgegeben von SENATOR und KAMMER - Berlin. II. Abteilung. (J. F. Lehmanns Verlag, München.) Dem schon früher in diesen Heften besprochenen ersten Teil läßt der bekannte Lehmannsche Verlag nunmehr den zweiten folgen. SENATOR beginnt ihn mit einer kurzen Übersicht über die Beziehungen der Konstitutions- (Stoffwechsel-) Krankheiten zur Ehe. Was den Diabetes mellitus betrifft, so sollte auch bei normaler Gravidität der Urin der Frau ab und zu auf Zuckerausscheidungen hin untersucht werden. Es kommen sowohl Glykosurie wie Laktosurie als vorübergehende funktionelle Störungen minderer Bedeutung bei Schwangeren wie Wöchnerinnen vor. Doch verdienen sie immerhin Beachtung. Dem diabetischen Manne muß der Arzt die Eheschließung vor dem 30. bis 35. Jahre widerraten. In späteren Jahren würden schwere Formen der Zuckerharnruhr, dauernde Impotenz und in der Ehe drohende schlechtere Lebensbedingungen die Eheschließung als unrätlich erscheinen lassen. Die Kinder aus solchen Ehen sind zweifach gefährdet. Erstens einmal ist das Leiden vererbbar, zweitens sind Kinder diabetischer Mütter oft nicht recht lebensfähig. Und damit kämen wir zur diabetischen Frau, der unter Hinweis auf diese Gefahren für die Nachkommenschaft und auf die rapiden Verschlimmerungen, welche während der Schwangerschaft eintreten können, wohl unter keinen Umständen zum Eingehen der Ehe zu raten ist. An die künstliche Verhinderung der Empfängnis müssen solche Ehegatten ernstlich denken, bei erfolgter Konzeption muß vom Arzte die Frage der künstlichen Unterbrechung der Gravidität erwogen werden; am besten sieht der Arzt dabei stets einen Kollegen zu. Das Stillen ist Frauen, die an Zuckerharnruhr leiden, stets zu untersagen. Das Kapitel Blutkrankheiten und Ehe behandelt H. ROSIN - Berlin, die Krankheiten des Gefäßapparates und Ehe haben V. LEYDEN und W. WOLFF bearbeitet. KAMMER erörtert ausführlich das umfangreiche Gebiet der Krankheiten der Atmungsorgane in ihrer Beziehung zur Ehe, wobei Lungen- und Kehlkopftuberkulose in ihrer Bedeutung für Ehefrau und Familie recht anschaulich und übersichtlich geschildert werden. Nun noch ein paar Worte über einen der folgenden Abschnitte über die Wechselwirkungen der Ehe und Nierenkrankheiten (P. F. RICHTER - Berlin). Es wird sich bei Nierenkranken, welche dem Gedanken einer Verheiratung näher treten, natürlich in der Regel um chronische Prozesse der Nieren handeln. Vor allem ist die Diagnose durch mehrmalige gründliche Untersuchungen und durch längere Beobachtung zu sichern. Dauernde Albumenausscheidungen dürfen wir nicht mehr als physiologische Vorgänge ansehen, seien sie auch noch so unscheinbar quoad quantitatem des Eiweißes. Die physiologische Eiweißausscheidung zeigen einen intermittierenden

Charakter. Im Gegensatz hierzu weist das Vorkommen von Leukocyten, die nicht von den Harnausscheidungsorganen herrühren, und von Cylindern auf eine pathologische Albuminurie hin. Ausschlaggebend wird auch die Konstitution des betreffenden Individuums sein können. Auch die Pubertätsalbuminurie ist keineswegs als eine harmlose zu beurteilen. Sie ist entweder der Beginn einer schleichenden Nephritis oder beruht auf schlechter Blutbeschaffenheit mit Insuffizienz des Herzens, das der Forderung des hochaufgeschossenen, schnell gewachsenen Körpers nicht gerecht werden kann. Bei Beratung über Eheschließungen von Nephritikern ist zu bedenken, daß die Lebenszeit durch ein solches Nierenleiden zweifellos verkürzt wird. Der Mann dürfte in der Ehe durch seine Krankheit nur insofern gestört werden, als sie vielfach zum Verlust des Geschlechtsvermögens führt. Anders verhält es sich bei der Frau, deren Nephritis durch Schwangerschaft und Wochenbett außerordentlich gefördert wird. Der Einfluß der Ehe kann in dieser Hinsicht für das Weib verhängnisvoll werden. In der Wechselwirkung beider Prozesse hat man Nierenstörungen bei bzw. infolge Gravidität von Schwangerschaft bei schon bestehenden Nierenleiden zu unterscheiden. Treten Nierenkranke trotz ärztlichen Abratens in die Ehe ein, so ist Konzeption tunlichst zu vermeiden und bei Verschlimmerungen schon dagewesener Nierenprozesse die artefizielle Entbindung frühzeitig einzuleiten, da die Prognose sonst sowohl für die Mutter als auch für das eventuell zu erwartende Kind sehr ungünstig ist. Die einfachen Schwangerschaftsnephritiden sind weit minder gefährdet, nur selten muß hierbei infolge Eintretens von Eklampsie oder Netzhautentzündung zur künstlichen vorzeitigen Entbindung geschritten werden. Ebenso selten ist ein Übergehen solcher Nierenstörungen in chronische Nephritis. *Hopf-Dresden.*

Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten, von O. ROSENTHAL-Berlin. (Alfred Hölder, Wien und Leipzig. 1904.) Das vorliegende Büchlein stellt den elften Band der medizinischen Handbibliothek dar, die unter der Mitwirkung hauptsächlich Wiener Ärzte erscheint. Der Verfasser beginnt mit einem kurzen Abriss der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Die Reinlichkeit bildet hierbei die Grundlage. Nach dem Waschen der Genitalien mit Seife folge jedem zweifelhaften Beischlaf eine Spülung mit 1%iger Sublimatlösung, Kaliumpermanganat dürfte erst in zweiter Linie zu empfehlen sein. Die Miktion nach dem Akt ist ebenfalls zur mechanischen Entfernung aller an der Urethralmündung eventuell angehäuften Produkte notwendig. Welchem Schutzapparat ROSENTHAL den Vorzug gibt, ob dem Phalloskos von MARSCHALKO oder dem Prophylaktol von FRANK, dem Viroapparat oder dem FRIEBSCHEN Protektor, ist nicht ganz ersichtlich, doch betont er, daß die früher in prophylaktischem Sinne angewandten Höllensteinlösungen dem Protargol mit Recht haben weichen müssen, und daß man bei allen diesen Methoden jetzt häufig Reizungskatarrhe der Harnröhre zu beobachten in der Lage ist, welche lange Zeit zu ihrer Abheilung gebrauchen. Der Wert des Condoms ist beschränkt, da alle Stellen der Umgebung des Gliedes Infektionen nach wie vor ausgesetzt bleiben, und der Gebrauch der Schutzhülle nicht für jede Person angängig ist. Den Wert der Circumcision als Schutzmittel bezweifelt der Verfasser. Als äußeres Schutzmittel empfiehlt er noch die Einreibung des Penis mit Borvaseline. Aus der Therapie des Trippers, des weichen Schankers und der Syphilis seien einige Angaben herausgegriffen. Bei Epididymitis mäßigen Grades lege man zur Ruhigstellung des Skrotalinhalts ein dauernd zu tragendes HORAND-LANGLEBERT-ZEISSLSCHES Suspensorium an. Das Skrotum ist dabei von undurchdringlichem Stoff umgeben und erleidet einen sanften Druck, der leicht durch seitlich angebrachte Schnürungen zu regulieren ist. Bei febrilen, schmerzhaften Entzündungen gibt ROSENTHAL zunächst kühle Umschläge mit konzentrierten Lösungen von essigsaurer Tonerde (5—10 Eßlöffel und mehr auf einen Liter

Wasser), alle zehn Minuten zu erneuern. Mit abnehmenden Schmerzen bleiben die vorher der Lösung beizufügenden Eisstückchen weg. Daneben wird dreimal am Tage die kranke Gegend mit folgender Salbe eingerieben:

Extr. Belladonn. 1,0 (2,0)

Ung. Oiner. (s. Ung. simpl.) 9,0

M. f. ung.

Auch Blutegel am Damm wirken recht günstig. Gute Nachruhe folgt meist auf Morphiumeinspritzungen (bis 0,02). Auch Klysmen mit 1–2 g Antipyrin sind bei hohem Fieber zu empfehlen. Gegen die nebenbei bestehende Urethritis posterior wirken gleichzeitig prompt Salol, salicylsaures Natrium, bis viermal täglich 1 g, oder Salipyrin. Bei schwindenden Entzündungserscheinungen kommen zur Beförderung der Aufsaugung des Ergusses im Nebenhoden die Jodpräparate an die Reihe. Verfasser empfiehlt neben Pinselungen mit 6%iger Jodvasogene Einreibung folgender Salbe:

Jod. pur. 0,1–0,2

Ung. Kal. jod. c. Laol. ad 20,0

M. f. ung.

Zur Nachbehandlung empfehlen sich Solbäder. Das zum gleichen Zwecke empfohlene Jod, intern gegeben, wendet Verfasser nur ungern an, da es unter Umständen zu Hodenatrophie führt, die ja sowieso nach jeder Epididymitis einzutreten vermag. Auch der FRICKESCHE Heftpflasterverband und andere komprimierende Verbände treten nunmehr in ihre Rechte. Das Ulcus molle behandelt ROSENTHAL zwar nur ganz kurz, er registriert aber dabei sorgfältig alle bisher für die Behandlung angegebenen Heilmittel und Behandlungsmethoden. Mit gewissen Einschränkungen erklärt der Verfasser die Syphilis für heilbar. Der spontane Heilungsverlauf ist aber ein seltenes Ereignis. Meist ist im Gegenteil beim einfachen Laufenlassen der Dinge der Weg der Krankheit ein direkt zerstörender. Die zeitig beginnende Behandlung garantiert dagegen fast sicher die Restitutio ad integrum. Dafs die Lues heilbar ist, beweisen einige zweifellose Beobachtungen über Neuansteckungen mit Syphilis, die sich syphilitisch Gewesene zugezogen haben. Das Quecksilber wirkt direkt spezifisch, während das Jod nur ein unterstützendes Heilmittel ist; es unterdrückt die sekundäre Lues nicht, noch verhütet es Rückfälle, sondern bringt nur tertiäre Prozesse zur Heilung. Wohlgemerkt sei, dafs tertiäre und sekundäre Periode in ihren Erscheinungen so ineinander übergehen, dafs man sie fast kaum zu trennen in der Lage ist. Die Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere nimmt ROSENTHAL trotz der Experimente von MERSCHENKOFF und ROUX, noch nicht als erwiesen an. Die abortive Behandlung verwirft er. Erst die ersten sekundären Symptome sichern die Diagnose. Auch wird der Verlauf des Leidens bei Ergreifen der Allgemeinbehandlung im lokalen Stadium leicht zu einem unregelmäßigen. Vor Rückfällen schützen diese Frühkuren ebenfalls nicht. Erlaubt sind letztere bei extragenitalen Primäraffekten, wenn sie wichtige Organe (Augen) zu zerstören oder der Umgebung gefährlich zu werden vermögen; ferner bei zerfallenden, rebellischen Sklerosen. Bezüglich der chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis decken sich des Verfassers Anschauungen mit denen der Anhänger FOURNIERS, er möchte aber vor jeder Schablonenhaftigkeit dabei warnen. Die Gegner behaupten allerdings, dafs diese wiederholten Quecksilberkuren die syphilitischen Erscheinungen nicht definitiv verhindern, sondern ihr Auftreten nur hinauschieben. Das ROSENTHALSCHES Buch ist zur Lektüre recht zu empfehlen, am meisten für den allgemeinen Praktiker, doch wird auch der in der Materie Erfahrene von der übersichtlichen Zusammenfassung des Stoffes Nutzen haben können.

Hopf-Dresden.

Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe, von Dr. JAROSLAV ELGART, Arzt am Brünner Krankenhause. (Veit & Co., Leipzig 1908.) Ausgehend von der Überzeugung, daß die Isolation, das bisher einzige Schutzmittel gegen die Weiterverbreitung von Scharlach, Masern usw., in den meisten Fällen unmöglich oder jedenfalls eine ganz illusorische Maßregel, und Desinfektion des Respirationstraktes, besonders seines Anfangsteiles, das wirksamste Vorbeugungsmittel ist, gründete E., der in seiner Krankenhausepraxis mit der Isolation allein so wenig Erfolge hatte, diese neue, augenscheinlich recht einfache Methode. Der einzig praktische Weg, welcher bei der Desinfektion der Rachenhöhle und der Atmungsorgane zum Ziele führen kann, sind für E. die Inhalationen oder der Spray mit antiseptischen Lösungen, weniger tauglich sind schon die Pulverinsufflationen. Als wenig reizende und für das Kindesalter nicht toxische Stoffe wählte er Aqu. calois (mit destilliertem Wasser \equiv), welche in Brünn bei Diphtherie zur Inhalation gebraucht, und welcher Lösung neben dem Serum ein guter Teil der Heilungsergebnisse zugeschrieben wurde, ferner Acid. boricum in 3%iger Lösung, Jod trichlorat. in 0,05%iger und Natr. chlorat. in 3%iger Lösung, letzteres zwar ein schwaches Desinfizans, eher aber die physiologische Schleimhautwirkung unterstützend. Jedes Kind mußte fünf Minuten lang vor dem Inhalationsapparat stehen, und zwar zweimal täglich; war eine Rötung der Rachen- oder Nasenschleimhaut zu konstatieren, so mußte die Inhalation $\frac{1}{4}$ Stunde lang währen. Der Erfolg der Inhalationen war der, daß in dem unter E.s Leitung stehenden Krankenhause kein einziger Fall von Masern oder Scharlach mehr vorgekommen ist, während im Kinderspitale eine Endemie geherrscht, und in der Stadt die Epidemie zugenommen hat. Mit Rücksicht auf seine, in mehreren Versuchsreihen erzielten, vorzüglichen Resultate hält sich E. für berechtigt, die Desinfektionsinhalationen ein „Mittel zu nennen, welches verläßlichen Schutz gegen die Einnistung des Infektionsstoffes der akuten Exantheme im Respirationstrakte gewährt und den Ausbruch der Krankheit verhindert, oder wenigstens den Erfolg hat, daß die eingedrungene Infektion nur eine lokale Reaktion hervorruft und sich nicht zu generalisieren vermag“. Ja, E. glaubt sogar, daß man durch energische Desinfektion eine bereits weit vorgeschrittene Lokalfektion von Scharlach oder Masern kupieren kann. Gleichzeitig mit den Inhalationen muß auch ausgiebige, womöglich permanente Desinfektion eintreten, und bleibt natürlich die Isolation zu vollem Recht bestehen. E. vergleicht seine neue Methode mit der Antisepsis in der Chirurgie; so wie die chirurgischen Säle früher eine Brutstätte für Eiterkokken und andere gefährliche Mikroben waren, durch welche bei ganz unbedeutenden Verletzungen oder Operationen eine tödliche Septikopyämie herbeigeführt wurde, so seien noch viele Kinderspitäler verhängnisvoll für das Leben der Kinder, indem sich dort sehr oft Scharlach und Masern einnisten. Und wie verblüffend die Wirkung der Anti- resp. Asepsis in der Chirurgie ist, so dürfte die Luftreinigung (Ventilation) und Desinfektion des Respirationstraktes ähnliches zur Folge haben. Im speziellen Teile des Buches bespricht E. eingehend die für ihn wichtigsten akuten Exantheme, und zwar 1. Scharlach, 2. Masern, 3. Fleckfieber und 4. Pocken. In je vier Abschnitten beschäftigt er sich bei jeder dieser Krankheiten a) mit Ätiologie, b) epidemiologischen und klinischen Erfahrungen über die Natur des Kontagiums, c) über Disposition und Immunität und d) Pathogenese resp. Art und Pforte der Invasion. Und bei all diesen Erkrankungen kommt er zu dem einheitlichen Schlusse, daß die Infektion gewöhnlich durch den Respirationstrakt erfolge, weil man hier zuerst die objektiv nachweisbaren Produkte der Reaktion des infizierten Organismus, nämlich jene spezifischen Katarrhe (Scharlach-Angina, Masern-Conjunctivitis-Otitis-Laryngitis und besonders -Pneumonie usw.) beobachtet. Außerdem kann und wird jedenfalls zuweilen auch eine Infektion

von der erkrankten Haut aus (den Abschuppungsprodukten, den Eiterpusteln der Blättern u. a. m.) erfolgen, aber diese Art Übertragung spielt für E. gegenüber jener vom Respirationsapparat aus nur eine untergeordnete Rolle. Er gibt aber selbst zu, daß der wissenschaftlich exakte Beweis für seine Theorie erst dann erbracht werden kann, wenn das Kontagium der Variola, des Scharlachs, der Masern festgestellt ist. Das Schlufskapitel des Buches bildet die allgemeine Prophylaxe der akuten Exantheme; sie ergibt sich zum großen Teil schon aus den ätiologischen Betrachtungen und enthält als erste und wichtigste Bedingung die Schutzmittel gegen die krankhaften Exhalationen (ausgiebige prophylaktische Behandlung der Atmungsorgane mit den oben angegebenen Mitteln), als zweite die Bedeutung der Hautprodukte, Hautdesquamationen, was insbesondere bei Variola und Scharlach in den Vordergrund tritt. Ausgiebige Wohnungsventilation ist neben der Isolation ein weiterer wichtiger Punkt der Prophylaxe. Als ausreichend betrachtet E. die Isolation oder wenigstens Detention in der Familie, wenn sie vom Anfange der Krankheit bei Masern 3—4 Wochen, bei Scharlach und Pocken 5—6 Wochen beträgt, natürlich mit gleichzeitig vorzunehmender Desinfektion der Wohnung, Wäsche, Kleider. Was die Prophylaxe in den Schulen betrifft, so ergibt sich aus obigen Betrachtungen, daß Schließung der Schule meist zu spät kommen muß, wenn der Hautausschlag schon aufgetreten ist (ob man sich aber zu dieser Maßregel schon entschließen wird, wenn die Initialkatarrhe [bei Scharlach- oder Masernepidemien] vorhanden sind, dürfte sehr fraglich sein. Ref.). Reinhaltung und gute Ventilation der Schulen, auch Belehrung der Kinder über ihr Verhalten außerhalb der Schule sind weitere hier einschlägige Maßnahmen. Nach den hier nur im großen skizzierten Prinzipien bespricht E. weiterhin die Prophylaxe in der Familie, im Pensionate, in Spitälern (Schutz des Arztes und der Wärterinnen), in Herbergen, Wachtstuben, Waschanstalten, und schließlich gibt er den Ärzten den Rat, nicht nur in Zeiten von Epidemien der Exantheme, sondern überhaupt im Anfange aller sich unbestimmt äußernden Krankheiten eine regelmäßig durchgeführte Toilette der Atmungswege einzuleiten. Aufser einfacher Erfrischung und Ventilation der Lunge genügt hierzu bei nicht allzu drohender Infektionsverschleppung Inhalation mit physiologischer Kochsalzlösung, wenn aber Fälle von Exanthemen in der Umgebung zunehmen, oder wenn es sich um Einschleppung in die Familie, in das Spital usw. handelt, so muß man zur intensiveren Desinfektion und zu konzentrierteren Lösungen greifen; von diesen gibt E. einige der empfehlenswerteren, wie Acid. benzoic. 1%, Acid. boric. 2—4%, Acid. salicyl. 1‰, Natr. sozjodol. 1—2% und eine Anzahl zusammengesetzter Rezepte an.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über die Bedeutung der Inkubationsperiode der Infektionskrankheiten, von G. GENESICH. (*Oroosi-Hetlap.* 1903. Nr. 42.) Verfasser stellte Beobachtungen an über die Inkubationszeit verschiedener, häufiger vorkommenden akuten Infektionskrankheiten, deren Ergebnisse sind, daß die Inkubation für Masern 10 Tage, für Rubella 17 Tage, für Varicellen 12 Tage, für epidemische Parotitis (Mumps)

17 Tage, für Keuchhusten 10 Tage und für Scharlach 4 Tage ausmacht; außerdem, daß während der Inkubationszeit keine einzige dieser Krankheiten ansteckend wirkte. Diese Resultate sollen einen Einfluß ausüben auf die Schulhygiene, welche bei dem heutigen System nicht die gewünschten Erfolge liefert. Die Schulsperre geschieht weder in der richtigen Zeit, noch mit der nötigen Erkenntnis der Sachlage, und wird als ein solches Unglück betrachtet, vor welchem sowohl die Schule als auch die Behörden zurückschrecken. Wenn wir nun die Inkubationszeit einer jeden Infektionskrankheit genau kennen, und wissen, wann diese Krankheit zu infizieren beginnt, so kann durch die richtige, allenfalls genügend zeitliche Schulsperre nicht nur die Erkrankungsanzahl vermindert, sondern der Epidemie auch Einhalt getan werden. Es sollte nun in der Weise vorgegangen werden, daß die Schule bei den Krankheiten von kurzer Latenzperiode sofort nach dem ersten Krankheitsfalle gesperrt werden sollte, bei denen, die eine längere Inkubationszeit haben, nach so vielen Tagen, als in wie vielen Tagen nach dem ersten Erkrankungsfalle dieselbe weiter infizieren kann. Die Schulsperre kann sich auf sehr kurze Zeit erstrecken, im allgemeinen auf 5—7 Tage, da ja doch nur der Zweck verfolgt wird, daß die Schüler nicht diejenige Zeit zusammen verbringen, in der die Erkrankung der bereits Infizierten ausbricht. Wenn nun die Schüler während dieser Zeit sich nicht besuchen, sondern gewissermaßen unter Quarantäne stehen, wenn die Erkrankten streng isoliert werden, die Zusammenwohnenden nicht in die Schule gehen, wenn nach Abklingen der Krankheit nicht nur der Kranke, die Lokalität, sondern auch die Kleider und Bücher desinfiziert werden, so ist durch die kurze Schulsperre nicht nur dem Sanitätswesen ein großer Dienst geleistet, sondern auch dem Schulwesen. Verfasser beantragt nun, daß 1. durch die genauere Kenntnis der Inkubationsperiode in dieser Richtung genauere Daten gesammelt werden sollen, 2. daß die eben besprochene Art und Weise der Schulsperre im ganzen Lande konform durchgeführt und dies auch entsprechend durch die Gesetzgebung gesichert werden soll.

A. Alpar-Alexandria.

Das Megalerythema epidemicum; die Grobflecken, von PLACHTZ - Berlin. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) Diese epidemisch auftretende Kinderkrankheit, die Verfasser bei drei Geschwistern beobachtete, charakterisiert sich bei absolutem Wohlbefinden durch das Auftreten großer roter oder Erythemflecke mit ödematösem Zentrum und rotem Rande, die nach kurzer Zeit, ohne Beschwerden zu machen, spontan zur Norm zurückkehren. In der Literatur hat sich neben TSOHAMEE, GUMPOVICZ, TOBELTZ vor allem STICKER mit dem Leiden beschäftigt, welcher letzterer über 45 Fälle berichtet, die er als Erythema infectiosum bezeichnet und die scheinbar mit obigen Fällen identisch sind. Nach STICKERS Veröffentlichung wurde die Krankheit ferner von TRIPKE und FREILICHENFELD beobachtet. Sie existiert unter verschiedenen Namen: 1. örtliche Röteln, 2. Erythema infectiosum, 3. Erythema infectiosum febrile seu afebrile, 4. Erythema simplex marginatum, und 5. Megalerythema epidermicum, welche letzteren Namen Verfasser vorschlägt. P. bespricht dann die Differentialdiagnose gegen Pityriasis rosea, Erythema exsudativum multiforme usw. Die Prognose ist natürlich absolut günstig, Therapie ist unnötig.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Behandlung der Streptokokken mit Antistreptokokkenserum, von ARTHUR HIRSCH. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 43 und 44.) Verfasser hatte Gelegenheit, eine Reihe schwerer Scharlachfälle mit Antistreptokokkenserum zu behandeln, und zieht folgende Schlüsse:

1. Schwere Scharlachfälle werden meist durch Streptokokkeninfektion bedingt.
2. Sobald die Diagnose der Streptokokkeninfektion festgestellt ist, ist die pathogenetische Therapie mit einer entsprechenden Menge von Antistreptokokkenserum einzuleiten.

3. Von den bisher zur Verwendung gekommenen Serumarten ist bis jetzt das nach MARMOREKS Prinzip hergestellte Serum allen anderen Präparaten vorzuziehen.

4. Die Injektion des MARMOREKSochen Antiserums ist quoad vitam immer unschädlich.

5. Falls im Verlauf von 12—24 Stunden nach der ersten Injektion von 10 bis 20 ccm kein deutlicher Heilerfolg zu konstatieren ist, müssen der Intensität der Krankheit entsprechend grössere Dosen injiziert werden.

6. Der Abfall der Körpertemperatur nach der ersten Injektion ist noch kein genügendes Kriterium für die Abnahme der Streptokokkenvergiftung (LANDOUZY). Es muß besonders auch die Herzstätigkeit, der Puls, die Respiration und das Allgemeinbefinden in Betracht gezogen werden, um ein Urteil darüber zu gewinnen, ob die Initialdosis eine genügende war.

7. (Es wäre theoretisch interessant und praktisch vielleicht von großer Bedeutung, wenn in Heilanstalten für Lungenkranke diejenigen Formen der Mischinfektion, in denen viel Streptokokken im Sputum nachgewiesen werden, einer systematischen Antiserumbehandlung unterworfen würden.)
A. Loewald-Kohmar.

Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach, mit besonderer Berücksichtigung der Blutuntersuchung, von GEORG JOCHMANN-Breslau. (*Mittel a. d. Hamb. Staatskrankenanst. Jan. 1904. Leopold Voss.*) In einer sehr umfangreichen Arbeit veröffentlicht Verfasser seine Resultate, die seine Untersuchungen am Eppendorfer Krankenhause erzielten. Er machte erst bakteriologische Blutuntersuchungen an 161 lebenden Scharlachkranken. Dabei fand er:

1. In einer mäßigen Zahl von Fällen in 15,5% sind während des Lebens im Blut der Scharlachkranken Streptokokken nachweisbar, und zwar *Streptococcus pyogenes erysipelatos*.

2. Streptokokken fanden sich niemals auf der Höhe des Exanthems am ersten oder zweiten Tage während des Lebens im Blute.

3. Das klinische Bild derjenigen Kinder, welche Streptokokken im Blute hatten, unterschied sich nicht von dem Aussehen schwer erkrankter Scharlachfälle ohne Streptokokken.

4. In foudroyanten Fällen fand er niemals während des Lebens Streptokokken im Blute.

5. Die Prognose der Fälle mit Streptokokkenbefund ist fast absolut letal.

6. Abzüglich der an Scharlachnephritis zugrunde gegangenen Kinder hatten von den im Laufe der Scharlacherkrankung sterbenden Kindern etwa 50% kurz vor dem Tode Streptokokken im Blute.

7. Die Menge der im Blute gefundenen Streptokokken ist meist eine verhältnismäßig geringe im Vergleich zur Zahl der im Leichenblut gefundenen Keime.

8. Es hat den Anschein, als hätten die Streptokokken die Fähigkeit, sich im lebenden Blute zu vermehren.

9. Die Einschwemmung der Streptokokken ins Blut bei Scharlach gehört nicht notwendig zum Bilde der Scharlacherkrankung.

Die Untersuchungen an Scharlachleichen bezogen sich auf 70 Fälle. Es zeigte sich, daß die Streptokokken nicht imstande sind, post mortem von bestimmten Depots aus in die Blutbahn einzudringen; einmal in die Blutbahn gelangt, vermögen sie sich nach dem Tode aber rasch zu vermehren. In 16 Fällen war der Blutbefund negativ, von diesen hatten elf Tonsillitis necroticans, drei starben an Nephritis, einer hatte geschwollene Tonsillen, einer keine Streptokokken auf den Tonsillen. Die Tonsillen hatten stets Streptokokken. Die Befunde des Knochenmarks entsprachen dem Blutbefunde; wenn letzteres Streptokokken enthielt, so waren dieselben auch im Knochen-

mark; fast ebenso war es bei der Milz, nur zweimal waren in der Milz keine Pilze zu finden, trotzdem welche im Blute waren; genau so war es mit der Niere. Es ist in vielen Fällen, wegen der Abwesenheit reaktiver Entzündungserscheinungen am Nierengewebe wahrscheinlich, daß die Streptokokken erst in der Agonie eingeschwemmt sind. Die Entstehung der eigentlichen Scharlachnephritis durch eine Streptokokkeninvasion ist keineswegs in allen Fällen erwiesen, vielmehr kommt eine beträchtliche Anzahl von Fällen vor, bei denen der anatomische und bakteriologische Befund es in hohem Grade wahrscheinlich macht, daß diese Nephritis weder mit einer lokal in der Niere entfalteten Tätigkeit der Streptokokken noch etwa mit einer Toxinwirkung derselben etwas zu tun hat. Eine große Reihe von Nephritsfällen aus der dritten Scharlachwoche ist wahrscheinlich nicht durch Streptokokkenwirkung bedingt.

Jedenfalls haben die Untersuchungen ergeben, daß die Streptokokkeninfektion bei der Scharlacherkrankung eine sehr bedeutsame Rolle spielt, so bedeutsam, daß im Vergleich mit ihr der eigentliche Scharlachprozeß oft ganz in den Hintergrund tritt, aber für die Annahme einer ätiologischen Bedeutung der Streptokokken beim Scharlach ist ein sicherer Anhalt nicht zu gewinnen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Untersuchungen über die Quelle der Scharlachinfektion und deren Bedeutung für die Krankenhausbehandlung, von R. E. LAUDER-Southampton. (*Lancet*. 12. März 1904.) An einem größeren Hospital für Infektionskrankheiten hat Verfasser seit einem Jahr seine Ansicht, daß die Übertragung des Scharlachkontagiums nicht an der Schuppenbildung, sondern an den Sekreten aus Nase und Ohren haften, praktisch erprobt, indem er die Patienten, deren Zustand sonst dies gestattete, am 28. Tage der Hospitalbehandlung nach Hause entließ, einerlei, ob sie noch abschilferten oder nicht. Unter 204 noch im Stadium desquamationis entlassenen Fällen waren nur zwei, bei denen allenfalls eine Übertragung angenommen werden konnte, während unter 88 Fällen, die Komplikationen aufgewiesen hatten, fünfmal eine Übertragung stattgefunden zu haben scheint. Verfasser ist fest überzeugt, daß die Abschuppung kein Kriterium der Infektiosität bildet. *Philippi-Bad Salschürf.*

Über Gewichtsveränderungen im Verlauf des Scharlachfiebers, von GARNIER und SARAKANU. (*Presse méd.* 1904. Nr. 24.) Während der ersten Tage der Scarlatina bleibt das Körpergewicht gleich oder steigt höchst unmerklich. Im Moment des Fieberabfalls sinkt es rapid um mehrere Kilogramme. Solange der Kranke Milchdiät einhält, bleibt das Gewicht auf seinem Minimum stationär. Sobald wieder andere Ernährung einsetzt, tritt sogleich eine merkliche Steigerung des Gewichts ein, das bald, nach einigen Tagen sogar, die anfängliche Höhe übersteigt. Das dauert an bis zum Beginn der dritten Woche. *Hopf-Dresden.*

Scharlachfieber, von WILLIAM L. BAUM-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Okt. 1903.) Der Aufsatz enthält nichts Neues. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Behandlung des Scharlachfiebers, seiner Komplikationen und Folgen, von H. M. McCLEANHAN-Omaha. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. Juli 1903.) Den größten Wert legt Verfasser bei Behandlung aller, auch der leichten Scharlachfälle auf die mindestens vier Wochen lange Durchführung flüssiger Diät. Zur Verhütung von Nierenkomplikationen ist sie neben der Bettruhe das sicherste Mittel. Hobes Fieber wird am zweckmäßigsten durch hydrotherapeutische Maßnahmen bekämpft, Priesnitzumschläge oder kühle Bäder. In den leichten Fällen genügt für die Mundpflege ein mildes antiseptisches Gurgelwasser, bei septischem Scharlach empfiehlt Verfasser mehrmals täglich zu wiederholende Irrigationen von Rachen und Nasopharynx mit warmer Salzlösung, bei fötider Absonderung mit übermangansaurem Kalium. Zur Beschleunigung der Desquamation und um die Infektion des Raumes zu verringern, läßt Verfasser den Körper einfetten oder einölen. Gegen das Jucken verwendet er 1%ige

Karbolsalben oder Waschungen mit Bleiessig. Nach Aufhören des Fiebers soll täglich ein warmes Bad genommen und die Haut mit Seife abgewaschen werden. In Laienkreisen herrscht noch vielfach Abneigung gegen die Anwendung hydrotherapeutischer Maßnahmen; sie ist aber durchaus unberechtigt und muß entschieden bekämpft werden. — Die Behandlung der übrigen Komplikationen des Scharlachs durch den Verfasser bietet nichts Bemerkenswertes.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Serumtherapie des Scharlachs, von HEUBNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschrift*. 1904. Nr. 14.) In der Sitzung vom 25. Juni 1903 der Gesellschaft der Charité-Ärzte berichtet H. über die Serumbehandlung des Scharlachs. Er versuchte drei Sorten von Serum: 1. das von DROUBOW, mit dem acht Fälle behandelt wurden, von denen vier tödlich verliefen und bei den anderen kein besonderer Erfolg erreicht wurde; es handelte sich nur um schwere Fälle. 2. Das MOSERSche Serum wurde in vier Fällen angewandt, der Erfolg war auch nicht befriedigend. 3. Das MENZERSche Serum wurde in sechs Fällen angewandt und beeinflusste den Gesamtverlauf in gewisser Weise, indem es das Fieber günstig beeinflusste, aber sehr wertvoll ist es auch noch nicht. Ein abschließendes Urteil kann HEUBNER noch nicht fällen. In der Diskussion bemerkt SCHAPER, daß das Pestserum auch einen Temperaturabfall zur Folge hat. MENZER meint, das Streptokokkenserum ist im Beginne einer schweren Erkrankung empfehlenswert, in verschleppten eitrigen Fällen ist es nutzlos.

Bernhard Schulze-Kiel.

Meine Erfahrungen mit dem Moserschen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum, von JOHANN V. BÓKAY-Budapest. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) Verfasser hat das MOSERSche Serum in zwölf schweren Scharlachfällen injiziert und spricht sich über die Wirkung sehr günstig aus. Das Allgemeinbefinden wird in auffallender Weise beeinflusst, die Temperatur geht innerhalb 24 Stunden sehr erheblich herunter, stets ohne Kollapserscheinungen, dementsprechend vermindert sich auch die Pulsfrequenz und bessert sich die Qualität des Pulses, die schweren Gehirnerscheinungen schwinden sehr rasch. Das schon entwickelte Exanthem bläst rasch ab, das erst in der Entwicklung begriffene verläuft auffallend mild; auch der Charakter des Ausschlags wird beeinflusst, „indem das ausgesprochen varigierte Exanthem oder der dunkelrote papulöse Hautausschlag schon nach 24, eventuell 48 Stunden in einen normalen punktförmigen und mehr blassen Ausschlag verwandelt wird“. Der nekrotische Prozeß im Rachen verbreitet sich weniger rasch und dringt weniger tief. — Von Nebenwirkungen sah Verfasser einmal Absceßbildung an der Injektionsstelle, in sieben Fällen Serumexantheme von der Form der Urticaria und des Erythema multiforme, aber auch rubeolaähnlich und scarlatiniform; in einem Falle traten die verschiedenen Exanthemformen nacheinander auf. Eine schädliche Einwirkung auf die Nieren wurde in keinem Falle beobachtet. Nach diesen Erfahrungen ist Verfasser geneigt, mit MOSER und ESCHERICH anzunehmen, daß MOSERS Serum auf den Verlauf des Scharlachs eine antitoxische Wirkung ausübt.

A. Loewald-Kolmar.

Die Verwendung von Antistreptokokkenserum zur Behandlung von Scarlatina und Diphtherie, von F. P. MACKIE-Sikkim. (*Lancet*. 20. Febr. 1904.) Im Hospital für infektiöse Krankheiten zu Bristol hat Verfasser in 1½ Jahren 950 Fälle von Scharlach mit einer Mortalität von 2,25% behandelt. Bei 22 Scharlachkranken und bei fünf Diphtheriekranken wurde das Serum angewandt, bei letzteren im Verein mit Diphtherie-Antitoxin. Die Resultate waren in Anbetracht der Schwere der Fälle befriedigend. Die Berechtigung der Behandlung ergab sich aus dem wiederholt geführten Nachweis von verschiedenen pyogenen Mikroorganismen. Natürlich ist diese Arbeit nur als (schätzenswertes) Material veröffentlicht.

Philippi-Bad Salzschluf.

Das Invasionsstadium der Masern, von R. W. MARDEN. (*Brit. med. Journ.* 26. Dez. 1903.) Mit Inkubationsstadium bezeichnet man den Zeitraum von der Infektion bis zum Ausbruch der Prodromalerscheinungen; mit Invasionsstadium den Zeitraum vom Beginn der Prodromalerscheinungen bis zum Ausbruch der eigentlichen Infektionskrankheit. Die Dauer dieser Stadien wird je nach der Virulenz des infektiösen Agens und der Vitalität der Zellen des erkrankten Individuums eine schwankende sein. Es gibt Fälle mit protrahiertem Invasionsstadium und solche, bei denen das Masernexanthem ohne Prodromalerscheinungen oder fast gleichzeitig mit ihnen zum Ausbruch kommt.

Verfasser beschreibt einige Fälle mit variablem Invasionsstadium. Ob diese Variabilität vom Inkubationsstadium abhängt, ist noch nicht genügend aufgeklärt. PARON nimmt für die milder verlaufenden Masernfälle ein kurzes, für die schwereren ein längeres, 6—8 Tage dauerndes Invasionsstadium an. *C. Berliner-Aachen.*

Das Invasionsstadium der Masern, von E. SMITH. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1904.) Der Verfasser erinnert sich einiger Fälle, bei denen das Masernexanthem fast gleichzeitig mit den Prodromalerscheinungen (Rhinitis, Bronchitis, Conjunctivitis) oder auch ganz ohne dieselben auftrat, das Fieber sich stets innerhalb mäßiger Grenzen hielt, und der Verlauf ein sehr milder war. *C. Berliner-Aachen.*

Bakteriologische Untersuchungen bei der Conjunctivitis acuta, den Masern und der Influenza (Beitrag zum Studium der hämophilen Bazillen), von GIARRÉ und POCCHI. (*La Speriment.* 1903. Heft 5.) Während Masern- und Influenzaepidemien, besonders bei größeren Ansammlungen von Patienten, sind häufig akute epidemische Conjunctividen mit dem Bacillus haemophilus beobachtet worden, und zwar bei sonst gesunden Individuen, welche mit den betreffenden Masern- oder Influenzapatienten in Berührung gekommen waren. Der Bacillus haemophilus wurde nun auf der Schleimhaut der Mundhöhle, der Nase, der Bronchien, in gewissen schweren Fällen im serofibrinösen und eitrigen Exsudate der serösen Häute bei Masern und Influenza, seltener bei der Bronchopneumonie der Kinder und anderen Infektionskrankheiten, ausnahmsweise auf der gesunden Conjunctiva nachgewiesen. Morphologische oder biologische Unterschiede zwischen diesen verschiedenen hämophilen Bazillen (Masern, Influenza, Conjunctivitis, normale Schleimhäute) konnten keine gefunden werden, und vielleicht handelt es sich nur um einen Unterschied in der Virulenz, wobei der Bacillus der Conjunctivitis der am wenigsten virulente wäre. *C. Müller-Genf.*

Hyperpyrexie bei Masern, von C. E. STOKES. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1904.) Während einer Epidemie erkrankte ein neun Monate altes Kind an Masern. Einen Tag, nachdem das Exanthem zum Vorschein gekommen war, wurde das Kind komatös. Die Körpertemperatur betrug 43° C. Irgend eine Komplikation konnte nicht konstatiert werden. Trotz aller Anstrengungen, die Temperatur herabzusetzen, starb das Kind am Nachmittage desselben Tages, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von ungewöhnlich schweren Masern bei einem Erwachsenen; zweite Attacke, von J. J. BURGESS. (*Dublin Journ.* April 1903.) Eine 30jährige Dame, welche ihre zwei an Masern erkrankten Kinder pflegte, erkrankte am neunten Tage nach Beginn des ersten Ausschlags mit Schmerzen im Rachen, Kopfschmerz, Fieber, trockenem Husten, anhaltendem Erbrechen und Schlaflosigkeit. Am dritten Tage trat ein mahagonibrauner Ausschlag, der sich sehr langsam weiter ausbreitete, hervor. Im weiteren Verlauf war neben Hyperpyrexie Anurie eine bedrohliche Komplikation bei hoher Pulsfrequenz. Therapeutisch erwies sich Natrium benzoicum (0,9 in heißem Wasser) nebst heißen Einpackungen als das wirksamste. Genesung.

Philippi-Bad Salzschirf.

Noch etwas über Masern, von TH. HAAREMA TREESLING. (*Nederl. Weekbl. Geneesk.* 1908. 26.) Es handelt sich um die Masernepidemie, welche im Jahre 1908 während 120 Tagen in Winschoten und Umgebung geherrscht hat und wobei 700 Kinder erkrankten. Die Zahl der Todesfälle betrug 44 (19 Knaben, 25 Mädchen), wobei es sich wiederum zeigte, daß das weibliche Geschlecht der Seuche gegenüber weniger widerstandsfähig war. Was die Möglichkeit einer mehrmaligen Erkrankung an Masern anbelangt, so hat er zwar derartige Fälle beobachtet, erklärt aber, daß es nach seiner Beobachtung nur dann geschieht, wenn die erste Erkrankung eine ausnahmsweise leichte war. Den charakteristischen Maserngeruch, der von VIBOROV, v. MEHRING usw. angedeutet wird, hat auch Verfasser stets angetroffen und hält ihn für charakteristisch. Fälle von indirekter Übertragung des Exanthems, d. h. durch Personen, die selbst nicht erkranken, sind vorgekommen, wenigstens scheint ein vom Verfasser angegebener Fall hierfür zu sprechen, während eine derartige Übertragung von anderen Autoren geleugnet wurde. Von Winschoten wurde sodann die Epidemie weiter verbreitet und dauerte im ganzen bis in den Dezember hinein. Es sind früher in Holland so schwere und ausgebreitete Masernepidemien beobachtet worden, daß die strengsten prophylaktischen Maßnahmen in Anwendung gebracht werden mußten. (Schließen aller Schulen, Verbot der Jahrmärkte, strengste Isolierung.)

C. Müller-Genf.

Verschiedenes.

Die Notwendigkeit der Ausbildung der praktischen Ärzte in der Diagnose und Therapie der venerischen Krankheiten, von ALBERT NUNSEN - Breslau. (*Die med. Woche.* V. Nr. 15.) N. wendet sich gegen die Auffassung, daß die Behandlung der Geschlechtskrankheiten Sache der Spezialisten sei. Im Gegenteil: es gibt kaum eine Krankheitsgruppe, für deren Bekämpfung die Tätigkeit aller Ärzte so unentbehrlich ist, wie die Geschlechtskrankheiten. Es ist daher die Einfügung des Gebietes der Geschlechtskrankheiten in die Prüfungsordnung absolut notwendig, denn kein Mediziner dürfte die Universität verlassen, der nicht gelernt hat, den Tripper bei Mann und Weib sachgemäß zu behandeln, und der nicht die Lehre von der Syphilis soweit beherrscht, daß er die gewöhnlichen Diagnosen stellen, die Ansteckungsfähigkeit und die Gefährlichkeit eines einzelnen Kranken in den verschiedenen Stadien der Krankheit beurteilen und die verschiedenen Behandlungsmethoden gut handhaben könnte. Wenn alle Mediziner derart vorgebildet wären, dann wäre der wichtigste Schritt in der Bekämpfung der venerischen Krankheiten getan. Auch empfiehlt sich eine Form der Spezialapprobation für Spezialärzte, um die Berechtigung zu haben, sich Spezialarzt zu nennen. (Sehr richtig! D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Kasuistische Beiträge zur Ätiologie der Lipomatose und zur Säurebehandlung des Pruritus nach LEO, von F. KÖHLER - Holsterhausen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 16.) Ein Fall von Lipomatose, der insofern Interesse bietet, als unter dem Einflusse einer ungewohnten gesteigerten, übrigens gemischten Ernährung eine multiple Lipombildung entstand, die bei der Rückkehr in die gewohnten Verhältnisse mit reduzierter Ernährung sich langsam zurückbildete. Ferner ein Fall von leichter Lungentuberkulose, bei dem über unausstehliches tägliches und nächtliches Jucken auf der ganzen Haut von dem Kranken geklagt wurde. Verfasser gab nach LEOS Vorschlag Acid. sulfur. 3 : 200 zweistündlich eßlöffelweise. Der Erfolg war eklatant.

Bernhard Schulze-Kiel.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien.
(Professor Dr. ERNST FINGER.)

Multiple neurotische Hautgangrän.

Von

Dr. ALFRED BRANDWEINER,
I. Assistent der Klinik.

(Mit zwei Abbildungen.)

Unter dem Namen „Eine eigentümliche Form von Zoster“ teilte KAPOSI¹ im Jahre 1874 einen Fall mit, bei dem sich einem Panaritium des rechten Mittelfingers eine in Gangrän ausgehende Bläschenaffektion anschloß. Dieselbe erschien anfangs am Vorder- und Oberarm derselben Seite, ergriff dann den Rücken, überschritt später die Mittellinie und manifestierte sich als Zoster cervico-brachialis sinister. Es erfolgten 13 Rezidive in verschiedenen Nervengebieten. Immer erschienen circinnär gestellte Bläschen, deren Grund gangränös wurde. Die brandigen Partien vertrockneten dann zu braunroten bis schwarzen Schorfen. Mit diesem Fall identifizierte KAPOSI vier Fälle, welche er 1889 unter dem Titel² „Über atypischen Zoster gangraenosus und Zoster hystericus“ beschrieb.

Der erste betraf eine 27jährige Patientin, bei der kein Stigma für Hysterie gefunden wurde. „Über dem äußeren oberen Quadranten der rechten Brustdrüse eine von außen oben nach innen unten streichende, bis 8 cm lange und 1—1½ cm breite, unregelmäßig zackig und scharf begrenzte Verfärbung der Haut ins Schwarzbraune bis Braungelb und Grünbraune, welche sich als eine Verschorfung der obersten Hautschichten darstellt. Der Schorf war etwas unter das Hautniveau der Umgebung eingesunken und bei genauerer Besichtigung aus linsengroßen und kleineren scheibenförmigen Verschorfungen zusammengesetzt, wobei die Centra der einzelnen Felder sich als die dunkelsten und meist eingesunkenen erkennen ließen. Nach oben und innen davon zerstreut viele stecknadelkopf- und linsengroße, flache, fahlgelbe, eintrocknende Bläschen mit zentralen, schwarzgrün verfärbten und unter das Niveau gesunkenen Zentren. An der unteren Fläche der linken Mamma ein nach Ablösung

¹ Wiener med. Wochenschr., 1874, 1875, 1876, 1877.

² Archiv f. Derm. u. Syph., 1889, S. 561.

eines wie beschriebenen Schorfes zutage liegender, 3 cm langer und 1 cm breiter, mit scharf abgesetzten Rändern versehener, an den Rändern seichter, gegen die Mitte bis ins tiefste Corium reichender, lebhaft eiternder Substanzverlust. Unter dem linken Rippenbogen, über dem Fundus des Magens, innerhalb eines von rechts nach links 10 cm, von oben nach unten 4 cm messenden ovalen Herdes die Haut geschwellt, quaddelartig hervorgetrieben, ödematös, an den Randpartien des Herdes rosenrot injiziert, über der übrigen Fläche durch die unveränderte Epidermis hindurch sichtbar, die tieferen Coriumschichten teils schwarzbraun, teils gelbgrün verschorft. Über den übrigen Partien der Mamma und der Sternalregion, sowie der linksseitigen zweiten bis vierten Rippe zahlreiche mohnkorngroße und auch kleinere blaßrote Epidermidalknötchen und Bläschen, teils disseminiert, meist aber in Gruppen und Haufen, viele darunter in den verschiedenen Stadien der Eintrocknung und Borkchenbildung.“ Die damalige Erkrankung der Patientin war nicht die erste. Sie gab an, seit ihrem 12. Lebensjahre an derartigen Affektionen zu leiden. Die Effloreszenzen trockneten binnen sechs bis acht Tagen ein, die Schorfe wurden lederartig, sanken unter das Niveau der umgebenden Haut, lösten sich von den Rändern her unter Eiterung ab und machten einer mit keloider Narbe ausheilenden, rein granulierenden Wunde Platz.

Im zweiten Fall (15jähriges Mädchen) war eine ganz analoge Affektion in der linken Cubitalbeuge am Vorder- und Oberarm. Um einen granulierenden Substanzverlust teils gruppierte, teils disseminierte mohnkorngroße Bläschen, in deren Nachbarschaft sich drei linsengroße, eintrocknende, flache Bläschen mit zentraler Verschorfung des Coriums befanden. Totale Hemianästhesie und Hemianalgesie linksseits. Sehfeld links bedeutend konzentrisch eingeengt. Heilung der Hautaffektion mit hypertrophischer, derber, keloider Narbe. Vor zwei Jahren ähnliche Affektion der linken Wange, die anfangs für ein Artefakt gehalten wurde.

Die dritte Kranke war eine 24jährige Magd, bei der an der Volarfläche des Vorderarmes zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengroße, flache Bläschen mit zentraler Verschorfung des Coriums sichtbar waren. Sie sind meist in Gruppen gestellt. Außerdem eine 4 cm lange und 1 cm breite und eine kreuzergroße scheibenförmige Verschorfung, die wieder aus kleineren scheibenförmigen Schorfen zusammengesetzt erscheint und in deren Umgebung ein Kranz stecknadelkopfgroßer Bläschen sichtbar ist. In der Ellenbeuge zwei keloide Narben nach einer früheren Eruption.

Der vierte Fall war ein Mann, der an der Volarfläche des linken Vorderarmes eine analoge Affektion aufwies. Über den Verlauf finden sich keine genaueren Angaben.

KAPOSI tritt bereits mit großer Entschiedenheit für die spontane Entstehung des von ihm beobachteten Krankheitsbildes ein. So sehr eine skeptische Beurteilung derartiger Affektionen gewiß schon deshalb am Platze ist, weil es sich ja meistens um neuro- und psychopathische Individuen handelt, gehen manche Beobachter denn doch zu weit, wenn sie alle einschlägigen Fälle als Resultate einer Selbstverstümmelung ansehen. KAPOSI erwähnte bereits, daß das Durchschimmern der tieferen nekrotischen Partien durch die unverletzte Blasendecke bei erhaltenem Blaseninhalt für die Spontaneität der Entstehung beweisend ist.

Wegen der Effloreszenzbildung in Form gruppierter Knötchen und Bläschen der basalen Verschorfung und des cyklischen Verlaufes legt KAPOSI der Affektion den Namen Zoster gangraenosus bei. Allerdings

erwähnt er selbst schon das Auffallende der wiederholten Rezidive und der Doppelseitigkeit. Er verweist auf den eingangs erwähnten Fall aus dem Jahre 1874 und betont, daß in diesem Falle eine volle Kongruenz mit den Nervenverteilungen statthatte, während dieselbe in den späteren Fällen fehlte, weshalb er sie für atypische Zoster-Formen ansieht. Er erklärt die Entstehung der zerstreuten Eruptionen seiner Fälle durch die Annahme einer „zeitweiligen Erkrankung oder Labilität der spinalen und vielleicht auch der cerebralen vasomotorischen Zentren“, wie solche bei Hysterischen beobachtet werden, weshalb er denn auch das Krankheitsbild als *Zoster gangraenosus hystericus* bezeichnet.

KAPOSI erwähnt die 1886 von DOUTRELEPONT³ mitgeteilte Beobachtung und möchte sie von seinen Fällen als „multiple spontane oder neurotische oder hysterische Gangrän“ getrennt sehen. Er führt jedoch in einer Fußnote an, daß DOUTRELEPONT auf dem I. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Prag, Juni 1889, seinen Fall mit denen KAPOSIS identifizierte.

Eine 21jährige Wärterin, die vor einem Jahre wiederholt an hysterischen Krampfanfällen litt, stieß sich eine Nadel unter den Daumnagel. Schon am nächsten Tage traten in der nächsten Nähe der Verletzung gangränöse Plaques auf. Dieselben blieben durch 1½ Monate auf dieselbe Körperseite beschränkt, erschienen nach einem Jahre auch im Gesicht. Zeitweise trat Stillstand der Krankheitserscheinungen auf. Vor jeder Eruption stellte sich eine abendliche Temperatursteigerung ein. Nach vorhergehender leichter Hyperämie, welche jedoch auch fehlen konnte, traten unter Prickeln auf der Haut längliche oder rundliche, weißgraue Plaques auf, die oberflächlich linsengroße gelbliche Flecke unterscheiden ließen. Effloreszenzbildung, wie Knötchen, Pusteln, Bläschen usw., wurden nicht beobachtet. An der Grenze der Plaques entwickelte sich bald eine Demarkationslinie von mehreren Millimetern Breite. Die gangränösen Partien verfärbten sich dann und wurden schließlich abgestoßen. Es resultierten Geschwüre mit anämischen Granulationen, die langsam heilten, oder die Abheilung trat bereits unter dem Schorf ein. Die Gangrän beschränkte sich auf das Cutisgewebe. Die Narben waren teils keloid, teils glatt. An einzelnen Stellen heilte die Affektion ohne Narbenbildung, bloß mit Hinterlassung von Pigmentflecken.

Sublimatüberschläge schienen die Bildung keloider Narben hintanzuhalten.

Die bakteriologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat.

Histologisch erwiesen sich die frischen, größeren Plaques als aus Gruppen kleiner, runder zusammengesetzt. Die Hornschicht war dem Rete Malpighi nur lose adhärent, normal tingibel. Das pathologisch veränderte Rete war blässer tingiert als das umgebende normale, die Grenzen zwischen beiden scharf erkennbar. Die Zellkerne des kranken Gewebes waren blässer, aber noch färbbar. Die Zellen der untersten Reteschicht erschienen wie auseinandergedrängt, ließen zwischen sich schmale durchsichtige Streifen erkennen. In den weiter vorgeschrittenen Stadien des Processes waren die Kerne geschwunden oder an die Zellwand angepresst, das Proto-

³ *Archiv f. Derm. u. Syph.* Über einen Fall von akuter multipler Hautgangrän. 1886 und 1890.

plasma durchsichtig und vacuolisiert. An zwei bis drei Tage alten Plaques war das ganze Epithellager nekrotisch, in ein Balkennetz verwandelt, nach außen von der Hornschicht, nach innen von der kleinzellig infiltrierten Cutis begrenzt. Schon frühzeitig erwiesen sich die Kapillaren der Papillen dilatiert und mit Blutkörperchen angefüllt. Die Gefäße, welche am Längs- und Querschnitt keine Abnormität der einzelnen Wandschichten, nur hier und da Durchsetzung mit Rundzellen zeigten, waren von einem Rundzelleninfiltrat umgeben. Keine Veränderung der Hautnerven, Rundzellenanhäufungen um die Schweiß- und Talgdrüsen.

Obgleich DOUTRELEPONT damals keine Blasenbildung beobachtete, vermutete er dennoch Bläschen als Primäreffloreszenzen des Prozesses, da er wie WEIGERT, UNNA, TOUTON u. a. ähnliche Bilder bei Blasenbildung gesehen hatte und aus den Zeichnungen an der Oberfläche der Plaques, ihren Grenzen, welche häufig ihre Entstehung durch Konfluenz kleiner, runder Effloreszenzen kennzeichneten, solche annehmen zu dürfen glaubte. Deshalb faßte er die Affektion als Herpes zoster gangraenosus auf, bei dem allmählich fast alle Nervenbezirke ergriffen wurden. Die Gangrän kam nach seiner Ansicht der völligen Ausbildung der Blasen zuvor. Er verlegt die Ursache des Zoster in die spinalen und cerebralen (wegen des Auftretens im Gesicht) Zentren und möchte die vorausgehende Verletzung als eventuelle Ursache des Nervenleidens ansehen. Im weiteren Verlauf des Falles, über welchen D. 1889 auf dem Kongress und 1890 im *Arch. f. Derm. u. Syph.* berichtet, traten gruppenweise Bläschen und größere Blasen auf. Nachdem fast die ganze Hautoberfläche befallen war, breitete sich die Affektion auch auf die Schleimhäute (Gaumen, Pharynx, Genitale, Conjunctiva) aus. In der späteren Zeit zeigte die Patientin dann heftige nervöse Symptome, wie Aufregungszustände, in denen sie Möbel zerschlug, Suicidversuche, Herzpalpitationen bei normaler Herzbeschaffenheit. Der Tod trat infolge von Lungentuberkulose ein.

Im gleichen Jahre teilte KOPP⁴ eine nach seinem Dafürhalten mit der vorausgehenden nosologisch zusammengehörige Beobachtung mit.

Bei einer als „nervös“ bezeichneten 25jährigen Patientin kam es zur Bildung gangränöser Plaques, die unter heftigen neuralgischen Schmerzen und prickelndem Gefühl auftraten. Anfangs zeigten die betroffenen Stellen eine blasse Röte, später trat eine weiße Färbung und Empfindungslosigkeit auf. Im Anfang konnte auch eine feinste rosenrote Punktierung an den befallenen Partien bemerkt werden. Mit der nachfolgenden Demarkation und Abstofsung des Schorfes hörten die Neuralgien auf. Die Heilung erfolgte mit schmerzhafter Granulationsbildung, und es resultierten schmerzhaft keloide Narben. Die Erkrankung blieb auf die linke Seite beschränkt. Vor sechs Jahren erlitt die Kranke eine Verbrennung an der linken Hand, die mit keloider Narbenbildung ausheilte.

⁴ Zur Kasuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. *Münch. med. Woche.* 1886. S. 665.

Einen dem DOUTRELEPONTschen klinisch analogen Fall stellte NEUBERGER⁵ auf dem III. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Leipzig vor.

Die Affektion trat bei einer mit Hysterie behafteten Patientin nach einer Verletzung am rechten Mittelfinger, der eine Amputation folgte, auf. Vier Monate blieb die Erkrankung auf Arm und Brust derselben Seite beschränkt und erschien dann erst auf der andern. Die Blasen traten häufig zur Zeit der Menstruation auf. Auch die Schleimhäute wurden von Gangrän befallen. Keloide Narbenbildung wurde gleichfalls beobachtet. Bei der Sektion wurde Syringomyelie konstatiert.

N. betont als Unterschied gegen DOUTRELEPONTs Beobachtung das sofortige Auftreten von Blasen, und gegen KAPOSIs die Kontinuität der Schorfe. In der Diskussion wies NEISSER auf die Unrichtigkeit der Bezeichnung Zoster hin, da ja die Verbreitungsbezirke der Gangrän denen der Nerven nicht entsprächen. Er schlug daher für derartige Krankheitsformen die Bezeichnung „Trophoneurosis“ vor.

1893 beschrieb RIEHL⁶ einen Fall von Gangraena cutis hysterica.

Bei einem 18jährigen hysterischen Mädchen trat an der rechten unteren Extremität Gangrän nach Blasenbildung auf. Wegen Verdachtes auf Selbstverstümmelung wurde ein Occlusivverband angelegt. Auch unter diesem entstanden neue Blasen. Wegen eines gangränösen Schorfes über dem Knie wurde auf der Klinik Albert eine Transplantation nach THIERSCH ausgeführt. Später trat dann an derselben Stelle ein Rezidiv auf.

SINGER⁷ tritt gleichfalls für das spontane Auftreten der Gangrän bei Hysterischen ein.

Während eines hysterischen Anfalles stiefs sich ein 18jähriges Mädchen mehrere Nadeln in den linken Vorderarm. Dieselben wurden chirurgisch entfernt. An einer Inzisionsstelle trat Gangrän auf. Zwei Monate später erschien die Affektion wieder an derselben Stelle. Später trat dann auch über der linken Mamma eine Blase auf, deren Grund gangränös wurde. Auch an dieser Stelle trat dann ein Rezidiv der Gangrän ein.

SINGER nimmt eine Nervenverletzung bei der Operation wegen der kreisförmigen Gestalt des Schorfes als Ursache an.

Er betont, dass die Umgebung der affizierten Stellen immer gerötet sein muss, wenn es sich um Artefacte handelt. Diese periphere Rötung, als Ausdruck der entzündlichen Reaktion, fehlte anfangs immer in seinem Falle.

GAUCHER und BARBE⁸ stellten in der *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* 1895 einen Fall von Pemphigus gangraenosus hystericus vor.

⁵ Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Erg.-Heft, S. 358.

⁶ *Wien. klin. Wochenschr.* 1893. Nr. 46.

⁷ *Wien. med. Presse.* 1893.

⁸ *Annal. de Derm. et Syph.* 1895, S. 27.

Bei einer 56jährigen Näherin, welche deutliche Herabsetzung des Pharynx-reflexes zeigte, traten zeitweise seit zehn Jahren an vereinzelt Hautstellen Blasen auf, welche fast jedesmal gangränös wurden. In der Umgebung der Schorfe Insensibilität für kalt und warm.

JOSEPH⁹ berichtet über einen Fall multipler neurotischer Hautgangrän, von dem er einen zweiten als typischen Herpes zoster gangraenosus trennen will.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 27jährigen Mann, bei dem nach Verätzung mit Schwefelsäure am Handrücken und später nach einer leichten Quetschung am Finger, an den Armen Gangrän auftrat, ohne dafs es vorher zu Rötung, Schwellung oder Bläschenbildung gekommen war. Die Plaques heilten, je nachdem sie mit oder ohne Sublimatumschläge behandelt wurden, mit glatter oder keloider Narbenbildung aus.

Der zweite Fall betraf ein hysterisches Mädchen, bei dem an verschiedenen Stellen der Haut Gruppen von Bläschen entstanden, die in kurzer Zeit gangränös wurden. Gleichzeitig bestand bei der Patientin Nephritis.

JANOVSKY und MOUREK¹⁰ teilen unter dem Titel „Beitrag zur Lehre von der multiplen Hautgangrän“ drei Beobachtungen mit.

I. Eine 17jährige Näherin wurde wegen einer Affektion, die mit Bläschen einherging, auf der Abteilung für Infektionskrankheiten untergebracht. Dasselbst konstatierte man die Entstehung der gangränösen Stellen aus wenig das Hautniveau überragenden Knötchen, deren Umgebung gerötet war. Über einigen solchen erhoben sich Bläschen, die von dünner, eitrig-hämorrhagischer Flüssigkeit erfüllt waren. Diese vertrockneten dann zu schwarzbraunen Schorfen. Keine Angaben über Hysterie.

II. Bei einer 51jährigen Frau, die keine Zeichen einer nervösen oder psychischen Erkrankung darbot, traten auf gerötetem Grunde Knötchen und Bläschen auf. Aus diesen entwickelten sich dann gangränöse Schorfe.

III. Bei einem 44jährigen Mann erschienen papulöse Effloreszenzen, welche ziemlich flach und blaflrot waren, hart-elastische Konsistenz zeigten und einen roten Saum aufwiesen. Dieselben verschwanden entweder mit Hinterlassung einer dunklen Röte und zarter Schuppung, oder sie gingen vom Zentrum aus in Schorfe über, die anfangs blättrig und braun, später schwarzbraun wurden. Bezüglich der Lokalisation konnten keine Prädispositionsstellen konstatiert werden.

Die histologische Untersuchung ergab eine Dilatation der Lymphräume, besonders in den tieferen Schichten des Stratum reticulare, geringere im Stratum papillare. Die papillären und reticulären Blutgefäße waren gleichfalls dilatiert, an manchen Stellen deren Endothel gewuchert. Im Stratum papillare und reticulare streifenförmige Infiltrate um die Gefäße, Knäueldrüsen und Follikel. Außerdem fanden sich solche Infiltrate irregulär zerstreut, besonders im Stratum reticulare. Sie bestanden aus kleinen Rundzellen und epithelioiden Zellen, welche meist in den zentralen Anteilen zu finden waren. An einzelnen Stellen in- und auch auferhalb der Infiltrate Riesenzellen mit randständigen Kernen. Keine Mastzellen. Die Papillen sind breit und flach, ödematös. In den tieferen Schichten stärkeres Ödem. Die Basalzellen waren an manchen Stellen nicht gut kenntlich. Die Entfernung der Retesellen von einander etwas vergrößert; in den tieferen Schichten derselben aus der Pars

⁹ Arch. f. Derm. et Syph., 1896, Bd. 31.

¹⁰ Arch. f. Derm. u. Syph. 1896, Bd. 35.

papillaris eingedrungene Leukocyten. Die Retezellen zeigten mehr runde Gestalt, ihre Stachelung war geschwunden. Ihre Zellkerne groß, granuliert, Kernkörperchen gut gefärbt. Die Hornschicht war verdünnt, zart und zeigte deutliche Schichtung. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes und Sekretes unter den Schorfen ergab ein negatives Resultat. Kein Diabetes. Die Nervenuntersuchung ergab nichts Abnormes.

J. und M. fassen das Krankheitsbild anatomisch nach dem Sitze der Infiltrate als eine aufsteigende Perifolliculitis auf. Durch die klinische Beobachtung war Selbstbeschädigung auszuschließen. Die Gangrän entwickelte sich langsam an den betroffenen Stellen. Die Verteilung der Effloreszenzen stand zu der der peripheren Nerven in keiner Beziehung. Nach der Ansicht der Autoren war die Annahme einer Infektion nicht von der Hand zu weisen, da eine Verletzung durch einen Fliegenstich angeblich der Affektion vorausging. (!)

BAYET¹¹ faßt die in Rede stehende Affektion als Trophoneurose auf.

Ein 19jähriger Bursche, bei dem die Sensibilität auf der linken Körperhälfte aufgehoben und die tiefen Pharynxreflexe erloschen waren, bekam nach einer Verletzung der Hand mit Schwefelsäure gangränöse Plaques an vorher nicht verletzten Stellen der Hand und des Armes. B. beschreibt diese Plaques folgendermaßen: „C'est une escarre brune, superficielle, peu épaisse, à bords nettement découpés. Elle est sèche, sans odeur, sans aréole inflammatoire au poutour. Cette escarre, très superficielle, paraît n'intéresser que l'épiderme ou tout au plus la couche papillaire du derme.“ Bei der Heilung der Geschwüre beobachtete er Unregelmäßigkeiten: Auftreten serosanguinolenter Blasen („analogues aux bulles de pemphigus“). Nach ihrem Bersten tritt eine schwammige, blutende Fläche zutage. Manche Stellen heilten mit Hinterlassung keloider Narben. Nach Applikation einer „rondelle de sparadrap de Vigo“ auf eine normale Hautstelle zeigte sich nichts. Einige Tage später entstand an der Stelle ein Schorf wie die anderen. Die Schorfe entstanden unter Schmerzempfindungen und Sensationen an anfangs ganz normal aussehenden Hautstellen. Dann trat eine rötliche Stichelung der Stelle auf. Unter der Lupe sah man dann die vaskulären Elemente durch die glänzenden Epidermislamellen durchschimmern. Kompression des Nervus medianus des befallenen Armes ergab Schmerzhaftigkeit sowohl an der Druckstelle als auch im Verlauf des Nerven. Nicht jede affizierte Stelle wurde gangränös. Trat jedoch Gangrän ein, dann geschah dies innerhalb zweier Tage. Die Heilung ging sehr langsam vor sich. B. erklärt die Langsamkeit der Heilung als Zeichen gestörter Innervation (auf trophischer Basis).

RENAUT¹² sah bei einem stark nervösen 22jährigen Mann Hautgangrän mit Quaddeln als Primäreffloreszenzen. Die Substanzverluste heilten mit keloiden Narben aus. R. sieht in vasomotorischen Störungen (Pat. zeigte deutlichen Dermographismus) die Ursache der Gangrän.

Multiple neurotische Hautgangrän ohne vorhergehende Bildung von

¹¹ Gangrènes disséminées et successives de la peau d'origine hystérique. *Annales* 1894.

¹² Urticaire gangréneuse. *Annal.* 1890. S. 600.

Primäreffloreszenzen in Form von Blasen, Quaddeln oder Knötchen beobachteten DEJERINE und LEBOIR¹³.

Bei einem 18jährigen Mädchen, das bisweilen an Migräne litt, sonst jedoch keine wahrnehmbaren Zeichen einer nervösen oder psychischen Erkrankung darbot, traten seit drei Jahren an verschiedenen Stellen des Körpers, besonders an den Vorderarmen, im Gesicht und am Halse verschiedene große, gangränöse Stellen auf. Ihrem Erscheinen gingen schmerzhaftes Sensationen und Rötung voraus, denen sich Anästhesie und direkter Übergang in Gangrän in wenigen Stunden anschlossen. Unter Geschwürsbildung stießen sich die Schorfe ab und die Substanzverluste verheilten mit Bildung keloider Narben. Vielfache Behandlung brachte keine Besserung.

D. und L. nehmen eine Perturbation des Nervensystems als Grund der Affektion an und ziehen zu deren Beweis die Sensibilitätsstörungen vor dem Erscheinen der gangränösen Plaques heran. Sie sondern die Krankheitsform von dem akuten Decubitus (für den sie in derselben Studie lokale periphere Nervenveränderungen als Ursache angeben) und von der RAYNAUD'schen Gangrän wegen der abweichenden Lokalisation, Dissemination und des Fehlens der Farbenveränderungen der Haut, kommen jedoch zu dem Schlusse, daß auch diese Gangränform durch periphere Nervenkrankung entstehe. „L'absence de tout phénomène nerveux, paraissant lié à une altération centrale, exclut également l'hypothèse d'une lésion de l'axe encéphalo-médullaire. Nous arrivons donc à supposer, sans pouvoir la prouver d'ailleurs, l'existence d'une lésion primitive siégeant dans les nerfs périphériques.“ Eine mikroskopische Untersuchung des Falles haben D. und L. nicht vorgenommen. Da sie jedoch bei der Untersuchung eines Falles von akutem Decubitus und von Lepra periphere Neuritiden nachweisen zu können glaubten, zogen sie diese Beobachtung gewissermaßen als klinischen Beweis für ihre Behauptung von der Existenz einer peripheren primären Neuritis heran. Als Ursache derselben nehmen sie eine mehr oder weniger vollständige Verminderung des tropischen Einflusses, welchen das Nervensystem auf die Ernährung der Gewebe ausübt, an.

1882 stellte NEUMANN¹⁴ in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien einen Fall von akuter umschriebener Gangrän der Haut vor.

Bei einem 18 Jahre alten anämischen Mädchen ohne deutliche nervöse Symptome bestand das Leiden seit einem halben Jahre. Die ersten gangränösen Plaques erschienen in der Hohlhand, später traten sie über dem Sternum, der Clavicula, an den Armen und am Knie auf. Konstant ging dem Auftreten der Affektion ein starkes Brennen voran, die Haut rötete sich, war leicht eleviert, die Temperatur derselben erhöht. Die Verschorfung ging dann von der Peripherie gegen das Zentrum der befallenen Stelle. Die Gangrän trat innerhalb kurzer Zeit ein. Einmal trat in der Peripherie des Schorfes ein Kranz von Bläschen auf. Die Schorfe stießen sich innerhalb 14 Tagen unter Bildung üppiger Granulationen ab.

¹³ Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur les altérations nerveuses: 1. Dans certains cas de gangrène; 2. Dans la lèpre. *Arch. de physiologie*. 1881. S. 989.

¹⁴ *Anzeiger der k. k. Ges. d. Ärzte in Wien*. 1882. Nr. 29, S. 155.

NEUMANN glaubt, daß es sich um eine vasomotorische Erkrankung handle. Dem Einwurf BILLROTHS und WEINLECHNERS, daß es sich in dem vorliegenden Fall um Artefakte handeln dürfte, begegnete N. durch das negative Resultat der von LUDWIG vorgenommenen chemischen Untersuchung der Schorfe und seine klinische Beobachtung. N. beobachtete das spontane Auftreten der gangränösen Plaques viermal. In der Diskussion wies KAPOSI auf seine bereits in extenso mitgeteilte Beobachtung des Herpes zoster gangraenosus recidivus hin und teilte gleichzeitig den Fall KALB¹⁵, auf welchen wir noch später zurückkommen werden, mit.

„Derselbe betrifft ein Mädchen, dem angeblich eine Säure an die Wange gespritzt war und dadurch Verschorfungen herbeigeführt hatte, aus denen eine keloide Narbe hervorging; später entstanden jedoch ähnliche Insulte am Arm und den Unterextremitäten, und zwar trat anfänglich eine Rötung einer bestimmten Hautstelle ein; 5—10 Minuten später entstanden daselbst schwach erkennbare Blasen, die Cutis sank unter der Epidermis ein, es kam zur Absonderung einer anfänglich klaren Flüssigkeit, welche später sulzig wurde oder zur Platzung der abgehobenen Epidermis führte. Die Cutis erschien dabei grau, ledern, schwer zu durchschneiden. Die Dauer des ganzen Vorganges betrug 1—6 Stunden. Die betreffenden Schorfe wurden später unter Eiterung abgestoßen, worauf Narbenbildung erfolgte. Merkwürdigerweise vermochten in diesem Falle Ätzungen mit Karbolsäure an den geröteten Stellen den Verschorfungsprozess jedesmal in jenem Stadium aufzuhalten; wurde beispielsweise in einer Hälfte einer eben geröteten Stelle geätzt, so stand der Prozess da stille, indes an der anderen Hälfte die Verschorfung weitere Fortschritte machte. Die mit dem Blaseninhalte vorgenommenen Impfungen ergaben an den Impfstellen Verschorfungen.“

In letzter Zeit beschäftigte sich KREIBICH¹⁶ in seiner Studie „Über Hautreflex“ mit der Frage der multiplen neurotischen Hautgangrän. Wenn er auch die Hautgangrän nur als geeignetes Beispiel für seine Ansicht heranzieht, so dürfte es dennoch gestattet sein, in seiner Behauptung von der Omnipotenz des Reflexes eine Erklärung für das Zustandekommen der Gangrän zu sehen, und zwar um so mehr, als K. auf S. 151 sagt: „Zunächst glaube ich, daß die bei Hysterie beschriebenen Hautnekrosen vorwiegend auf dem Wege des Reflexes entstehen.“ Wir haben uns mit KREIBICH'S Versuchen später noch zu beschäftigen. Des klinischen Interesses halber sei hier der Krankheitsfall notiert.

Eine 24jährige hysterische Patientin bekam nach fünf Salizylquecksilberinjektionen um eine Einstichstelle einen zosterähnlichen Ausschlag, aus dem sich graugrüne Schorfe entwickelten. Die Nekrose trat bei intakter Blasendecke auf. Die Affektion wanderte von der Kreuzbeingegend längs des Rückens bis zur Schulterregion hinauf und ergriff dann die oberen Extremitäten, später Mund-, Vulvar- und Vaginalschleimhaut. In verschiedenen langen Pausen traten an verschiedenen Hautstellen gruppierte Hautausschläge auf, welche mannigfache Effloreszenzbildung und dem-

¹⁵ l. c. S. 165.

¹⁶ *Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 6.

entsprechend variablen Verlauf zeigten. Bald zeigten sich nur flüchtige, fleckige Rötungen, bald papulöse Effloreszenzen, die oberflächlich nekrotisierten, dann wieder Bläschen und Blasen mit nekrotisierendem Grund oder polycyclisch begrenzte Schorfe, welche über Nacht auf scheinbar normaler Haut plötzlich auftraten. KREIBICH sah, „dafs sich zwischen Rötung, Blasen- und Schorfbildung ein hochgradig anämisches Odem in Form vollkommen blasser Quaddelbildung einschaltete.“

Auf der Höhe der Quaddeln trat nun entweder sofort oder nach Blasenbildung Nekrose auf. In letzterem Falle wurde zuerst der Blasengrund nekrotisch. Blasen- decke und -inhalt waren meist intakt. Nicht immer kam es zur Gangrän. War die Blasengruppe sehr dicht, so wurden die zentralen Anteile nekrotisch, während das Terrain der umgebenden Bläschen nicht dem Brand anheimfiel. Die Heilung der verschorften Partien erfolgte unter Abtöpfung nach vorausgehender Eiterung. Die Narben nach den Substanzverlusten waren zart, niemals keloid.

Ein kurzer Überblick über diese wichtigsten Beobachtungen ergibt ziemlich grofse Differenzen in bezug auf die klinischen Erscheinungsformen, die pathologisch-anatomischen Details und die Auffassungen über die Ätiologie der multiplen neurotischen Hautgangrän. Während manche Autoren eine Rötung mit oder ohne leichte Stichelung die Affektion einleiten sahen, fehlte dieselbe in manchen Beobachtungen und das scheinbar Primäre war sofort eine allmählich an Intensität zunehmende Mortifikation des Gewebes. In den allermeisten Fällen finden wir zosterähnliche Bläschen als Primäreffloreszenzen, denen Knötchen oder Quaddeln vorausgingen. Auf die Quaddelbildung als Zeichen einer besonders raschen Exsudation legen RENAULT und KREIBICH starkes Gewicht. Im Verlauf finden wir dann im Gegensatz zu den ersten Erscheinungsformen ziemlich übereinstimmende Bilder. Immer handelt es sich um die Setzung von verschiedenfarbigen, bald schmutziggrauen, bald schwarzbraunen Schorfen, die sich unter Eiterung abstiefsen. Gleichzeitig erfolgte die Bildung bald üppiger, bald mehr schlapper Granulationen. Die meist nicht tiefgreifenden Substanzverluste heilten dann mit Hinterlassung glatter oder keloider Narben. Übereinstimmend wird die grofse Neigung der Krankheit zu Nachschüben hervorgehoben, so dafs sich die Dauer des Leidens mit geringen Unterbrechungen, anfallsfreien Intervallen, auf Jahre hinaus erstreckt. Die wenigen histologischen Untersuchungen ergaben nach DOUTRELEPONT frühzeitig schwächere Tingibilität der Retezellen, Auseinanderdrängung der unteren Lagen derselben, in vorgeschrittenerem Stadium Kernschwund und totale Nekrose des Epithellagers, Dilatation der Gefäfse und Rundzellenanhäufungen um diese sowie um Schweifs- und Talgdrüsen. JANOVSKY und MOUREK fanden Dilatation der Lymphräume und Blutgefäfse mit Endothelwucherung, Infiltrate um Gefäfse und Drüsen, aber auch irregulär zerstreut. Innerhalb der Infiltrate waren bisweilen Riesenzellen mit randständigen Kernen anzutreffen. Die Retezellen waren auseinandergedrängt, die Papillen breit und ödematös. Nach dem Sitz der Infiltrate fassen sie die Affektion als aufsteigende Perifolliculitis auf. KREIBICH findet in den

Anfangsstadien des Prozesses dem Herpes zoster völlig analoge Verhältnisse. Die Epithelzellen „stellen mit Eosin schwach gefärbte Schollen dar, in welchen der Kern als blauer Schatten angedeutet ist. Sie sind durch die stürmische Exsudation auseinandergerissen und durcheinandergeworfen“. Die Kerne sind von der Kernhöhle sternförmig zurückgezogen, das Protoplasma erscheint schaumig nekrotisch degeneriert, von lichten Punkten durchsetzt. Die Gefäßwandzellen, besonders aber die die Gefäße umspinnenden Exsudatzellen, sind sehr undeutlich gefärbt. In den Gefäßen sieht man Schatten von roten Blutkörperchen, zerfallene Blutkörperchen und ungefärbte Leukocyten. Haartasche und Schweißdrüsenausführungsgang sind in den oberen Partien nekrotisch. In weiter vorgeschrittenen Stadien sind die Veränderungen intensiver, das Epithel ist an manchen Stellen völlig nekrotisch, Nekrose der Papillargefäße, Nekrose der Infiltrate um die Gefäße, der Haartasche, des Schweißdrüsenanges, der Talgdrüsen und Muskel.

Bezüglich der Ätiologie der Erkrankung sind die Meinungen der verschiedenen Beobachter ebenso different, als Hypothesen variabel sind. **KREIBICH** erklärt das Zustandekommen der neurotischen Gangrän auf dem Wege des Reflexes und stützt seine Meinung auf das anatomische Untersuchungsergebnis und seine Versuche, mit denen wir uns später noch zu beschäftigen haben werden. Zunächst wird von fast allen Autoren die neuro- resp. psychopathische Veranlagung der von der Erkrankung befallenen Individuen betont. In manchen Fällen, z. B. **NEUBERGER**, fand sich bei der Sektion Syringomyelie vor. **KAPOSI** nimmt eine temporäre Erkrankung oder Labilität der spinalen und cerebralen vasomotorischen Zentren als Ursache der Affektion an. Ähnlich ist **DOUTRELEPONT**s Auffassung; nur möchte er der vorausgehenden Verletzung am Finger eine ursächliche Rolle für das Zustandekommen des Nervenleidens zusprechen. Bei vielen Autoren finden wir eine derartige geringfügige oder intensive, dem Leiden angeblich vorangehende Verletzung notiert. Meist sind es Nadelstiche, Verbrennungen, Verätzungen u. dgl., welche für die Entstehung der Krankheit verantwortlich gemacht werden. Diese Verletzungen sollen nun nur insofern eine Rolle spielen, als sie die Nervenerkrankung bedingen, in deren Folge dann die Gangrän auftritt. Wir finden hier eine Analogie zu den vielen Beobachtungen, welche dem Trauma auch für das Zustandekommen maligner Tumoren eine recht vage ursächliche Bedeutung zuschreiben. **NEISSER** hält die Affektion für eine Trophoneurose, ebenso **BAYET**, **DEJERNIE** und **LELOIR**. Letztere beiden Autoren suchen in den krankhaften trophoneurotischen Veränderungen den Grund für die Entstehung einer, allerdings hypothetischen, peripheren Neuritis, welche die letzte Ursache des Brandes sein soll. **NEUMANN** und **RENAUT** supponieren wie **KAPOSI** und **DOUTRELEPONT** vasomotorische Störungen, während

JANOVSKY und MOUREK die Möglichkeit einer Infektion (nach Fliegenstich) nicht von der Hand weisen wollen, obwohl die bakteriologische Untersuchung des Blutes und des Sekretes unter den Schorfen negative Resultate ergab. An dieser Stelle sei der von WÄELSCH¹⁷ mitgeteilten Beobachtung gedacht, welche mit der neurotischen Gangrän der Haut schon wegen des klinischen Charakters nichts zu tun hat.

Bei einem Morphinisten kam es im Anschluß an die mit verunreinigter Spritze von diesem selbst vorgenommenen Injektionen an verschiedenen Stellen der Haut zur Bildung von Ulcerationen infolge subcutaner und intramuskulärer Abszesse, aus deren Inhalt W. konstant eine Proteusart in Reinkultur züchten konnte.

Die Seltenheit des Krankheitsbildes, die abweichenden Befunde der histologischen Untersuchung und die Ergebnisse der an der Kranken mit ihrem Einverständnis vorgenommenen Versuche dürften die Mitteilung unseres Falles wohl rechtfertigen.

Krankengeschichte.

Anamnese: F. E., Private, 31 Jahre alt. Patientin war bereits mehrmals in den Landes-Irrenanstalten Wien und Klosterneuburg wegen Epilepsie und Hysterie interniert. Aus den von der Direktion letztgenannter Anstalt in liebenswürdiger Weise übermittelten Protokollen ist folgendes zu entnehmen: Die Hysterie besteht bei der Kranken seit ihrem 13. Lebensjahre. Die Mutter derselben hat 19 mal geboren. Zwei Brüder sind geisteskrank. Der eine befindet sich in der Landes-Irrenanstalt in Ybbs, der andere ist in Amerika gestorben. Mit 19 Jahren stand Patientin zum erstenmal in Anstaltsbehandlung; ein Jahr später wurde sie wieder aufgenommen und nach zwei Monaten auf eine gynäkologische Klinik behufs Vornahme der Ovariectomie (wegen Hysterie) transferiert. Bei ihrer Rückkehr in die Anstalt zeigte sie große Unruhe und Verwirrung. Es traten später wieder Krampfanfälle und psychische Störungen auf. Während fortgesetzter dreijähriger Beobachtung wechselten Perioden hochgradiger Erregung, wobei es sogar zu Selbstbeschädigungsversuchen durch Beißen, Würgen usw. kam, so daß Patientin wiederholt mit der Zwangsjacke bekleidet werden mußte, mit anfallsfreien Zeiten. Gegen die Anfälle wurden Morphium, Chloralhydrat, Narkose usw. verabreicht. Im Juli 1895 wurde Patientin, nachdem über ein halbes Jahr keine Anfälle auftraten, sie sich als über Zeit und Ort orientiert, geordnet und arbeitsam erwies, keine psychischen Abnormitäten an ihr wahrgenommen wurden, geheilt entlassen. Ein halbes Jahr später wurde sie abermals wegen neuerlicher Anfälle interniert und blieb mit kleinen Unterbrechungen über 1¼ Jahr in Anstaltsbehandlung. Während dieser Zeit abermals Selbstbeschädigungsversuche durch Kratzen und Schlagen. Verbände, die ihr wegen Infiltraten nach Injektionen angelegt wurden, versuchte Patientin zu entfernen und die Wunden nach Angabe der Wärterin durch Reiben und Kneten zu irritieren. Eine abermalige Remission der Erscheinungen hatte ihre Entlassung zur Folge. Nach 3½ Jahren wurde sie in die psychiatrische Klinik unter der Diagnose: Psychopathische Veranlagung, konstitutionelle depressive Verstimmung aufgenommen. In den anamnestischen Daten findet sich die Angabe, daß bei der Patientin seit einem Jahre (1900) an beiden Beinen „Fufageschwüre“ bestehen.

¹⁷ Über eine eigentümliche Form multipler infektiöser Hautgangrän. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 39. S. 173.

Diese werden dann im Status praesens als „Hautgummen“ beschrieben. „An verschiedenen Körperteilen Geschwüre von Linsen- bis Guldengröße mit steilen Rändern, speckig belegtem Grunde und von charakteristischer Nierenform. Die meisten an der Vorderfläche der Tibiae, einzelne an der rechten Mamma, der linken Hinterbacke und der Bauchhaut.“ Wegen dieser Geschwüre äußerte die Kranke Selbstmordideen, weshalb sie interniert wurde. Die Anfälle waren zu dieser Zeit selten geworden und sistierten dann für einen Zeitraum völlig. „Unter grauem Pflaster und interner Darreichung von Jodkalium überhäuteten sich die meisten Ulcera sehr rasch.“ Das Fortbestehen der Wahnideen (Suicidversuche) hatte die abermalige Abgabe der Patientin an die Landes-Irrenanstalt zur Folge, in der sie dann ein Jahr blieb. Während dieses Aufenthaltes traten abermals gehäufte hysterische Anfälle sporadisch auf. Gegen das Ende ihres Aufenthaltes erschienen dann wieder „besonders am rechten Unterschenkel ein größeres und mehrere kleine Ulcera, von einem starken Entzündungshof umgeben. An der linken Thoraxseite tritt ein gleiches Ulcus auf. Die Ulcera werden mit grauer Salbe behandelt, doch ohne ersichtlichen Erfolg“. Am 6. Oktober 1902 wurde die Kranke wegen dieser Geschwüre in die Klinik NEUMANN aufgenommen.

Status praesens: Patientin ist mittelgroß, blaß, Panniculus adiposus mäÙig stark entwickelt, Muskulatur schlaff. Innere Organe normal, nur über der linken Lungenspitze leichte Dämpfung und abgeschwächtes Atmungsgeräusch. Abends leichte Temperatursteigerung. Urinbefund ergab quantitativ nicht bestimmbare Spuren von Albumen, sonst keine Abweichung von der Norm.

Nervenstatus (Dr. CARL REITTER):

Gehirnnerven.

1. Weist keine wesentliche Störung auf.
2. Reaktion auf Licht und kousseuall prompt, ebenso auf Akkomodation. Bei stärkster Akkomodation weicht das linke Auge nach außen ab. Pupillen mittelweit, gleich weit.
3. Normal.
4. Intakt.
5. Fadenberührung im Gebiete aller drei Äste prompt geföhlt. Nadelkopf und Nadelspitze überall gut unterschieden. Tiefere und weniger tiefe Stiche werden prompt unterschieden. Schmerzempfindung erhalten. Keine Analgesie. Austrittsstellen des Nerven nicht druckempfindlich. Motorische Portion intakt. (Patientin klagt über anfallsweise auftretenden linksseitigen Kopfschmerz.) Wärme- und Kälteempfindung überall prompt.
6. Frei.
7. Normal.
8. Hörweite und Hörschärfe für Konversations- und Flüstersprache normal.
9. Zunge wird gerade vorgestreckt, ist in allen Bewegungen frei.
10. Normal.
11. Über der ganzen Zunge prompte Unterscheidung von salzig und süß.
12. Normal.

In allen Gelenken freie Beweglichkeit. Grobe motorische Kraft auf der ganzen rechten Seite leicht vermindert. An den oberen Extremitäten kein Tremor. Kein Romberg.

Reflexe.

- Cornealreflex beiderseits etwas vermindert (rechts mehr als links).
 Jochbeinreflex nicht auslösbar.
 Vorderarmperiostreflex beiderseits deutlich (rechts mehr als links).
 Plantarreflex undeutlich.

Bauchdeckenreflex beiderseits undeutlich.
 Tricepssehnenreflex deutlich (rechts stärker als links).
 Patellarsehnenreflex gesteigert (rechts stärker als links).
 Achillessehnenreflex beiderseits deutlich.

Patientin ist über die Lage der Gliedmaßen orientiert. Stereognostischer Sinn vollkommen erhalten.

Oberkörper verhält sich für Fadenberührung ganz normal und beiderseits gleich. Obere Extremitäten vollkommen normal empfindlich. Kopf und Spitze der Nadel werden in den Gebieten des Radialis, Medianus und Ulnaris und der Hautäste am Oberarm vollkommen prompt unterschieden. Wärmeempfindung an den oberen Extremitäten und am Oberkörper intakt. Die Schmerzempfindlichkeit an den oberen Extremitäten und am Oberkörper überall erhalten. Am Abdomen und Rücken taktile Sensibilität auch für Fadenberührung erhalten. Desgleichen an den unteren Extremitäten mit Ausnahme jener Stellen, an denen bereits Gangrän eingetreten ist, längere Zeit besteht, oder, wo die Narben nach dieser noch stark schilfernd sind. An diesen Stellen wird Kopf und Spitze der Nadel nicht mehr unterschieden, nur die Berührung gefühlt. Perimeterbefund normal.

In dem psychischen Verhalten der Kranken wurde außer leichter Reizbarkeit und zeitweiligen Depressionszuständen, als deren Ursache Patientin ihr Hautleiden angibt, nichts Abnormes bemerkt.

Hautbefund: 6. X. 02. Am Genitale nichts Abnormes. Inguinaldrüsen beiderseits multipel erbsengroß. Entsprechend der Linea alba in der Unterbauchgegend eine lineare Operationsnarbe (nach Ovariectomie; seit dieser Zeit [1891] keine Menses). An der Streck- und Beugefläche beider Unterschenkel bis guldengroße, häufig auch niereenförmige Substanzverluste, welche bis in die tieferen Cutisschichten reichen. Diese Substanzverluste weisen leicht kallöse Ränder auf und tragen im Zentrum entweder blutig tingierte Borken oder tief dunkelbraun bis schwarz gefärbte Schorfe, die an der Oberfläche glatt und eben sind, die Follikelöffnungen noch erkennen lassen und ihrer Unterlage fest adhären. Die Umgebung dieser Geschwüre und Schorfe zeigt einen $\frac{1}{2}$ —1 cm breiten hellroten Entzündungshof. Diese Geschwüre und Schorfe sitzen entweder in normaler oder narbig veränderter Haut. Die Narben liegen im Niveau der umgebenden Haut, sind dünn und seidenweich, blaß oder zart rosarot, nirgends pigmentiert. An einzelnen Partien, so über dem Schienbein, über dem rechten Fußgelenk und über dem oberen Ende der Fibula befinden sich Gruppen von hanfkorn- bis über linsengroße Effloreszenzen, welche aus Blasen bestehen. Dieselben sind ziemlich schlaff, die Blasendecke ist dünn, der Inhalt teils klar, teils leicht getrübt. Der Grund der Blasen schimmert grünlich-grau durch die intakte Decke. Die Umgebung zeigt nur bei den größeren Blasen einen schmalen hellroten Entzündungshof. Die Bläschen stehen in Gruppen von fünf bis zehn Effloreszenzen. Sie sind meist in Bogenform angeordnet. Nach Anstich der Bläschen entleert sich die klare oder (bei älteren Effloreszenzen) leicht getrübe Flüssigkeit, und die Blase kollabiert. An der Außenseite der rechten Mamma eine talergroße Gruppe von mehreren in Bogenform aneinandergereihten Geschwüren, die sämtlich von einem schmutzig graugrünen bis dunkelbraunen Schorf bedeckt sind. In der Kleiderfurche links vorne innerhalb der Axillarlinie eine überbohngroße livide Narbe, die glattes Gefüge zeigt und im Niveau der umgebenden Haut liegt. Über dem linken Darmbeinkamm ein bohngroßer Substanzverlust, der üppige, leicht blutende Granulationen aufweist. Über der rechten Spina ossis ilei anterior ein ovaler bohngroßer, gelblich-grüner Schorf mit leicht geröteter Umgebung.

Aus dem Dekursus. 11. X. 02. An der Innenseite des linken Unterschenkels,

in dessen Mitte eine guldengroße Gruppe stechnadelkopf- bis hanfkorngroßer, in Bogen gestellter Bläschen, welche auf vollkommen normaler Haut sitzen. Einige derselben sind bereits geplatzt und der Inhalt derselben zu gelblichen Borken vertrocknet. An Stelle der Blasen über dem oberen Fibulaende, dem Schienbein und über dem rechten Fußgelenk resultieren Geschwüre, mit milchfarbigen Schorfen bedeckt.

14. X. 02. Über der Tibia, in der Mitte des rechten Unterschenkels, eine erbsengroße und mehrere kleinere Blasen mit klarem Inhalt auf vollständig normaler Haut.

15. X. 02. An Stelle der Blasen Geschwüre mit gelbgrünlichem, fest haftendem Belag. Der Belag der übrigen Geschwüre in fast schwarzbraune, fest haftende Schorfe verwandelt, die zum Teil isoliert stehen, zum Teil ihre Konfluenz aus den Geschwüren durch einen wellig konturierten Rand verraten. Die Oberfläche der Schorfe ist glatt, trocken, hornähnlich. An manchen Stellen sind die Follikelmündungen als leicht vertiefte Punkte wahrnehmbar.

21. X. 02. In der linken Unterbauchgegend eine kindsfachhandtellergröße Stelle, die zentral einen etwa kronengroßen graugrünlichen Schorf trägt, an dessen Rändern noch Blasenreste sichtbar sind. In der Umgebung des Schorfes in bogenförmiger Anordnung eingetrocknete Bläschen und hellbraune Borken.

1. XI. 02. In der Umgebung eines alten Schorfes am linken Unterschenkel in halbkreisförmiger Anordnung, dessen Kontur imitierend, hirse Korn- bis erbsengroße wasserklare Bläschen.

3. XI. 02. Die Bläschen zu braunen Schorfen vertrocknet.

5. XI. 02. Das ganze Terrain (zentraler Schorf und randständige Borken) in einen milchfarbigen, graugrünlich belegten, talergroßen Plaque verwandelt. Die alten Schorfe an den übrigen affizierten Hautstellen zum größten Teil abgestoßen. Die Substanzverluste in üppiger Granulation begriffen, zum Teil in Vernarbung.

13. XI. 02. An der Außenfläche des linken Unterschenkels, handbreit über dem Malleolus externus in talergroßer Ausdehnung und bogenförmiger Anordnung hirse- bis hanfkorngroße wasserklare Bläschen auf anscheinend normaler Haut; kein Entzündungshof an der Peripherie der Bläschen. Der Eruption derselben ging ein leichtes Jucken, Prickeln und Brennen voraus.

14. XI. 02. Das ganze Terrain, auf dem die Bläschen bestanden, von einem feuchten, schmutzig grünlichen Belag bedeckt. Keine neuen Effloreszenzen.

16. XI. 02. Der grünliche Belag ist in einen schwarzen Schorf verwandelt, der der Unterlage fest adhärirt und von einem 2 mm breiten hellroten Entzündungshof umgeben ist. An der Streckfläche des rechten Unterschenkels, in dessen Mitte, innerhalb narbiger Hautstellen eine handtellergröße Gruppe linsen- bis kronengroßer schmutzig grünlich belegter Geschwüre. Am oberen Rand der affizierten Stelle eine kleinbohnengroße Blase mit leicht getrübbtem Inhalt. An einer Stelle schimmert bei intakter Blasendecke der grünlich verfärbte Blasenrund durch.

17. XI. 02. An Stelle der Blase ein schwärzlich grüner fest haftender Schorf. Am Rande des großen Plaques hanfkorngroße klare Bläschen auf nicht sichtbar veränderter Haut.

18. XI. 02. An Stelle der frischen Bläschen grünlicher, schmieriger Belag.

19. XI. 02. Der Belag in dunkle Schorfe verwandelt.

24. XI. 02. Am Rücken, links von der Mittellinie, handbreit unter dem Skapularwinkel ein flacher, kindshandtellergroßer Schorf, der in seinem zentralen Anteil durchsichtig glasig erscheint. Man sieht das teils hämorrhagische, teils milchfarbige unterliegende Gewebe deutlich durchscheinen. Die Bänder des etwa 1 mm dicken, trockenen Schorfes zeigen polycyklischen Kontur. An der Peripherie fast kein Entzündungshof.

Links unterhalb dieses Schorfes, in der Kleiderfuroche, sitzen auf ganz zart geröteter Haut in talergroßer Ausdehnung zahlreiche miliäre Bläschen mit klarem, gelblichem Inhalt.

Anlegung eines Uhrglasverbandes (mit Heftpflaster und Kollodium fixiert und mit blauen Binden versichert) um 11 Uhr vormittags.

3 Uhr nachmittags. Bläschen nicht verändert.

8 Uhr abends. Bläschen vergrößert (etwa hanfkorngroß).

25. XI. 02. Morgens. Die Bläschen vertrocknet, an ihrer Stelle gelbrötliche Krusten.

26. XI. 02. Status idem.

27. XI. 02. Morgens. Unter dem Uhrglasverband ein bohnen großes, gelbgrünlich belegtes Geschwür, daneben einige hanfkorngroße, sonst gleich beschaffene.

28. XI. 02. Abnahme des Verbandes. Das gestern beobachtete schmutzig belegte Geschwür und die benachbarten kleineren nicht vergrößert. Am Rande jedoch mehrere kleinlinsengroße grünlich pastös belegte Substanzverluste.

29. XI. 02. Zweifingerbreit über dem oberen Sprunggelenk des linken Fußes außen ein kreuzergroßer grünlicher Schorf, am Rande desselben hanfkorngroße wasserklare Blasen. Über dieser Partie eine kleinbohnen große intakte Blase mit bereits milchfarbig durchschimmerndem Grund. Anlegung eines Uhrglasverbandes.

30. XI. 02. Die früher klaren Bläschen in schmutzig belegte Geschwüre verwandelt.

1. XII. 02. Abnahme des Verbandes. Der Belag der Geschwüre noch nicht zu Schorfen vertrocknet. Die gangränösen Stellen nicht vergrößert.

Die gangränösen Stellen am Rücken, deren Entstehen unter dem Uhrglasverband beobachtet wurde, in trockene Schorfen verwandelt.

Gruppen von Bläschen mit nachfolgender Gangrän traten in den nächsten Tagen noch an verschiedenen Körperstellen, mit Vorliebe jedoch an den Unterschenkeln, entweder auf normaler oder bereits narbiger Haut auf. Während einer leichten Pleuropneumonie mit mäfsigem Fieber traten dann keine neuen Effloreszenzen auf, um später wieder an verschiedenen Körperstellen, vorwiegend jedoch an den Unterschenkeln und am Rücken, zu erscheinen. Nach Abstofsung der nekrotischen Schorfe granulierten die Substanzverluste und verheilten dann nach verschieden langer Zeit (sechs bis acht Wochen) mit flachen Narben, die anfangs rosarote Färbung zeigten, niemals jedoch keloidähnliche Beschaffenheit aufwiesen.

Am 12. Juni 1903 verließ Patientin auf eigenes Verlangen die Klinik. Während ihres Aufenthaltes wurden die nekrotischen Stellen und die granulierenden Substanzverluste antiseptisch (mit Jodoform, Dermatol, Sublimat- und Bleiwasserumschlägen, mit Lapissalben und Zinkpasten) behandelt. Der Ernährungszustand wurde zu bessern gesucht; Patientin erhielt roborierende Diät. Der Versuch einer Arsenotherapie (Verabreichung von 70 Injektionen mit kakodylsaurem Natron täglich eine PRAVAZsche Spritze einer 5%igen wässerigen Lösung) schlug vollkommen fehl, insofern nicht die geringste Änderung im Krankheitsbilde konstatiert werden konnte. Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden mehrmals ganz frische Blasen und bereits gangränöse Stellen exzidiert. Niemals trat an den Exzisionsstellen Gangrän auf. Die Blasen entstanden oft ohne vorausgehende subjektive Symptome. Mitunter ging leichtes Brennen, Prickeln oder Jucken voraus. Das Aufschießen der Blasen ging oft in sehr kurzer Zeit vor sich. Es wurde ihr Entstehen innerhalb eines Zeitraumes von drei Minuten beobachtet. Die Haut zeigte dabei keine deutlichen Veränderungen, bisweilen nur ganz zarte Rötung. Die Gangrän trat immer am Grund der Blase zuerst auf. Manchmal wurde das erste Stadium (Blasenbildung) überhaupt nicht gesehen, sondern

erst die gangränösen Schorfe. Es erklärt sich dies aus dem häufigen Mangel subjektiver Symptome, der raschen Nekrose der Primäreffloreszenzen.

Am 29. Januar d. J. suchte die Kranke abermals die Klinik auf.

Aus dem Status praesens. 29. I. 04. Innere Organe und Harn normal (bis auf Spuren von Albumen). Kruraldrüsen beiderseits leicht geschwollen. An der linken Mamma eine leicht keloide Narbe nach Inzision einer Mastitis. An der Außenseite der rechten Mamma, in der Kleiderfurche einwärts, von der Spina ilei superior anterior und am Rücken links von der Mittellinie bis zum Kreuzbein reichend, atrophische bis kindsfachhandgroße Narben, welche serpiginöse Grenzen und daselbst nur mäßige Pigmentablagerung zeigen. Rechts am Rücken über dem Darmbeinkamm und über dem Trochanter kindsfachhandgroße Substanzverluste, denen gelbgrünliche feuchte oder bräunliche und dann mehr trockene Borken auflagern. Dem untersten Plaque adhärirt ein lederartiger Schorf, der sich aus drei kleineren zusammensetzt. Ein ebensolcher längsovaler doppeltbohnengroßer Schorf links von der Kreuzgegend. Am rechten Vorderarm zwei talergroße Plaques; einer dorsal, einer ulnarwärts. Letzterer teilweise mit kleineren gelbgrünen Schorfen bedeckt. Auf dem dorsal gelegenen haftet ein linsengroßer Schorf. Um sämtliche Plaques ist ein schmaler Entzündungshof wahrnehmbar. Am linken Vorderarm drei lederbraune, trockene Schorfe; einer läßt noch die Hautfollikel als kleine, regelmäßig gestellte Vertiefungen erkennen. An den Unterschenkeln reichliche, konfluierende, zum Teil blasse, zum Teil leicht livide oder rosenrote flache oder atrophische Narben. Zweifingerbreit über dem rechten Malleolus internus ein über talergroßer schwarzbrauner, lederartiger Schorf mit wellig konturierten Grenzen, sonst aber völlig glatt und in der Kontinuität nicht unterbrochen. Ähnliche kleinere Schorfe an der Beugefläche des rechten Unterschenkels über dem Fußgelenk und an der Streckfläche über der Tibia. Viele dieser Schorfe liegen in narbigem Terrain und zeigen einen schmalen Entzündungshof an ihrer Peripherie. In der Mitte des rechten Unterschenkels, an der Beugefläche, ein kindsfachhandgroßer Herd, in dessen Bereich die Haut zart gerötet, zum Teil nässend ist. An einzelnen Stellen sieht man die Epidermis in Falten abgehoben (Reste zerrissener Blasendecken). Im Zentrum des Herdes eine kreuzergroße, grünlich-graue nekrotische Partie. Am lateralen Rand der affizierten Hautstelle sind noch einige kleinerbsengroße intakte Blasen sichtbar, durch deren klaren Inhalt der milchfarbig nekrotische Blasengrund durchschimmert. An der Außenfläche des linken Unterschenkels, ungefähr in dessen Mitte, ein ebensolcher, gleich großer Herd. Ein etwas kleinerer an der Innenfläche und von da nach abwärts vielfach linsen- bis talergroße, serpiginös begrenzte feuchte grünlich-graue oder trockene braunschwarze Schorfe auf normaler oder narbiger Haut.

Aus dem Dekursus. 1. II. Unterhalb des Kinnes ein etwa guldengroßer polycyklisch konturierter schwarzbrauner Schorf, von einem schmalen Entzündungshof umgeben. Am linken Vorderarm zerstreut hirsekorngroße, hellrote, juckende Knötchen, von denen einige ein zentrales Bläschen tragen.

2. II. Die Bläschen am Vorderarm in Eiterpusteln verwandelt. Nirgends Gangrän sichtbar. (Ekzem infolge von Bleiwasserumschlägen auf die gangränösen Stellen des Vorderarmes.)

3. II. Auf der Bauchhaut rechts, in der Cöcalgegend, inmitten narbigveränderter Haut ein bohnengroßer, von einem grünlichen, pastösen, feuchten Schorf bedecktes Geschwür.

5. II. Neuer Plaque im Nacken.

7. II. Am rechten Vorderarm in narbigem Terrain ein guldengroßes von grünlich-gelbem Schorf bedecktes Geschwür.

Die früheren Geschwüre in Reinigung und Granulation begriffen.

9. II. An der Innenfläche des linken Unterschenkels, unteres Drittel, im Bereich alter Narben eine ovale kronengroße und eine hellergroße und in deren Umgebung einzelne kleinere Blasen, welche teilweise erhalten, zum Teil bereits geplatzt sind. Der Grund der Blasen milchfarbig, nekrotisch.

11. II. Am unteren Drittel des rechten Unterschenkels medial in alten Narben und im Bereich bereits bestehender Geschwüre neue Effloreszenzen. Eine mandel-, eine erbsen- und mehrere hanfkorngroße Blasen. Die Decken der größeren schwappend, trübe. Der Inhalt sulzig, von gelatinöser Konsistenz. Beim Anstechen der Blasen entleert sich ein klebriges, ziemlich klares Sekret, der Grund der Blasen nekrotisch.

13. II. Zweifingerbreit oberhalb der rechten Patella, ein grünlich-grau belegtes kronengroßes Geschwür, dessen Umgebung leicht gerötet und nässend ist.

15. II. An der Beugefläche des rechten Unterarmes und der Streckfläche des linken Unterschenkels neue Gruppen, den früher beschriebenen analoger Blasen, Geschwüre und Schorfe. Einzelne der älteren Plaques bereits verheilt. Die Narben sind glatt, rosenschon, unpigmentiert.

16. II. An der Streckfläche des linken Vorderarmes ein neues bohnengroßes, milchfarbig belegtes Geschwür und einige kleinere, mit Borken bedeckt. An der Ulnarseite ein kindshandtellergroßer Herd, der gerötete Haut und dicht gedrängte mohnkorngroße frische Bläschen zeigt. Einige derselben lassen schon nekrotischen Blasengrund erkennen.

17. II. Der zuletzt beschriebene Herd in seiner ganzen Ausdehnung in einen fest haftenden schwarzbraunen Schorf verwandelt. Neue Plaques am Dorsum des rechten Fußes.

19. II. Handbreit unter der rechten Mamma ein guldengroßer Schorf. Peripher davon Bläschen, zum Teil schon nekrotisch.

20. II. In der Mittellinie der Lendengegend eine kindsfachhandgroße lachs-farbene Quaddel, über der sich hirsekorngroße Bläschen erheben.

21. II. Ein Teil der Bläschen gangränös, andere vertrocknet.

22. II. Am rechten Unterschenkel und am linken Vorderarm neue Plaques.

24. II. Über dem rechten Trochanter ein talergroßer Schorf.

Am linken Unterschenkel lateral in alten Narben sechs bis sieben im Halbkreis aneinandergereihte bohnengroße, graugrün belegte Geschwüre, zum Teil noch von Blasenresten bedeckt.

In ähnlicher Weise besteht die Affektion bei der Kranken fort. Es treten immer noch neue Plaques mit dem typischen Verlauf in reichlicher Zahl auf. In letzter Zeit erschienen dieselben auch im Gesicht. Therapeutisch wurde ein Versuch mit Pilocarpininjektionen gemacht, ohne daß eine Änderung im Krankheitsbild bemerkt werden konnte. Ebenso verhielt es sich mit Atropin, das Patientin in Pillenform verabreicht bekam. In allerletzter Zeit wurde Bromkali (bis zu 6 g täglich) verabreicht, gleichfalls ohne jeden Erfolg. Die Substanzverluste und Geschwüre wurden wie früher lokal antiseptisch behandelt.

Fassen wir nun das Krankheitsbild in Kürze zusammen, so sehen wir bei einem neuro-psychopathischen Individuum die Hautaffektion seit vier Jahren mit geringen Unterbrechungen bestehen. Anfangs beschränkte sich das Leiden auf die Unterschenkel; in der späteren Zeit trat es jedoch schon am Rumpf auf. Dann ergriff es die oberen Extremitäten und zuletzt auch das Gesicht. Während der ganzen Zeit traten aber auch an den früher befallenen Hautstellen und häufig auch in den Narben neue

Nachschrübe auf. Der typische Verlauf ist folgender: An einer umschriebenen, meist kreuzer- bis flachhandgroßen Hautstelle beginnt die Affektion bisweilen mit subjektiven Symptomen, die in Jucken, Brennen oder Prickeln bestehen. Mitunter kommt es zur Rötung der betroffenen Partie, dieselbe kann jedoch auch fehlen. Ebenso kann an der affizierten Stelle eine kleinere oder grössere Quaddel erscheinen, auf der sich dann die Bläschen bilden. Dieselben können jedoch auch auf scheinbar vollkommen normaler Haut aufschiefen. Der Zeitraum zwischen dem Auftreten der subjektiven Symptome und dem Erscheinen der Bläschen ist meist sehr kurz (es wurde das Aufschiefen der Bläschen schon nach drei Minuten beobachtet). Mitunter ist die ganze affizierte Hautstelle annähernd gleichmäßig mit Bläschen besetzt, manchmal stehen dieselben in Bogenform aneinandergereiht. Öfter sieht man um eine zentrale, erkrankte Partie einen Kranz von Bläschen, die von derselben durch einen schmalen Streifen scheinbar normaler Haut getrennt sind. Die Bläschen sind anfangs mohn- bis hanfkorngröfs. Durch Konfluenz derselben entstehen bohngroße Blasen und selbst grössere. Sie zeigen keinen reaktiven Entzündungshof in ihrer Umgebung. Sehr rasch, innerhalb weniger Stunden, beginnt nun die Gangrän, die immer zuerst am Blasengrund erscheint. Derselbe schimmert durch den meist noch klaren Blaseninhalt und die erhaltene Blasendecke grünlich-milsfarbig durch. Meistens wird die ganze affizierte Hautstelle gangränös, der Schorf ist in den ersten Tagen feucht, pastös, graugrün; er ist fast immer zusammenhängend und verrät seine Entstehung aus den konfluierten Effloreszenzen nur durch seine wellig konturierte Peripherie. Mit zunehmender Vertrocknung (nach Einreisen der Blasendecken und Verdunstung des Blaseninhaltes) nimmt der Schorf eine trockene, lederartige Konsistenz und dunklere (bis schwarze) Farbentöne an. Entsteht der Schorf in besonders kurzer Zeit, so hat er oft ein glasartiges Exterieur. Seine Oberfläche ist vollkommen eben, trocken und hart, man erkennt die Follikel der Haut als kleine Vertiefungen. Bisweilen schimmern die Blutgefäße als braunrote Stränge durch. In der Umgebung des Schorfes gewahrt man einen schmalen hellroten Entzündungshof, der mit zunehmendem Alter des Schorfes deutlicher und breiter wird. Innerhalb mehrerer (vier bis sechs) Wochen wird nun der Schorf unter Eiterung und Granulationsbildung abgestofsen. Die Granulationen haben normales Aussehen. Die Überhäutung erfolgt vom Rande her. Die Narben sind anfangs ziemlich reichlich vaskularisiert, daher rosenrot. Sie sind glatt, von weichem Gefüge, nicht hypertrophisch, nicht keloidähnlich.

Die subjektiven Symptome des Leidens beschränken sich, wenn man von den initialen absieht, blofs auf jene Beschwerden, welche durch die reaktive Entzündung um die Schorfe, besonders während ihrer Abstofung,

entstehen. Bisweilen trat unter Fiebertemperatur Schwellung der Lymphgefäße und Rötung der Haut über denselben auf. Daß derartige, durch Sekundärinfektion entstandene Lymphangioiden und Lymphadenitiden dann mit größeren Schmerzen einhergingen, braucht wohl nicht erst hervorgehoben zu werden.

Das Leiden nahm im Verlauf der Jahre an Intensität und Extensität zu, insofern die Krankheit, wie bereits erwähnt, an den verschiedensten Körperstellen auftrat, während sie sich früher auf die Unterschenkel beschränkte, und indem die einzelnen Plaques an Größe zunahmen. Die

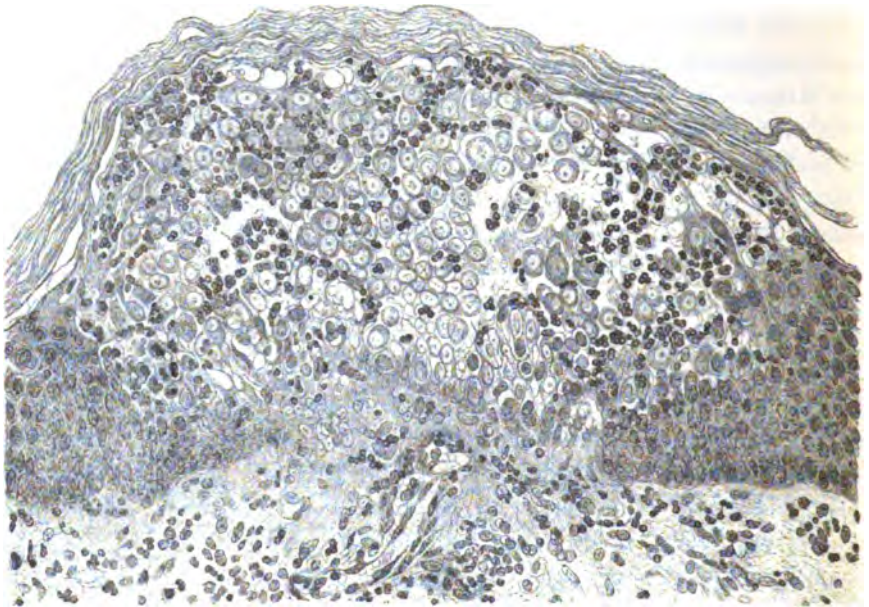


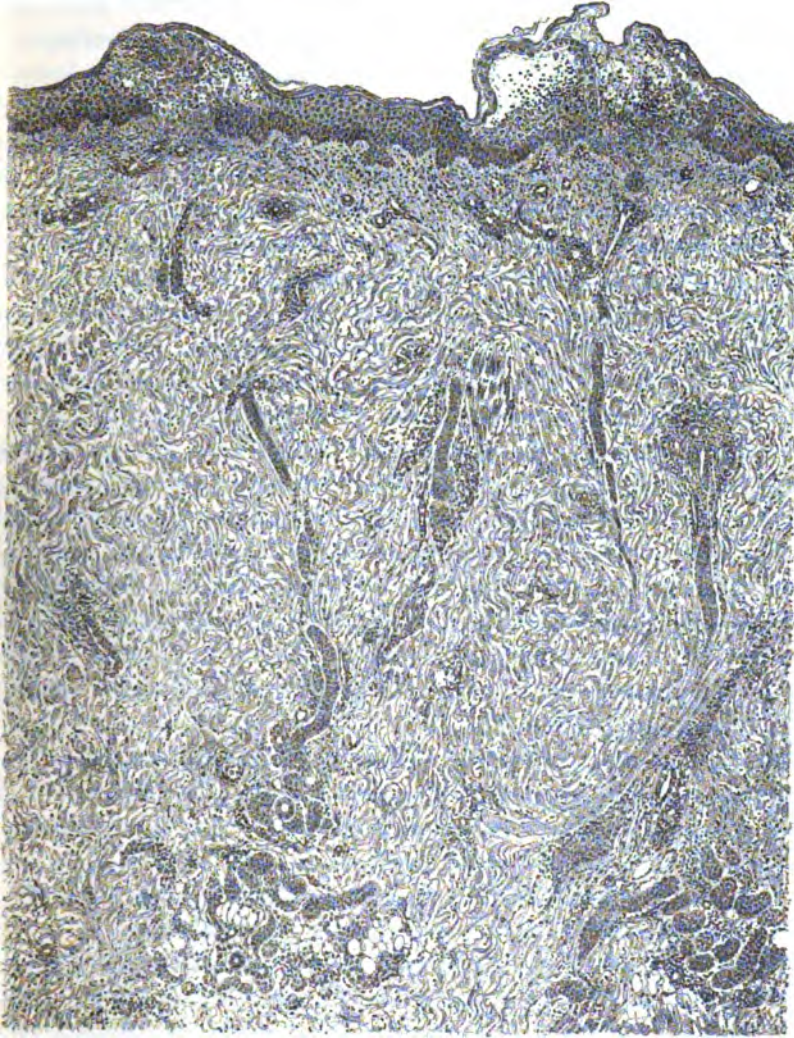
Fig. 1

Fig. 1.
(Starke Vergrößerung.)

anfallsfreien Intervalle, innerhalb deren keine neuen Effloreszenzen auftraten, nahmen in letzter Zeit an Länge bedeutend ab.

Die mikroskopische Untersuchung frischer, eben aufgeschossener Bläschen ergab folgende Veränderungen: Die Bläschen sind entweder subcorneal oder intraepidermoidal. Ihre Decke besteht entweder bloß aus dem Stratum corneum oder es haften an demselben pathologisch veränderte Anteile des Stratum MALPIGHI. Die Blasen sind einkammerig, sie sind von Serum, zahlreichen Exsudat- und degenerierten Epithelzellen erfüllt; Stränge von Fibrin durchziehen das Blaseninnere. Die Zellen des Rete MALPIGHI sind aus ihrem Zusammenhang gerissen, schwächer gefärbt als die

benachbarten normalen Partien. Die Epithelzellen sind gequollen, in ihren Konturen abgerundet. Der protoplasmatische Zellanteil erscheint verhältnismäßig schmal, die Kernhöhle stark erweitert, licht; in derselben sind die Kernkörperchen schwach, aber immerhin kennbar, tingiert. In



24

Fig. 2.
(Schwache Vergrößerung.)

den ganz frischen Effloreszenzen besteht fast der ganze Blaseninhalt aus derartig veränderten Epithelien, denen reichlich Rundzellen beigemischt sind. Die Veränderung der Epithelzellen im Bereich der Bläschen setzt fast unmittelbar ein, insofern die angrenzenden normalen Anteile des

Stratum MALPIGHI außer leichter Durchwanderung von Exsudatzellen keine Veränderung zeigen. In den erkrankten Anteilen ist das Rete in seinem ganzen Höhendurchmesser ergriffen, so daß der Papillarkörper von bereits gänzlich degenerierten Epithelien bedeckt ist. Dieser erscheint im Bereich der Bläschen etwas in die Länge gezogen, seine Kapillaren sind mächtig erweitert, von Blutkörperchen strotzend erfüllt und von Rundzellen eingeschleudert. Das Gewebe ist ödematös gequollen. In der Cutis findet sich Rundzelleninfiltration um alle Gefäße. Dieses Infiltrat ist auch in den tieferen Anteilen der Subcutis, besonders um die Schweißdrüsen und deren Ausführungsgänge ganz regelmäßig anzutreffen. An Serienschnitten findet man dasselbe wohl auch um die Talgdrüsen und deren Ausführungsgänge, besonders intensiv sind diese entzündlichen Veränderungen aber immer um die Knäueldrüsen und ihre Ausmündungskanäle. Man sieht dann meistens über der stark entzündeten Schweißdrüse ihren Ausführungsgang, gleichfalls von Exsudatzellen umgeben, in die Höhe steigen, und über seinem Ende das Bläschen. Die entzündlichen Veränderungen der Schweißdrüsen und ihrer Ausführungsgänge betreffen fast ausschließlich die dieselben umspinnenden Gefäße. Sie sind erweitert, ihre Wand ist von Rundzellen durchsetzt. Hämorrhagien sind selten und nur von geringer Intensität.

An älteren Effloreszenzen mit bereits deutlicher Gangrän waren die entzündlichen Veränderungen in den tieferen Cutisanteilen weniger intensiv. Die Nekrose betraf nur die höheren Schichten der Cutis. Die Schweißdrüsen und ihre Ausführungsgänge in den tieferen Anteilen waren nicht ergriffen. Der gangränöse Schorf setzt sich ganz scharf durch ein dichtes Infiltrat von der normalen Umgebung ab und unterscheidet sich in nichts von einem Brandsoorf.

Finden wir also im primären Stadium der Erkrankung, wenn es einmal zu typischer Effloreszenzbildung gekommen ist, die in unserem Falle immer Bläschen darbot, Veränderungen, welche denen beim Herpes zoster ganz analog sind, so bietet das Endstadium immer das Bild der Gangrän, des Gewebstodes, ohne daß hier Unterscheidungsmerkmale gegenüber den Veränderungen, wie sie Verbrennungen und Verätzungen setzen, gefunden werden könnten. In den zwischenliegenden allmählichen Übergängen vom ersten zum letzten Stadium markiert sich der Beginn des Gewebstodes durch schwächere Tingibilität des Gewebes, speziell des Rete MALPIGHI. Niemals wurden in den tiefen Anteilen des Cutisgewebes irgendwelche Veränderungen gefunden, welche bei intakter Umgebung Gangrän zeigten, z. B. Schweiß-, Talgdrüsen, Gefäße usw. Die Gangrän ist also eine ganz oberflächliche; sie beginnt unter der Blasen- oder Blasendecke resp. unter dem Blaseninhalt, ergreift also zunächst die obersten Anteile des Rete und bleibt meist auf dieses beschränkt.

Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab ein völlig

negatives Resultat. Der Inhalt frischer, eben aufgeschossener Bläschen, auf verschiedene Nährböden gebracht, erwies sich als steril. Bei älteren Blasen, deren Inhalt bereits getrübt oder sulzig erschien, fand sich meist *Staphylococcus pyogenes albus* und andere ubiquitäre, nicht pathogene Organismen.

Nachdem durch KREIBICHs Publikation die Frage nach der Entstehung der hysterischen Gangrän wieder in ein akutes Stadium getreten ist, seine Meinung von der Reflexwirkung nicht unangefochten blieb, lag es nahe, an diesem gewiß geeigneten Fall KREIBICHs Versuche nachzuprüfen. Es wurden hauptsächlich die Oberschenkel der Patienten (Stellen, welche von dem Leiden bisher nur wenig befallen waren) zur Ausführung der Experimente benutzt. Es sei erwähnt, daß die Unterschenkel zur selben Zeit fast unausgesetzt von neuen Nachschüben der Krankheit befallen waren. Nach KREIBICHs Angaben (*Wien. klin. Wochenschr.*) wurden die einzelnen Stellen mechanisch (mit Nadelstichen und -Ritzen), thermisch (mit Kelen) und chemisch (mit Kochsalz) in genau derselben Weise gereizt. In letzter Zeit wurde auch *Urtica urens* verwendet. Niemals konnte auf diese Weise weder an der Stelle des Reizes noch in der Umgebung desselben irgendeine andere Reaktion ausgelöst werden als eine demselben Reiz auf normale Haut adäquate. Entsprechend dem leichten Dermographismus, der bei der Patientin bestand, waren die Quaddeln, welche nach Nadelritzen entstanden, vielleicht etwas intensiver, ebenso die Quaddeln beim Kelenversuch; sonst war jedoch kein Abweichen von der Norm wahrzunehmen. Niemals trat auch nur eine Andeutung von Gangrän auf. Stützt nun KREIBICH seine Ansicht, daß Gangrän auf dem Wege des Reflexes entstehen könne, auf seine Versuche, welche er an einer Patientin mit multipler neurotischer Hautgangrän ausführte, so stehen unsere Untersuchungen und die aus ihnen abzuleitenden Schlüsse seinen Folgerungen schroff gegenüber. Es läßt sich daraus vorläufig nur das eine Resultat mit Sicherheit gewinnen, daß nicht jeder Fall von *Zoster gangraenosus hystericus* geeignet ist, im KREIBICHschen Sinne für seine Theorie verwertet zu werden. Es wird Aufgabe künftiger Untersucher sein, an anderen Fällen neuerdings dieselben Versuche anzustellen. Es sei hier nochmals erwähnt, daß ich mir wohl bewußt bin, daß K. nur einen geeigneten Fall von hysterischer Gangrän heranzog, um seine Behauptung von der Wirkung des Reflexes zu erklären. Daß derselbe die auslösende Ursache in jedem Fall von neurotischer Hautgangrän sei, stellt er nur als eine, allerdings ziemlich decidiert ausgesprochene, Vermutung hin.

Daß dieselbe wenigstens für unsere Beobachtung nicht zutrifft, geht aus dem oben Gesagten hervor. Es ist also sicher der Reflex nicht die

einzige Ursache der Entstehung der multiplen neurotischen Hautgangrän. Auf welche Weise der Anstoß der Effloreszenzbildung erfolgt, scheint bisher völlig ungeklärt. Es konnte in unserem Falle weder mechanisch noch chemisch (in gewöhnlichem Sinne) eine klinisch analog beginnende und ablaufende Krankheitserscheinung erzeugt werden. Es wurden zu diesem Zweck verschiedene Körperstellen gerieben, es wurde Kalk in die Haut eingerieben, Kantharidenpflaster aufgelegt usw. Nach Applikation des letzteren entstand eine Blase, welche vertrocknete und normal abheilte, ohne daß eine Spur von Gangrän auftrat. Wir können also nicht annehmen, was wohl am nächsten läge, daß mechanische Insulte bei einem derart disponierten Individuum die Gelegenheitsursache für die Entstehung der Effloreszenzen abgeben.

Sind wir also über die ersten Ursachen der Entstehung des Leidens noch ganz im Unklaren, so dürften die folgenden Versuche vielleicht einiges Licht auf das Zustandekommen der Gangrän werfen.

Es wurden der Patientin (mittags) mittels PRAVAZscher Spritze einige Tropfen von noch klarem Blaseninhalt frisch aufgetretener Effloreszenzen intracutan injiziert. Die auf diese Weise künstlich erzeugten Quaddeln umgaben sich innerhalb weniger Minuten mit einem hellroten Hof und vergrößerten sich während einer Stunde auf das Zwei- bis Dreifache ihres ursprünglichen Umfanges. Nachmittags waren die Quaddeln noch sichtbar, jedoch weniger gespannt. Die dieselben umgebende flüchtige Rötung war kaum mehr zu sehen. Am Abend traten auf dem Terrain der Quaddeln mehrere kleinste Bläschen auf. Am nächsten Morgen waren diese zu einer größeren Blase konfluiert, deren Grund bei erhaltener Decke bereits deutlich nekrotisch war. In der Peripherie dieser Blase zeigten sich einige neue kleine Bläschen, in Kranzform gestellt.

Bei in ganz gleicher Weise vorgenommenen Injektionen mit destilliertem Wasser und mit Luft trat niemals Gangrän auf, wohl aber Quaddeln, welche sich ebenfalls sehr rasch mit einer etwa 1 cm breiten flüchtigen Rötung umgaben. Als der Patientin jedoch aus ihrem eigenen Blute gewonnenes Serum ebenso einverleibt wurde, trat einmal gleichfalls Gangrän in der oben beschriebenen Weise auf. Dieselben Versuche wurden zur Kontrolle an anderen Patientinnen mit ihrem Wissen gemacht, ohne daß jemals, auch nicht nach Injektion von Blaseninhalt, Gangrän auftrat. Diese Versuche sprechen nun wohl dafür, daß wir uns das Entstehen der Gangrän wahrscheinlich auf chemischem Wege vorstellen müssen. Allerdings scheint die Injektion von Blaseninhalt Effloreszenzbildung mit typischem Ablauf hervorzubringen, denn es traten in der Umgebung der Injektionsstelle Bläschen auf, die aber dann allerdings nicht immer der Gangrän anheimfielen. Die Gangrän war hauptsächlich auf das Terrain der ursprünglichen, durch Injektion entstandenen Quaddel beschränkt.

Hier hat also die intensivste Wirkung stattgefunden. Als Zeichen der Reaktion traten auch hier zuerst Bläschen auf, deren Basis dann erst nekrotisierte. Es sei nochmals hervorgehoben, daß diese Phänomene nur bei der Patientin selbst auftraten, nicht aber bei anderen Kranken. Daraus geht mit Sicherheit hervor, daß der Blaseninhalt nicht etwa allgemein chemisch wirksame Eigenschaften besitzt, sondern nur für ein ganz bestimmtes, dazu disponiertes Individuum. Es ist sehr fraglich, ob die gleichen Erscheinungen bei einem anderen, mit hysterischer Gangrän behafteten Individuum auftraten, wenn ihm Blaseninhalt oder Serum des ersten Falles einverleibt würden — ein Versuch, der leider an der Seltenheit des Krankheitsbildes scheitert. Auffallend ist, daß die Gangrän bei jeder Injektion mit Blaseninhalt in ganz gleicher Weise prompt eintrat, während Serum nur ein einziges Mal denselben Effekt hervorbrachte. Es scheint also der Blaseninhalt vom Serum der Patientin verschieden, in seiner krankheitserregenden Wirkung kräftiger zu sein. Eine grob chemische Wirkung im Sinne einer Verätzung kann wohl nur schwer angenommen werden, sonst müßte an der Stelle der Quaddel einfach Nekrose entstehen, ohne daß Bläschen aufschiesen. Die Injektion bewirkt also zunächst Effloreszenzbildung, in deren Ablauf dann ebenso wie bei den spontan entstandenen Gangrän eintritt. KREIBICH glaubt, daß die Gangrän infolge der Zirkulationsstörungen auftritt,¹⁸ daß sie die Folge der starken Anämie ist, die sich an das anfangs stürmische Exsudationsstadium anschließt. Darum legt er auch auf die Bildung der hochgradig anämischen Quaddeln so großes Gewicht. Demgegenüber sei hier betont, daß diese Quaddelbildung durchaus nicht immer auftritt, mindestens aber nicht in so hohem Grade, daß man eine so intensive Zirkulationsstörung annehmen könnte. Auch bei den künstlich hervorgerufenen Quaddeln war das Ödem nicht hochgradig. Dazu kommt noch, daß die Quaddel erst abflachte und dann auf ihrem Terrain die Bläschen entstanden, deren Grund dann nekrotisierte. Die erste Quaddel war wohl künstlich erzeugt, es bildeten sich dann aber die Bläschen eben nur auf ihrem Terrain, ohne wesentliche neue Quaddelbildung. Außerdem ist die Exsudation überhaupt nicht stärker als bei anderen mit Quaddel- oder Blasenbildung einhergehenden Affektionen, z. B. dem Zoster, dem Herpes febrilis usw.

Ich möchte daher KREIBICH gerne zustimmen, wenn er¹⁹ einem veränderten Chemismus in den betroffenen Bezirken die Schuld an der Gangrän zuschreibt, wollte aber nicht in der vorausgehenden kurzen Anämie den Grund des veränderten Chemismus suchen, sondern denselben lieber als das Resultat bisher unbekannter Vorgänge ansehen, welche durch die

¹⁸ Zur Pathogenese kolloquativer Blasen. *Dermatol. Ztschr.* Mai 1904.

¹⁹ Siehe *Wien. klin. Wochenschr.* S. 152.

vasomotorischen Fasern selbst ausgelöst werden können. In dieser Eigentümlichkeit ist ja eben die Ursache des merkwürdigen Krankheitsbildes zu suchen. Nach all dem finde ich also, daß zwei Momente für das Zustandekommen der multiplen neurotischen Hautgangrän vorwiegend in Betracht kommen: Erstens des Auftreten verschiedener Primäreffloreszenzen, die an und für sich nichts Charakteristisches darbieten und, wie aus dem grob anatomischen Bilde der klinischen Beobachtung und der neuro-psychopathischen Veranlagung der betroffenen Kranken mit Sicherheit erhellt, an das Gefäßsystem gebunden, somit höchst wahrscheinlich vasomotorischen, also nervösen Ursprunges sind; zweitens die im Organismus gelegene Eigentümlichkeit, chemisch wirksame, Gangrän erzeugende Substanzen zu produzieren. Wahrscheinlich sind diese ganz besonders im Blaseninhalt enthalten. Daraus erklärt sich auch die klinische Beobachtung, daß die Nekrose hauptsächlich den Blasengrund befällt, während die angrenzenden Anteile der Quaddel, auf welcher die Blase sitzt, nicht dem Brand anheimfallen. Kommt es jedoch nicht zur Blasenbildung, dann könnte man sich die Entstehung der Gangrän aus der Einwirkung der im Gewebe stagnierenden analogen Flüssigkeit erklären.

Der Blaseninhalt hat aber nicht nur die Fähigkeit, Nekrose zu erzeugen, sondern ist auch imstande, Effloreszenzbildung zu bewirken. Dies wurde nicht nur experimentell festgestellt, sondern erklärt vielleicht auch die klinische Beobachtung des Aufschießens neuer Effloreszenzen in der Umgebung der älteren. Man müßte sich dann vorstellen, daß geringe Mengen in die Umgebung diffundieren und so zur weiteren Effloreszenzbildung Anstofs geben. Daraus erhellt die kranzartige Anordnung jüngerer Bläschen in der Peripherie der älteren und die große Neigung des Leidens, an bereits einmal ergriffenen Stellen fast kontinuierlich Nachschübe zu setzen. Wahrscheinlich ist sogar die Bildung des chemisch wirkenden Agens (Toxins?) durch Nerveneinfluss immer der erste Anstofs zur Effloreszenzbildung. Der klinische Verlauf spricht dann dafür, daß in loco eine Vermehrung desselben stattfindet.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, daß jeder Versuch, das Leiden therapeutisch zu beeinflussen, vergeblich war. Weder Arsen in verschiedener Form, weder Brom in großen Dosen noch roborierende Mittel, Hebung der Ernährung usw. hatten irgendeinen Erfolg. Atropin und Pilocarpin hatten keinen Einfluss auf die Krankheit. Lokal wurde nach antiseptischen Kautelen vorgegangen. Verätzung der frischen Effloreszenzen mit Karbolsäure, wie sie im Falle KALB als wirksam angegeben wurde, konnte dem Auftreten der Gangrän nicht Einhalt tun.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Originalbericht von LUDWIG MOBERG-Stockholm.

Sitzung vom 25. Februar 1904.

1. ANTONI demonstriert ein drei Monate altes Kind mit einer etwa talergroßen **Ulceration am linken Bein**, welche sich aus einem bald nach der Geburt entstandenen rötlichen Fleck entwickelt hat, und die durch die Behandlung nicht wesentlich verbessert worden ist. Das Kind ist zuletzt mit Hg behandelt worden, da der Vater früher luetisch infiziert worden ist.

Diskussion: MÖLLER glaubt nicht, daß das Geschwür luetischer Natur ist, sondern daß die Ulceration nur von der Invasion pyogener Bakterien hervorgerufen worden ist.

MOBERG ist derselben Ansicht. Gewöhnlich findet man immer Streptokokken bei ähnlichen oberflächlichen, hartnäckigen Geschwüren.

APZELIUS schlägt als zweckmäßige Behandlung Umschläge mit sehr schwach antiseptischen Lösungen vor.

2. WELANDER demonstriert einen jungen Mann mit **hereditärer Syphilis**. Der Patient hat an gummösen Ulcerationen in Nase, Gaumen und Kehlkopf gelitten, bei deren Heilung durch Retraktion des Narbengewebes die Kommunikation zwischen Nasen- und Mundhöhle aufgehoben worden ist. Es besteht auch eine unbedeutende *Stricturea pharyngis*.

3. WELANDER demonstriert eine Frau mit einer großfleckigen **Roseola annularis** und mit **dunklen Pigmentflecken**, die nach einem grofspapulösen Syphilid hinterlassen worden sind. Man bemerkt in der Mitte mancher solcher roten Kreise einen braunen Pigmentfleck. Es bestehen noch grofse hypertrophische Papeln an den Genitalien und Leukoderma am Halse. Einige pigmentlose Flecke am Halse sind auch annuläre, und hier und da sieht man einen solchen pigmentfreien Ring mit einem pigmentierten Papelrest in der Mitte, während an anderen Stellen gar kein Zusammenhang zwischen den pigmentlosen Flecken und dem vorangegangenen Syphilid zu sehen ist.

4. APZELIUS demonstriert einen Fall von **Hautgangrän**. Derselbe betrifft einen 54jährigen Herrn, der früher ganz gesund war und seiner Angabe nach nie luetisch infiziert worden ist. Vor drei Jahren wurden plötzlich Arm und Bein der einen Seite paretisch, und man bemerkte gleichzeitig eine ziemlich bedeutende Störung des Sprechvermögens, in einigen Wochen aber wurde volle Restitution ohne antiluetische Behandlung erzielt. Voriges Jahr entstand am linken Bein ein sehr kleiner, runder, bräunlicher Fleck, welcher sich allmählich, aber langsam vergrößerte, bis sich endlich ein längliches, etwa 10 cm großes, von einem schwarzen, nekrotischen Schorf bedecktes Geschwür entwickelt hatte. Nach Abstoßen des Schorfes heilte das Geschwür unter Hinterlassung einer eingesunkenen, pigmentierten Narbe. Zurzeit ist am rechten Bein ein ganz ähnlicher Prozess in der Entwicklung. Der nekrotische Schorf ist abgestoßen, und man bemerkt nur ein längliches, granulierendes Geschwür. Es bestehen Schmerzen im Bein, der Patient aber fühlt sich sonst gesund. Der Urin ist normal. Der Puls deutet auf arteriosklerotische Veränderungen. Keine atrophischen Veränderungen noch Störungen der Sensibilität sind beobachtet.

Diskussion: MÖLLER findet, daß die Entwicklung gegen die Annahme einer Arteriosklerose als Ursache spricht. Der Fall macht aber den Eindruck, daß die Gangrän von einer Trophoneurose, möglicherweise von Syringomyelie verursacht ist.

LINDBLAD hat bei Arteriosklerose immer ein plötzliches Auftreten der Gangrän innerhalb eines gewöhnlich rundlichen Bezirkes beobachtet, niemals wie in diesem Falle eine langsame Vergrößerung aus einem ursprünglich kleinen Fleck.

WELANDERS Erfahrung stimmt mit LINDBLADS überein. W. findet eine antiluetische Behandlung sehr berechtigt, da der klinische Charakter der Narben jedenfalls den Verdacht an Syphilis erregen muß.

5. MÖLLER demonstriert drei Fälle von **Hautcarcinom**, welche alle zurzeit im Krankenhause St. Göran mit Licht nach FINSEN behandelt werden. M. hat im ganzen etwa zwölf Fälle von Hautepitheliomen mit dieser Methode behandelt. Die ersten Fälle wurden nur in gewöhnlicher Weise bestrahlt, und zwar reinigten sich die Geschwüre ziemlich schnell und wurden mit Epithel überzogen; man konnte aber doch nach der Behandlung Geschwulstreste beobachten, welche durch die Bestrahlung sich nur wenig beeinflusst erwiesen. Er hat daher die Behandlung so verändert, daß jetzt alle Geschwulstmassen zuerst weggeschabt werden, und die Lichtbehandlung erst nachher begonnen wird. Die dadurch erzielten Resultate sind in jeder Hinsicht sehr befriedigend. Die bisher geheilten Fälle waren alle isoläre Geschwülste.

6. MÖLLER stellt einen zehnjährigen Knaben mit einigen oberflächlichen **Infiltraten an der Haut** vor und demonstriert mikroskopische Präparate von diesem Falle. Die größte Effloreszenz, welche etwa sechs Jahre besteht, sitzt am linken Arm, ist oval, etwa 10 cm lang, braunrot und erinnert an eine alte Ekzemplaque. Der Rand ist scharf, graurot, erhaben und verläuft in nach außen konvexen Bogenlinien. Am Thorax sitzt eine pfenniggroße, nur drei Monate alte Effloreszenz, welche aus kleinsten, graurötlichen, etwas glänzenden und zum Teil konfluierenden Papeln besteht. In der Mitte einiger Papeln findet sich ein graugelbes Exsudat, andere sind eingesunken und erodiert. Diese Papeln sind dem obengenannten Infiltrationsrande der älteren Effloreszenz ganz ähnlich. Am linken Fuß besteht ebenso ein kleiner Fleck, mit einer feuchten Borke bedeckt, bei deren Entfernung ein oberflächliches Geschwür zutage tritt. Nach Tuberkulininjektion entsteht keine lokale Reaktion. M. ist der Ansicht, daß eine parasitäre Krankheit vorliegt, aber auch die histologische Untersuchung ist nicht entscheidend.

Diskussion: MOBERG findet es nicht ausgeschlossen, daß es sich in diesem Falle um eine sehr oberflächliche Form von Tuberkulose handelt. Das klinische Bild, der äußerst langsame Verlauf und die Endigungen mit Narbenbildung sprechen jedenfalls nicht dagegen.

7. MOBERG stellt einen älteren Herrn mit **Epithelioma nasi** vor.

8. MOBERG demonstriert jetzt als geheilt die Patientin, welche er früher mit einer wahrscheinlich tuberkulösen **Ulceration des linken Handrückens** vorgestellt hat.

9. BECKMANN spricht über die Behandlung der **blennorrhöischen Gelenkaffektionen mit Hyperämie nach BIER**.

10. AHLSTRÖM demonstriert einen neuen **Tropfenapparat „Cauto“**, ein Prophylaktikum gegen **Blennorrhoe**. Der Apparat besteht aus einem kleinen, flachen Glasballon, welcher an dem einen Ende eine kleine Olive trägt, während das andere Ende in ein schmales, zugeschmolzenes Rohr ausgezogen ist. Die Öffnung in der Olive ist mit Wachs zugestopft. Der kleine Apparat wird, mit 8%iger Albarginlösung gefüllt, in den Handel gebracht. Bei der Anwendung nimmt man den Wachspropfen weg, steckt die Olive in die Urethralmündung hinein und bricht das zugeschmolzene Rohr einfach ab, und die Lösung fließt in die Urethra hinein.

14. MÖLLER teilt mit, daß die 72jährige Frau, welche früher mit *Pemphigus foliaceus* in der Gesellschaft vorgestellt worden ist, im Krankenhause nach einer eingetretenen Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes gestorben ist. Die Hauteruption war in der letzten Zeit während der Arsenbehandlung ziemlich gebessert worden. Die Sektion ergab keine bemerkenswerten pathologisch anatomischen Befunde.

Sitzung vom 31. März 1904.

1. MÖLLER stellt eine alte Frau mit *Lichen corné hypertrophique* vor. Die Krankheit besteht seit 16 Jahren in Form von nagelgroßen, erhabenen, juckenden, zu größeren Plaques zum Teil zusammenfließenden Effloreszenzen an den Unterschenkeln. Am Stamm und an den Armen sieht man vereinzelte typische Lichen planus-Papeln.

2. MÖLLER demonstriert eine 68jährige Frau mit *Dermatitis chronica atrophicans*. Die Krankheit wurde zuerst vor einem halben Jahre als Röte, Schwellung und Schmerzhaftigkeit an den Fußrücken bemerkt und verbreitete sich allmählich aufwärts. Die oberen Extremitäten wurden später auch angegriffen. Die Schwellung ging nach einigen Monaten zurück, und die Haut wurde dünn und bläulich. Zurzeit besteht eine sulzig-teigige Schwellung an der Dorsalseite der Füße und der Finger und ebenso an den Unterschenkeln. Die Atrophie der Haut ist übrigens an den Extremitäten, am Stamm und teilweise im Gesicht scharf ausgeprägt und erinnert an zerknittertes Seidenpapier. Die Grenze zwischen dem atrophischen und dem inflammierten Gebiete der Haut ist nirgends scharf. Die Schweissekretion an den atrophischen Stellen ist aufgehoben und die Lanugohaare fehlen. Es bestehen keine subjektiven Symptome, und die Patientin klagt nur über oft wiederkehrende Kopfschmerzen. Die Muskulatur ist nicht atrophisch, und es sind keine Störungen des Nervensystems beobachtet worden. Die Frau leidet außerdem seit mehreren Jahren an Psoriasis.

Diskussion: MOBERG zweifelt an der Richtigkeit der Ansicht MÖLLERS, daß die Veränderungen am Stamm der Krankheit, welche HERXHEIMER unter dem oben erwähnten Namen beschrieben hat, anzureihen seien. Er glaubt eher, daß diese Veränderungen nur als senile Hautatrophie aufzufassen sind, und findet übrigens den schnellen Verlauf bemerkenswert.

SEDERHOLM erinnert an das feste Ödem, welches besonders an dem einen Fuße besteht, und glaubt, daß es sich möglicherweise zu einer Sklerodermie entwickeln kann; möglicherweise besteht auch ein gewisser Zusammenhang zwischen dieser Krankheit und Acrodermatitis atrophicans.

3. MÖLLER demonstriert einen 30jährigen Kellner mit *Lupus nodularis serpiginosus*. Die Krankheit, welche seit der Kindheit des Patienten besteht, ist über den linken Oberschenkel und die Glutaealregion sehr verbreitet und ist bisher nie behandelt worden. Nach Injektion von 1 mg Tuberkulin entstand keine allgemeine, aber eine sehr lebhaftige Reaktion in dem großen Lupusherde und auch in einigen früher nicht bemerkten Narben am Halse und der Thorax. Ein scarlatinaähnliches Erythem wurde ebenso am Stamm und an den Extremitäten beobachtet. Der Patient hat früher eine tuberkulöse Affektion am rechten Ellenbogen gehabt, diese aber ist nach Resektion des Gelenkes geheilt worden.

4. ANDERSSON stellt einen Jüngling mit Warzen an der Lippenschleimhaut vor. Es besteht wahrscheinlich direktes Übertragen von einem Finger, welcher mit Warzen besetzt ist, weil der Patient die Gewohnheit hat, an diesem Finger zu lecken.

5. SEDERHOLM demonstriert einen 38jährigen Arbeiter mit *Mykosis fungoides*. Der Patient bemerkte vor einigen Jahren am rechten Arm einen roten, juckenden Fleck, welcher allmählich größer und dicker wurde. Ähnliche Flecke entwickelten

sich in der Nähe und durch Resorption, im Zentrum entstanden kreisförmige, rote und erhabene Effloreszenzen. Solche entwickelten sich im Gesicht, an den Extremitäten und am Stamm, und einige vergrößerten sich zu wirklichen Tumoren. Diese Geschwülste verschwanden später völlig mit Hinterlassung cyanotischer und pigmentierter, sonst unveränderter Haut. Zurzeit besteht ein ziemlich verbreitetes, dunkelrotes und schmerzhaftes Erythem mit oberflächlichen, derben Infiltraten der Haut. Hier sind die Hautfurchen mehr ausgeprägt, und die wuchernde Pars papillaris erhebt sich hier und da zwischen den Furchen. Die Geschwülste entwickeln sich durch weiteres Wachstum aus diesen Infiltraten, und die größten erreichen 5—8 cm im Durchmesser und 2 cm in der Dicke. Sie sitzen gewöhnlich an dem Rande der erythematösen Flecke, sind rund oder sichelförmig und werden nach innen allmählich dünner, während sie gegen die gesunde Haut steil abfallen. Der allgemeine Zustand ist gut erhalten, und die inneren Organe sind gesund. Drüsenschwellung fehlt und das Jucken ist mäßig. Von Interesse ist in diesem Falle besonders das noch bestehende prämykotische Stadium.

6. **MOBERG** demonstriert einen neuen, nach **BROCCS** Angabe konstruierten **Skarifikationsmesser** mit 16 stellbaren Klingen. M. hat das Instrument, welches bequem zu handhaben und leicht rein zu halten ist, in einigen Fällen mit Vorteil benutzt. Es gelingt sehr schnell, selbst ziemlich große Flecke mit diesem Apparat zu skarifizieren, aber selbstverständlich sind die multiplen Messer nicht für alle Fälle zweckmäßig.

Sitzung vom 28. April 1904.

1. **AFZELIUS** demonstriert ein 40jähriges Fräulein mit einem seit zwei Jahren im Herbst und Frühling auftretenden **Ausschlage**, welcher an Hand- und Fußrücken, an den Fingern, Ellenbogen, Unterschenkeln und am Rumpfe lokalisiert ist. Die Eruption besteht diesmal seit mehreren Monaten, aber gewöhnlich geht sie bald zurück. Außer einigen kleinen, rundlichen Narben beobachtet man zurzeit zahlreiche kleine, erbsengroße, dicht stehende, harte, rötliche Papeln, welche meistens eine zentrale Kruste tragen. Die zentrale Nekrose und Krustenbildung beginnt einige Tage nach dem Auftreten der Papeln, welche man noch früher als Infiltrate in der Haut fühlen kann. An den Unterschenkeln waren vor einigen Wochen größere Erythema nodosum-ähnliche Infiltrate zu sehen, von welchen einige nach Angabe der Patientin auch in Eiterung gegangen sind. Sie sind jetzt geheilt. Die Patientin hat ziemlich schwere rheumatoide Schmerzen in den Extremitäten, ist sonst gesund. Ein Bruder ist an Lungentuberkulose und eine Schwester an Meningitis (tuberkulöse?) gestorben. A. glaubt, daß möglicherweise ein Fall von Tuberkuliden vorliegt, findet aber doch, daß der schnelle Verlauf dagegen spricht.

Diskussion: **MÖLLER** ist der Ansicht, daß sowohl die Anamnese als das klinische Bild, besonders die Narben und die zentrale Eiterung, für Tuberkulide spricht. Er hat ebenso schnell verlaufende Fälle beobachtet.

SEDERHOLM stimmt der Ansicht **MÖLLERS** bei. Eine schnelle Entwicklung der Effloreszenzen stimmt wohl mit der Auffassung, daß die Tuberkulide als Venentrombose (hämorrhagische Infarkte) aufzufassen sind.

2. **AFZELIUS** stellt einen 37jährigen Arbeiter mit einem wahrscheinlich **gummösen Tumor** vor, welcher sich in einigen Tagen in der rechten Zungenhälfte entwickelt hat. Die Geschwulst fühlt sich hart an, ist ziemlich scharf gegen die Umgebung begrenzt und ist nicht schmerzhaft. An jeder Seite der Geschwulst fühlt man eine etwa zentimeterbreite harte Infiltration in dem Zungengewebe. Der Patient, welcher von einerluetischen Infektion nichts weiß, wird mit großen Dosen Jodkalium behandelt.

Diskussion: MÖLLER-ASPEGREN schließt sich der Anschauung des Vortragenden an. Seiner Ansicht nach liegt hier eine Kombination von einer gummösen und einer sklerotischen Form von Lues vor.

MÖLLER hält auch die Gebilde für syphilitischer Natur, aber er glaubt nicht, daß eine Unterscheidung in einem gummösen und einem sklerotischen Prozefs in dem vorgestellten Falle begründet ist. Die sklerotische Form würde größere Veränderungen an der Oberfläche verursachen.

3. MÖLLER stellt ein 20jähriges Mädchen mit wahrscheinlich **Impetigo circinata** vor. Das Mädchen kam im März in die Poliklinik des Krankenhauses mit einem Ausschlage, welcher für **Impetigo contagiosa** gehalten wurde. Einige Wochen später bekam sie Erysipelas im Gesicht und an den Armen. Alle Krusten sind jetzt weggefallen, aber es bestehen rote, zusammenschließende, circinäre Flecke, zum Teil mit erhabenen Narben, welche von einem braunen Pigmentring umgeben sind. M. hält dafür, daß das eigentümliche Bild durch dazutretende Erysipelas bedingt ist.

Diskussion: AFZELIUS kann MÖLLERS Diagnose nicht billigen, da die Effloreszenzen Narben hinterlassen. Er glaubt, daß Lues vorliegt.

SEDERHOLM wollte in diesem Falle auch eine antisiphilitische Behandlung versuchen.

4. MÖLLER stellt einen Mann mit **Adenoma sebaceum** vor und demonstriert mikroskopische Präparate von diesem Falle. An der Nase und an den Wangen befinden sich in symmetrischer Anordnung und ziemlich dicht nebeneinander hanfkorngroße feste Knötchen, welche ziemlich tief in der Haut sitzen und teils platte, teils halbkugelige Oberfläche haben. Einige größere Knötchen sind von einer kleinen, fetten Kruste bedeckt. Vereinzelt ähnliche Knötchen sieht man auch am Kinn, an der Oberlippe, hinter den Ohren und am Rücken. Im Gesicht besteht übrigens **Roseacea**. Am Zahnfleisch beobachtet man platte, papillomatöse, etwas blasse Geschwülste und am Halse viele erbsengroße **Fibromata mollusca**. Im Epigastrium besteht ein großer Pigmentnaevus. Der Ausschlag im Gesicht ist nach den Angaben der Eltern nicht angeboren, besteht aber seit frühester Kindheit. Die histologische Untersuchung der Knötchen im Gesicht ergibt, daß sie zum größten Teil aus Talgdrüsen bestehen. Man konstatierte doch eine Vermehrung des randständigen Epithels der Lobuli und das Hineinwuchern derselben zwischen das Talgdrüsen Gewebe. Außer der Vermehrung der Talgdrüsen beobachtet man in einigen Schnitten, besonders in der Papillarschicht, ein hyperplastisches, sehr zellenreiches Bindegewebe. M. findet, daß nichts Wesentliches gegen das Einreihen dieser Fälle in die Naevusgruppe spricht.

5. MÖLLER demonstriert einen 36jährigen Mann mit teils konfluierenden, teils disseminierten kleinen **Papeln** im Gesicht. An der Schleimhaut der Unterlippe bemerkt man hagelkorngroße, circumskripte, knorpelharte Infiltrate. Klinisch erinnert das Bild am meisten an **Lupus follicularis disseminatus** (TILBURY, FOX), welche Diagnose durch die histologische Untersuchung auch bestätigt wird. Tuberkulininjektionen rufen jedoch keine Reaktion hervor. Die Lungen und die inneren Organe sind gesund.

6. SEDERHOLM demonstriert ein 60jähriges, sonst gesundes Fräulein, bei welchem atrophische Veränderungen der Haut an der Nasenspitze, den Fingern und den Zehen seit mehreren Jahren bestehen. Die Patientin hat früher viel Schnupfen gehabt, und die Nasenspitze ist seit etwa 20 Jahren gerötet und oft geschwollen. S. untersuchte die Patientin zum ersten Male im Jahre 1895, und es sind nachher keine wesentlichen Veränderungen eingetreten. Auf einem etwa pfenniggroßen Gebiet der Nasenspitze ist die Haut atrophisch, mit rotem und etwas geschwellenem Rande, und in den

Nasenöffnungen besteht ebenso Atrophie, und die Haare sind weggefallen. Man bemerkt ferner spärliche Teleangiectasien und einige kleine Krusten, bei deren Entfernung eine blasse, epithelbedeckte Haut zum Vorschein kommt. Die Hände und besonders die Finger sind seit der Jugend sehr gerötet und bei kaltem Wetter cyanotisch. Im Winter entstanden Rhagaden und Pruritus, aber Perniones, Ulcerationen oder akneähnliche Ausschläge sind niemals bemerkt worden. Die Haut an den Fingern, besonders über den Interphalangealgelenken, ist dünn, rötlich mit helleren atrophischen Flecken, welche ziemlich dicht stehen. Die Nägel sind verschmälert, mit unebener Oberfläche und der Länge nach gestreift. Der dritte Phalanx eines Fingers ist nach einem Panaritium abgestossen. Die Sensibilität der Finger ist deutlich abgeschwächt, aber es bestehen keine Schmerzen und keine Verdickung der Haut. An den Füßen, besonders an den Endphalangen der Zehen, und an den Nägeln beobachtet man ähnliche Veränderungen, und die Sensibilität ist auch hier abgeschwächt. Die Patientin hat seit mehreren Jahren Schmerzen in den Füßen. Teils sind sie neuralgischer Natur, teils sind sie mit Schwellung und Cyanose der Zehen verbunden. Andere pathologische Veränderungen des Nervensystems sind sonst nicht beobachtet worden. Man kann in diesem Falle möglicherweise die Veränderungen der Nase als eine Sycosis vibrissarum mit Hautatrophie und die Veränderungen der Extremitäten als Perniosis zu deuten versuchen, aber es scheint mehr wahrscheinlich, daß eine gemeinschaftliche Ursache besteht, die Sensibilitätsstörungen sprechen jedenfalls dafür.

Diskussion: MÖLLER fragt, ob keine anderen Veränderungen des Nervensystems oder keine chronische Intoxikation (Alkoholismus?) beobachtet sind. Er glaubt, daß möglicherweise eine Polymyelitis vorliegt.

SEDERHOLM hat keine weiteren Veränderungen der Nerven und keine Muskelatrophie gefunden. Er findet nicht, daß man in diesem Falle an eine andere Nervenkrankheit als vielleicht Syringomyelie zu denken hat.

7. SEDERHOLM demonstriert einen 34jährigen Kellner mit wahrscheinlich **Lupus erythematosus** im Gesicht, obgleich die Krankheit durch reizende Behandlung mit Nüssen, einer bei dieser Krankheit gewifs ungewöhnlichen Komplikation, verbunden ist. Am Ende vorigen Jahres bemerkte der Patient am Scheitel einen pfenniggroßen roten Fleck, welcher sich allmählich verbreitete und vollständig kahl wurde. Dieser ist zurzeit durch Jodpinselungen geheilt worden. Später aber entstanden ähnliche Flecke symmetrisch an den Wangen und auf der Stirn. Sie sind cyanotisch, deutlich erhaben mit scharfer Begrenzung und verbreiten sich zentripetal. Es besteht eine sehr unbedeutende Schuppenbildung, aber kein Jucken. Der Patient bekam eine schwache Teerzinksalbe, dadurch aber entstand sofort Schwellung und Nässen. Nach Verordnung einer Tumenolpaste verschwand das Nässen, und durch Bleiwasserumschläge bei Nacht und schwache Teerpinselungen vermindert sich jetzt die Rötung.

8. MOBERG demonstriert eine alte Frau mit einem juckenden **Ausschlag** an den Handrücken. Es bestehen an beiden Händen ziemlich große, dicke, erhabene Knoten, einige haben ziemlich glatte Oberfläche, während bei anderen eine größere Hyperkeratose beobachtet wird. In der Umgebung findet man kleinere papulöse Effloreszenzen, von welchen mehrere sehr an Lichen planus-Papeln erinnern. M. findet, daß der Fall in diagnostischer Hinsicht nicht ganz gewöhnliche Schwierigkeiten darbietet, denn es scheint schwer zu entscheiden, ob Lichen planus hypertrophicus oder Lichen simplex chronicus vorliegt. M. ist doch der Ansicht, daß die letzte die richtigste Diagnose ist.

Diskussion: MÖLLER dagegen ist der Meinung, daß typische Papeln des Lichen planus zu sehen sind.

Sitzung vom 26. Mai 1904.

1. **ARZELIUS** demonstriert einen Knaben mit **disseminierten Xanthomen** und legt histologische Präparate des Falles vor. Die xanthomatösen Bildungen haben die Größe eines Hautkornes, sind flach oder wenig erhaben und in ziemlich großer Menge auf dem Körper zerstreut. Die meisten sitzen im Gesicht, an der Hals- und Nackengegend und den Genitalien. Sie sind nicht angeboren und rufen keine subjektiven Beschwerden hervor. Der kleine Patient ist sonst gesund. Um die kleinen gelben Flecke im Gesicht zu entfernen, hat A. oberflächliche Brennungen mit dem Galvanokauter vorgenommen.

Diskussion: **SEDERHOLM** erwähnt, daß er in seiner Praxis mit sehr gutem Erfolge mehrere Fälle von Xanthom mit **UNNAS** Mikrobrenner behandelt hat.

MOBERGs Erfahrung stimmt mit **SEDERHOLM**s überein. Neulich behandelte er eine Patientin mit ziemlich großen, halbmondförmigen **Xanthomata plana** an den beiden unteren Augenlidern, und er hat mit dem Mikrobrenner in kosmetischer Hinsicht sehr befriedigende Resultate erzielt.

2. **SEDERHOLM** demonstriert eine 42jährige Köchin mit **Pagets Krankheit**. Vor drei Jahren entstand an der rechten Brustwarze eine kleine Kruste, nach deren Entfernung sich bald wieder eine neue Kruste bildete. Der Prozeß breitete sich mit einem krustenbedeckten Rande aus und hat jetzt den Warzenhof überschritten. Die Warze ist ulceriert und eingezogen, die Umgebung ist narbenähnlich, mit Erosionen im Rande. In der unteren Partie der Brustdrüse fühlt man auch einen kleinen Knoten. Es bestehen nur unbedeutende Schmerzen und ein sehr mäßiges Jucken. In diesem ziemlich weit vorgeschrittenen Falle hat S. nur eine chirurgische Behandlung zugeraten.

3. **SEDERHOLM** stellt einen Mann mit **Lepra maculo-anaesthetica** vor und demonstriert Präparate mit spärlichen Bazillen in den Infiltrationsherden und ebenso in einem exzidierten sensitiven Nerven. S. schlug vor, in diesem Falle in Rücksicht auf die dicken Infiltrate des Gesichts außer Hg-Behandlung einen Versuch mit Lichtbehandlung nach **FINSEN** zu machen.

Diskussion: **MÖLLER** glaubt, daß man keinen Effekt von der Finsenbehandlung zu erwarten hat, auch wenn es vielleicht gelingt, die Krankheitserscheinungen an einem Flecke zu beseitigen.

SEDERHOLM betont, daß es, obgleich man in diesem Falle keine Heilung erreichen kann, von großem Interesse wäre, die Resultate der Lichtbehandlung auf einem beschränkten Gebiete zu konstatieren; es wäre denn in frühzeitig erkannten Fällen von **Lepra anæsthetica** vielleicht möglich, diese Methode mit Erfolg zu gebrauchen. Sehr belehrend ist ein Fall von **Lepra**, welchen S. früher beobachtet hat, und wo die krankhaften Veränderungen auf ein kleines anæsthetisches Gebiet des einen Vorderarmes und eine Schwellung des zugehörigen **Nervus cutaneus medius** beschränkt waren. Der Nerv und das Hautstück wurden auf seinen Vorschlag exzidiert. Keine Rezidive sind bis jetzt (etwa vier Jahre nachher) aufgetreten.

4. **ALMKVIST** bespricht seine Versuche, eine gute und zum Verhüten der merkurialen Stomatitis besonders zweckmäßige **Zahnpaste** herzustellen. Seiner Auffassung nach muß man die Forderung aufstellen, daß eine gute Paste nur wasserlösliche Bestandteile hat, denn die unlöslichen können als Auflagerungen an den Zähnen und dem Zahnfleisch zurückbleiben und reizen. Eine solche wasserlösliche Paste wird auch jetzt nach A.s Angabe hergestellt und in den Handel gebracht. Als Hauptbestandteil enthält die Paste 60% **Kalium chloricum**.

Diskussion: **MOBERG** findet **ALMKVIST**s Auffassung nicht begründet. A. hat jedenfalls nicht dargetan, daß unlösliche, nicht reizende Stoffe in etwaiger Beziehung

schädigen können, und die Erfahrung spricht gegen eine solche Annahme. Ihre Bedeutung für die mechanische Reinigung der Zähne und des Zahnfleisches ist im Gegenteil nicht zu unterschätzen. M. glaubt deshalb, daß diese Paste entschieden der Paste von BEIKENDORF nachsteht, welche letztere seiner Erfahrung nach sich als sehr zweckmäßig erwiesen hat.

MÖLLER schließt sich der Auffassung MOBERGS an, daß die unlöslichen Stoffe zum Entfernen des Weinstains von großem Nutzen sind.

5. Diskussion über die persönliche Prophylaxe gegen Blennorrhoe.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band XI. Heft 6.

I. Über PAGETS Disease, von A. JUNGMANN und J. POLLITZER-Wien. An der Hand der einschlägigen Literatur rekapitulieren die Verfasser die wichtigsten Etappen in der Erkenntnis der PAGETSchen Krankheit und teilen dann die Krankengeschichte eines Falles mit, der eine 46jährige Frau betraf. Im Jahre 1890 begann die Hautaffektion mit einem kleinen, linsengroßen, roten, nässenden Fleck in der linken Achselhöhle, welcher sich langsam ausdehnte und ein übelriechendes Sekret absonderte. Die Diagnose lautete damals auf Ekzem. Da jedoch nach längerer antiektzematöser Behandlung kein Erfolg erzielt worden war, so wurde eine Auskratzung vorgenommen, die indessen keinen besseren Erfolg hatte. Die befallene Partie nahm rapide an Umfang zu und erreichte nach vorn fast die Mammilla. In den letzten Monaten beobachtete die Patientin Tumorenbildung in der Achselhöhle. Die Kranke sieht anämisch aus, ist stark abgemagert und hinfällig. Zurzeit reicht der Erkrankungsherd an der linken Thoraxhälfte von der Achselhöhle einerseits auf die vordere Thoraxhälfte, anderseits nach hinten ein Stück weit in die Skapularregion und dehnt sich auch an der Innenfläche des Oberarmes bis etwa zum zweiten Drittel seiner Länge aus. Der Brustanteil des Erkrankungsherdes stellt sich als eine dunkelrote, nässende Fläche von eigentümlichem, lackartigem Glanze und derber Konsistenz dar, die von einem scharf markierten, serpiginösen Rande begrenzt ist. Die zentralen Teile in der Achselhöhle sind durchwegs exkoriert und derb infiltriert. Der vorderen Achselfalte sitzt ein derber, pilzartiger, mit der Basis fixierter Tumor auf, der exulzeriert ist und einen schmierigen Belag zeigt.

Wegen der großen Ausdehnung der erkrankten Partie wurde von einer Totalexzision des Herdes abgesehen, und die Patientin von Dr. HOLZKNECHT mit Röntgenstrahlen behandelt, und zwar geschah dies in einsitzigen Bestrahlungen im ganzen Gebiete, auf welches eine mittelgroße Dosis Röntgenlicht : 4 H (H = Chromoradiometerseinheit) appliziert wurde, außerdem an den tiefinfiltrierten Stellen durch Summation eine Dosis von 8—10 H. Nach einer Latenzzeit von zwei bis drei Wochen zeigte sich überall eine Reaktion ersten Grades. Hierauf erfolgte Überhäutung der nässenden Partien, Abnahme der Infiltration, Abflachung der Tumoren, Reinigung der Geschwürflächen. Im November 1903 war die Hautaffektion bis auf einen schmalen Streifen vollständig geheilt. Hand in Hand ging die Besserung des Allgemeinbefindens der Patientin.

Die histologische Untersuchung des Tumors in der Achselhöhle ergab die bekannten „eigenartigen Veränderungen der Epithelzellen, denen Ablösung der Epidermis nach oben hin, Wucherung der Retezapfen mit Akanthose und auch mehrfache Bildung von Epithelschläuchen in die Cutis mit Dazwischentreten eines ziemlich scharfbegrenzten, dichten, vorwiegend aus Plasmazellen bestehenden Infiltrates folgen. An einer ziemlich grossen Stelle kam es zur Bildung eines scheinbar alveolär gebauten, deutlichen Deckepithelcarcinoms“.

Es handelte sich nach den Befunden um ein von der Epidermis ausgehendes, nicht zur Verhornung führendes Plattenepithelcarcinom.

II. Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen), von O. LASSAR-Berlin. Nach den Erfahrungen, die Verfasser gemacht hat, lassen sich mit Radium zweifellos pathologische Neubildungen zur Abheilung bringen. An den beigegebenen Abbildungen, vor und nach der Behandlung aufgenommen, kann man deutlich die Erfolge der Radiumtherapie sehen. Die unverhältnismässig grosse und schwerfällige Kapsel, in welcher meist nur ein winziges Teilchen des Radiumbromid enthalten ist, lässt sich auf Schleimhäuten oder an versteckten Stellen nicht gut anwenden, weshalb Verfasser das Radium in eine sondenähnliche, biegsame Bleihülle auf Glimmerplatten eingefügt hat, so dass nunmehr dasselbe leichter auf einzelne Punkte appliziert werden kann.

Die Radiumtherapie besitzt vor anderen radiotherapeutischen Massnahmen den Vorteil, dass sie weniger kostspielig, weniger umständlich ist; sie soll aber nur unter ärztlicher Aufsicht geübt werden. Nur der aufmerksame und mit unermüdlicher Ausdauer arbeitende Arzt wird Erfolge erzielen. Er hat darauf zu achten, dass, wenn irgendeine Andeutung eines Reizes, sei es in Form einer Schwellung, Rötung, Pigmentverfärbung, oder einer Empfindlichkeit der Gewebe sich geltend macht, die Radiumbestrahlung so lange sistiert wird, bis jeder Reiz verschwunden ist.

1904. Heft 7.

I. Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum, von A. BUSCHKE-Berlin. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 13jährigen Knaben, der im Anschluss an die Masern im Jahre 1896, etwa acht Tage, nachdem das Exanthem verschwunden war, einen Ausschlag im Gesichte bekam. Derselbe ist charakterisiert durch kleine, runde, hier und da auch obliegende, scharf begrenzte gelblichbraune oder stellenweise rote, teleangiektasienähnliche, ziemlich konsistente Tumoren. Einige wenige finden sich am unteren Abdomen, am Gefäss und an der Vorderfläche der Oberschenkel. Ausser den milienähnlichen Tumoren sieht man unregelmässig zerstreute Fibromata pendula von derselben Art und Grösse. An der Schleimhaut der Mundhöhle dicht hinter dem linken Mundwinkel findet sich eine unregelmässig begrenzte, auch palpatrisch deutlich nachweisbare Gruppe von etwa drei bis vier kleinen stecknadelkopfgrossen Geschwülstchen, welche mit Teleangiektasien bedeckt sind. Ausser diesen bemerkt man noch am Körper einige Naevi pigmentosi und Vitiligoflecke.

Histologisch war in keinem der von der Rumpfhaut exstirpierten Tumoren etwas von einem Adenom nachzuweisen, vielmehr zeigten diese Tumoren sowohl wie die Fibromata pendula den Typus eines zellarmen Fibroms, welches zum Teil um den Follikel sich gruppierte. Das Epithel war im wesentlichen normal. Aus einem Vergleich dieser Befunde mit denen anderer Autoren kann man den Schluss ziehen, dass bei aller Analogie der klinischen Erscheinungen zum Aufbau der Tumoren in den einen Fällen mehr die Talgdrüsen, in den anderen mehr das Bindegewebe, besonders das perifollikuläre, und die Blutgefässe beitragen.

II. Über Hg-Paraffinembolien, von Voss-Breslau. Eine statistische Zusammenstellung der in den letzten sieben Jahren im Allerheiligen-Hospital mit Injektionen

unlöslicher Quecksilberpräparate behandelten Fälle hat ergeben, daß unter 1373 Personen mit 13671 solcher Injektionen bei 15 sichere Embolien beobachtet wurden; somit kommt auf 911 Injektionen bzw. auf je 91 behandelte Personen eine Embolie.

Der Verlauf der Embolien war in allen Fällen ein günstiger, so daß dieselben als eine ungefährliche Komplikation anzusehen seien.

Einigermassen pathognomonisch, wenn auch nicht in allen Fällen, ist der unmittelbar oder kurz nach der Injektion mit starkem Hustenreiz, Atemnot und Seitenstechen einsetzende Beginn. Doch gibt es auch langsam einsetzende Fälle, bei denen der Hydrargyrumsalz-Paraffinembolus mehr zentral eine Lungenarterie verlegt hat. Solche Embolien verlaufen bisweilen unter pneumonischen Erscheinungen, während die mehr peripher, in die nächste Nähe der Pleura gesetzten Embolien wegen der sehr geringen Menge des in die feinsten Endigungen der Lungenarterien verschleppten Materials keine objektiv wahrnehmbaren, physikalischen Symptome machen.

Nach den Erfahrungen des Verfassers gibt es keinen Modus der Injektion, welcher mit Sicherheit Embolien vermeiden läßt.

III. Ein Fall von Lupus erythematosus mit Erythema induratum, von R. POLLAND-Graz. Die Affektion begann bei der 49jährigen, tuberkulös nicht belasteten Patientin vor fünf Jahren mit kleinen, roten, etwas juckenden Flecken und Knötchen im Gesicht, besonders auf der Nase und Stirn; bald darauf traten an den Streckseiten der Unterschenkel und der Arme erbsen- bis haselnußgroße Knoten auf die keine Schmerzen verursachten, nicht aufbrachen und nach einigen Monaten sich spontan zurückbildeten. Auch die Flecke und die zu kleinen Herden konfluierenden Knötchen blästen langsam ab und verschwanden schließlichschließlich unter Hinterlassung ganz zarter Narben. Dieselben Erscheinungen sowohl im Gesicht wie an den Extremitäten pflegten im Frühling wiederzukehren und einige Monate bestehen zu bleiben. In der letzten Zeit klagte die Patientin über Brustschmerzen und Husten.

Der Status bietet im Gesicht das Bild eines typischen Lupus erythematosus, während die knotigen Infiltrate an den Extremitäten einige diagnostische Schwierigkeiten bereiteten. Daß beide Affektionen in einem Zusammenhang stehen mußten, konnte man schon aus dem fast gleichzeitigen ersten Auftreten und den späteren gleichzeitigen Rezidiven schließen. Um völlige Klarheit über die Beziehung der Infiltrate zum Lupus erythematosus zu gewinnen, wurde ein Knoten am rechten Unterschenkel exzidiert, in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und in ca. 70 Schnitte zerlegt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab im wesentlichen eine normale Epidermis, in der Cutis etwas abgeflachte Papillen, leicht zellige Infiltrate in der Umgebung der Gefäße und der Schweißdrüsen. Auffallende Veränderungen weist die Subcutis auf. An der Grenze zwischen Cutis und subcutanem Fettgewebe findet man ein dichtes, hauptsächlich aus mono- und polynukleären runden Zellen (Leukozyten) und aus gewucherten, fixen Zellen bestehendes Infiltrat. Dasselbe ist durchsetzt von zahlreichen, mehr oder weniger kreisförmigen, scharf begrenzten Lücken, welche den von der Infiltration verschont gebliebenen Fettzellen entsprechen und durch Extraktion der letzteren mittels des härtenden Alkohols entstanden sind. Nirgends finden sich typische epitheloide noch Riesenzellen.

Verfasser bespricht seine Befunde unter Vergleichung mit den Befunden aus der einschlägigen Literatur und gelangt zu der Ansicht, daß es sich im vorliegenden Falle wahrscheinlich um eine metastatische, hämatogene Entzündung handelt. Bei der tuberkulös suspekten Patientin, die in der letzten Zeit einen phthisischen Habitus zeigte und leichte Spitzeninfiltration aufwies, wurde die Knotenbildung sowohl, wie der Lupus erythematosus entweder durch Toxine des Tuberkelbacillus oder durch eine

abgeschwächte Modifikation desselben hervorgerufen, wobei es im Gesicht zu der oberflächlichen, flächenhaften Affektion kam, während die Knoten an den Extremitäten durch eine Entzündung und Thrombosierung der Hautvenen entstanden sein mögen.

IV. Über einen Fall von Erythema nodosum mit ungewöhnlichem Verlauf und atypischer Lokalisation, von L. EINIS-Kaukasus. Es handelte sich um einen 2½ Jahre alten, anämischen Knaben, der an beiden Wangen zwei grössere, an beiden Schläfen zwei kleinere, braunrot verfärbte Schwellungen zeigte. Die Submaxillardrüsen waren geschwollen. Ein Jahr zuvor hatte das, wie es scheint, tuberkulös belastete Kind dieselbe Affektion, aber an beiden Unterschenkeln überstanden. Die Diagnose lautete auf Erythema nodosum. Von dem gewöhnlichen Typus wich der Fall ab: 1. durch die Lokalisation im Gesicht; 2. durch den Verlauf der Krankheit bei vollständiger Euphorie des Kindes; 3. durch die periodische Veränderung des Charakters und der Färbung des Exanthems zu gewissen Tagesstunden. Die Knoten waren nämlich in den ersten Tagen der Krankheit täglich mittags um 12 Uhr heller gefärbt und empfindlicher als zu anderen Stunden.

Die Affektion verlief völlig fieberlos bei bestem Wohlbefinden des Kindes. Nach ca. 14 Tagen waren alle Knoten verschwunden.

V. Alkohelseifen, von KARL GERSON. Die nach den Angaben des Verfassers von der Kaiser Friedrich-Apotheke in Berlin, Karlstrasse, angefertigte Alkohelseife ist von vollkommen fester Konsistenz. Die stärkere 40%ige dient zur Behandlung von parasitären Hautleiden, von Akne und Furunkulose, die 30%ige Seife zur Verhütung dieser Leiden und zur Abhärtung der Haut an Stelle der Einreibungen mit Franzbranntwein. Die 30%ige Alkohelseife reizt selbst die Haut der Säuglinge nicht im geringsten. Man erzielt eine tiefere und längerdauernde Wirkung mit der Alkohelseife, wenn man den Seifenschaum auf der Haut eintrocknen läßt, wodurch ein zu schnelles Verdunsten des in der Seife enthaltenen und mit dieser eine Emulsion bildenden Alkohols verhindert wird. Die Tiefenwirkung der Alkohelseife wird durch ihre starke alkalische Reaktion und damit auch die bakterizide Kraft der Seife erhöht. Nach SALZWEDEL ELSNER, EPSTEIN ist der Alkohol in etwa 50—55%iger Verdünnung am stärksten bakterizid. Dementsprechend wird sich die 40%ige Alkohelseife für die Behandlung parasitärer Hautleiden am besten eignen. Will man einen Herpes tonsurans behandeln, so reibt man die befallenen Stellen mit 40%iger Alkohelseife gründlich ein und läßt den Seifenschaum eintrocknen. Am Tage kann der Patient ohne Verband umhergehen, des Nachts legt man eine mit Alkohelseife reichlich durchschäumte Watteschicht auf. Tritt Hautreizung auf, so unterläßt man diese Umschläge und pudert mit Talkum. Bei sehr empfindlicher Haut bedient man sich besser der 30%igen Alkohelseife, diese letztere kommt besonders auch dort zur Anwendung, wo es sich um Vermeidung von Rezidiven oder um Verhütung parasitärer Hautleiden handelt. Jedoch nur trockene bakteritische Hautaffektionen eignen sich für die Alkohelseifenbehandlung.

Bei Seborrhoea capitis wird der Kopf jeden Abend mit der 40%igen Alkohelseife sehr reichlich eingeschäumt, und der Schaum zehn Minuten eintrocknen gelassen, ehe er abgespült wird.

Auch die Seborrhoea oleosa wird günstig beeinflusst, wenn man die Seife tüchtig einschäumt und den Schaum eintrocknen läßt.

Bei Pityriasis versicolor wird die Haut morgens und abends mit der 40%igen Seife tüchtig eingeschäumt und der Schaum in die Haut eingerieben. Nur jeden dritten Tag wird abgespült. Es empfiehlt sich dabei, ein wollenes Hemd zu tragen.

Bei Akne vulgaris, Komedonen, Furunkeln und Karbunkeln hat Verfasser mit der 40%igen Alkoholeife sehr gute Erfolge erzielt. Die 30%ige kann auch bei zarten, anämischen Kindern zur Abhärtung der Haut Verwendung finden.

C. Berliner-Aachen.

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Bd. VI. Nr. 10—12.

Zur Frage der sog. gutartigen Sarcoides, Neubildungen der Haut (BOECK), von P. PAWLOW. Mit einer Tafel. (Schluß.) Nach der Besprechung der einschlägigen Literatur beschreibt P. seinen eigenen eigentümlichen Fall, den er jahrelang beobachtete, und gibt das pathologisch-anatomische Bild der Erkrankung. Diese Neubildungen kommen in allen Altersstufen vor, hauptsächlich aber bei gesunden Personen mittleren Alters. Allgemeinstörungen werden bis auf eine leichte Leukocytose nicht beobachtet. Die Entwicklung vollzieht sich sehr langsam, mitunter unter leichtem Juckreiz in der Eruptionsperiode. Solche können unbegrenzt häufig und zahlreich auftreten, sind schmerzlos und etwas polymorph, einmal an Lichen ruber planus erinnernd, dann aber auch als dicke, derbe, dunkel verfärbte Knoten mit leichtem Ödem. Die Involution dieser Eruptionen geht spontan durch Resorption vor sich unter Zurücklassung von kaum sichtbaren, pigmentierten Narben. Ulceration und Zerfall sind selten. — Histologisch sind Herde von „großen, runden Zellen“ typisch, dabei auch Plasma- und Riesenzellen. Die Saftkanäle sind erweitert und das elastische Gewebe geschwunden. — Die Bezeichnung „Sarkoide“ hält kaum der Kritik stand, wenn auch die Arsenotherapie äußerst wirksam ist.

Über die Dauer der kontagiösen Syphilisperiode bei der Landbevölkerung Rufalands, von N. DOŁGOPOŁOW. (Schluß.) Eine statistische Untersuchung, aus der hervorgeht, daß die kontagiöse Periode unter Umständen ungemein lange währen kann, was auf dem Lande um so gefährlicher ist, als jedes Rezidiv wiederum zum Ausgangspunkt einer neuen Syphilisepidemie wird. Verfasser erteilt volkshygienische und sanitäre Ratschläge für den Kampf gegen die Syphilis auf dem Lande.

Blennorrhoe bei einem neunjährigen Mädchen mit rascher Kondylom-entwicklung, von J. SELENEW. Kasuistische Mitteilung ohne besonderes Interesse.

Der Einfluß des Lichtes auf die kranke und gesunde Haut, von L. BOGROW. Eine kompilative Arbeit, die auf Grund schon bestehender Monographien zu folgenden Schlüssen gelangt: Das Licht, das für die Haut ein Stimulans ist, führt in dem tuberkulösen Hautgewebe zur Degeneration und Resorption des Granuloms mit Hinterlassung von einigen elastischen Elementen und wirkt auch direkt bakterizid. Ultraviolette Strahlen sollen beseitigt werden, da nur blaue und violette wirksam seien.

Über syphilitische Neurasthenie, von N. RUDNITZKY. Ein kasuistischer Beitrag, der nicht zu überzeugen vermag, daß er in dieses Gebiet gehört, da die Symptome (gastrischen Charakters mit Kopfweh) viel zu unbestimmt sind. KOWALEWSKY unterscheidet vier Formen der syphilitischen Neurasthenie: 1. Solche der hereditärsyphilitischen; 2. Inanitionsneurasthenie der durch heroische Kuren erschöpften Luetiker; 3. psycho-traumatische, beruhend auf Syphilophobie, und 4. eigentlich syphilitische, bedingt durch das Virus selbst. Verfasser nimmt bei seinen Patienten ziemlich willkürlich die letzte Form an, zumal als die spezifische Behandlung eine Besserung der Symptome herbeiführte.

Zur Bakteriologie der Lepra, von J. HÜBERT. Mit zwei Tafeln. Eine ausführliche Untersuchung der Lebensbedingungen der Leprabazillen. Wie schwer auch die Züchtung derselben sei, Verfasser hält sie für gut möglich und beschreibt auch

die Kulturen. Er gebraucht als Nährmittel eine Mischung von Kalbeinmulsion in Glycerinagar mit dem Nährstoff HEYDENS. Am schwersten gelingt die erste Aussaat. Weitere Abimpfungen gehen leichter vor sich. Auf diesem Nährboden wird der Leprabazillus ziemlich polymorph (!), er erinnert einmal an Tuberkulose, einmal an Diphtherie, einmal an Rotbazillen usw. Trotzdem ist ihre morphologische Zusammengehörigkeit, die sich auch aus den Entwicklungsformen (Cladothrix usw.) ergibt, unzweifelhaft. Der Leprabazillus stehe in der Mitte zwischen dem Tuberkulose- und dem Diphtheriebazillus. Interessant ist es, daß der künstlich gezüchtete, polymorphe Leprabazillus, den Versuchstieren eingepflanzt, im lebenden Gewebe bald die typischen Eigentümlichkeiten des uns aus den menschlichen Geweben bekannten Mikroorganismus der Lepra wieder annimmt. Das Leben der Leprabazillen im Organismus der Versuchstiere ist von kurzer Dauer, da es dort durch Phagozyten bald zugrunde geht, ohne lepröse Krankheitserscheinungen in ihnen erzeugt zu haben.

Der Einfluß der künstlichen und natürlichen Schwefelbäder auf den Stoffwechsel der Syphilitiker, von A. HEPPER. Die an sechs Kranken vorgenommenen Wägungen und Analysen zeigten, daß zwischen den künstlichen und natürlichen Bädern kein wesentlicher Unterschied bezüglich des Stickstoffwechsels zu bemerken ist. Beide steigern die Menge des assimilierten Stickstoffs, auch nahmen im Harn Phosphate und Chloride in Menge zu.

Zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion, von S. JAKOWLEW. In einem Fall trat bei einem hereditär schon etwas Belasteten die Reinfektion schon nach 2¹/₂ Jahren ein, nachdem die erste Syphilis nach vier Kuren ausgeheilt war. Prof. TARNOWSKY bestätigte die Diagnose. Im zweiten Falle kam die zweite Induration auch etwa 2¹/₂ Jahre nach der ersten Infektion. Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose der rezenten Syphilis.

Syphilisinfektion bei ritueller Beschneidung, von W. KUDISCH. Verfasser führt literarische Belege für die Vorzüge der Beschneidung an; er mahnt aber auf Grund vereinzelter und epidemischer Übertragungen von Infektionskrankheiten bei unzuweckmäßigem Verfahren zur größtmöglichen Vorsicht. Ein kasuistischer Beitrag vervollständigt das Gesagte.

Über chronische Ostitiden, von B. MOTZ und F. MONTFORT. Mit Abbildungen. (Schluß.) Kurze Darstellung der Ätiologie, der Klinik, der pathologischen Anatomie und der Therapie verschiedener Formen der Syphilis. *A. Sack-Heidelberg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Ohne Fieber und beinahe ohne Exanthem verlaufende Morbillen, von S. GERLÓCZY. (*Orvosi-Hetülap und Gyermekgyógyászat*. 1903. Nr. 2.) Das elfjährige Mädchen wurde mit seinen anderen fünf Geschwistern wegen Scharlach ins Kinderhospital eingeliefert. Nach ca. sieben Wochen erkrankte eines der Kinder (welche alle in einem Krankensaal waren) an Masern, die anderen werden sofort isoliert. Bei dem elfjährigen Mädchen treten nun am zehnten Tage bei normaler Temperatur KOPLIKESche Flecke auf. Am elften Tage wieder bei normaler Temperatur die KOPLIKESchen Flecke im Schwinden, schwaches fleckiges Exanthem, geringe konjunk-

tivale Reizung, mäßige katarrhalische Erscheinungen, im Gesichte und Bumpfe einige (beiläufig 20) mit rotem Hof umgebene papulöse Effloreszenzen. Am zwölften Tage fast alle Erscheinungen zurückgebildet, am dreizehnten Tage keine Spur von Exanthem. Dafs es sich um Morbillen handelte, dafür spricht auch die typische und richtig verlaufende Morbillenerkrankung der anderen Geschwister. *A. Alpár-Alexandria.*

Beobachtungen über KOPLIKSche Flecke, Diazoreaktion und Fieber bei Masern, von OTTFRIED MÜLLER-Marburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 3.) Den Beobachtungen M.s zufolge sind 1. die KOPLIKSchen Flecke ein in reichlich $\frac{1}{5}$ der Fälle vorhandenes, häufig schon am ersten Krankheitstage auftretendes Frühsymptom der Masern; sie sind jedoch für sich allein für Masern nicht pathognomonisch, da sie wiederholt auch bei Röteln beobachtet wurden.

2. Die Diazoreaktion im Harn ist auf der Höhe der Krankheit fast ausnahmslos nachweisbar, sie tritt in der Regel erst mit dem Ausbruch des Exanthems auf und ist demgemäß kein Frühsymptom.

3. Die Fieberkurve der Masern weist in den meisten unkomplizierten Fällen im Beginn des katarrhalischen Stadiums eine kurze, starke Steigerung auf, dieser folgt eine ein- bis zweitägige Intermission, und nunmehr tritt ein rasch ansteigendes, zirka vier Tage dauerndes, kontinuierliches Fieber ein, das meist kritisch wieder abfällt. Seltener steigt das Fieber allmählich remittierend oder ohne jede Vorboten plötzlich und schroff an. *Götz-München.*

Bericht über eine Dienstreise nach Algier behufs Prüfung der Impfverhältnisse, von SAINT-YVES MÉNARD-Paris. (*Bull. de l'Acad.* 1908. Nr. 40.) Infolge von verschiedentlichen Klagen über mangelhafte Resultate mit der im Institut PASTEUR zu Algier erzeugten Lymphe wurde Verfasser mit einer Prüfung der dortigen Verhältnisse beauftragt. Als Quellen der (seinem Befunde nach durchaus nicht so erheblichen) Mißerfolge führt er folgendes an: die zur Gewinnung der Lymphe verwandten Kälber sind fast alle dürrig und schlecht genährt; sie werden längere Zeit im Institut vor der Verwendung gehalten, um gekräftigt zu werden, und es ist in dieser Zeit vielfach die Möglichkeit einer akzidentellen Impfung gegeben. Ferner wird der Reihe nach stets von dem einen Kalb aufs andere weiter geimpft, anstatt dafs man die etwaigen schlechteren Produkte ausschalte und die wirksameren für die Lymphgewinnung speziell reserviere. Ein Einfluß der großen Hitze im Sommer namentlich beim Wehen des Sirokko sei nicht zu verkennen. Man könnte aber, um nicht das Impfen in dieser Zeit angesichts des endemisch Vorhandenseins von Variola zu unterbrechen, Lymphe von Paris sehr gut versenden. *Philippi-Bad Salzschlurf.*

Variolisation, von HERVIEUX. (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1902. Nr. 12.) Noch vor 20 Jahren ist die Variolisation allen Ernstes als eine zweckmäßige Mafsregel empfohlen worden. H. legt dar, dafs dieses Verfahren absolut zu verwerfen ist, da es nur dazu führt, die Pockenepidemien resp. Endemien in Permanenz zu erhalten. Ausserdem ist es trotz gegenteiliger Behauptungen dem Arzte gar nicht möglich, den weiteren Verlauf dieser künstlichen Pocken unter Kontrolle zu erhalten. Auf Vorschlag des Redners beschliesst die Akademie einstimmig, ein gesetzliches Verbot der Variolisation als unentbehrlich zur Beseitigung dieses Mißbrauchs, der namentlich unter den einheimischen Stämmen Afrikas noch sehr verbreitet ist und für die dort lebenden Europäer zweifelsohne eine stete Quelle der Gefahr bildet, von der Gesetzgebung zu fordern. *Philippi-Bad Salzschlurf.*

Beziehungen zwischen Lufttemperatur und Variola, von D. SIVEWRIGHT-London. (*Lancet.* 16. Januar 1904.) S. hat die Tagestemperaturen in minimo und maximo zur Zeit der Pockenepidemie im Winter 1901/02 mit der Anzahl der Aufnahmen in den Isolierbaracken verglichen und findet, dafs eine Abnahme der Tempe-

natur mit einer Vermehrung der Erkrankungen ziemlich genau zusammenfiel. Wenn eine Inkubationsdauer von zwölf Tagen als der Durchschnitt gelten kann, und anzunehmen ist, daß gewöhnlich etwa zwei Tage nach der Erkrankung verfließen, ehe der Patient im Hospital aufgenommen wurde, so entfielen tatsächlich die meisten Infektionen auf die Tage mit den niedrigsten Temperaturen. Noch genauer stimmte dieses Verhalten mit Bezug auf die Sonnenstrahlung im luftleeren Raum.

Philippi-Bad Salschlirf.

Bericht über den Artikel 6 (obligatorische Impfung gegen Variola) des Gesetzes vom 15. Februar 1902, betreffend den Schutz des öffentlichen Gesundheitszustandes. (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1903. Nr. 5.) KELSCH erstattet namens der von der Akademie zur Prüfung dieses Themas ernannten Kommission einen eingehenden Bericht. Dabei verbreitet er sich ausführlich über die in Deutschland durch das Gesetz vom Jahre 1874 geschaffenen Verhältnisse, deren segensreichen Wirkungen er hohes Lob zollt. Im Jahre 1897 sind in Deutschland nur fünf Todesfälle an Pocken vorgekommen und von Schädigungen beim Impfakte sind in der Zeit von 1885 bis 1897 unter 32 Millionen Impfungen nur 67 Erkrankungen, die dem Arzte zur Last gelegt werden konnten, beobachtet worden. Der Entwurf zum französischen Gesetz sieht nun eine dreimalige obligatorische Impfung vor, die erste zwischen dem dritten und zwölften Lebensmonat, die zweite im elften und die dritte im 20. bis 22. Lebensjahr. Es soll mit Kälberlymphe geimpft werden, doch darf im Notfalle ausnahmsweise der Arzt auch von einem Kinde aufs andere impfen. Befremdlich und vielleicht nicht unbedenklich erscheint es, daß in Frankreich den Hebammen das Impfen gestattet ist. (Im ganzen bietet der hier aufgestellte Entwurf, abgesehen von der Forderung einer allgemein obligatorischen dritten Impfung, kaum ein Fortschreiten gegenüber der deutschen Gesetzgebung. Ref.)

Diskussion: (Ibid. Nr. 6.) PROUST tritt ein für die Schaffung eines Zentral-Lymphinstituts in Paris unter der Oberaufsicht der Académie de médecine; gegen die Zulässigkeit der Menschenlymphe wendet er sich mit allem Nachdruck. — KELSCH polemisiert gegen diese von anderer Seite angeregte Instituierung einer unabhängigen Zentral-Lymphanstalt. — LANDOUZY wünscht die Verwendung der Menschenlymphe unter allen Umständen verboten zu sehen. — KELSCH verteidigt die Zulassung derselben unter ausnahmsweisen Umständen, wie dies in Deutschland vorgesehen. — PINARA findet, daß die Verwendung von Menschenlymphe stets eine bedenkliche Sache ist.

Nach einigen weiteren Hin- und Widerreden beschließt die Akademie, die Verwendung von Menschenlymphe nicht zuzulassen. Als die zu bevorzugende Impfmethode wird ferner die Impfung direkt vom Kalb auf den Menschen empfohlen. Im übrigen enthält der von der Akademie gut geheißene Entwurf kaum etwas, das nicht in Deutschland schon in ähnlicher Weise gesetzlich geordnet wäre.

Philippi-Bad Salschlirf.

Pokkenälchen oder Fadenalgen, von VAN DER LOEFF. (*Neederland. Tijdschr. voor Geneesk.* II. Teil. 1903. Nr. 9). Verfasser hatte seit dem Jahre 1887 nichts mehr von sich über Pokkenvirus hören lassen. Die neuen Untersuchungsergebnisse, die er heute mit Hilfe der vervollkommenen Technik publiziert, sind vollständig mikroskopischer Natur und geben uns keine Anhaltspunkte in bezug auf die ätiologische Bedeutung des Befundes. Er hat im Inhalte von Lymphpusteln in großer Menge Fadenpilze mit Sporen und Sporangien gefunden, welche er zu den Phykomyceten zählt. Verfasser ist nun überzeugt, daß seine in der ersten Arbeit beschriebenen „Proteide“ mit diesen Körperchen identisch sind (s. *diese Zeitschr.* Bd. VI. 1887. Nr. 10).

C. Müller-Genf.

Proceedings of the New York Pathological Society. Novbr. 1903. G. N. CALKINS berichtet über Untersuchungen an Variola-Läsionen, bei denen er die von GUARNIERI und von PFIBIFFER gefundenen Körperchen ebenfalls festgestellt hat. Es sind dabei drei Entwicklungsstadien zu konstatieren, von denen die geschlechtliche Phase, wie solche von COUNCILMAN neuerdings beschrieben ist, die größte Bedeutung hat. Dieselbe spielt sich intranukleär ab. Als erste Phase beobachtet man ein einfaches Wachsen mit Abstofung von Knöspchen, welche ihrerseits neue Gewebszellen infizieren. Beim dritten Kreislauf, welcher auch ein geschlechtlicher zu sein scheint, entstehen Pansporblasten, welche alsdann unter Hinterlassung eines „Restkörpers“ zerfallen. Auch bei Carcinomen, Sarkomen und Diphtherie sieht man im erkrankten Gewebe bläschenförmige Körperchen, doch sind die Variolakörperchen von diesen durch den vollständigen dreiteiligen Kreislauf definitiv zu unterscheiden.

TYZZER hat ausgedehnte Untersuchungen betreffs der sogenannten **Vaccinekörperchen** angestellt, wobei er von der Annahme ausging, daß es sich bei ihnen um Degenerationsgebilde verschiedener Art handele, von Leukocyten, roten Blutkörperchen oder dem Zellprotoplasma herkommend. Er sei aber zum Resultate gekommen, daß es sich um wirkliche Organismen handele. Die nukleären Formen fand er hierbei nicht, wenn auch mehrfach zerfallene Kerne sich vorfanden (vide Arbeit von COUNCILMAN. Ref.)

ANNA W. WILLIAMS berichtet über Beobachtungen, welche an zwei mit **Variolavirus** geimpften Affen angestellt wurden. Bei dem einen, der nur spät und mit milden Pockenerscheinungen erkrankte, fanden sich die intranukleären Gebilde nur in spärlicher Anzahl, während dieselben bei dem anderen, schwer erkrankten Tiere in reichlicher Menge anzutreffen waren. Der vom Referenten beschriebene dreifache Zyklus wurde von Rednerin nicht konstatiert.

J. EWING spricht sich dahin aus, daß weitere Beweise nötig seien, ehe man die beschriebenen Körperchen, sowohl die intra- wie die extranukleären, als Protozoön akzeptieren könne. Bei seinen Studien über **Vaccine** habe er eine Unmenge von Produkten der durch Variola bedingten Nekrose gesehen, an denen er sich überzeugt habe, daß die Morphologie allein nie ein ausschlaggebendes Kriterium bilden könne. Auffallend sei es ihm auch gewesen bei seinen Versuchen, daß die **Vaccinekörperchen** die gleichen waren sowohl beim Menschen wie beim Affen, Kaninchen und Batrachieren. Er hält sie eher für einfache Degenerationsprodukte der erkrankten Zelle.

J. von GIBSON drückt auch seine Zweifel aus. *Philippi-Bad Salzschlurf.*

Die Pathologie der Variola, von W. R. STOKES - Baltimore. (*John Hopkins Hosp. Bulletin.* Aug. 1903. Nr. 149.) Die vorliegende Arbeit enthält die Ergebnisse von Untersuchungen an elf Pockenfällen, von denen fünf zur Autopsie gelangten. Verfasser fand dabei an seinen anatomischen Befunden weiteres Material zum Beweise, daß die Infektionsübertragung auf dem Wege der Atmungsorgane stattfindet, und daß ferner die Hauptschädigung und der tödliche Ausgang in erster Linie auf die Anwesenheit von pyogenen Mikroorganismen, Streptococcus und Staphylococcus pyogenes aureus, zurückzuführen ist. Seine Versuche, ein spezifisches Pockenvirus zu züchten, fielen sämtlich negativ aus. Im ganzen bringt die Arbeit keine wesentlich neuen Gesichtspunkte und läßt sich kaum im Referate wiedergeben, doch sind die genauen anatomischen Schilderungen der Befunde an Haut, Lunge, Nieren, Hoden usw., welche noch durch sehr gute Illustrationen veranschaulicht sind, in mancherlei Hinsicht wertvoll.

Philippi-Bad Salzschlurf.

Komplikationen und Folgeerscheinungen nervöser Art bei Variola, von C. J. ALDRICH - Cleveland. (*Amer. Journ. of med. scienc.* Feb. 1904.) Außer einer umfassenden Aufzählung der Äußerungen von annähernd 100 Autoren, welche Beiträge

zu dem Thema geliefert haben, berichtet A. über folgende vier Fälle: I. Ein 13jähr. Knabe verfiel nach einer gut überstandenen, leichten Attacke von Variola ohne erkennbare Ursache in schweren Schlaf und Stupor, so daß vier bis fünf Tage lang die Nahrungsaufnahme fast unmöglich wurde. Kopfschmerz, Fieber, Nackensteifigkeit, Pulsverlangsamung und totale Aphasie bildeten die prominentesten Erscheinungen. Nach fünf Wochen fing die Sprache an, wiederzukehren, wobei die Worte gleichsam „herausgequetscht“ wurden. Linke Hand längere Zeit athetotisch. Gang erschwert. II. Junge Frau zeigte bei määßigem Fieber folgende Momente: Delirium mehr in der Art von *Mania religiosa*, dann Aphasie, *Incontinentia alvi et urinae*, Parese aller vier Extremitäten; nach vier Wochen Besserung der Sprachstörung, aber Zustand gelinden Blödsinns, ataktische Störung der Beine; nach zwei Monaten ziemlich plötzlich einsetzende wesentliche Besserung. Schließlich blieb nur eine geringe Ataxie und etwas erschwerte Sprache zurück. — III. Fall von hochgradiger Neurasthenie bei 32jährigem Konstabler, intensive Abmagerung, Hinfälligkeit, Angstzustände, Kollaps, ataktischer Gang. Wurde pensioniert. — IV. Kind, erkrankt mit Erbrechen und Diarrhoe, Fieber, Bewußtlosigkeit, Konvulsionen; alsdann nach Entwicklung des Ausschlages fieberfrei und bei Bewußtsein, aber aphasisch; hat drei Monate lang gar kein Wort gesprochen, lernte dann in sechs Monaten ganz fließend sprechen.

Philippi-Bad Salschlirf.

Augenkomplikationen bei Blattern, von ALBERT RUFUS BAKER - Cleveland. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 12. Sept. 1903.) Die jüngsten Erfahrungen, die man in Cleveland gemacht hat, sollten eine Warnung für alle Impfgegner sein. Während früher die Impfung der Schulkinder aufs strengste durchgeführt wurde, machte sich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre eine sehr lebhafteste Strömung gegen die Schutzimpfung mit Erfolg geltend. In den Jahren 1898—1901 war Cleveland der Sitz einer milden Blatternepidemie; es kamen insgesamt 2746 Fälle in den vier Jahren zur Beobachtung, von denen 39 (= 1,5%) starben; unter allen diesen Fällen war kein einziger mit schweren Augenkomplikationen. Im Jahre 1901, als die Epidemie schon im Zurückgehen war, wurde gegen sie ein Feldzug eingeleitet durch systematische Desinfektion der Häuser mit Formaldehyd. Die Epidemie erlosch, und unter dem hochtönenden Titel „Wie wir Cleveland von den Blattern befreiten“ berichtete der Gesundheitsbeamte FREDRICH über die Erfolge der Formaldehyddesinfektion. Schon im darauffolgenden Jahre brach eine neue Epidemie aus; die Erkrankungsziffer im Jahre 1902 betrug 1248; von diesen starben 224 (= 17,9%)! Annähernd 50 von diesen Fällen der letzten Epidemie verliefen mit schweren Augenkomplikationen. Verfasser allein hatte 23 Fälle in Behandlung, von denen trotz sorgfältigster Pflege nicht weniger als 18 auf einem oder auf beiden Augen erblindeten. Bei keinem dieser Patienten konnte der Nachweis einer vorausgegangenen erfolgreichen Impfung erbracht werden.

Die Schlusssätze des Verfassers sind:

1. Bei der wachsenden Abneigung gegen die Schutzimpfung ist fast jede Kommune der Gefahr ausgesetzt, ähnliche traurige Erfahrungen zu machen, wie Cleveland sie hinter sich hat.
2. Die Augenkomplikationen bei Blattern sind sehr zu fürchten. Die gefährliche Hornhautkomplikation ist eine Sekundärinfektion, sie beginnt etwa am zwölften Tage, oft aber noch viel später.
3. Die Infektion bei der Cleveland-Epidemie beruhte auf Streptokokken; sie unterschied sich in nichts von ähnlichen Augeninfektionen bei Leuten, die durch eine schwere Krankheit heruntergekommen sind.
4. Eine spezifische prophylaktische Behandlung ist nicht gefunden worden; das

beste, was man tun kann, ist Gesicht und Augen in einem möglichst aseptischen Zustand zu halten durch häufige Waschungen und die Anwendung solcher Antiseptica, die für das Auge möglichst reizlos sind.

A. Loewald-Kolmar.

Über Verlauf und Diagnose der Blattern — nach der letzten Epidemie in der Stadt New York, von WILLIAM S. SOMERSET-New York. (*New York Journ.* 21. Nov. 1903.) Gegen Ende 1900 traten in New York die Blattern wieder auf, nachdem sie verschiedene Jahre verschwunden waren, nahmen im Jahre 1901 und noch mehr im Jahre 1902 an Ausdehnung zu und können jetzt wiederum als erloschen angesehen werden. Während der zwei Jahre kam jede Varietät der Blattern, von der leichtesten bis zur bösartigsten Form, vor. Bei den leichten Formen hebt S. die oft kaum unterscheidbare Ähnlichkeit mit Schafblattern hervor. In Fällen, wo das Gesicht die konfluierenden Eruptionen des makulösen Stadiums zeigt, ist die Ähnlichkeit mit Masern eine auffallende, auch Syphilis könnte mit seinen Sekundäreruptionen Variola vortäuschen — der ganze Verlauf (Fieber usw.) sowie die Vorgeschichte werden jedoch diesen Irrtum leicht korrigieren lassen. Im allgemeinen waren bei der genannten Epidemie maligne Fälle relativ selten. S. hebt den Mißbrauch der Bezeichnung „hämorrhagisch“ hervor, welche fälschlicherweise oft mit bösartig identifiziert werde. Jeder Fall von Blattern könne Bläschen mit blutigem Inhalte zeigen, konfluierende Fälle zeigen gewöhnlich Hämorrhagien von mehr oder weniger großer Ausdehnung an den Beinen, sind aber keineswegs maligner Art. Als Resumé seiner Beobachtungen faßt S. zusammen, daß die Blattern allmählich mildere Formen angenommen haben, daß es Abortivformen in einem frühen Stadium der Eruption oder bevor überhaupt eine Hauteruption vorhanden ist (Variola sine Variolois) gibt. Die Blattern haben sich etwas modifiziert, aber keineswegs eine neue Rolle (durch verminderte Virulenz des Contagiums oder verminderte Empfänglichkeit der betroffenen Individuen) angenommen.

Stern - München.

Pathologie und Behandlung der Pocken, von NELSON D. BRAYTON-Indianopolis. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 25. Juli 1903.) Die auf einem sehr großen selbstbeobachteten Material (über 2000 Fälle, 50 Autopsien) basierte Arbeit enthält nicht viel Neues und Bemerkenswertes. Von besonderem Interesse ist eigentlich nur der letzte, die Rotlichtbehandlung der Pocken betreffende Abschnitt. Verfasser hat etwa 300 Kranke dieser Behandlung unterzogen und kann sich nicht günstig über sie äußern. In den Krankensälen, in welchen die Rotlichtbehandlung durchgeführt wurde, waren das Eiterfieber und die Mortalität nicht geringer als in den übrigen Sälen. Es konnte nicht festgestellt werden, daß die Rotlichtbehandelten sich irgendwie besser befanden als die dem Tageslicht ausgesetzten Kranken. Auch eine Beeinflussung der Narbenbildung war nicht erkennbar.

A. Loewald-Kolmar.

Beitrag zur Behandlung der Variola und des Erysipels mit Tachyol, von JAJA. (*Il Morgagni.* 1903. Nr. 12.) Verfasser rühmt die ausgezeichnete Wirkung des Tachyols in einem sehr schweren Fall von Variola confluens, der in einem Zeitraume von 22 Tagen zur Heilung gebracht wurde. Das Medikament wurde in wässriger Lösung (1 : 10000) in Form von Spray, welche Methode er den Einpackungen vorzieht, angewendet. Denselben günstigen Erfolg hatte er in einem Falle von Erysipelas faciei, der nach derselben Methode behandelt wurde; nur wurde hier zunächst eine Konzentration von 1 : 10000 und dann eine von 1 : 5000 gewählt.

C. Müller-Genf.

Die Rotlichtbehandlung der Blattern, von NIELS R. FINSSEN-Kopenhagen. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 14. Nov. 1903.) Erwiderung auf eine in dem *Amer. med. Assoc. Journ.* erschienene Kritik der Rotlichtbehandlung bei Pocken von SCHAMBERG (vgl. Ref. *Monatsh.* Bd. XXXVIII, S. 39). SCHAMBERG hatte erstens FINSSENS Priorität

betritten, da bereits im 14. Jahrhundert der Engländer GADDESSEN die gleiche Behandlungsart angewandt habe. Demgegenüber stellt FINSEN fest, daß die moderne Behandlung mit der des Mittelalters nicht das geringste zu tun habe. Diese habe darin bestanden, den Kranken mit roten Gegenständen, Bildern usw. zu umgeben, ihm rote Flüssigkeiten einzufößen u. dgl., und habe den Zweck verfolgt, das Blut zu reizen, etwa so wie ein Stier durch ein rotes Tuch gereizt wird; das Erythem sollte dadurch verstärkt und alle „schlechte Materie“ gezwungen werden, herauszukommen. — Den zweiten Vorwurf SCHAMBERGS, daß FINSENS Theorien über den Einfluß des Lichtes auf die Blattern falsch seien, fertigt dieser mit der Antwort ab, daß es zwecklos sei, mit jemandem über diese Theorien zu diskutieren, der es fertig bringe, die Methode des Mittelalters mit der modernen zu identifizieren. Die beiden Misserfolge endlich, aus denen SCHAMBERG den Schluß zieht, daß die Rotlichtbehandlung wirkungslos sei, und die beobachteten guten Erfolge auf Rechnung anderer Faktoren zu setzen seien, erklärt FINSEN dadurch, daß die beiden Fälle zu spät in Behandlung gekommen sind. Zwei Bedingungen müssen aufs peinlichste erfüllt sein, wenn die Behandlung wirkungsvoll sein soll: 1. die Kranken müssen sehr früh, d. h. vor dem vierten oder fünften Krankheitstage in die entsprechende Behandlung kommen, 2. die chemischen Strahlen des Tageslichtes müssen absolut ausgeschaltet sein. Nur wenn photographische Platten oder lichtempfindliches Papier im Krankenraum unverändert bleiben, ist die Behandlung eine vollkommene und ein Erfolg zu erwarten.

A. Loewald-Kolmar.

Die Verwendung von rotem Licht bei der Behandlung von Variola, von J. T. C. NASH-Southend-on-Sea. (*Lancet.* 5. März 1904.) Verf. teilt einige diesbezügliche Beobachtungen als einen Beitrag bruchstückweise zur Würdigung dieser Frage mit. Im Jahre 1902 hatte er 25 Fälle in Behandlung; von diesen wurden 13 mit Rotlicht behandelt, und er verlor dabei nur einen einzigen Patienten, der mit hämorrhagischem Typus 48 Stunden nach der Aufnahme starb. Geimpft waren nur zwei von den Patienten zweimal, sechs nur im Säuglingsalter, vier gar nicht, und ein Fall war zweifelhaft. Bei den zwölf dem gewöhnlichen Tageslicht ausgesetzten Patienten hatte N. vier Todesfälle, unter denen gleichfalls eine hämorrhagische Form sich befand. Im Jahre 1903 hatte er unter fünf Fällen (drei ungeimpfte) keinen Todesfall zu verzeichnen. Verfasser hat auch gefunden, daß die Eiterbildung an den Läsionen und das sekundäre Fieber unter Rotlichtbehandlung wesentlich milder verliefen.

Philippi-Bad Salschlurf.

Moderne Methoden der Impfung und deren wissenschaftliche Begründung, von S. MENCKTON-COPEMAN - London. (*Med. chir. Society of London.* Bd. 85.) Verfasser schildert zunächst die Geschichte der Kuhpockenimpfung in England, ausgehend von JENNERS erster Publikation im Jahre 1798, welche von der Royal Society vorher als unwissenschaftlich zurückgewiesen worden war, und mit Anführung der wichtigsten Entwicklungsstadien. Erst im Jahre 1802 erhielt das Verfahren eine breitere Anerkennung, indem das Parlament eine Kommission ernannte, deren Urteilspruch durchaus die JENNERSchen Angaben bestätigte. Im Jahre 1840 wurde das bis dahin viel geübte Verfahren der Variolisation gesetzlich verboten unter Androhung schwerer Strafe, und im Jahre 1858 wurde ein einmaliges Impfen innerhalb der ersten drei Lebensmonate obligatorisch gemacht. Die gesetzlichen Strafen für unterlassene Impfung wurden 1871 neu geregelt, aber die öffentliche Meinung lehnte sich so stark gegen den gesetzlichen Zwang auf, daß im Jahre 1898 eine Klausel vom „conscientious objector“ eingeführt wurde, vermöge deren jeder Vater, der vor einem Friedensrichter und Beisitzenden unter Eid erklärt, daß er begründete Zweifel an der Zweckmäßigkeit der Impfung hege, von der Verpflichtung, sein Kind impfen

zu lassen, befreit ist. Weitere Gesetze betreffen die Regelung der Lymphegewinnung in der Staatslymphanstalt, dem im Jahre 1809 gegründeten „National Vaccine Establishment“, welche jetzt als „Government Lymph Laboratories“, wie Verfasser ausführlich dartut, nach den modernsten Prinzipien eingerichtet und geleitet ist und vorzüglich funktioniert. Man ist imstande, mehr als 8000 Röhren Lymphe an einem Tage zu liefern. Auch sei es nichts Ungewöhnliches, 100 % Erfolge beim Impfen zu erzielen. Betreffs der Ausführung der Impfung sei erwähnt, daß in England jetzt die Impfung binnen der ersten sechs Lebensmonate ausgeführt sein soll, und daß vier Striche, welche nicht weniger als einen halben Zoll von einander entfernt sein sollen, vorgeschrieben sind. Verfasser betont, daß eine große Narbe durchaus nicht eine Notwendigkeit bei erfolgreicher Impfung sei. Betreffs nachteiliger Folgen teilt er mit, daß in den Jahren 1892 und 1893 je 58 und 59 Todesfälle gemeldet wurden, bei denen ein Zusammenhang mit dem Impfstoffe angenommen wurde, im Jahre 1900 dagegen nur 25. In bezug auf das Wesen der Kuhpocken neigt C. zu der Ansicht, daß es sich dabei um eine Infektion der Kühe durch variolisierte, also künstlich, und zwar mit einem abgeschwächten Pockengift infizierte Menschen handle. Als Bestätigung dieser Ansicht berichtet er, daß es ihm gelungen ist, aus den Pusteln eines mit Menschenvariola infizierten Affen ein Kalb mit allen Erscheinungen der echten Kuhpocken zu infizieren. Impfungen vom Kalbe auf Kinder wiederum erzeugten echte Kuhpocken. (Ähnliche Beobachtungen hat man auch in Deutschland gemacht. Ref.) In Birma habe man auch wiederholt von variolisierten Menschen aus bei Bindern Kuhpocken erzeugt. Der Vortrag ist durch gute Illustrationen vervollständigt. Unter anderem wird noch die bakterizide Kraft des Glycerins klar veranschaulicht.

Bei der Diskussion weist T. D. ACLAND darauf hin, daß nach den Erfahrungen von CALMETTE und GUÉRIN das Kaninchen für Vaccine empfänglich ist, und empfiehlt, jede neue Portion Lymphe in der Anstalt vor Abgabe an einem Versuchstiere auf seine Wirksamkeit zu prüfen. Im ganzen aber brachte die Diskussion wenig, das für den deutschen Leser von Interesse ist.

Philippi-Bad Salzschlief.

Impfgesetz. (*Niederländische Weekblad f. Geneesk.* 23. Mai 1906.) Der Referent betont die wohlthätigen Wirkungen der Impfung gegen Pocken, vergleicht die Statistiken in den Niederlanden und England und teilt dann einen Impfgesetzentwurf mit, welcher auf Befehl des Ministeriums des Innern von einer hierzu ernannten Kommission ausgearbeitet wurde. Nach demselben muß unter anderem jedes Kind im Verlaufe des ersten Lebensjahres geimpft werden, und zwar durch einen diplomierten Arzt. Bleibt die erste Impfung ohne Erfolg, so wird im zweiten und eventuell im dritten Jahre nochmals geimpft. Im 13. Jahre findet eine Wiederimpfung statt. Später Eingewanderte haben für ihre Kinder einen Ausweis zu liefern, daß sie geimpft worden sind. Zu den öffentlichen kostenlosen Impfungen wird zu gewöhnlichen Zeiten zweimal, während Pockenepidemien aber viel öfter Gelegenheit geboten.

C. Müller-Genf.

Die Impfung in Bosnien und der Herzegowina, und der Einfluß auf das Vorkommen der Blattern in diesen Ländern, von G. KOBLER. (*Wien. klin. Rundschau.* 1904. Nr. 1.) Während in den Jahren 1888 und 1889 vor Einführung der Impfung die Zahl der Blatternkranken in Bosnien 14177 und 13540 betrug (ca. 1 % der Bevölkerung), gingen die Erkrankungen, nachdem jährlich ca. 55000 Impfungen vorgenommen wurden, in wenigen Jahren so zurück, daß bereits 1892 von einem völligen Erlöschen gesprochen werden konnte, und später nur noch eingeschleppte Fälle an der Grenze beobachtet wurden.

Curt Cohn-Hamburg.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1902, von L. STUMPF. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 3 und 4.) Der herkömmliche, ausführliche Jahresbericht zerfällt gleich seinen Vorgängern in einen statistischen und einen sachlichen Teil. Der letztere enthält wieder eine Menge von Einzelheiten, die unter anderem das Auftreten von Krankheitserscheinungen nach und infolge der Impfung betreffen. Neue Beobachtungen finden sich nicht darunter, nur eine besondere Art von Erkrankung ist zu erwähnen: in einer kleinen Anzahl von Fällen bildete sich über sämtlichen Impfpusteln ein zusammenhängender, derber, lederartiger Schorf, der jeder Sekretion den Ausgang verschloß. In der näheren und späterhin auch in der weiteren Umgebung der Impfstelle entstand dann eine mehr oder minder große Anzahl von echten, aber kleinen Impfpusteln, die sich von einem Tage zum andern vermehrten und, ohne eine Narbe zu hinterlassen, abheilten. Es handelte sich in diesen Fällen um Gewebnekrose der Impfstelle, mit sekundärer, durch Sekretresorption verursachter Autoinfektion; die Behandlung, bestehend in Erweichung und Ablösung des Deckschorfes unter einem feuchten Verbands, führte in allen Fällen verhältnismäßig rasch zur Heilung; nur bei einem Kinde, bei dem sich die Nebenpusteln über den ganzen hochgradig entzündeten und geschwellenen Arm ausbreiteten, trat unter fortdauerndem Fieber infolge einer hinzugetretenen Kapillarbronchitis genau einen Monat nach der Impfung der Tod ein.

. Götz-München.

Über das Verhalten des Vaccinevirus gegenüber physiko-mechanischen Agentien, von SANTORI. (*Giorn. della R. Soc. d'Igiene.* 31. März 1903.) Der Verfasser hat Impfstoff allen möglichen physikalischen und mechanischen Einflüssen ausgesetzt, so unter anderen einem Drucke von 300–400 Atmosphären, hat ihn durch Kohle und CHAMBERLANsche Filter filtriert, hat ihn gefrieren und wieder auftauen lassen und während längerer Zeit im luftleeren Raume gelassen. Es zeigte sich, daß sich der Impfstoff trotz aller dieser Manipulationen ungefähr ebenso virulent erwies als gewöhnliche Lymphe.

C. Müller-Genf.

Glycerin und Lymphe, von E. LEVY-Straßburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) E. hat bereits im Jahre 1902 über Beobachtungen berichtet, denen zufolge junge, 24 Stunden alte Glycerinkälberlymphe viel stärkere Entzündungserscheinungen hervorruft als dieselbe Lymphe nach achttägigem Lagern; er hat damals schon die Ansicht ausgesprochen, daß das Lagern in Glycerin die Ursache für das Unschädlichwerden der Lymphe ist. Das Lagern in Glycerin schwächt jedoch auch, wie L. in der jüngsten Zeit beobachten konnte, das Vaccinevirus langsam, aber sicher ab; der Moment der vollständigen Wirkungslosigkeit der Lymphe tritt allerdings erst nach vielen Monaten ein, aber der Beginn der Abschwächung des Virus zeigt sich schon verhältnismäßig früh. — Die Verwendung ganz junger, ein bis sechs Tage alter Glycerinlymphe verursacht die intensivste Reaktion bei älteren Individuen, die seit vielen Jahren nicht mehr geimpft worden sind, sie hat aber auch bei Kindern von ein bis zwei Jahren heftige Entzündungserscheinungen zur Folge. — Nach den im Jahre 1879 veröffentlichten Beobachtungen A. GASTS verläuft die Vaccination bei Kindern in den ersten Lebenstagen und Lebenswochen stets viel milder als bei älteren Kindern. L. wünscht, daß diesem überaus wichtigen Punkte in Zukunft mehr Beachtung geschenkt wird; wenn sich die Mitteilungen GASTS bestätigen, dann wird es vorteilhaft sein, die Impfung möglichst bald nach der Geburt vorzunehmen. — Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt L. für Erstimpfungen die Verwendung vier Wochen alter Glycerinlymphe, für Wiederimpfung zehn bis zwölf Jahre alter Kinder, sowie für die dritte Vaccination 20–25 Jahre alter Menschen

zwei bis drei Wochen alte Lymphe, endlich für die Impfung von Individuen jenseits des 30. Lebensjahres, wenn sie seit 20 Jahren und länger nicht geimpft worden sind, wieder die vier Wochen alte Lymphe. *Göts-München.*

Schon wieder ein neuer Impfschutzverband, von L. VOIGT-Hamburg. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 6.) Verfasser gibt über die von der Firma Helfenberg in Handel gebrachten Impfschutzpflaster sein Urteil dahin ab, daß sie, wenn sie überhaupt liegen bleiben, eine Spannung der Haut verursachen, Druck ausüben, den abkühlenden Zutritt der Luft verhindern und den Saftstrom in den Lymphbahnen stören. Außerdem sind sie zu klein, da unter ihnen nur eine Pustel Platz finden kann, während unsere deutschen Impfbestimmungen die Anlegung von vier Impfschnitten verlangen. Verfasser verwirft alle Schutzpflaster und -kapseln.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Staubschutz für den Lymphbehälter bei Impfungen, von HAGEMANN-Münster. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte.* 1903. Nr. 23.) Das Original-Lymphröhrchen wird in einen breiten Kork eingestellt; dicht daneben wird eine kräftige Nadel eingestoßen, an welcher oben mittels eines Scharniers ein krugdeckelartiger Mechanismus angebracht ist. Dieser verschließt das Lymphröhrchen und ist mit größter Leichtigkeit auf die Berührung eines disponiblen Fingers, etwa des kleinen oder Ringfingers, der gleichzeitig das Impfmesser führenden rechten Hand zu öffnen.

Die Nadel wird von dem Instrumentengeschäft H. Middendorff in Münster i. W. zum Preise von 60 Pfg. geliefert. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Experimentelle Erfahrungen über Lepraempfindungen bei Tieren, von W. J. KEDROWSKI-Moskau. (*Centrabl. f. Bakteriologie.* Bd. XXXV. Nr. 3.) Verfasser hat bereits im Jahre 1901 künstliche Kulturen des Leprabacillus angelegt. Diese benutzte er nun zu seinen Impfversuchen. Er spritzte zwei Kaninchen durch eine vorher angelegte Trepanationsöffnung eine Kultur von Leprabazillen direkt ins Gehirn, die Kultur bestand aus langen, sich aktinomycesartig verzweigenden Fäden, die ihre Säurebeständigkeit eingebüßt hatten. Das eine Tier ging unter Erscheinungen von Gehirnreizung schon am nächsten Tage ein, das andere erholte sich aber wieder und blieb am Leben, ohne ein ganzes Jahr irgendwelche Krankheitserscheinungen zu zeigen. Nach diesem Zeitraum wurde die Impfung wiederholt, und zwar die Einspritzung in die Bauchhöhle vorgenommen. Ein halbes Jahr danach, also 1½ Jahre nach der ersten Impfung, trat Parese und dann Paralyse erst der einen und dann der anderen hinteren Extremität ein. Bei der Obduktion fand sich die hauptsächlichste Veränderung im Rückenmark und Blinddarmfortsatz. 1. Die weiche Rückenmarkshaut ist beträchtlich verdickt und besteht fast ganz aus Zellen epitheloiden Charakters mit bläschenförmigen Kernen, welche reichlich Bazillen enthalten, die in Form und Färbung vollständig mit den Leprabazillen beim Menschen übereinstimmen. Riesenzellen wurden nur ganz wenig gefunden. 2. Unter der Serosa des Blinddarmfortsatzes wurden gelblichweiße, knötchenförmige Bildungen angetroffen, die große Ähnlichkeit mit Tuberkelknötchen aufwiesen. In den jungen Knötchen waren wenig Bazillen, in den älteren reichlich. Riesenzellen wurden keine gefunden. 3. In der Leber und den Nieren sind ebensolche knötchenförmige, aus Epitheloidzellen aufgebaute Gebilde anzutreffen.

Es wurden dann aus den verschiedenen Organen eine große Anzahl von Kulturen angelegt auf künstlichen Nährböden (von WASSERMANN und Verfasser ange-

gebenen [Placentarinfus]. In zwei mit Blut beschickten Reagenzgläsern wuchsen am dritten Tage üppige Kolonien von leicht schleimiger Natur, die aus Stäbchen bestanden, welche morphologisch Ähnlichkeit mit Leprabazillen aufwiesen, sich jedoch bei Färbung nach ZIEHL-NEELSEN entfärbten. Mit diesen Kulturen ins Blut (Ohrvene) geimpfte Kaninchen blieben bis heute am Leben. In den vom Knochenmark beschickten Reagenzgläsern wuchsen nach einem Monat kleine, rundliche Kolonien, welche, aus dünnen Stäbchen bestehend, bei der Färbung nach ZIEHL-NEELSEN sich nicht entfärbten. Hiermit wurden nun ebenfalls Tierversuche angestellt: 1. Impfung ins Blut durch Ohrvene, die Kaninchen gingen nach 1 $\frac{1}{2}$ —2 $\frac{1}{2}$ Monaten unter starker Milzvergrößerung zugrunde. In den inneren Organen liefs sich beträchtliche Vermehrung des Gefäßendothels bis zur Bildung von großen, mehrkernigen Zellen feststellen, welche mit einer großen Anzahl von säurebeständigen Bazillen angefüllt waren. 2. Bei Einführung in den Angapfel (vordere Kammer und Glaskörper) gingen die Tiere nach zirka drei Monaten unter einem der disseminierten Miliartuberkulose ähnlichen Bilde ein. 3. Einspritzen in die Bauchhöhle und Einreiben in die Nasenschleimhaut lieferten ein sehr ähnliches Resultat. 4. Einreiben in die leicht lädierte Haut am Rücken: es bilden sich mit Borken bedeckte derbe Infiltrate, die benachbarten Lymphdrüsen vergrößern sich unter Neigung zu käsiger Degeneration. Mit drei Monaten ging das Tier ein, es fanden sich in den inneren Organen tuberkelartige Gebilde.

Bei allen diesen Versuchen wuchsen in der Regel aus den Organen und dem Blute zwei Formen von Bakterien, die sich morphologisch ähnlich waren, aber färberrisch verschieden verhielten: die einen entfärbten sich nach ZIEHL-NEELSEN, die anderen behielten ihre ursprüngliche Farbe. Diese Arten unterschieden sich auch durch ihr Wachstum auf den Nährböden: die säurebeständige Form wuchs erst 3—4 Wochen nach der Aussaat, die nicht säurefeste schon nach 2—3 Tagen. Die säurefeste Unterart erwies sich für Kaninchen sehr giftig, mit der anderen geimpfte Tiere (Kaninchen und weiße Mäuse) lebten noch nach einem Jahre.

Verfasser kommt am Schlusse seiner Ausführungen zu folgendem Endergebnis: Der Erreger der Lepra besitzt eine bedeutende Veränderlichkeit seiner morphologischen und biologischen Eigenschaften in Abhängigkeit von den Existenzbedingungen. Er findet im tierischen Organismus einen günstigen Boden zur Entwicklung, wobei er auch hier seine eigentümliche Neigung zu intracellulärer Lagerung vollkommen beibehält. Das Inkubationsstadium kann bei künstlicher Infektion entweder von sehr langer oder sehr kurzer Dauer sein, je nach der verwendeten Unterart der Bazillen. Endlich hat der Erreger der Lepra in einer säurefesten Unterart vieles mit dem Erreger der Tuberkulose gemein; es könnten Zweifel entstehen, ob es sich in den vorliegenden Versuchen nicht auch um selbständig entstandene Tuberkulose handle, dagegen aber spricht, daß die hauptsächlichsten Veränderungen in den Rückenmarkshäuten entstanden, also an einem für primäre Tuberkulose bei Tieren höchst ungewöhnlichen Orte, und dann unterscheidet sich auch das Krankheitsbild wesentlich von dem der Tuberkulose:

1. durch das Überwiegen in den Knötchen — wie dies den Lepromen eigentümlich — von Zellen des epitheloiden Typus; 2. durch die vorwiegende Lagerung der Bazillen im Innern der Zellen, was als eines der zuverlässigsten Erkennungszeichen der Lepra gilt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Lepra vom sanitären Standpunkt, von ISADORE DYER-New Orleans. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Nov. 1903.) Die prophylaktischen Maßnahmen gegen die Lepra will Verfasserin nach folgenden Gesichtspunkten geregelt wissen:

1. Individuelle Prophylaxe: Der Lepröse sollte mit gleichartig Kranken abge-

sondert werden, oder wenn er bei seiner Familie lebt, in einem besonderen Zimmer wohnen; er sollte seine Mahlzeiten allein einnehmen, sein eigenes Waschgerät haben, und seine Wäsche sollte apart ausgekocht werden.

2. Allgemeine Prophylaxe: In einer Anstalt für Lepröse muß Absonderung der Geschlechter durchgeführt werden, und es muß möglich sein, Kranke, die an der anästhetischen Form leiden, von solchen mit tuberöser Lepra zu trennen. Verfasserin ist der Ansicht, daß ein nur mit Lepra nervorum behafteter Kranker sehr wohl durch Infektion mit frischem Ansteckungsstoff neue Erscheinungen bekommen könne. Ferner muß in einer solchen Anstalt in reichstem Maße für Badegelegenheit gesorgt sein, sowohl für medizinische wie für einfache Bäder. *A. Loewald-Kolmar.*

Verbreitung der Lepra in der Provinz Schantung, von R. PÖTTER-Jentschoufu (China). (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Verfasser, der katholischer Missionar ist, berichtet, daß die Lepra in der Provinz Schantung nicht selten ist, daß man auf drei Dörfer einen Fall rechnen könne. In manchen Bezirken glaubt man nicht an die Ansteckung, hier vagabondieren die Kranken vielfach von einem Ort zum anderen. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Lepra auf den Hawaii-Inseln, von JUDSON DALAND-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Nov. 1903.) Verfasser berichtet über einen Besuch, den er der Insel Molokai abgestattet hat. Seine Ansicht, die sich mit der auf Hawaii vorherrschenden deckt, faßt er in folgende Sätze zusammen:

1. Der Leprabacillus ist die Ursache der Krankheit.
2. Die Kontagiosität der Krankheit ist gering.
3. Die Bewohner von Hawaii sind besonders empfänglich für die Lepra.
4. Die kaukasische Rasse besitzt einen hohen Grad von Immunität.
5. Syphilis prädisponiert zu lepröser Erkrankung.
6. Die Erblichkeit spielt als ursächlicher Faktor keine besondere Rolle.
7. Absonderung verhindert die Verbreitung der Krankheit.
8. Der Weg der Übertragung vom Kranken auf den Gesunden ist noch nicht sicher bekannt.
9. Es gibt kein Heilmittel für die Lepra.
10. Zu empfehlen ist verständige Hygiene, gute Ernährung und gutes Klima, heiße Bäder und die antiseptische Behandlung von Geschwürsflächen.

A. Loewald-Kolmar.

Die Lepra und der Fischgenuss, von G. A. CASALIS. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1904.) Gegenüber Dr. TURNERS Bemerkung, daß die Basutos, bei denen die Lepra herrscht, keine Fischesser seien, behauptet Verfasser in Übereinstimmung mit JONATHAN HUTCHINSON genau das Gegenteil. Die Basutos lieben alle Arten von Fischen, die sie zumeist frisch verzehren. Sie fangen sie mit Haken, selten mit Netzen, oder wenn sie eine möglichst große Quantität auf einmal genießen wollen, so lassen sie Dynamitpatronen im Wasser explodieren. Die Lepra wurde ins Basutoland schon vor dem Jahre 1880 eingeschleppt. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien, von H. KOPPEL-Jurjew. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 36.) Verfasser meint, daß die Lepra gerade in ihren früheren Stadien bezüglich der Weiterverbreitung recht gefährlich ist, da die Kranken zu dieser Zeit entweder selbst noch nichts von ihrer Krankheit wissen und sich nicht in acht nehmen oder, wenn sie ihre Krankheit kennen, sie vor der Umgebung zu verheimlichen suchen. Diese Kranken sind meist noch arbeitsfähig. Bei einer rationellen Isolierung müßten demnach auch viele Arbeitsfähige isoliert werden. Für diese ist der Entschluß, ins Leprosorium zu gehen, besonders schwer.

Der Entschluss würde ihnen vielleicht leichter fallen, wenn sie im Leprosorium Gelegenheit hätten, ihre Arbeitskraft nutzbringend zu verwerten, mit ihrer Arbeit Geld zu verdienen. Wie das zu ermöglichen ist, sucht Verfasser näher auszuführen.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Wirkung des Oleum Gynocardiae bei der Lepra, von SIEGFRIED TALWIK-Dorpat. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 46 u. 47.) Auf Grund von Blutuntersuchungen, die Verfasser an zwei Leprakranken vorgenommen hat, kommt er zu dem Schlusse, daß das Oleum Gynocardiae bei innerlichem Gebrauche eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervorruft, die indessen bei längerem Gebrauche wieder nachzulassen scheint. Verfasser hält es für möglich, daß diese künstlich hervorgerufene Hyperleukozytose die baktericide Fähigkeit des Organismus gegenüber dem Leprabacillus erhöht, und daß somit das Oleum Gynocardiae in manchen Fällen wirkliche Heilwirkung ausüben mag; in seinen beiden Fällen konnte Verfasser allerdings eine solche Wirkung nicht konstatieren. Auffallend war, daß während des Gynocardiaegebrauches häufige, unter Temperatursteigerungen verlaufende und rasch wieder schwindende frische Eruptionen auftraten. Die Fieberschwankungen sieht Verfasser als Begleiterscheinung der Lepraeruptionen an, nicht als Effekt des Oleum Gynocardiae. Ein abschließendes Urteil über den Einfluß des Mittels bei Lepra gestatten diese Untersuchungen nicht.

A. Loewald-Kolmar.

b. Tuberkulose.

Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äußeren weiblichen Genitalien und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae, von JERONIK-München. (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. II, H. 1.) Wirklich tuberkulöse Erkrankungen an den äußeren weiblichen Genitalien dürften durchaus als eine Seltenheit zu bezeichnen sein. Zwar sind als Lupus vulvae resp. als Herpes exedens oder Esthiomène namentlich von englischen und französischen Autoren verschiedentlich Fälle beschrieben worden, für die ein tuberkulöser Ursprung vindiziert wurde. Aber als einzigen Fall mit einer begründeten Diagnose von Lupus vulgaris der weiblichen Geschlechtsteile hat J. nur einen von BENDER veröffentlichten Krankenbericht feststellen können. In den anderen als Lupus vulvae diagnostizierten Fällen dürfte es sich seines Erachtens um den von JADASSOHN und KOCH als Ulcus vulvae chronicum sive elephantiasiticum beschriebenen Zustand gehandelt haben. Von dieser Affektion hat er auch mehrere Fälle beobachtet. Er bezeichnet sie kurz als Elephantiasis vulvae, was nach des Referenten Meinung wegen der naheliegenden Möglichkeit von Verwechslungen nicht gerade als eine glückliche Wahl bezeichnet werden kann. Es handelt sich hierbei um eine infolge von anhaltenden Reizen durch Ekzem, Ulcerationen, Schanker usw. namentlich bei Prostituierten zu beobachtende Volumszunahme, vorwiegend der kleinen Labien, dann aber auch der großen Schamlippen, des Mons veneris, Praeputium, Clitoris usw. Im weiteren Verlauf ist die Entstehung von tiefgreifenden Ulcerationen eine charakteristische Erscheinung. Alle diese Kranken hatten ausgesprochene syphilitische Symptome dargeboten; doch faßt J. das Ulcus vulvae elephantiasiticum nicht als luetisch auf, vielmehr ist die Syphilis nur ein prädisponierendes Moment, das durch die gesetzten Veränderungen, namentlich z. B. Rektumstrikturen, einen Reiz resp. Empfänglichkeit für das Leiden herbeiführt. Als echt tuberkulöse Läsionen beschreibt Verfasser des weiteren 14 Fälle von Tuberculosis cutis et mucosae miliaris ulcerosa s. propria, welche ihre Lokalisation an den weiblichen Genitalien hatten. Es handelt sich dabei um miliare bis stecknadelkopfgroße Knötchen, welche, bald schneller, bald langsamer zerfallend, Geschwürchen bilden, die sich als zweifellos tuberkulös mit einem meist massenhaften Gehalt an

Tuberkelbazillen dokumentieren. Verfasser nimmt an, daß die Ablagerung der infizierenden Bazillen nicht von außen her an der Haut und Schleimhaut stattfände, sondern aus dem Blute. Bei allen seinen Fällen waren Erscheinungen von bestehender oder von überstandener Tuberkulose an den Lungen und anderen Körperorganen nachweisbar. Die histologischen Befunde stimmten vollkommen mit dem, was sonst über das pathologische Bild der miliaren Hauttuberkulose allgemein bekannt ist, überein. Im Anschluß an diese Fälle beschreibt J. noch einen Fall von echtem Skrophuloderma im Verein mit Miliartuberkulose an der Vulva bei einer 28jährigen Virgo, welcher nach verschiedentlichen chirurgischen Eingriffen nach etwa halbjähriger Behandlung geheilt entlassen wurde. Hierüber, sowie in bezug auf sonstige ausführliche Details der Arbeit muß auf das Original verwiesen werden. Zum Schluß legt Verfasser dar, daß seiner Meinung nach die von RIEHL als Tuberculosis fungosa s. fungus cutis beschriebene Form auch als Skrophuloderma anzusehen sei.

Philippi - Bad Salschlirf.

Einen Fall von Epidermitis tuberculosa und einen Fall von Lupus erythematosus aus der Poliklinik LESSERS stellt FREDÉ (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 6) in der Gesellschaft der Charité-Ärzte vor. Ersterer erinnert an Epidermolysis bullosa hereditaria, doch fehlt die Heredität. Der zweite Fall zeichnet sich durch seine kolossale Ausdehnung auf dem Kopfe aus. In der Diskussion weist HOFFMANN darauf hin, daß GOLDSCHMIDER seinerzeit einen ähnlichen Fall von Epidermolysis zeigte.

In derselben Sitzung stellt SKOOZYNSKI einen Fall von juveniler Paralyse vor, während HOFFMANN über syphilitische Venenentzündung im Frühstadium spricht, die er an drei Fällen von frischer Syphilis beobachtete. Diese frühzeitige luetische Phlebitis ist charakterisiert durch das stürmische Auftreten, die geringe Schmerzhaftigkeit, das fast völlige Fehlen des Ödems und ihre große Multiplizität. Die kombinierte Behandlung mit Quecksilber und Jod bewirkt die Rückbildung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bemerkungen über die Ätiologie des Lupus und über Fälle, welche mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht behandelt wurden, von F. H. JACOB-Nottingham. (*Lancet.* 20. Febr. 1904.) Unter 30 Lupuskranken ergaben 22 das Vorhandensein von Phthise bei nahen Verwandten; bei acht war die Anamnese in dieser Hinsicht negativ. Bei dreien trat der Lupus hervor, als sie mit der Pflege von Schwindsüchtigen beschäftigt waren, bei einem während der Pflege eines Hüftgelenkkranken mit eiternder Fistel. Zweimal waren neben dem Lupus sonstige Zeichen von Tuberkulose vorhanden. Die besten Resultate erzielte J. bei ausgedehnten Fällen mittels dreimal wöchentlich gegebenen Bestrahlungen von je zehn Minuten Dauer. Tief-sitzende Knötchen wurden in der Weise behandelt, daß nach Betupfung mit reiner Karbolsäure ein mit diesem Mittel getränkter Holzspan möglichst tief eingebohrt wurde, worauf das Finsenlicht appliziert wurde. Auch Ulcus rodens, hypertrophisches Ekzem, Tinea tonsurans und Lupus erythematosus hat Verfasser mit Röntgenstrahlen erfolgreich bearbeitet.

Philippi-Bad Salschlirf.

Über die Behandlung der ulcerösen und vegetierenden Formen des Lupus vulgaris, von L. PAUTRIER-Paris. (*Annal. Policlín. Centr.* Nov. 1903.) Die reguläre Behandlungsmethode des Lupus vulgaris ist heutzutage die Phototherapie. Bei den fungösen, ulcerösen und vegetierenden Formen ist diese Art der Behandlung aber nicht von vornherein ausführbar. Die Wucherungen sind von unregelmäßiger Gestalt und sehr gefäßreich; die Kompression ist schmerzhaft und wird oft schlecht getragen. Wird nicht genügend komprimiert, so können die Strahlen bei der mangelhaften Anämisierung nicht in der rechten Weise wirken. Die den Bestrahlungen folgende Reaktion vermehrt noch die bei diesen Formen ohnehin schon sehr reichliche

Eitarabsonderung. Um diese Formen bei der Phototherapie vorzubereiten, empfiehlt Verfasser eine mehrwöchentliche Vorbehandlung, bestehend in Skarifikationen und oberflächlicher Kauterisation mit Kaliumpermanganat in folgender Weise: Zur Reinigung des erkrankten Gebietes werden 2—3 Tage feuchte Umschläge mit abgekochtem Wasser und Einpuderungen gemacht. Dann wird eine gründliche Skarifikation nach verschiedenen Richtungen vorgenommen und an den beiden folgenden Tagen Umschläge von Kaliumpermanganatlösung 2,0:1000,0 aufgelegt. Vom dritten Tage an wird mit einer Lösung von 30,0:1000,0 verbunden und, wenn der Patient es verträgt, eine Stunde lang täglich ein in einer Lösung von 50,0:1000,0 getränkter Umschlag aufgelegt. Am siebenten Tage wird mit LASSAR'Scher Zinkpaste verbunden, am achten Tage von neuem skarifiziert und dann in derselben Weise mit Kaliumpermanganatumschlägen vorgegangen. Bei dieser Behandlung sind in etwa 4—5 Wochen die Vegetationen und fungösen Massen beseitigt, die Sekretion hat nachgelassen, und das Gewebe ist widerstandsfähiger geworden, so daß nunmehr die Phototherapie in Anwendung kommen kann.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Behandlung der ulcerativen und wuchernden Formen des Lupus vulgaris, von L. PAUTRIER-Paris. (*Bull. de Thérap.* 8. Nov. 1903.) Im allgemeinen ist nach P.'s Ansicht die FINSSEN'Sche Methode der Behandlung des Lupus tuberculosus, welche 80% Heilungen ergeben soll, allen anderen vorzuziehen, doch ist sie nicht anwendbar in Fällen mit ausgedehnten Ulcerationen und hypertrophischen Wucherungen. Bei solchen Patienten hat Verfasser mit gutem Erfolg die von BUTTE empfohlene Behandlung mit Kaliumpermanganat in elf Fällen angewandt. Das Mittel muß allerdings mit Vorsicht gebraucht werden, da es bei zu starker Konzentration reizt und intensive Schmerzen verursachen kann.

Philippi-Bad Salschlurf.

Die FINSSEN'Sche Lichtbehandlung des Lupus bespricht LESSER (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 6). Im Gegensatz zu der in bezug auf Heilung des Lupus zwar ebenfalls trefflichen Methode der radikalen chirurgischen Behandlung mit nachfolgender Transplantation hat die Lichtbehandlung bessere kosmetische Resultate. Die Wirkung ist entzündungserregend und baktericid. Die Schwierigkeit besteht darin, daß nicht alle Fälle in gleicher Weise für die Behandlung geeignet sind, besonders sind die ungeeignet, die schon viele Vorbehandlungen durchgemacht haben. Eine weitere Schwierigkeit ist das so außerordentlich häufige Auftreten von Lupus der Schleimhäute und die große Zeitdauer der Behandlung, sowie die Unterbringung der Kranken für Monate und Jahre. Auch die große Kostspieligkeit der Behandlung ist ein Übelstand. L. stellt darauf eine Reihe von Patienten vor, an denen er die gute Einwirkung der Lichtbehandlung zeigt. In der Diskussion spricht SCHAPER für Einrichtung einer kleinen Abteilung für Lupuskranken in der Charité, SENATOR berichtet über einen durch Tuberkulin geheilten Lupuskranken, ebenso SCHAPER, der auch bei LIEBERICH Fälle sah, die mit Kanthariden völlig geheilt waren, aber zugibt, daß die Lichtbehandlung die besten kosmetischen Resultate liefert. Im Schlußwort weist LESSER darauf hin, daß die Heilungen mit Tuberkulin selten Dauerheilungen sind.

Bernhard Schulse-Kiel.

Eine neue Behandlungsweise für Lupus und bösartige Neubildungen mittels molekularer Zertrümmerung durch kontinuierliche, hochgespannte, hochfrequente Funkenströme, von H. STREBEL-München. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) Mit dem neuen Verfahren, dessen Prinzip im Titel angedeutet ist, ist Verfasser imstande, in einigen wenigen Sitzungen den Lupus so zu beeinflussen, daß sich ohne Weiterbehandlung ein sicherer und schöner Heileffekt im Zeitraum einiger Wochen einstellt. Die einzelnen Sitzungen dauern 10—25 Sekunden, der Lupusknoten wird „elektrisch zertrümmert“ und an seine Stelle ein künstliches Geschwür gesetzt,

dessen Heilung glatt vor sich geht. In ähnlicher Weise wie *Lupus vulgaris* wird *Lupus erythematosus*, *Rosacea* behandelt; auch für die Vernichtung bösartiger Wucherungen hat Verfasser das Verfahren in Anwendung gezogen. Gewöhnliche Sterbliche, sowohl Patienten wie Spezialkollegen, werden einstweilen von dieser elektrischen Zerstümmerung nicht Gebrauch machen können, da zu ihrer Durchführung, wie Verfasser beruhigend bemerkt, „ein ganz gewaltiger Apparat notwendig ist“.

A. Loewald-Kolmar.

c. Syphilis.

Über die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und der Herzegowina, von L. Glöck-Sarajevo. (Wien. med. Presse. 1906. Nr. 42.) Die Syphilis, die in Bosnien durch den Familien- und Nachbarverkehr propagiert wird und als Volkskrankheit, nicht als Geschlechtskrankheit auftritt, muß demgemäß auch mit anderen Mitteln bekämpft werden. Die Hauptsache ist, daß möglichst breite Schichten der Bevölkerung der Behandlung zugeführt werden, da das bisher endemische Auftreten der Syphilis in Bosnien teils durch aus Unkenntnis der Krankheit und ihrer Folgen, teils aus Indolenz gegen eine sachgemäße Behandlung seitens der Bevölkerung begünstigt wurde. Eingeschleppt wurde die Syphilis wahrscheinlich um die Mitte des 18. Jahrhunderts von ottomanischen Truppen, wofür in Bosnien die Bezeichnung „Frenjak“ spricht. Vor der Okkupation lagen die sanitären Verhältnisse sehr im Argen, die Bevölkerung brachte den amtlichen Funktionären unüberwindliches Mißtrauen entgegen, bis man allmählich durch die Vermehrung der öffentlichen ärztlichen Stellen und durch Begründung von Spitälern Abhilfe zu schaffen begann. Im Jahre 1890 wurde Prof. NEUMANN aus Wien behufs näheren Studiums der Syphilis nach Bosnien gesandt, der der Regierung empfahl, in den Hauptorten derjenigen Bezirke, wo die Syphilis stark verbreitet war, Spitalsbaracken für Syphilitische einzurichten. An Stelle der Baracken beschloß die Regierung stabile Spitäler zu bauen, und so wurden 1891 die ersten drei und im Jahre 1892 das vierte Bezirksspital eröffnet. Zurzeit bestehen zehn von der Regierung erbaute und 15 von den Gemeinden errichtete, und vom Landesärar subventionierte Spitäler, darunter das große bosnisch-herzegowinische Spital in Sarajevo mit einer großen Abteilung für Syphilitische. In allen derartigen Spitälern bestehen Ambulatorien, in denen die Patienten unentgeltlich Rat und Hilfe finden. Um nun auch in jenen Bezirken, wo keine Spitäler bestehen, eine möglichst geregelte und für die Mittellosen kostenfreie Behandlung einzuführen, wurden Gemeinde-Ambulatorien errichtet auf Kosten der Gemeinde, während die Regierung die Medikamente kostenlos liefert. Bis Ende des Jahres 1902 entstanden 42 derartige Ambulatorien; die Stellen von gut qualifizierten Ärzten wurden jedes Jahr vermehrt und schließlic vier Amtsärztinnen angestellt zur Behandlung von islamitischen Frauen und zum Studium der sanitären Verhältnisse in den für die Männer in einzelnen Gegenden noch immer schwer zugänglichen moslemitischen Häusern. Die Ärzte müssen in regelmäßigen Zwischenräumen über die Erkrankungen in ihren Bezirken Registrierungen einsenden und sind verpflichtet, den Schulkindern ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Frage der Prostitution, die mit der Syphilis in keinem unmittelbaren Zusammenhang steht, ist durch die Reglementierung im Sinne der Kasernierung und durch Überwachung seitens der Sittenpolizei geregelt. Um das Tempo in der Vertilgung der Syphilis zu beschleunigen und die Indolenz der Bevölkerung zu beseitigen, sollen in der Landessprache verfaßte populäre Schriften durch die Lehrer, Geistliche, Kadis und Großgrundbesitzer über das Wesen der Krankheit, ihre Verbreitungsweise, Erscheinungen und Folgen unentgeltlich im ganzen Lande verbreitet werden. Amts- und Gemeindeärzte sollen von Zeit zu Zeit durch

populäre Vorträge das Volk aufklären. Ärzte und Ärztinnen sollen ferner mit notwendigen Medikamenten ausgerüstet, periodisch an voraus festgesetzten und der Bevölkerung rechtzeitig bekannt gegebenen Tagen in die Orte mit bedeutenderen Syphilis-herden entsendet werden, wo die Erkrankten verzeichnet und behandelt werden sollen. Nach und nach sollen alle Bewohner in einer gewissen Reihenfolge an der Hand der nominellen Bevölkerungsverzeichnisse in ihren Häusern untersucht, behandelt und über die Krankheit belehrt werden. Auch sollen, da die Syphilis mehrere Jahre infektiös bleibt, alle zu Hause oder in den Ambulatorien oder endlich in den Spitälern behandelten einheimischen Syphilitiker in ortschaftsweise angelegte Register eingetragen und dieselben drei Jahre hindurch in regelmäßigen, nicht zu großen Zeitabständen untersucht und, so oft nötig, behandelt werden. Von diesen neuen Maßregeln hofft GLÜCK, daß sie wesentlich dazu beitragen werden, die endemische Syphilis in Bosnien und der Herzegowina zum Schwinden zu bringen. *Putzler-Dansig.*

Zur Bekämpfung der Syphilis im Bezirke Kosów, von L. DOBOSZYŃSKI. (*Przeład lekarski.* 1904. Nr. 1—2.) Der politische Bezirk Kosów bildet den südlichen Teil Galiziens, zwischen Bukowina und Ungarn gelegen. Dessen Einwohner, die zum ruthenischen Stamme gehören, heißen „Huzulen“. Im Kosówer Bezirke herrscht seit Jahren endemisch die Syphilis. Die Ursache der Endemie wäre hauptsächlich in Sittenlosigkeit der Bevölkerung zu suchen. Jeder Ehemann, jede Ehefrau besitzen wenigstens ein außereheliches Verhältnis. Jünglinge folgen dem Beispiele Älterer. Die meisten Mädchen heiraten schon im 14. Lebensjahre. Mädchen im höheren Alter (20 Jahre) trachten durchaus, schwanger zu werden, weil sie dann höher geschätzt werden als die Kinderlosen. Auch die heimliche Prostitution ist sehr verbreitet. — Die Verbreitung der Syphilis wird außerdem durch die Sitte Pfeifen, und Zigaretten (die auch die Frauen rauchen) von Mund zu Mund zirkulieren zu lassen und aus gemeinsamer Schüssel zu essen, befördert.

Der Kampf des Staates mit der Endemie hat im Jahre 1902 begonnen. Fünf Ärzte sind beauftragt, in den dazu bestimmten Ambulatorien unentgeltlich Kranke zu behandeln, die Hütten und deren Einwohner systematisch zu untersuchen und die Bevölkerung über die Gefahren der Syphilis und die dagegen zu unternehmenden Maßregeln zu belehren. Im größten Dorfe des Bezirkes ist ein Krankenhaus für Syphilitiker mit 20 Betten gestiftet worden. — Im Verlaufe eines Jahres wurden auf 11863 Einwohner 520 Syphilisfälle (also über 4%) konstatiert. Die Zahl der tertiären Lues ist enorm hoch; sie beträgt über 34% der Syphilisfälle der Erwachsenen. Von 106 Kindern wurde in 92 Fällen rezente Syphilis, in 13 Fällen Lues hereditaria und in einem Falle Spätsyphilis gefunden. Die Mortalität der Säuglinge ist sehr groß; deren Ursache ist in der Mehrzahl der Fälle in der Lues hereditaria zu suchen. Schwere Syphilis wurde bei sieben Frauen und nur bei einem Manne gefunden. — Das Knochensystem wird sehr oft nicht nur von der tertiären, aber auch von der sekundären Syphilis (*Dolores osteocopi, periostitis und ostitis*) befallen. Kein einziger Fall von Syphilis oder Parasyphilis des Nervensystems wurde vom Verfasser beobachtet.

Mit den Bemerkungen über das Allgemeinbefinden der „Huzulen“ schließt der interessante Bericht.

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Über die experimentelle Syphilis, von EL. METSCHNIKOFF und EM. ROUX. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 50.) Es gelang den Verfassern, durch Einimpfung von syphilitischem Virus bei einem jungen, weiblichen Schimpansen einen durchaus charakteristischen, harten Schanker mit Lymphdrüenschwellung an der entsprechenden Seite der Leistengegend experimentell zu erzeugen. Die Inkubation betrug 25 Tage. Einen Monat später entwickelten sich auf verschiedenen Teilen der Körperoberfläche

Hautpapeln, im ganzen etwa 15 squamöse Papeln, die sich nach einmonatlichem Bestehen wieder zurückschubilden begannen. Etwa 14 Wochen nach der Verimpfung des Syphilisgiftes starb das Tier an verallgemeinerter Pneumococcie. — Um festzustellen, daß diese experimentelle Syphilis des ersten Schimpansen kein Zufall war und daß sie einer weiteren Fortpflanzung fähig ist, nahmen die Verfasser eine Überimpfung von dem harten Schanker auf den Penis und von einer Pappel auf dem Oberschenkel eines zweiten, fünfjährigen Schimpansen vor. Nach fünf Wochen entwickelten sich an beiden Impfstellen Erosionen, kleine Geschwüre, die auf FOURNIER ganz den Eindruck eines oberflächlichen Schankers der Haut machten. Auch hier kam es zu Lymphdrüenschwellung. Als das Tier sechs Wochen nach dem Erscheinen der ersten Symptome starb, war der Schanker des Oberschenkels in der Heilung, der des Penis noch voll entwickelt; Sekundärercheinungen waren nicht bemerkt worden. Der Tod des Tieres konnte nicht auf Syphilis bezogen werden. — Die Verfasser ziehen aus diesen Versuchen den berechtigten Schluß, daß das Studium der menschlichen Syphilis durch Versuche an menschenähnlichen Affen sehr gefördert werden könne.

A. Loewald-Kolmar.

Demonstration von Zeichnungen und Präparaten von mit Syphillsvirus geimpften anthropomorphen Affen, von FRIEDENTHAL-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschrift*. 1903. Nr. 51.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 9. Dezember 1903 zeigt F. Bilder und Präparate aus der Haut eines Schimpansen und eines Gibbon, die er 1901 mit Syphilis geimpft hatte, leider starben die Tiere schon nach drei Wochen. Achtzehn Tage nach der Impfung zeigten sich Blasen an den Händen und Füßen, die Drüsen schwellen indolent, während die Impfstellen keinerlei Reaktion zeigten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen, von OSKAR LASSAR. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 52.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 16. Dezember 1903 zeigte L. Projektionsbilder eines mit Syphilis geimpften Schimpansen. Es zeigen sich bei dem im Oktober geimpften Tiere, welches auch vorgeführt wird, an zwei Impfstellen am oberen Augenrande Ulcera, die dem menschlichen Ulcus durum durchaus ähnlich sind. Auch die mikroskopische Untersuchung dieser exzidierten Stellen zeigte später genaue Übereinstimmung mit dem syphilitischen Primäraffekt beim Menschen (Endo- und Periarteriitis mit sichtbarer Verdickung des Gefäßrohres und Infiltration der Adventitia). An den Händen und um den Anus zeigten sich Papeln, die ebenfalls den Eindruck der syphilitischen machten. L. teilt nur die Befunde mit, will aber noch keine Schlüsse daraus ziehen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Übertragbarkeit der Syphilis auf den Affen, von R. DUHOT. (*Ann. polycl. centr.* 1903. Nr. 9.) Der Verfasser hat das Pariser Institut PASTEUR besucht, an dem ROUX und МЕТСХНИКОВ die Frage der Syphilisübertragung auf Tiere eingehend studiert haben. Während noch im Juli 1903 ein Kenner der Syphilis wie BARTHÉLEMY schreiben konnte, daß man noch keine sichere Übertragung weder auf Pferd noch Affe, noch das Schwein oder den Hund experimentell nachgewiesen habe, ist es МЕТСХНИКОВ gelungen, dieselbe für den Affen wirklich zu beweisen. Der Verfasser sah in seinem Laboratorium einen Schimpansen, der mit Syphilisgift doppelt geimpft worden war. Das erste Mal wurde ihm durch Skarifikationen am Präputium das Sekret eines etwa vier Wochen alten harten Schankers eingeimpft, das zweite Mal am nämlichen Tage Sekret eines sekundären Geschwürs in der Nähe des Augenlids. Fünf Tage darauf erfolgte eine dritte Impfung ebenfalls an der Vorhaut, natürlich an einer anderen Stelle, mit Sekret einer erst drei Tage bestehenden Sklerose. Alle drei Verletzungen heilten zuerst glatt ab. Sechszwanzig Tage nach der Impfung zeigte

sich an der ersten Impfstelle eine Veränderung, welche sich allmählich zur typischen Sklerose ausbildete, zu der sich die entsprechende Schwellung der Leistendrüse gesellte. FOURNIER, DANLOS, QUEYRAT und andere Fachmänner besichtigten den positiven Befund. Ersterer stellte in der Sitzung der Akademie der Medizin fest, daß der Primäraffekt völlig das darstelle, was wir als Sklerose beim Menschen zu beobachten pflegen. Inzwischen ist ein allgemeines papulös-ulceröses Syphilid bei dem Schimpansen ausgebrochen. Die ersten Zeichen dieser Allgemeinerkrankung sind am 58. Tage nach der Impfung zutage getreten. Die Priorität der Beobachtung zweifelloser Impfsyphilis beim Affen gebührt nach dem Verfasser MARTINEAU und HAMONIE, diese beiden haben aber ihre Resultate wissenschaftlich nicht ausgebaut und verwertet.

Hopf-Dresden.

Versuche der Syphilisübertragung auf junge Schweine, von Z. SOWINSKI. (*Przegląd lekarski*. 1904. Nr. 9—10.) Nach einem Überblick der Literatur der Versuche der Syphilisübertragung auf Tiere (wobei die jüngsten Experimente von ROUX und METSCHNIKOFF und von LASSAR noch unerwähnt sind, Anm. d. Ref.), schildert Verfasser seine eigenen Versuche, welche er an der dermatologischen Klinik Prof. PAWLOFFS in Petersburg unternommen hat.

Von dem Gedanken ausgehend, daß die Syphilis eine Allgemeinerkrankung ist, glaubt Verfasser mit Recht annehmen zu dürfen, daß das Kontagium im Blute des Kranken zu suchen wäre, und hat sich deshalb zu seinen Versuchen des Blutes frischer Syphilitiker bedient. Zum Unterschiede von anderen ähnlichen Experimenten und im Sinne der letzten Versuche NEISSERS hat Verfasser die zu seinen Experimenten gewählten Tiere durch Abschwächung für das Kontagium empfindlicher zu machen versucht. Sich einerseits auf die Theorie PAWLOFFS stützend, die der Widerstandsfähigkeit des Nervensystems in der Frage der Syphilisübertragung eine große Rolle zuschreibt, andererseits auf die vielfach bestätigte Tatsache, daß Alkohol tiefgreifende Veränderungen im Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven hervorruft und die Widerstandsfähigkeit des Organismus für verschiedene Infektionskrankheiten bedeutend herabsetzt, hat Verfasser für seine Zwecke Alkohol, als das passendste Gift, gewählt. Die zu den Experimenten dienende Tierspezies waren junge (14—24tägige) Schweine (Yorkshire). Bei den ersten Versuchen wollte Verfasser eine Glycosurie durch Phloridsin darreichung hervorrufen (dem Beispiele NEISSERS folgend). Trotz der hohen Gaben (1,0 auf 1 kg des Gewichtes während vier Tage) ist es nicht gelungen, Zucker im Harn nachzuweisen, was den Verfasser zur Überzeugung gebracht hat, daß es überhaupt unmöglich wäre, durch Phloridzin eine Glycosurie hervorzurufen, und er beschränkte sich in den übrigen Versuchen auf Alkoholanwendung. Außerdem aber wurde bei jeder Alkoholdarreichung (durch eine Magensonde) zur Narkose Chloroform oder Chloroformäther gebraucht.

Von vier Versuchstieren ist eines unter Erscheinungen einer akuten Alkoholvergiftung, ein anderes wahrscheinlich den Folgen einer Commotio erlegen. Einem dritten Tiere wurden während 46 Tagen allmählich 4850 ccm = 40%igem Schnapses und 475 ccm Fuselöls einverleibt. Dem so geschwächten Tiere (zum Schluß stellten sich Diarrhoen, Husten, Apathie u. dgl. ein) wurde in die Bauchhöhle aus der Cubitalvene eines mit frischer Roseola behafteten nichtbehandelten Syphilitikers 30 ccm Blut injiziert. Das Tier blieb zwei Monate in sorgfältiger Beobachtung, es zeigte sich aber weder an der Injektionsstelle, noch an der Haut irgendwelche Veränderungen. — Dem vierten Tiere wurden ohne vorherige Vorbereitung (außer Phloridzin ohne Erfolg) 15 ccm syphilitischen Blutes (frische Roseola) in die Bauchhöhle injiziert. Das Resultat fiel ebenso vollkommen negativ aus (3 $\frac{1}{2}$ monatliche Beobachtung).

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere, von A. NEISSER und FRITZ VIEL-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) Wie WASSERMANN gezeigt hat, gelingt es, die natürliche Widerstandsfähigkeit von Tieren gegenüber Infektionen durch künstliche Ausschaltung der im normalen Serum enthaltenen Bakteriolyne (Lysine nach EHRLICH = Komplement + Ambozeptor) herabzusetzen. WASSERMANN erreichte dies durch Bindung der Komplemente mittels spezifischer Antikörper, der Antikomplemente. Bei vollständiger Unempfänglichkeit von Tieren gegenüber gewissen Infektionen versagte allerdings die Methode. Die Verfasser versuchten nun, mittels der Antikomplementmethode Syphilis auf Tiere zu übertragen. Das Ergebnis dieser Versuche war ein negatives: es ist bei zwei Schweinen und einem Kronaffen nicht gelungen, sie für eine Syphilisinfektion empfänglich zu machen.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Vererbung der Syphilis, von E. FINGER-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1908. Nr. 14.) In dem vorliegenden Artikel bekämpft F. den in der MATZENAUERschen Schlussrede „Über die Vererbung der Syphilis“ von dem letzteren eingenommenen Standpunkt. MATZENAUER hatte bekanntlich die Gültigkeit des COLLESSchen Gesetzes stark angezweifelt und sich lediglich auf den Standpunkt der mütterlichen Vererbung der Syphilis gestellt. F. unterzieht MATZENAUERs Beweisführung einer sehr scharfen Kritik und behauptet, daß MATZENAUERs Schlussrede von Widersprüchen, grundlosen Behauptungen, ja sogar von Verdrehungen und Verstellungen der Argumente seiner wissenschaftlichen Gegner wimmeln. Die Fälle, die MATZENAUER zugunsten der paternen Vererbung aufzählt, habe er unter absichtlicher und bewusster Verschweigung des wirklichen Sachverhalts für seinen Gebrauch zu entstellen und zu appetieren gewußt. Die Sätze aus dem Referat FINGERS über die auf dem Pariser Kongress von ihm zur Diskussion gestellte Frage über Dauer und Vererbung der Immunität bei erworbenner und erblicher Syphilis, habe MATZENAUER falsch angeführt; den Originaltext habe er nie in den Händen gehabt. Ein derartig nicht wissenschaftlicher Angriff auf die Lehre von der paternen Vererbung, wie der von MATZENAUER, könne derselben nicht im geringsten Abbruch tun.

Putzler-Dansig.

Das PROFETASche und COLLESSche Gesetz, von v. DÜRING-Kiel (*Wien. med. Presse.* 1908. Nr. 89.) Die Ungültigkeit des engeren und erweiterten PROFETASchen Gesetzes ist durch folgende Tatsachen erwiesen: Daß es keine relative Immunität oder Abschwächung der Syphilis in der Descendenz syphilitischer Familien gibt, ist sowohl durch das Auftreten der Syphilis in Bosnien und Kleinasien zur Genüge bewiesen, da dort Kinder von Eltern, die deutliche Spuren einer vor der Geburt des Kindes durchgemachten Syphilis zeigten, frisch infiziert wurden, ja sogar Kinder mit abgelaufener Hereditärsyphilis frisch infiziert wurden; als auch durch das Auftreten der Syphilis in Portugal, wo trotz der ja längst erfolgten Durchseuchung des Volkes die Syphilis durchaus nicht milder auftritt als irgendwo anders. Auch daß die symptomlos geborenen Kinder postkonzeptionell infizierter Mütter nicht immun und die symptomlos geborenen Kinder von Eltern mit frischer Syphilis wieder syphilitisch sind, ist durch eine große Menge einwandfreier Beobachtungen bewiesen. Was das COLLESSche Gesetz anbetrifft, so hat neuerdings MATZENAUER die Gültigkeit desselben stark angezweifelt. Aber solange MATZENAUER keine besseren Beweise für diese seine Ansicht zu bringen vermag, als die, daß er alle entgegenstehenden Beobachtungen einfach als mangelhaft oder irrtümlich bezeichnet, kann D. seine Ansichten in keiner Hinsicht als beweisend anerkennen. Weil es biologisch nicht zu beweisen ist, so schließt MATZENAUER, daß es eine rein spermatische Infektion überhaupt gibt, so könne man nicht von rein paternem Syphilis des Kindes reden, und deshalb sind alle darauf bezüglichen Beobachtungen falsch. D. glaubt, daß die Lösung der durch MATZENAUER

wieder auf die Tagesordnung gebrachten Fragen, biologisch: Gibt es eine spermatische Infektion? und klinisch: Sind die anscheinend symptomfreien immunen Mütter syphilitischer Kinder syphilitisch oder nicht? sehr schwer zu entscheiden sein wird.

Putzler-Dansig.

Probleme über die kongenitale Syphilis. (*St. Louis Courier*. Febr. 1904.)

Kurze, kritische Betrachtung über die Einwände, welche in neuester Zeit gegen COLLES und PROFETAS Gesetze gemacht wurden. Der Fall von GLÜCK, wo ein drei Monate altes Kind einer syphilitischen Mutter durch eine syphilitische Brustaffektion derselben Syphilis acquirierte, scheint in der Tat Ausnahmen vom PROFETASchen Gesetze zuzulassen. Die radikale Erklärung MATZENAUERS hingegen, wonach es „ohne Syphilis der Mutter beim Kinde keine Syphilis“ gäbe, also das syphilitische Gift niemals vom Vater aus (durch den Samen) übertragen werde, hat jedoch viel Widerspruch, besonders von Seite Wiener Kliniker, erfahren, dürfte auch nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich haben, wenn auch zu erneuten diesbezüglichen Forschungen anregen.

Stern-München.

Die Behandlung der Syphilis von Neugeborenen mit Einspritzungen löslicher Quecksilbersalze, von SCHWAB und LEVY BING. (*Presse méd.* 1903. Nr. 8.)

Die Verfasser plädieren für die Injektionstherapie bei spezifisch erkrankten Neugeborenen, weil dieselbe sicher und schnell wirkt. Außerdem schon sie den Darmkanal des Kindes, auch ist sie exakter betreffs der Dosierung des Heilmittels. Verwendet haben die beiden Verfasser eine wässrige Lösung von Quecksilberbijdür:

℞ *Hydrarg. bijodat.*

Natr. jodat. = 0,05

Ag. destill. 10,00

Für Kinder von 2200—3500 g Gewicht darf die tägliche Dosis ein bis zwei Milligramm nicht übersteigen. Man beginnt mit einer Reihe von 10—15 Einspritzungen, der man nach einer Pause von zwei Wochen eine zweite von 10 Injektionen folgen läßt. Im übrigen bleibe man auch bei diesen Kindern der chronisch intermittierenden Behandlung treu. Die Einspritzungen müssen in die Muskeln erfolgen.

Hopf-Dresden.

Die Erbsyphilitischen, von AL. BOISSARD. (*Presse méd.* 1904. Nr. 15.) Die gemischte Heredität ist für die Nachkommen die schwerste. Im übrigen spielt die Syphilis der Mutter bei der Vererbung die Hauptrolle, was besonders aus der Tatsache erhellt, daß eine Frau, die einmal ein faultotes oder syphilitisches Kind zur Welt gebracht hat, auch später syphilitische Kinder oder Kinder mit Entwicklungsanomalien gebiert, auch wenn der Vater letzterer Kinder ein völlig gesunder Mann ist. Ein solcher Mann wird infolgedessen diese Kinder kaum als seine ganz eigenen betrachten können, auch wenn seitens der Frau keinerlei Geschlechtsverkehr nebenbei erfolgt ist; sie werden etwas an sich haben, was als Folge der früheren Geburt aus erster Ehe anzusehen ist. Im übrigen stellt der Verfasser weitere bekannte Betrachtungen an und gibt einige therapeutische Vorschriften, die als bekannt gelten können.

Hopf-Dresden.

Chronische frühzeitige Milzvergrößerung in der hereditären Syphilis, von DUNOR. (*Ann. Polyclin. Centr.* Okt. 1903.) Das erste Kind eines syphilitischen, spezifisch nicht behandelten Ehepaares war mit den Zeichen schwerer Rhachitis aufgewachsen, geistig und körperlich stark zurückgeblieben und war im 16. Lebensjahre an Lungenentzündung gestorben. Das zweite, 16 Jahre später geborene Kind hatte von Geburt an stets einen auffallend dicken Leib; es blieb gleichfalls in der Entwicklung sehr zurück. Im Alter von 27 Monaten ergab die Untersuchung außer schweren rhachitischen Symptomen eine kolossale Vergrößerung der Milz; ihr

unterer Rand erreichte fast das Schambein. Auch die Leber war vergrößert. Der Allgemeinzustand des Kindes war sehr schlecht; es war hochgradig anämisch, atrophisch und kachektisch, Nahrungsaufnahme und Verdauung waren miserabel. Vier Quecksilberkuren von je 30 Einreibungen à 2 Gramm führten zu einem beträchtlichen Rückgang des Milztumors, die geistige und körperliche Entwicklung machten während dieser Zeit sichtliche Fortschritte; bei der schlechten Funktion des Magendarmkanals blieb aber der Allgemeinzustand dauernd schlecht und die Aussichten auf Erhaltung des Lebens blieben wenig günstig. — Nach MARFANS Statistik sind die beiden Hauptursachen für die Vergrößerung der Milz im Säuglingsalter Syphilis und Rhachitis, und zwar in drei Vierteln der Fälle Syphilis, in einem Viertel Rhachitis. In dem vorliegenden Falle, meint Verfasser, ist wohl anzunehmen, daß sowohl die Milzvergrößerung wie die Rhachitis als Produkte der hereditären Syphilis anzusehen sind.

A. Loewald-Kolmar.

Syphilis und Ehe, von DU CASTEL. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 7.) Der kurze Artikel bringt nichts Neues.

Göts-München.

Über den Eiweißgehalt des Blutes Syphilitischer, von JOLLES und OPPENHEIM-Wien. (*Zeitschr. f. Heilk.* 1903. Heft VI.) Nach näher beschriebenen zahlreichen Untersuchungen kommen die Autoren zu folgendem Schlusssatz: Der Eiweißgehalt des Blutes bei Syphilis in allen Stadien zeigt keine wesentliche Veränderung gegenüber der Norm. Er wird weder durch die Krankheit als solche, noch durch die wie immer geartete Therapie erheblich oder gesetzmäßig beeinflusst.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Im Verein für innere Medizin in Berlin (Sitzung am 15. Februar 1904) stellt GOLDSCHNEIDER eine Patientin vor, die wegen **Syphilis im Lichterfelder Kreis-krankenhaus** fünf Wochen lang gelegen hat und dann in ungeheiltem Zustande entlassen wurde, weil „ihre Kasse abgelaufen war“. Die Behandlung hatte in Schwitzbädern mit nachfolgenden Einpackungen, Abreibungen usw. bestanden. Nach Einleitung einer Schmierkur war die Kranke in kurzer Zeit von ihren Erscheinungen befreit. GOLDSCHNEIDER knüpft an diesen Fall eine kurze Besprechung des SCHWENINGERSchen Behandlungssystems, dessen schwerste Bedenken in der Übertreibung und Ausschließlichkeit des Dogmas von der Behandlung des gesamten Menschen läge. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 10.)

A. Loewald-Kolmar.

Über ein bisher nicht beschriebenes postsyphilitisches Merkmal, von G. NOEL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 42.) Die Stigmata erworbener Syphilis sind atrophischer oder hypertrophischer Natur. Atrophien sind: die Narben, die glatte Zungenatrophie und das Leukoderma. — Hypertrophien sind: Drüenschwellungen, buccale Leukokeratose, Schwielen, Knochenaufreibungen, Sarkocelen, Elephantiasis der Vulvo-Ano-Rectalgegend. Verfasser fügt als ein eindeutiges Merkmal noch folgende Veränderung der Skrotalhaut hinzu, die sich als figuriert angeordneter, in Kreis- oder Bogenlinien gruppierter Facettenschliff der faltenreichen Oberfläche darstellt, aus der äußerst zarte, satin- und glimmerähnlich schimmernde, oft erst im reflektierten Lichte scharf wahrnehmbare, zierliche, circinäre Zeichnungen resultieren. Die besonderen, an der vorderen und seitlichen Hälfte des Skrotums lokalisierten, scharf abgesetzten Leisten scheinen aus kleinsten, polygonalen, flachen, glänzenden Schildern zusammengesetzt, an deren Kanten die normale Oberhautfelderung aufhört; die Stellen sind leicht eingesunken, verdünnt, bläulichgrau. Auf kräftig entwickelter, dunkelpigmentierter Skrotalhaut tritt die Veränderung am schärfsten hervor. — Von 150 Luetikern zeigten 27 (= 18 %) diese Erscheinung, welche jahrelang die Frühperiode überdauern kann, keiner anderen Dermatose ähnelt und keiner Therapie weicht. — Histologisch findet man Schrumpfungszustände des stets von

spezifischen perivaskulären Infiltratresten durchsetzten Papillarkörpers und atrophische Veränderung des Keimlagers der Oberhaut. Die Papillen sind sehr abgeflacht oder ganz geschwunden, das Stratum germinativum ist eingeeengt, das Stratum corneum schmal, der Pigmentgehalt vermindert. Der Befund ist derselbe wie bei den Involutionsformen tuberöser Syphilide. — (Vermisst wird in der Arbeit eine umfangreiche Untersuchung von sicher syphilisfreien Individuen auf ähnliche Veränderung. Der negative Befund bei diesen würde die Bedeutung des positiven Befundes bei Luetischen stärken. D. Ref.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Beziehung des ARGYLL-ROBERTSONSchen Phänomens zur Syphilis, von J. M. CLARKE-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 26. Dez. 1903.) Das ARGYLL-ROBERTSONSche Phänomen, die reflektorische Pupillenstarre, kommt vorwiegend bei Tabes, allgemeiner Paralyse, bei erworbener und kongenitaler Syphilis vor, und zwar in seltenen Fällen als isoliertes Symptom ohne andere cerebrale oder spinale Erscheinungen, in der Mehrzahl der Fälle jedoch kombiniert mit anderen Anzeichen von Gehirn- oder Rückenmarkserkrankungen. Bei einem großen Prozentsatze der Fälle von Tabes und allgemeiner Paralyse ist kürzere oder längere Zeit vorher Syphilis vorhanden gewesen, so daß man eine Beziehung zwischen jenen und letzteren als zweifellos feststehend annehmen muß. Ebenso sicher ist es, daß es nicht die gewöhnliche viscerale oder gummöse Syphilis ist, welche zur Entwicklung des ARGYLL-ROBERTSONSchen Phänomens führt. Unter 37 Fällen cerebraler und spinaler Syphilis, bei denen Gummata, gummöse Meningitis oder syphilitische Endarteriitis die Erscheinungen bedingten und auf Quecksilber und Jod prompt reagierten, fehlte jenes Phänomen. Es wird also zur Syphilis noch ein weiterer ätiologischer Faktor hinzutreten müssen, um das ARGYLL-ROBERTSONSche Phänomen und die Tabes und spinale Paralyse hervorzurufen.

C. Berliner-Aachen.

Initialsklerose an der Lippe, von VELLACOTT. (*Brit. med. Journ.* 19. Dez. 1903.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 29jährigen Manne, der ihm als „Epithelioma zur sofortigen, operativen Beseitigung“ von einem Arzte zugesandt worden war. Da sich jedoch Anhaltspunkte für eine syphilitische Infektion ergaben, auch die Beschaffenheit des harten Lippengeschwürs nicht charakteristisch für Epitheliom war, so wurde die Operation nicht sofort ausgeführt. Nach ca. drei Wochen stellte sich ein typischer Roseolenausschlag ein.

C. Berliner-Aachen.

Der weitere Verlauf eines Falles von extra-genitaler Syphilis; Schanker des inneren Canthus; Keratitis interstitialis bei der Patientin und einem ihrer Kinder, von S. SNELL-Sheffield. (*Lancet.* 19. Dez. 1903.) Es handelte sich hierbei um ein 21jähriges Kindermädchen, das durch ihren kongenital syphilitischen Pflegling infiziert worden war. Der Schanker war von Markstück-Größe und die sekundären Erscheinungen waren deutlich entwickelt. Sie verheiratete sich neun Monate später, abortierte fünfmal und kam später wegen Keratitis noch in Behandlung. Letztere Affektion ist bekanntlich bei acquirierter Syphilis ungewöhnlich.

Philippi-Bad Salschlief.

Bericht über einen Fall von hartem Schanker der Lippe und dessen Entstehungsmodus, von L. G. HILL-Pakhoi. (*Lancet.* 16. Jan. 1904.) Der Patient war ein 24jähriger Chinese, dessen Frau zehn Jahre zuvor syphilitisch infiziert worden war. Aus dieser ihrer zweiten Ehe war ein totgeborenes Kind und als zweites ein mit ausgesprochener hereditärer Syphilis behaftetes hervorgegangen. Durch Liebkosungen dieses kranken Kindes hatte sich offenbar der sonst gesunde Vater infiziert. Therapie war erfolgreich.

Philippi-Bad Salschlief.

Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffektes, von EUGEN HOLLÄNDER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 46.) An 59 Patienten mit

typischem Ulcus durum versuchte H. durch kontaktlose Kauterisation eine Allgemeininfektion des Körpers zu verhindern. Von diesen Fällen haben zwölf bestimmt trotzdem Lues bekommen, bei drei ist es fraglich, bei 22 Fällen sind auch nach mindestens Jahresfrist keine Sekundärerkrankungen aufgetreten, sie repräsentieren also einen positiven Erfolg, bei 10—12 ist die Operation erst 6—12 Monate her, doch fehlen auch da bis jetzt die Sekundärerkrankungen, sie scheinen also auch günstig beeinflusst. Diagnostisch wertvoll ist auch die Beobachtung, wenn man ein Geschwür kontaktlos kauterisiert und dann den scharfen Löffel nimmt, so kann man mit demselben, wenn es sich um eine syphilitische Sklerose handelt, kein Atom Gewebe wegkratzen; der Löffel knirscht auf lederhartem Boden, und der Geschwürsgrund blutet nicht; handelt es sich aber um ein infiltriertes, nicht spezifisches Geschwür, so kann man den ganzen Geschwürsboden auslöffeln, auch heilt letzteres schneller. Jedenfalls ist nach des Verfassers Erfahrungen die kontaktlose Kauterisation in jedem Falle von Primäraffekt, auch den extragenitalen, anwendbar, das spezifisch unreine Gewebe wird dadurch in eine reine Granulationsfläche verwandelt. Es gelang in einem hohen Prozentsatz der Fälle Sekundärerkrankungen zu verhindern. Der Beweis einer definitiven Heilung ist für einzelne Fälle durch die Reinfektion mit Ulcus durum und durch eine gesunde Nachkommenschaft erbracht. In den Fällen, wo eine Allgemeininfektion eintrat, waren die Fälle leicht und verliefen milde.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Therapie des harten Schankers, von LEO CARO-Berlin. (*Ther. d. Gegew.* April 1904.) Die HOLLÄNDISCHE Methode, die von Versuchen schon aus dem Jahre 1898 datiert, hat CARO an sieben Patienten angewendet, um zu dem Resultate zu gelangen, daß dort wo der HOLLÄNDISCHE Heißluftapparat auf die Initialsklerose schon einmal gewirkt hatte, Zeichen allgemeiner Infektion nicht zur Geltung kommen. (Merkwürdig ist nur, daß sowohl in dem einen ausführlich beschriebenen Falle, als auch sonst schon von einer Schwellung der Leistendrüsen die Rede ist, und merkwürdig ist namentlich folgender Passus, der wörtlich lautet: „Erwähnen will ich noch, daß selbst in jenen Fällen, wo es nach der Kauterisation doch zu sekundären Erscheinungen gekommen ist, diese äußerst milde auftraten. Ref.)

Die Operation stellt sich nach CAROs Beschreibung ungefähr folgendermaßen dar: Mit einer passenden Klemme oder einem weichen Gummikatheter wird der Penis an der Wurzel abgeklemmt resp. abgebunden. Hierauf richtet man solange den Strahl der Chlorätylflasche auf das Geschwür und dessen Umgebung, soweit die Sklerose fühlbar ist, bis sich eine dünne Eisschicht gebildet hat. Dann ergreift man den inzwischen heißgemachten HOLLÄNDISCHEN Heißluftapparat und brennt das Geschwür aus. Unter der Einwirkung des heißen Luftstrahles zieht sich das ganze kranke Gewebe zusammen, es entsteht eine harte, pergamentartige Haut, die Geschwürsfläche wird knochentrocken, und — die Operation ist beendet. Zur Nachbehandlung umwickelt man das Glied mit einem Jodoformgazestreifen, auf den man später, wenn die Eschara sich abzustossen beginnt und die Sekretion einsetzt, etwas Borsalbe oder Byrolin streicht. Im weiteren Verlauf, der von 4—8 Wochen dauern kann, sieht man frische Granulationen aufschließen, die Drüsen bilden sich zurück, und nach mehreren Wochen zeugt kaum eine weiche, leicht verschiebbare Narbe von dem stattgefundenen Eingriff.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Differentialdiagnose und Behandlung von weichem und hartem Schanker, von C. G. CLARK-New York. (*Med. News.* 12. März 1904.) Außer den bekannten Erscheinungen, wie Härte des Randes (beim Ulcus durum), verschiedener Inkubationszeit (beim weichen Schanker zwei bis drei, höchstens acht Tage, beim harten 10—14 Tage), Verschiedenartigkeit der Drüsenschwellung ist für C. besonders der Sitz des

Geschwürs von Bedeutung. Unter mehr als 1000 Fällen von Syphilis fand er bei zwei Dritteln dasselbe an der Corona und nahe dem Frenulum sitzend, während der weiche Schanker an irgendeiner Stelle auftreten könne, wo die Haut oder Schleimhaut lädiert ist, und die Infektion Eingang gefunden hat. In jedem Falle aber, mag es sich um weichen oder harten Schanker handeln, rät er zu folgendem Verfahren: Der ganze Penis wird mit grüner Seife und Wasser gründlich gereinigt, dieselbe dann mit Alkohol oder Äther entfernt und die Geschwüre mit 1:2000 Sublimat ausgiebig desinfiziert. Der ganze Penis wird nun in, mit letzterer Lösung durchtränkter Gaze eingehüllt und nach zwölf Stunden Aristol aufgestreut. Der Patient soll dasselbe weiterhin alle 3—4 Stunden erneuern, nachdem er vorher eine schwache Sublimatlösung (1:5000) zur Reinigung gebraucht hat. Rasche Heilung und geringere Gefahr von Komplikationen rühmt C. dieser Methode nach. Mit Recht verwirft er die „alte Sitte“, jedes venerische Geschwür mit reiner Karbolsäure oder Salpetersäure zu ätzen, wodurch nur der Heilungsprozess aufgehalten würde und oft eine recht hässliche Narbe entstände.

Stern-München.

Operative Entfernung einer mit primärem Schanker behafteten Tonsille, von WLADISLAW WRÓBLEWSKI. (*Gazeta lekarska*. 1904. Nr. 1.) Die Diagnose des primären Schankers wurde im vorliegenden Falle von WATRABZEWski gestellt und durch späteres (drei Wochen nach der Operation) Auftreten sekundärer Erscheinungen bestätigt.

Die Operation der sehr großen Tonsille wurde vom Verfasser, nach Anästhesieren mit 25% Sol. cocaini alcoholica, mittels galvanokaustischer Schlinge ausgeführt. Der Heilverlauf war außerordentlich günstig, und zehn Tage nach der Operation war die Wunde vollständig vernarbt. In Anbetracht der Hartnäckigkeit, mit der bekanntlich manche primäre Tonsillarschanker (besonders bei vergrößerten Tonsillen) der spezifischen Behandlung trotzen, plädiert der Verfasser lebhaft für baldige Anwendung der Tonsillotomie nach Feststellung der Diagnose eines syphilitischen Tonsillarschankers.

Die histologische Untersuchung der operierten Tonsille (von BERNHARDT ausgeführt) ergab charakteristische Veränderungen sowohl im Epithel, wie in den Blutgefäßen; die Deutung der mikroskopischen Bilder war aber durch gleichzeitiges Vorhandensein einer Tonsillitis lacunaris erschwert. *Leon Feuerstein - Bad Hall.*

Ein Fall von tertiärer Lues, von WEBER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 6.) In der Gesellschaft der Charité-Ärzte stellt W. eine Patientin vor, die vor zehn Jahren infiziert, anfangs nur mit Jod behandelt wurde. Erst zwei Jahre nach der Infektion wurde Quecksilberbehandlung wegen Halsbeschwerden eingeleitet, die bisher oft wiederholt wurde; trotzdem hat sie tertiäre Erscheinungen im Hals und Gummata der Haut, und befindet sich in einem unglücklichen Zustande.

Bernhard Schulse-Kiel.

Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis, von HERMANN RUGE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 11.) Während LESSER unter 96 Fällen von Tabes in 28% Lues nachwies, und bei Aortenaneurysma 26%, gestaltete sich der Prozentsatz bei den Untersuchungen, die R. am pathologischen Institut v. HANSEMANNs an 11000 Obduktionen anstellte, anders. Bei 65 Tabesfällen fanden sich nur drei Aneurysma, und nur 18 Fälle boten Zeichen von Lues. Unter den 182 Aneurysmen waren bei 17 Zeichen syphilitischer Erkrankung vorhanden, also 12,8%, diese Statistik ergibt also ein anderes Resultat als die LESSERsche.

Bernhard Schulse-Kiel.

Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei kongenitaler Lues, von GRAEFFNER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Gr. fand bei einem 34jährigen Manne, bei dem sich zuerst im achten Lebensjahre Zeichen kongenitaler Lues eingestellt hatten, dann aber eine Zerstörung der ganzen knorpeligen und

knöchernen Nase zustande gekommen war, unweit der Apertura piriformis auf dem Nasenboden zwei Zähne, die zu voller Länge und Stärke ausgebildeten inneren Incisivi. Sie lagen, der linke vor dem rechten, die Mittellinie um 2—3 mm überragend, von oben außen nach unten innen gerichtet; die Vorderfläche der Zahnkrone sah nach der Schädelbasis. Der linke Zahn war locker und von entzündeter, stark sezernierender Schleimhaut umgeben; er wurde, da er heftige Schmerzen verursachte, extrahiert.

Göts-München.

Ein Beitrag zur Syphilis der Trachea und der Bronchien, von NEUMANN-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 1.) Verfasser berichtet kurz über drei Fälle von syphilitischer Trachealstenose und genauer über einen Fall von syphilitischer Tracheabronchostenose bei einer 38jährigen Frau, bei der außerdem ein periostales exulceriertes Gumma am rechten Scheitelbein, ein Knochengumma der rechten Clavicula und multiple Hautgummata bestanden. Die Bronchoskopie ergibt, daß die Schleimhaut des rechten Bronchus dunkel gerötet, gewulstet und höckrig, und daß das Lumen zu einem queren Spalt verengt ist. Da starke Dyspnoë besteht, werden auf SCHRÖTTERS Klinik Dilatationsversuche mit flexiblen Metallkathetern gemacht, die aber zu keiner Besserung führen. Auf Jodkalium gehen die anderen Erscheinungen zurück.

Curt Cohn-Hamburg.

Die tertiäre Syphilis des Kehlkopfs, von CHAUFFARD. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 9.) Beschreibung dreier Fälle von tertiärer Kehlkopfsyphilis; in einem dieser Fälle fanden sichluetische Leukoplakien im Kehlkopf. Die bilaterale Posticuslähmung, die bei tertiärer Syphilis des Larynx nicht selten vorkommt, stellt nach den Erfahrungen CH.s manchmal ein Initialsymptom der Tabes dar.

Göts-München.

Tertiäre Syphilis von Nase und Rachen, von W. SCOTT RENNER-Buffalo. (*New York Journ.* 27. Febr., 5., 12. und 19. März 1904.) Diese ausführliche Arbeit R.s stellt eine Art Monographie dar über alle Formen, unter welchen die tertiäre Syphilis an diesen Organen auftritt. Sowohl bei akquirierter wie hereditärer Lues kommt sie vor, und zwar bei letzterer in zwei Perioden des Lebens. 1. Bei Kindern, welche bald nach der Geburt sekundäre Syphilis haben, nicht entsprechend oder erfolglos behandelt worden sind und während des zweiten Lebensjahres in das Tertiärstadium eintreten; 2. als Syphilis hereditaria tarda (bei Kindern, deren Eltern die Krankheit lange vor der Verheiratung gehabt haben). Tertiärscheinungen an Nase und im Rachenraum können zwar immer gleichzeitig mit anderen Tertiärsymptomen vorkommen, aber als allgemeine Regel stellt R. folgendes auf: wenn Tertiärscheinungen der Lues 20, 30 bis 50 Jahre nach der Infektion sich einstellen, sind unabänderlich Nase und Rachen mit befallen, und wenn ein Patient später als zehn Jahre nach der Infektion in Nase und Rachenraum Gummata bekommt, so sei mit Sicherheit darauf zu rechnen, daß an anderen Körperstellen keine Tertiärscheinungen vorhanden sind; dabei handelt es sich oft um Fälle, welche über Primär- oder Sekundärscheinungen nichts zu berichten wissen (okkulte Formen der Syphilis). Bei der kongenitalen wie der erworbenen Lues treten gleicherweise nach Ablauf der Nasenprozesse Deformitäten auf, bei ersterer im allgemeinen rascher. Was nun die verschiedenen Formen der Tertiärprozesse an der Nase betrifft, so sind diese zuweilen, wie einige von R. angeführte Beispiele lehren, sehr schwer zu erkennen: die ziemlich häufigen Fälle, wo entweder eine Infiltration der Nasenschleimhaut ähnlich der hypertrophischen Rhinitis vorhanden oder dieselbe in eine oberflächliche Ulceration verwandelt ist, Zustände, welche zwar den Verdacht auf Syphilis aufkommen lassen, aber mangels entsprechender Anamnese häufig nicht erkannt werden. Weitere syphilitische Affektionen sind fibroide Entartung der Nasenschleimhaut, ferner die Syphilome, welche im Gegensatz zu den rings in infiltrierter Schleim-

haut eingebetteten Gummata sich scharf von dem umgebenden Gewebe abheben und meist am knorpeligen Teile der Nasenseidewand, aber auch in der Nasenrachenhöhle u. a. f. sitzen. Die Differentialdiagnose zwischen den Syphilomen und Tuberkulomen ist oft schwierig, ohne histologische Untersuchung nahezu unmöglich; letztere sollen eine größere Neigung zum Zerfall haben. Auf syphilitischer Grundlage kann sodann eine atrophische Rhinitis vorkommen, welche auch ohne Zerstörung des Naseninnern, besonders bei Syphilis congenita tarda, zur Sattelnase führen kann. Die „Kneifer“-Nase ist eine Deformität, welche man zuweilen als Folge der Ozaena trifft. Tertiärveränderungen im Rachenraum sind identisch mit jenen in der Nase, d. h. sie kommen als oberflächliche gummöse Infiltration, als Gummata und als syphilitische Granulome vor (siehe die zahlreichen beigegebenen Abbildungen). Die Zunge ist nach B. übrigens der Teil der Mundhöhle, welcher am häufigsten von tertiärer Syphilis befallen ist, und zwar dann gewöhnlich bei Männern, bei welchen Alkohol und Tabak die Entstehung oder Zunahme dieser Lokalisation begünstigen; die Glossitis sclerotica hat als häufige Folge Fissuren und Ulcerationen. Bei der kongenitalen Syphilis führt die Sklerose des Zungengewebes zur sog. Lingua plicata, welche ein ganz verschiedenes Bild wie die eben genannte, der erworbenen Lues zugehörige, Form zeigt (siehe Abbildungen). Bekanntlich ist auch der harte Gaumen ein Lieblingssitz der Gummata, welche hier zu den so häufigen Substanzverlusten führen. Bezüglich der Diagnose all' dieser Erscheinungen im Munde bildet das isolierte Gumma der Zunge die größte Schwierigkeit, da es oft nur durch sorgfältigste Berücksichtigung aller Nebenumstände von dem primären syphilitischen Herd oder von einem Carcinom zu unterscheiden ist. Die Prognose bezüglich Heilung der Perforationen und Ulcerationen hält B. in den besprochenen Fällen immer für eine gute, außer bei einer gewissen Anzahl kaohektischer Individuen, bei welchen die spezifische Behandlung nicht genügend Einfluss hat, um den Destruktionsprozess aufzuhalten. Gewöhnlich heilen jedoch Tertiärprozesse an Nase und Rachen prompt unter anti-syphilitischer Behandlung, zumal wenn sie von geeigneter Lokalbehandlung gefolgt sind. Die Prognose quoad vitam ist immer eine gute, außer wenn die Ulcerationen in der Nachbarschaft lebenswichtiger Organe (Gehirnhäute) liegen und dieselben bei sehr virulentem Prozesse ergreifen sollten. Auf weitere Einzelheiten der sehr lesenswerten Abhandlung einzugehen, muß sich Referent versagen.

Stern-München.

Die Erkennung und Behandlung einiger Formen von Rachensyphilis, von LEWIS S. SOMERS-Philadelphia. (*Med. News.* 12. März 1904.) Das syphilitische Erythem als Sekundärmanifestation der Krankheit wird nach S.s Ansicht oft als katarrhalische Pharyngitis oder Tonsillitis fälschlicherweise angesehen, leichter ist schon die Erkennung der weiterhin auftretenden Plaques muqueuses. Im Gegensatz zu anderen, hier vorkommenden Leiden ist sodann bei tertiärer Syphilis Zerfall und Perforation der Knochen sehr häufig, und oft vollzieht sich rasch und beinahe schmerzlos der Durchbruch zwischen Mund- (hartem Gaumen) und Nasenhöhle, so daß rechtzeitige Diagnose hier von ganz besonderer Wichtigkeit, aber weit schwieriger wie bei den Sekundärererscheinungen ist. Mangels jeglicher Anamnese oder Narben empfiehlt S., auf eventuell vorhandene Schwellung der Nackendrüsen und knotige Verdickung an der Tibia zu achten. Wenn auch bei Rachensyphilis lokale und allgemeine Behandlung anzuwenden ist, so hält mit Recht S. letztere für weit wichtiger; beim Erythema das Hg-Protojodid in der Dosis von 0,015—0,02 täglich zwei- bis dreimal mit gleichzeitigen adstringierenden Gurgelungen, bei den Plaques dasselbe Mittel, wobei aber oft lokale Behandlung mit Arg. nitr. (20—50 %) oder bei Versagen desselben mit kristallisierter Chromsäure unterstützend eingreifen muß. Im Frühstadium der Tertiärsyphilis wird Hg zuweilen nicht nur nicht nützen, sondern schaden und

Jodkalium (in der Dosis von 0,2—0,3) dann Triumphe feiern und sogar jede Lokalbehandlung überflüssig machen; bei Ulceration (Gumma) und drohendem Durchbruch muß die Tagesdosis des Jodkalium bedeutend erhöht werden (bis auf 15—20 g), je nach der Toleranz, und wenn nötig, noch Quecksilber dazu gegeben (Innuktion oder Injektion); antiseptische Mundspülung, Entfernung der nekrotisierten Knochenteile können weiterhin notwendig werden.

Stern-München.

Die Okularsymptome bei Syphilis, von WENDELL REEBS-Philadelphia. (Med. News. 10. März 1904.) Kurzer Überblick über die Augenkomplikationen bei Syphilis, deren Häufigkeit allerdings statistisch schwer festzustellen ist und nach den Angaben verschiedener Autoren erheblich variiert (nach DE WROCKEN in 15% aller Fälle, nach der Zusammenstellung von ALEXANDER nur in 2,2%). In der Augensphäre erscheint die Syphilis in allen Stadien derselben sowie bei der angeborenen Form. Der Primäraffekt sitzt meist am Rand oder gerade innerhalb der Lidränder, sekundäre Syphilis kann die Cornea, den Uvealtraktus oder Nervus opticus und Retina befallen, hat aber besondere Vorliebe für den Uvealtraktus; Iritis soll neben den Haut- und Schleimhaut- (Mund, After) Erscheinungen eines der Hauptsymptome sekundärer Syphilis sein. Auch Chorioiditis ist beinahe ebenso häufig syphilitischen Ursprungs als Iritis und sogar von größerer diagnostischer Wichtigkeit, insofern sie lange Zeit erkennbare Narben zurückläßt. Der Nervus opticus wird ebenso oft im Sekundär- wie im Tertiärstadium befallen (nach den Angaben von neun deutschen Autoren ist seine Erkrankung in mehr als 50% der Fälle syphilitischen Ursprungs). Im Tertiärstadium sind am häufigsten die Augenmuskeln befallen, nach ALEXANDERS Statistik waren 56% der extraokularen und 77,5% der intraokularen Augenmuskellähmungen syphilitischen Ursprungs. Tertiärererscheinungen können im Tränensack, als Fortsetzung von der Nachbarschaft (Nase, Stirnhöhle), und auch an den Lidern als Geschwüre oder zerfallene Gummata vorkommen. Gumma der Iris ist zwar selten, bietet aber ein klassisches Bild dieses syphilitischen Stadiums. Bei der hereditären Syphilis ist in der Kindheit die Cornea gewöhnlich befallen, aber auch die Augenmuskeln sind nicht selten affiziert und die interstitielle Keratitis eine beinahe regelmäßige Erscheinung. R. betont schliesslich, wie dankbar und leicht zu verfolgen bei rechtzeitiger Erkenntnis die spezifische Behandlung der syphilitischen Augenaffektionen sei; welche Art Quecksilberbehandlung übrigens der Augenarzt auch wähle, so solle er niemals versäumen, gleichzeitig Pilocarpin oder eine Art Schwitzkur zu verordnen, die in trefflicher Weise die Hg-Wirkung unterstützen.

Stern-München.

Ein weiterer Fall von Fieber und Schüttelfrösten mit Leberschwellung geheilt durch Quecksilber, von L. LIPMANN - Wiesbaden. (Ther. d. Gegenw. April 1904.) Analog den von G. KLEMPERER, EWALD und TALMA veröffentlichten Fällen von akuter parenchymatöser Hepatitis veröffentlicht LIPMANN einen im August 1902 behandelten Fall der gleichen Art, aber mit ganz anderer Argumentation. Auch er hat Quecksilber angewendet, und zwar Sublimatinjektionen, und nach kaum vier Wochen gingen Leber- und Milzschwellung zurück, und die 58jährige, angeblich syphilitisch nicht infizierte Patientin fühlte sich wieder gesund. Doch LIPMANN glaubt, ex juvantibus nichts schließen zu müssen und kann sich ebensowenig wie O. ROSENBACK dazu entschließen, das „ex juvantibus noch weiter anzuerkennen“. Er glaubt vielmehr, daß diese hier gemeinte parenchymatöse Hepatitis identisch oder wenigstens sehr ähnlich ist mit der von GERHARDT aufgestellten hypertrophischen Lebererkrankung, die mit geschwollener Milz, hektischem Fieber und kardialgischen Anfällen auch einhergeht. Also glaubt LIPMANN, daß er eine nichtluetische Leberaffektion mit subcutanen Sublimatinspritzungen geheilt habe.

Demgegenüber läßt G. KLEMPERER in der sogleich redaktionell sich anschließenden

„Bemerkung zur Frage des luetischen Leberfiebers“ seine Zweifel aus, und er bleibt der Meinung, daß das durch Quecksilber geheilte Leberfieber in diesem Falle gleichfalls wohl sicher auch luetischer Natur gewesen ist.

Arthur Bahn-Cölln (Sachsen).

Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis, von BAYERTHAL - WORMS. *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 8.) Beschreibung eines Falles von JACKSONScher Epilepsie bei einem 34-jährigen Manne, der mehrere Jahre vorher wegen sekundärer Rechen-syphilis in Behandlung gestanden war; außer den Rindenkrämpfen, die im wesentlichen die linke Körperhälfte betrafen und stets mit einer Drehung des Kopfes und der Augen nach links begannen, wurde bei dem Patienten auch noch eine gewisse Gedächtnisschwäche und eine abnorm euphorische Stimmung konstatiert. Trotz der eingeleiteten Jodkaliumkur verschlechterte sich der Zustand immer mehr, zu den Krämpfen gesellte sich eine Facialis- und Hypoglossusparese, sowie eine Lähmung der linksseitigen Extremitäten, und man entschloß sich daher zur Operation. Da der Herd in der präzentralen Region der Hirnrinde und den angrenzenden motorischen Bahnen vermutet wurde, wurde die untere Hälfte der ROLANDOSchen Furche und des ihr entsprechenden präzentralen Gebietes freigelegt; jedoch fanden sich hier am Gehirn keinerlei Veränderungen. Der Kranke ging sechs Tage nach der Operation im Kollaps zugrunde, die Obduktion ergab eine circumskripte gumöse Meningo-encephalitis mit Schwartenbildung am Pole des rechten Stirnhirns. — Im Anschluß an diese Beobachtung zählt B. die Fälle von JACKSONScher Epilepsie, die bisher zur Operation bzw. Obduktion gelangt sind, auf und bespricht dann die Beziehungen der Rindenepilepsie zum Sitze der Hirnles. Aus dem von ihm beobachteten Falle schließt er, daß auch der typische, vom Kopf-Augensentrum ausgehende JACKSONSche Anfall kein Urteil darüber gestattet, ob der Herd im postfrontalen Gebiete oder am Pol des Stirnhirns sitzt. Es kann die präfrontale und präzentrale Region gleichzeitig befallen sein, und wenn halbseitige Lähmungserscheinungen bestehen, sind unter Umständen auch die Zentralwindungen miterkrankt. In solchen Fällen ist dann die Hemikranio-tomie indiziert.

Göts-München.

Über die Pathologie der Paralysis progressiva hielt KARL SCHAFFER in der k. ung. Ärztesgesellschaft einen Vortrag. (*Orvosi Hetilap.* 1903. Nr. 26.) Verfasser teilt sein Material in drei Teile: 1. Ätiologie. Verfasser hebt in erster Linie die Bedeutung der Syphilis hervor, welche sich einerseits als kindliche resp. juvenile Paralyse, andererseits durch die Paralyse der Ehepaare dokumentiert. Seiner Ansicht nach besitzen diese beiden pathologischen Prozesse den Charakter des Naturexperiments, weil hauptsächlich in den Fällen von infantiler Paralyse die ätiologischen Verhältnisse so außerordentlich einfache sind; die Situation wird nämlich nicht durch die bei Erwachsenen zahlreichen anderen Faktoren kompliziert, so daß es nicht schwer fällt, die große Rolle der Syphilis zu eruieren. Auffallend ist bei der Paralyse der Kinder die Heredität; diese konnte in 66%, die Syphilis in 70% nachgewiesen werden. Verfasser beschäftigt sich dann mit HIRSCHLS absolutistischem Standpunkte und geht auf die Beschreibung der NARCKESchen Auffassung über, welche, kurz resümiert, folgendermaßen lautet: Die Basis der Paralysis progressiva ist ein Nervensystem, welches von der Norm abweichende anatomisch-chemische Verhältnisse aufweist. NARCKE nennt ein solches Gehirn ein invalides Gehirn; wenn nun auf ein solches Gehirn hereditäre Belastung und die vorbereitende Wirkung der Syphilis, sowie noch andere schwere Gelegenheitsursachen einwirken (nach NARCKE hauptsächlich seelische Erschütterungen), so bricht die Paralyse aus. NARCKE sieht das minderwertige Nervensystem durch sog. äußere und innere Degenerationszeichen charakterisiert. Schließlich weist Verfasser auf seine bereits vor Jahren ausgesprochene Ansicht hin, daß in der Ätiologie der

Neurasthenia cerebialis resp. der Paralyse das sog. subnormale Gehirn eine wichtige Rolle spielt. Nach Besprechung der KRAEPLINSCHEN Autointoxikationstheorie macht Verfasser folgende Konklusionen: In der Ätiologie der Paralyse spielen teilweise endogene, teilweise exogene Faktoren eine Rolle. Der endogene Faktor ist das invalide Gehirn, die exogenen Faktoren sind gewisse Infektionen, in erster Linie die Syphilis, sodann die seelische und geistige Übermüdung. Die Wirkungsweise des letzteren Faktors wird mit der EDINGERSCHEM Hyperfunktionstheorie erklärt. 2. Pathologische Anatomie und Histopathologie. Was nun die makroskopischen Veränderungen anbelangt, weist Verfasser darauf hin, daß die Paralyse keine spezifischen Veränderungen besitzt. Er erwähnt die Beobachtungen von NAWOJKA, daß im Verlaufe der Zeit die bei der Paralyse beobachteten Veränderungen gelinder würden; man findet nämlich nicht mehr so häufig die Hämatome der Dura mater, die Ependymitiden, die Verwachsungen der weichen Hirnhäute mit der Hirnrinde in so schwerer Form als früher. — Was nun die mikroskopischen Veränderungen anbelangt, können hauptsächlich zwei Richtungen konstatiert werden. Einzelne Autoren sehen viel mehr die wichtigeren Veränderungen im Nervenparenchym, andere legen mehr Gewicht auf die Erkrankungen der Gefäße. Es wird behauptet, daß es Paralysefälle gibt (vielleicht die galoppierenden), bei denen diese keine Rolle spielen, hingegen die Degeneration der Nervenzellen eine auffallende ist. Hingegen gäbe es auch solche Fälle (vielleicht die langsamer verlaufenden), bei denen vielmehr die Hypertrophie der Glia und die Infiltration der Blutgefäße die ausschlaggebenden Veränderungen bilden. Was die Lokalisation anbelangt, sind zwei Ansichten vertreten, die eine behauptet die diffuse, die andere die elektive, lokalisierte Form des Prozesses. Unter lokalisierter Ausbreitung ist zu verstehen das Übergreifen des Prozesses auf die sog. extrasensoriellen Flächen der Gehirnrinde. Nach Verfasser sind beide Formen bei der Paralysis progressiva zu beobachten; es ist möglich, daß der Prozess am Anfang eher circumskript ist, aber seine Erfahrungen lehren ihn, daß auch eine Form der Paralyse existiert, welche lokalisiert beginnt und auch als solche endet. 3. Klinik. Verfasser bespricht zunächst die PARISSCHE Ansicht, daß die Paralyse als selbständige Krankheit nicht existiert, sondern die Äußerung verschiedener Gifte seitens des Nervensystems ist, welche Endo- oder Exotoxine sein können. Nach PARIS ist die Paralyse in ihrer Endanalyse das Konglomerat verschiedener Pseudoparalysen. Nach Erörterung der verschiedenen Pseudoparalysenformen, und dieses hauptsächlich der syphilitischen und alkoholischen, so auch der arteriosklerotischen, bespricht er das Verhältnis der Paralysis progressiva einerseits zur Tabes, andererseits zur Neurasthenia cerebialis usw. Die Paralyse und die Tabes sind vom klinischen Standpunkte aus zwei verschiedene Prozesse, im Grunde genommen bilden dieselben eine Affektion, zwischen beiden ist das Verbindungsglied die Syphilis. Die Erfahrungen lehren, daß die Syphilis für das ganze zentrale Nervensystem eine Affinität besitzt, aber nur immer dasjenige Segment angreift, welches infolge der vorhergegangenen Hyperfunktion im geschwächten Zustande sich befindet. Dieser Umstand läßt es voraussetzen, daß in dem einen Falle sich Tabes, in dem anderen Falle sich Paralyse entwickelt; wenn also sowohl das Hirn als auch das Rückenmark ein Locus minoris resistentiae bildet, so ist die Möglichkeit der Entwicklung beider Affektionen gegeben.

An diesen Vortrag knüpfte sich eine lebhafte Diskussion, deren hauptsächlichste ätiologische Momente hier wiedergegeben werden sollen:

SABÓ erörtert die Deduktionen von den 115 von ihm beobachteten reinen Paralysis progressiva-Fällen. Bei diesen konnte er in 40% sicher Lues nachweisen, in 21% wurde nur Schanker zugegeben, in 39% wurde die Syphilis vollständig negiert. Bei 235 in demselben Alter stehenden anderen Nervenkranken konnte in

60% Syphilis nachgewiesen werden. Familiäre Belastung konnte in 10% der Paralysisfälle konstatiert werden. 69 seiner Fälle gehörten dem Arbeiterstande an, von denen 16—16% Schriftsetzer und Kellner waren (bei denen er Bleivergiftungs- oder Alkoholismus-verdächtige Fälle ausschloß). Zur Illustration des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Paralyse teilt er einzelne Fälle mit.

SALGÓ nimmt energisch Stellung gegen die Ansicht, daß die Syphilis die einzige oder Hauptursache der Paralyse wäre. Dies könnte nur dann zugegeben werden: a) wenn eine ständige pathologisch-anatomische Veränderung bei der Paralyse sich als evidente syphilitische Veränderung erweisen würde, b) wenn in jedem Paralysisfälle die Syphilis als vorhergegangen nachgewiesen werden könnte. Dieses steht aber nicht fest. Er verweist auf die Verschiedenheit der Statistiken (25—80% Syphilis), und daß bei allen Statistiken Fälle vorhanden sind, bei denen Syphilis absolut nicht erwiesen werden konnte. Der Syphilisktiologie widerspricht auch diejenige Statistik, welche zeigt, daß z. B. zwischen 100 Paralysisfällen mehr syphilitische vorhanden sind als bei 100 anderen Geisteskranken, hier dürften nur Gleichaltrige verglichen werden. Es spricht auch dagegen, daß die Anzahl der Paralytiker sich vermehrt, die Altersgrenze derselben tiefer zu stehen kommt, die Zahl der weiblichen Paralytiker bedeutend zugenommen hat. Dieses alles kann die Syphilis nicht erklären. Die Seltenheit der konjugalen Syphilis spricht aber gegen den Zusammenhang, so auch, daß er sonst andere Symptome der Syphilis bei den von ihm beobachteten Paralytikern finden konnte.

DOMATH hält es für notwendig, auch noch einen anderen Faktor für die Ätiologie der Paralyse (und Tabes) aufzunehmen, und das ist die angeborene Disposition oder die erworbene Schwäche des Nervensystems. In vielen paralytischen Fällen ist es unmöglich, die Syphilis nachzuweisen, selbst bei den Eltern nicht. Die verschiedensten Faktoren (Alkohol, Arteriosklerose, Blei usw.), welche die Nervenelemente der Rinde vernichten, können eine Demenz verursachen, warum soll da die Syphilis bei sämtlichen Paralytikern als Postulat aufgestellt werden? Er beobachtete Fälle, wo infolge einer Schwäche des Nervensystems oder infolge von schädlichen Einwirkungen auf dasselbe, sich Paralyse entwickelte, hingegen andere, wo die Syphilis an sich selbst Ursache war, aber nicht bei einem nichtzivilisierten, robusten Nervensystem. Er verweist auf die neueren Untersuchungen von NAECKE und BINSWANGER, welche die Erblichkeit bei 40—50% der Paralytiker nachweisen konnten.

L. LÉVY ist der Ansicht, daß an dem pathogenetischen Zusammenhange zwischen Tabes und Paralyse nicht gezweifelt werden kann. Auf die Frage, ob die Paralyse und die Tabes stets auf dieselbe Krankheitsursache zurückzuführen sind, antwortet er bejahend, weil dieselben die ständigen koordinierten Erkrankungen mehrerer Zentren bilden. Wenn z. B. bei 90% der Paralysisfälle die Syphilis nachgewiesen werden kann, so ist diese Ursache auch für die übrigen 10% anzunehmen; es erinnern sich doch nicht und leugnen doch auch 40% der Tertiärsyphilitischen die Primäraffektion. Es spricht auch nicht gegen die Rolle der Syphilis, daß die Paralyse und die Tabes durch antisymphilitische Behandlung nicht gebessert werden; bei vielen gummösen Erkrankungen läßt einen auch die Therapie im Stich. Die Paralyse (und Tabes) hält er nicht für eine para-, meta- oder postsyphilitische Erkrankung, sondern für eine direkte syphilitische Degeneration; dieses beweisen jene Fälle, wo neben Paralyse oder Tabes manifeste syphilitische Symptome bestehen. Er verweist auf die neueste Arbeit von EAB, der darauf hinweist, daß man die syphilitischen Veränderungen weder auf dem Obduktionstisch noch unter dem Mikroskop apodiktisch erkennen kann. Daher steht es auch nicht in unserem Bereich, die anatomischen Veränderungen der Paralyse und der Tabes als nichtsyphilitische zu erklären. Er kann es nicht akzeptieren, daß

z. B. die Syphilis bei denjenigen Völkern, wo die Paralyse eine seltene ist, mit unserer Syphilis verglichen werden könnte, und gegenüber SALGÉ weist er auf mehrere neuere Statistiken hin, laut denen die Vermehrung der Syphilis und der Paralyse beiläufig parallelen Schritt hält. Verfehlt hält er die Frage, warum die Syphilis in einzelnen Fällen Paralyse und Tabes hervorruft, in anderen nicht. Das syphilitische Gumma erscheint auch nicht in jedem Falle, nach dessen eigentlicher Ursache wir aber nicht forschen, warum sollten wir das gerade bei der Paralyse tun?

FERNOXI berichtet über Untersuchungen, welche in folgendem bestehen: Viele betrachten den degenerativen Prozeß der Paralysis progressiva als Wirkung einer Autointoxikation. Die fehlerhafte oder unregelmäßige Sekretion der Thyreoidea spielt eine Rolle bei mehreren Nervenkrankheiten; andererseits scheint die physiologische Tätigkeit der Thyreoidea darin zu bestehen, daß sie Antitoxine produziert, welche die im Organismus entstandenen Toxine neutralisiert und somit diese für das Nervensystem unschädlich macht. Es ist nun möglich, daß die Syphilis die Thyreoidea insofern modifiziert, daß ihre Tätigkeit nicht imstande ist, jenen Toxinen entgegenzuwirken, welche, auf das Nervensystem einwirkend, die Paralyse hervorrufen können. Er detailliert nun seinen Arbeitsplan, welcher sich mit der intensiven makro- und mikroskopischen, sowie auch chemischen Untersuchung der Thyreoidea der Paralytiker und obengenannter Kranken beschäftigen soll.

MORAVOSIK erkennt wohl die wichtige Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Paralysis progressiva, sei dieselbe direkt oder indirekt einwirkend, an, aber die ihm zur Verfügung stehenden Daten stellen dieselbe nicht in jeder Beziehung außer allen Zweifel zum kausalen Zusammenhang. Ebenso auch nicht die statistischen Daten. Abgesehen davon, daß ein großer Teil der Prostituierten (nach LAURENT 96%) an Syphilis litt, und nur sehr wenige unter ihnen an Paralysis progressiva erkrankt waren, und abgesehen davon, daß z. B. bei den Arabern, wo die Syphilis schon seit alter Zeit in großem Maße florierte, nur in neuerer Zeit und nur bei denjenigen sich Paralyse entwickelt, die an der intellektuellen Arbeit teilnehmen; sind die statistischen Daten auch schon darum nicht überzeugend, weil die meisten Autoren nur das in Betracht ziehen, ob der Kranke je an Syphilis litt, ohne Rücksicht darauf zu nehmen, ob derselbe regelmäßig behandelt wurde und später gar keine Symptome hatte. Aber es bietet auch einen Anhaltspunkt für den kausalen Zusammenhang weder die pathologische Anatomie und Histologie, noch die Symptomatologie und Therapie. Die von HUBNER für Syphilis charakteristisch aufgestellten Veränderungen der Arterien werden auch bei anderen pathologischen Prozessen gefunden, und auch die Befunde der Paralysis progressiva sind nicht für Syphilis charakteristisch. Die für Syphilis charakteristischen Symptome (Hauteruptionen, Drüsenveränderungen, Knochenschmerzen usw.) werden bei der Paralysis progressiva nur selten und kaum gefunden. Die antisiphilitische Behandlung derselben führt nie zu einer Heilung; es können wohl Remissionen vorkommen, dieselben können aber auch ohne Behandlung beobachtet werden.

ERSTEIN erkennt auch an, daß die Syphilis eine außerordentlich wichtige Rolle in der Pathologie der Paralysis spielt, insofern dieselbe das Nervensystem für paralytische Veränderungen adaptieren kann; es ist das aber nicht die einzige und ausschließliche Ursache. Häufig ist die Syphilis in den Antecedentien der Paralytiker, aber andere Momente spielen eine noch häufigere Rolle. Diese sind sozialen Charakters. Nichts beleuchtet besser die Pathogenese der Paralysis, als eine neue Erscheinung unseres sozialen Lebens, und zwar die Rolle der Frau in der aktiven Arbeit der Gesellschaft. Tatsache ist es, daß die Paralyse in neuerer Zeit außerordentlich zunimmt, und zwar zum großen Teil beim weiblichen Geschlecht. Er hat zwar keine

Daten, ob auch in demselben Maße die Syphilis unter ihnen zunimmt. Die Möglichkeit muß konstatiert werden. Das kann er aber konstatieren, daß die Paralyse der Frauen in derselben Intensität zunimmt, als die Rolle der Frau mit dem Kampfe des Lebens gleichzeitig zusammenfällt. Er unterbreitet eine ausführliche Statistik aller Anstalten der weiblichen Paralytiker der letzten drei Jahre. Daraus ist zu entnehmen, daß die Paralyse der Frauen im Vergleich zu derjenigen der Männer in stetiger Zunahme begriffen ist (1899: 1:5,2, 1900: 1:3,93). So ist auch das Verhältnis schlimmer geworden bei den Kaufleuten und Ackerbauleuten, und stark ist die Zunahme bei den Tagelöhnern (1899: 1:3,3, 1901: 1:1,65). Dort, wo die Sorgen des Lebens gleichmäßig einwirken auf beide Geschlechter, ist auch das Verhältnis ein gleiches; bei Dienerrinnen und Dienern 1899: 1:1,06, 1901: 1:1,05; das Übergewicht der weiblichen Erkrankung wird wohl dadurch erklärt, daß die weiblichen Diener in der Mehrzahl sind. Außerordentlich groß ist die Verschiebung der Verhältnisse bei den Beamten und deren Familien (1899: 1:18, 1901: 1:6,28); während die Beamtengattin früher im Lebenskampfe indirekt, als Haushaltungsmitglied, eine Rolle spielte, spielt dieselbe jetzt als Beamtin eine direkte aktive Rolle.

A. Alpar - Alexandria.

Doppelseitige syphilitische Facialisparalyse mit doppelseitiger Taubheit, von BÉKAKY-Smyrna. (*La méd. orient.* 1903. Nr. 21.) Die bilaterale Facialislähmung ist ein seltenes Symptom der tertiären Spätles. Aus diesem Grunde dürfte der vom Verfasser berichtete Fall eines 40jährigen Mannes von Interesse sein, den er ausführlich beschreibt. Die Infektion mit Syphilis hatte sich der Kranke sieben Jahre früher zugezogen. Die sekundären Symptome nach dem Primäraffekt waren geringe. Seine Behandlung war keine fachmännische und ganz ungenügend. Allmählich stellten sich im Laufe der Jahre eine spezifische Nagelaffektion, langdauernde intensive Kopfschmerzen, Lidparese, Otorrhoe ein; zu letzterer gesellte sich allmählicher Verlust des Gehörs erst auf der einen, dann auch auf der anderen Seite. Hand in Hand damit entwickelte sich ebenfalls langsam eine Facialisparese, die in völlige Paralyse überging. Der Mund bleibt stets halb offen. Als Ursache der Erscheinungen dürfte ein tertiärer Prozeß im Gebiet des FALLOPIschen Kanals angenommen werden. Die Prognose ist ernst, mindestens dubios. Eine interkurrente Hemiplegie ist durch spezifische Kur zurückgegangen, so daß der Kranke seine Beine wieder völlig gebrauchen kann. Die Facialislähmung ist aber durch die Behandlung unbeeinflusst geblieben.

Hopf - Dresden.

Diagnose und Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, von LUTHER C. PETER - Philadelphia. (*Med. News.* 12. März 1904.) Vielgestaltigkeit der Symptome, Mangel an systematischer Anordnung derselben, Paralyse der Kopfnerven (besonders des sechsten, während das fünfte und siebente Paar meist ausgenommen sind) sind in kurzem die Hauptsüge der Gehirnsyphilis, wofür P. drei charakteristische Fälle beschreibt. Bei der Rückenmarksyphilis ist das Hauptmerkmal in ähnlicher Weise die Ausgedehtheit der Affektion, welche jedoch mehr nach einer Richtung, als nach einer anderen sich zeigen kann, wodurch an manchen Körperteilen die Funktion völlig verloren, an anderen unversehrt sein kann. Das zuerst von Eas aufgestellte Charakterbild zeigt sich fernerhin noch in allmählich anschleichender spastischer Lähmung, Muskelkontrakturen, Blasenerscheinungen, leichten Störungen der Sensibilität und der Allgemeinneigung zu abwechselnder Verbesserung und Verschlechterung (Anführung eines Falles, welchen P. sechs Jahre unter Behandlung hatte). Bezüglich der Behandlung empfiehlt P. den intermittierenden Gebrauch von Jod und Hg, welcher, besonders bei Rückenmarksyphilis, wegen der großen Neigung zu Rückfällen verschiedene Jahre hindurch fortgesetzt werden muß. Als die ideale

Methode der Hg-Behandlung erklärt P. die Injektionen, während er die Injektionen wegen der Abszesse und der sekundären Gangrän (wohl sehr selten! Ref.) für sehr minderwertig erklärt.
Stern-München.

Syphilis und Tabes, von W. Eas-Heidelberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 1—4.) In einer langen Arbeit teilt E. seine Erfahrungen in der Frage der Tabes im Zusammenhang mit Lues mit und bespricht wichtige Einzeltatsachen aus fremder und eigener Beobachtung. Nach seiner Ansicht ist die Tabes syphilitischen Ursprungs und entsieht in der übergroßen Mehrzahl der Fälle nur auf Grund einer vorausgegangenen syphilitischen Infektion. Eine gewisse Zahl von zweifelhaften Fällen bleibt übrig, so daß es zwar sehr wahrscheinlich, aber noch nicht sicher nachweisbar ist, ob die Tabes in allen Fällen eine syphilitische Erscheinung ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

XV. Internationaler medizinischer Kongress. Lissabon, 19.—26. April 1906. Wir empfangen soeben die erste Nummer des offiziellen Blattes des XV. internationalen medizinischen Kongresses, welcher in den Tagen vom 19. bis 26. April 1906 in Lissabon stattfinden soll. — Diese Nummer enthält die Statuten des Kongresses, die Organisation der Sektionen und der Komitees der verschiedenen Länder. — Bemerkenswert ist in den Statuten der Artikel 2, welcher nur die Ärzte und die von den nationalen oder vom portugiesischen Komitee vorgestellten Gelehrten zur Teilnahme am Kongresse berechtigt. — Der Mitgliedsbeitrag ist 20 Mark.

Die Arbeiten des Kongresses sind auf 17 Sektionen verteilt; die achte ist die Dermatologie und Syphiligraphie.

Das Exekutivkomitee hat die Absicht, alle offiziellen Berichte vor der Eröffnung des Kongresses drucken zu lassen; dieselben müssen infolgedessen vor dem 30. September 1906 dem Generalsekretariat zugesandt werden. Die freien Referate müssen vor dem 31. Dezember 1906 eingesandt werden, wenn ihre Schlussfolgerungen vor dem Kongresse gedruckt werden sollen.

Die offizielle Sprache ist die französische. In den Generalversammlungen, sowie in den Sektionen kann deutsch, französisch und englisch gesprochen werden. — Wie man ersieht, hat das Komitee des Kongresses das Portugiesische von den zugelassenen Sprachen ausgeschlossen; es geschah dies zum einzigen Zwecke, die Zahl der auf dem Kongresse gesprochenen Sprachen möglichst zu vermindern.

Präsident des Organisationskomitees ist Dr. M. DA COSTA ALEMAO, und Generalsekretär Dr. MIGUEL BOMBARDA; alle Subskriptionen müssen an letzteren (Hospital de Bilhafolles, Lissabon) gesandt werden.

Das Komitee der achten Sektion besteht aus den Herren ZEPHERINO FALCAO, Präsident, LUIZ VINGAS, Vizepräsident, MELLO BREYNER, Sekretär.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 39.

N^o. 6.

15. September 1904.

Thesen bezüglich einiger pseudoparasitärer Krebseinschlüsse.

(Erläutert durch epidiaskopische Projektionen.)

Im Anschluß an das auf dem V. Internationalen Dermatologen-Kongress zu Berlin am 16. September 1904 erstattete Referat aufgestellt

von

P. G. UNNA.

1. Jedes Carcinom enthält X-Zellen von verschiedener Form und Größe und in sehr verschiedener Reichhaltigkeit. Dieselben haben dieselben tinktoriellen und strukturellen Eigenschaften wie die X-Zellen des spitzen Condyloms.
2. Auch bei den X-Zellen des Carcinoms lassen sich Übergänge zu den Stachelzellen auffinden, wodurch bewiesen wird, daß die X-Zellen in toto degenerierte Stachelzellen sind, die sich aus dem Verband der Stachelzellen gelöst haben und lokomotions- oder transportfähig geworden sind und dadurch amöboide Zellen vortäuschen.
3. Die X-Zellen sind wegen der vielen im Carcinom vorkommenden Degenerationsprodukte nicht immer so leicht zu erkennen wie die des spitzen Condyloms. Sie müssen hauptsächlich scharf von den Hyalinbildungen des Carcinoms unterschieden werden.
4. Nur geformte und zugleich kernhaltige Hyalinprodukte können mit X-Zellen verwechselt werden.
5. Da das Hyalin die Epithelfasern konserviert, die X-Zellen die Fasern verlieren, so ist Hyalin aus walzenförmigen, faserreichen Carcinomen leicht zu erkennen, Hyalin aus vegetierenden, faserarmen dagegen schwerer.
6. Deshalb ist das Verhalten des Kerns differentialdiagnostisch wichtiger: X-Zellen haben stets Kerne, Hyalinbildungen können kernlos sein und sind es meistens; wo letztere Kerne einschließen, sind diese normal, nicht degeneriert, der Kern der X-Zelle dagegen besteht nie aus Chromatin und Kernsaft, sondern stets allein aus Kernkörperchen-substanz (Plastin).

7. Radiäre Streifungen der Zellsubstanz, wie solche bei Krebsparasiten beschrieben sind, kommen auch regelmäßig in Hyalinperlen vor.
 8. Diese radiäre Streifung wird durch die Epithelfasern erzeugt, welche das Außenplasma (die Membran) der Stachelzelle radiär durchsetzen, während das Binnenplasma von den Fasern zirkulär durchsetzt wird.
 9. Bei der hyalinen Degeneration schwillt das Außenplasma zu glasellen, homogenen, wenig tingiblen Schalen an, die auf dem Schnitte die Form von Tellerrändern, Fächern oder Blumenblättern zeigen.
 10. Die allseitige Schwellung des Außenplasmas erzeugt durch Kompression eine konzentrische Schichtung der benachbarten, abgeplatteten Stachelzellen, und somit bilden total hyalin degenerierte Zellen die Zentren der Hyalinperlen.
 11. Nur radiäre Streifungen der Zellsubstanz, nicht solche der Kerne haben etwas mit der Hyalindegeneration zu tun.
 12. Die Nachprüfung von FEINBERGS Lehre, daß die Protozoenkerne (Kernpunkte) sich durch den konstanten Mangel an Plastin auszeichnen und dadurch von den Krebszellenkernen zu unterscheiden sind, führt unter Anwendung der von mir modifizierten PAPPENHEIMSchen Methode zu der Erkenntnis, daß bei der Mitose eine gesetzmäßige Ortsveränderung des Plastins und Zerstreuung desselben im Protoplasma stattfindet.
 13. Die dadurch im Protoplasma zerstreuten Plastintropfen sind zuweilen von einem hellen Hof umgeben, geben aber kaum zu einer Verwechslung mit PLIMMERSchen Körperchen Anlaß.
 14. Dagegen zeigt sich bei einer Modifikation derselben Methode (pol. Methylenblau, modifiz. PAPPENHEIM), daß in den Krebszellen (Brustdrüsenkrebs) allgemein verbreitet eine Kerndegeneration vorkommt, bei der das Chromatin schwindet, das Plastin sich auf einzelne Tropfen zurückzieht, worauf der Kern derart eingekerbt und gelappt wird, daß er schließlich in mehrere runde oder ovale Abteilungen zerfällt, deren Zentrum je ein Plastintröpfchen darstellt.
 15. Diese vom Kern losgelösten Teile mit Plastinpunkt im Zentrum ähneln außerordentlich den PLIMMERSchen Körperchen. Es kommen auch viele solche Gebilde mit zwei Plastintröpfchen vor (Diplokokkenform) und mit mehreren (Rosenkranzform). Wo die Plastinzentren noch nicht völlig Tropfenform angenommen haben, besitzen sie spitze Ausläufer (Komma-, Sichelform).
-

Die Epitheliome und ihre Behandlung.

Bericht, erstattet auf dem V. internationalen Kongress für Dermatologie (Berlin, September 1904).

Von

Prof. V. MIBELLI-Parma.

M. H.! Vom Organisationskomitee des gegenwärtigen Kongresses zur Berichterstattung über das Epitheliom aufgefordert, habe ich den keineswegs leichten Auftrag gern angenommen. Da es sich dabei hauptsächlich um die therapeutische Seite der Frage handelte, war mir die Gelegenheit geboten, auf einen Gegenstand zurückzukehren, den ich bereits vor sechs Jahren flüchtig auf dem Turiner Kongress der italienischen Gesellschaft für Dermatologie (September 1898) berührt hatte, und über welchen ich inzwischen neues Material von theoretischem und praktischem Interesse gesammelt habe.¹

Während dieser Zeit habe ich meine Aufmerksamkeit hauptsächlich darauf gerichtet, die therapeutischen Resultate der kaustischen Lokalkwirkung der arsenigen Säure vom pharmakologischen Gesichtspunkte aus zu untersuchen. Die in vielen Fällen günstige Wirkung der arsenigen Säure ist von alters her bekannt, sie wurde aber neuerdings wieder hervorgehoben und an verschiedenen Kongressen zur Diskussion gebracht, so unter anderen auf dem letzten dermatologischen Kongresse von 1900.²

Ich hatte meine ersten therapeutischen Versuche mit der As_2O_3 bereits im Jahre 1897 begonnen, d. h. gleich nachdem CERNY und TRUNČEK die vorteilhafte Anwendung der wässrig-alkoholischen Lösung bekannt gemacht hatten. Durch die guten Resultate ermuntert, entschloß ich mich, das Mittel in allen mir passend erscheinenden Fällen von Epitheliom anzuwenden, indem ich dabei nicht immer einen therapeutischen Zweck im Auge hatte, sondern, wenn möglich, irgendwelche Anhaltspunkte über den Mechanismus der Wirkung dieses Kaustikums daraus zu gewinnen suchte. Ich habe mich hierin etwas über die von den beiden genannten Autoren bei der Anwendung ihrer Behandlungsmethode gesteckten Grenzen hinausgewagt.

¹ MIBELLI, Sulla cura dell' epitelioma cutaneo con la miscela arsenicale. Verhandlungen der Società italiana di dermat. e sifil. Kongress von Turin. Rom 1899, S. 171, und *Giorn. italian. d. mal. ven. e d. pelle.*, 1898, Heft V.

² PETRINI DE GALATZ, Considérations sur le traitement des épithéliomas. IV. Congrès intern. de Dermatologie et Syphiligr. Comptes rendus, S. 605. Paris 1901.

Auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen und meiner langjährigen Untersuchungen auf diesem speziellen Gebiete glaube ich denn auch, in der Lage zu sein, einen ziemlich vollständigen Bericht über die Frage des Hautepithelioms und dessen Behandlung abgeben zu können.

Ich will vorerst auf die bedeutenden Fortschritte der letzten Jahre in dieser Richtung hinweisen. Im Gegensatz zu der einseitigen und anerkannt übertriebenen Ansicht der Chirurgen, welche die Ablation bei der Epitheliomtherapie als absolute Notwendigkeit proklamieren, steht es nun außer Zweifel, daß die lokale und allgemeine medizinische Behandlung von größtem Nutzen sein kann. Dieselbe wirkt nun sowohl prophylaktisch bei der Bekämpfung der präcarcinomatösen Dermatosen als auch, in nicht sehr seltenen Fällen wenigstens, bei in voller Entwicklung begriffenem typischem Epitheliom.

Die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der physikalischen Therapie erzielten Resultate lassen die glänzendsten Erfolge erwarten. Die neuen therapeutischen Methoden sind mir stets willkommen und benutze ich dieselben bei meinen Forschungen nach Möglichkeit. Welches Vertrauen man aber in die Photo- und Radiotherapie mit ihren fortwährenden technischen Vervollkommnungen setzen mag, so darf man andererseits gewiß die medikamentöse Behandlung nicht vollständig aufgeben, und zwar vor allem aus Opportunitätsgründen, welche in der Praxis vor denjenigen den Vorrang haben, die nur den inneren Wert einer Behandlungsmethode berücksichtigen. Angesichts der guten Erfolge beim Hautepitheliom, und noch mehr beim Lupus vulgaris, darf man demnach den chemischen Kaustika ihren Rang in der Therapie dieser Affektionen nicht streitig machen, wie sehr man sich auch um die physikalischen Behandlungsmethoden interessieren mag. Den Lupus erwähne ich bei dieser Gelegenheit nicht bloß aus reinem Zufall; bei dieser Affektion gilt nämlich als schnellste und sicherste Behandlung die vollständige Abtragung der affizierten mit den angrenzenden gesunden Hautpartien. Ich selbst bediene mich ebenfalls dieser Methode überall da, wo ich es mit wenig ausgebreiteten Herden zu tun habe, ausgenommen im Gesichte, wo ich, in Anbetracht der schönen kosmetischen Erfolge, die neuere Methode der Phototherapie vorziehe. Niemand wird aber behaupten dürfen, daß die Exstirpation und die Phototherapie die anderen Methoden, und speziell die chemischen Ätzmittel, vollständig werden verdrängen können. Diese letzteren bleiben nämlich für einen großen Teil, wenn nicht für die Mehrzahl der Fälle von Lupus der einzige Rettungsanker.

Es kommt hauptsächlich darauf an, weder in dem einen noch in dem anderen Sinne bei der Beurteilung der Methoden zu übertreiben. Sowohl beim Lupus als beim Epitheliom, bei letzterem vielleicht noch mehr als bei ersterem, kennen wir keine einzige Behandlungsmethode, die man als absolut

sicher oder unfehlbar bezeichnen könnte. In jedem Falle hängt das Resultat von dem Umstande ab, in welcher Weise das Mittel angewendet, ob es den besonderen Indikationen des Falles angepaßt wurde, und zwar nach bestimmten Gesetzen, die sich nicht immer von vornherein aufstellen lassen, da sie öfters auf Ergebnissen der persönlichen Erfahrung des Forschers beruhen. Mitteilungen über günstige Erfolge mit einer Methode haben deshalb immer mehr Wert als ungünstige von Autoren, welche angeblich nach derselben Methode verfahren sind.

Ausgehend von der Erfahrung, daß sich die Wirkung der arsenigen Säure besser überwachen und regulieren läßt, wenn das Medikament statt in Salben oder Pastenform in Suspensionen oder Lösungen angewendet wird, habe ich meine Aufgabe auf die Untersuchung beschränkt, welche Form von Lösungen oder Mischungen am passendsten sich gestalten würde. Ich wünschte hauptsächlich darüber Gewißheit zu erhalten, ob 1. das arsenigsaure Anhydrid, direkt in aufgelöster Form aufgetragen, sich als ein wirkliches Heilmittel beim Hautepitheliom bewähren würde; 2. in welcher Weise sich die therapeutische Wirkung dieser Substanz bei neoplastischen Prozessen überhaupt und bei den epithelialen Neubildungen im besonderen erklären läßt. 3. Wenn eine absolute Heilung nicht in allen Fällen zu erzielen ist, in welchen dies der Fall ist und in welchen der Effekt ein rein palliativer bleibt; endlich ob eine unvollständige Heilung irgendwelche schädlichen Folgen nach sich ziehen könnte. 4. Welches die passendste Flüssigkeit für die Zubereitung der Mischung der medikamentösen Substanz und deren Applikation auf die affizierten Hautstellen, und welches das empfehlenswerteste Verfahren sei zur Erzielung eines möglichst sichern und raschen Erfolges.

Ich habe einzelne Laboratoriumexperimente meinem Assist. Dr. PASINI übertragen, der dieselben in dem von Prof. SABBATINI geleiteten pharmakologischen Institute ausgeführt hat. Meinerseits habe ich alle Fälle von Hautepitheliom, deren ich in meiner Klinik oder im Ambulatorium habhaft werden und den chirurgischen Abteilungen, denen sie zugewiesen waren, entreißen konnte, gesammelt und gebe nun nachfolgend eine Übersicht der wichtigsten derselben.

1. Fall. Victoria M., 60 Jahre alt, verheiratet, Bäuerin aus der Nähe von Parma. 1. VI. 97: Ausgedehntes ulceriertes Epitheliom der rechten Kiefergegend und sich bis auf den Nasenrücken erstreckend; wahrscheinlich auf Keratosis senilis zurückzuführen. Aufpinseln der wässrig-alkoholischen As_2O_3 -Lösung (As_2O_3 1,0 Wasser und Alkohol = 25,0); diese Lösung bleibt fünf Tage lang unter fixem Verbands liegen, und der Verband wird alle 24 Stunden gewechselt. Dauerhafte Heilung in weniger als einem Monat.

2. Fall. Maria B., 74 Jahre alt, Eigentümerin, von Panerazio (Parma). Dezember 97: Leicht ulceriertes Perlepitheliom des linken Nasenflügels; Ursprung unbekannt. Arseniklösung nach der oben angegebenen Formel; zuerst vier Tage lang, dann nach einer kurzen Unterbrechung während drei weiteren Tagen mit 24stündigem Verbandwechsel. Heilung innerhalb eines Monats.

3. Fall. Peter T., 54 Jahre alt, verheiratet, Landmann von Parma. April 1898: Ulceriertes Epitheliom der Kiefergegend der rechten Wange, konsekutiv nach Keratosis senilis. Auftragen der alkoholätherischen Lösung (As_2O_3 1,0 Alkohol und Äther = 25), fixer Verband während fünf Tagen mit 24stündigem Wechsel, sodann Aufpinselungen derselben Lösung während einiger Zeit; Heilung innerhalb zwei Monaten.

4. Fall. Luisa B., 57 Jahre alt, verheiratet, Haushälterin. 2. V. 99: Flaches, narbiges Epitheliom in der Gegend des rechten Stirnhöckers; unbekannte Ursache, dauert schon mehrere Jahre lang und wurde erfolglos mit allen möglichen Mitteln behandelt. Arseniklösung (1:50) mittels Wattebausch mit jeweiligen Zwischenräumen dreimal je 24 Stunden lang appliziert. Heilung in ungefähr einem Monat; nach fünf Jahren noch keine Spur von Rezidiv.

5. Fall. Maria S., 60 Jahre alt, verheiratet, Bäuerin von Medesano. 6. V. 99: Ulceriertes Epitheliom rechts auf dem Nasenrücken; nach Keratosis senilis; zweimalige, je 24 Stunden lange Applikation der alkoholätherischen As_2O_3 -Lösung (1:50) mittels Wattebausch. Heilung in zirka einem Monat.

6. Fall. Lucia C., 53 Jahre alt, Witwe, Bäuerin von Vigatto. Die Patientin war bereits in den Monaten Februar und März 1899 in der dermosyphilopathischen Klinik von Parma mit der hydro-alkoholischen Arseniklösung (1:50) behandelt und als geheilt entlassen worden. Nach einem Jahre stellte sie sich wieder mit einem Rezidiv; sie wurde genau nach derselben Methode behandelt; der Erfolg blieb ein unvollständiger. Nachträglich wurde sie dann noch zwei weitere Male (Januar 1902 und Februar 1903) stets mit demselben Resultate in der Klinik behandelt. Endlich, am 2. I. 04, stellte sie sich zum fünften Male bei uns vor, und zwar mit einer ausgedehnten Ulceration, die den ganzen Nasenrücken einnimmt, sich nach oben bis zu den Oculo-Palpebralwinkeln und nach rechts bis zu den Augenbrauen erstreckt. Die Ulceration ist oberflächlich, mit flachem, aber ungleichmäßigem, trockenem Boden, die Ränder sind nicht hoch, von harter Konsistenz und zerklüftet; stellenweise sind narbenähnliche Inselchen zu sehen; die Nasenflügel sind an ihrem freien Rande teilweise zerstört.

Diesen Fall, der sich mir von vornherein der Therapie unzugänglich zeigte, benutzte ich zur histologischen Untersuchung. Es lag mir daran, sowohl die Neubildung in ihrer Entwicklung zu verfolgen, als die unmittel-

bare Wirkung der Arsenikbehandlung unter ihren verschiedenen Applikationsweisen auf die epitheliomatösen Gewebe zu beobachten. Der Fall wurde zuletzt chirurgisch behandelt, und zwar durch reichliche Exzision mit nachfolgender passender Plastik. Auch dies vermochte nicht ein Rezidiv zu verhindern.

Eine im Jahre 1899 ausgeführte bioptische Untersuchung ergab nichts für das Ulcus rodens Charakteristisches: starke epitheliomatöse Proliferation mit netzförmiger Anordnung, mit dünnen, aber sehr zahlreichen Trabekeln, so daß die zwischentrabekulären Räume ganz klein aussahen; dieses Netz setzte sich aus ziemlich kleinen Epithelzellen vom basalen Typus und ohne Spur von Epithelnestern oder anderen degenerativen Erscheinungen zusammen. Das intertrabekuläre Bindegewebe bestand aus spärlichen, ödematösen, kollagenen Bündeln mit Proliferation der Spindelzellen. In der ganzen Umgebung der Neubildung bestand eine reichliche Lymphocytenansammlung mit Haufen von Plasmazellen. Man hatte es also anno 1899 zu tun: mit einem „epithélioma tubulaire“ nach CORNIL und RANVIER, mit einem cylindro-retikulären Epitheliom nach UNNA, oder einem „basocellulären, adenoiden“ nach KROMPECHER; von Ulcus rodens war aber keine Rede, sowohl in Anbetracht des Aussehens der Zellen als ganz besonders wegen des Zustandes des Bindegewebsstroma.

Diese histologischen Charakteristika des Ulcus rodens zeigten sich dagegen ganz unverkennbar bei einer zweiten Untersuchung im Jahre 1903, wo sich auch klinisch dieselbe Diagnose aufdrängte. Zu dieser Zeit ließ sich der basocelluläre Typus (BECK-KROMPECHER) noch deutlich erkennen, dagegen war nichts mehr zu sehen von einer retikulären Architektur; die Verteilung der Elemente ist eine sehr unregelmäßige und variiert von einer Stelle zur anderen. Im Grunde aber besteht sie aus dicken Massen, von denen aus dünne Fortsätze ausgehen, die spitzenförmig enden (styloide Form nach UNNA). Hornperlen, hyaline Massen oder irgendwelche andere Entartungsformen fehlen vollständig; dagegen konstatiert man die größte Unordnung in der Verteilung der Zellen zwischen den epitheliomatösen Massen (Zellenverschiebungen). Die größten Veränderungen findet man aber im Bindegewebsstroma, welches ganz wie neugebildetes, fibröses, dichtes, scyrrhotisches Gewebe aussieht. An einzelnen Stellen des Hautstückes sieht man Partien, wo dieser fibromatöse Prozeß weniger vorgeschritten ist, und sehen dieselben aus wie junges Keloidgewebe; die retikuläre Cutis setzt sich nämlich aus dicken fibrösen Bündeln mit zahlreichen spindelförmigen Zellen zusammen; diese Bündel enthalten kein Elastin, durchkreuzen sich in den verschiedensten Richtungen und umschließen breite Felder von Zellen, unter denen besonders zahlreiche Plasmazellen zu sehen sind, die dicht zusammengedrängt liegen.

Die im Verlaufe dieses Jahres ausgeführten bioptischen Untersuchungen

nach Anwendung der verschiedenen Arsenikmischungen zum vergleichenden Studium ihrer Wirkung haben die Diagnose von *Ulcus rodens* vollauf bestätigt.

7. Fall. Luisa B., 76 Jahre alte Witwe, Bäuerin von Fontevivo. 17. III. 1900: Lobuliertes, spinocelluläres Epitheliom der linken Wange, wahrscheinlich nach *Keratoma senile* entstanden.

Auf der Stirn, den Wangen und in der Umgebung der Lippen bestehen zahlreiche zerstreute Herde von *Keratoma senile*. In der linken Jochbeingegend, etwa 1,5 cm vom unteren Augenlide entfernt, besteht ein Tumor vom Durchmesser etwa eines Zweicentesimistückes; derselbe ragt um ca. 0,5 cm über die umgebende Haut empor, hat eine ulcerierte Oberfläche und erhabene, harte Ränder.

Der mikroskopische Befund ergibt das Vorhandensein einer epitheliomatösen Neubildung, deren Zellen den Typus der Stachelzellen der Schleimschicht wiedergeben. Die Neubildung besteht zum Teil aus großen Massen, die mehr nach der Tiefe zu als oberflächlich wachsen, zum Teil aus kleinen Zellnestern, die regellos mitten im dichten Zellkonglomerat des Cutisbindegewebes zerstreut sind. Man sieht spärliche Epidermiskugeln, dagegen zahlreiche cystische Gebilde, welche das Zentrum auch der kleinsten neugebildeten Epithelmassen einnehmen; sie enthalten entartete Zellformen und Detritus von zerfallenen Epithelzellen sowie von mehrkernigen Wanderzellen. In einzelnen dieser Cysten, wo eine beträchtlichere Leukocytenwanderung stattgefunden hat, findet man reichliche Pseudococcidien nach dem Typus von ALBARRAN. Im interepithelialen Bindegewebe lassen sich entzündliche Reaktionserscheinungen erkennen: Gefäßdilatation, Ödem, Leukocytenwanderung, wobei die einkernigen Elemente vorherrschen; an einzelnen Stellen sieht man Anhäufungen von Plasmazellen.

23. III. 1900: Hydroalkoholische Arsenikmischung (1 : 50); ein damit imprägnierter Wattebausch wird unter Verband 24 Stunden liegen gelassen und die gleiche Prozedur am 25. und 26. III. wiederholt. Am 15. IV. desselben Jahres verläßt die Patientin die Klinik vollständig geheilt; an verschiedenen Stellen im Gesicht bestehen jedoch noch mehrere Herde von *Keratoma senile* in voller Entwicklung.

Am 28. IV. 1904, also volle vier Jahre später, sollte sich die Patientin wieder in unserer Klinik vor mit einem epitheliomatösen Tumor in der Nähe des linken Mundwinkels. Auf der Narbe dagegen war nicht die geringste Spur eines Rezidivs zu erkennen; dieselbe war glatt, weißlich, wenig sichtbar.

8. Fall. Ludwig C., 64 Jahre alt, verheiratet, Bauer von Soragna (Parma). 27. IV. 1900: Lobuliertes, spinocelluläres Epitheliom des Nasenrückens, wahrscheinlich auf Grund eines *Keratoma senile* entstanden. Auf den Wangen bestehen verschiedene Herde von *Keratoma senile*. Auf dem

Nasenrüden sieht man eine ziemlich starke Auftreibung, groß ungefähr wie eine Haselnuss, mit errodierter, blafsroter, feuchter Oberfläche; diese Auftreibung ist an ihrer Basis von einer kreisförmigen, harten, wenig schmerzhaften, spontan oder auf Druck Grube umgeben. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die neugebildete Masse ganz aus proliferierten Epithelien besteht, die sich in langen, parallelen und sich eng aneinander schließenden Verzweigungen hinziehen; in ihren morphologischen Merkmalen stimmen die Zellen ganz mit denen des Rete Malpighii überein. Es finden sich darin wenige und unvollständig entwickelte Epithelnester; das die Neubildung umgebende Bindegewebe zeigt leichte Erscheinungen entzündlicher Reaktion.

Nach vorausgehender oberflächlicher Auskratzung wird die Arseniklösung (As_2O_3 1,0, Alkohol und Wasser = 20) in gewohnter Weise aufgetragen. Diese wird fünf Tage hintereinander wiederholt und dann nach einer Unterbrechung von fünf Tagen nochmals; vollständige und dauerhafte Heilung innerhalb eines Monats.

9. Fall. Hermenegildus L., 69 Jahre alt, Witwer, Beamter von Langhirano. 4. X. 1900: Ulceriertes, spinocelluläres Epitheliom der Stirn, ohne Epithelnester, wahrscheinlich von einer Verruca senilis abstammend. Typisches, lobuliertes Pflasterzellenepitheliom der französischen Autoren und gleichzeitig spinocelluläres Epitheliom nach KROMPECHER und BECK. Man erkennt in Bildung begriffene Epithelnester und um die Epithelzapfen herum eine reichliche kleinzellige Infiltration des Bindegewebes mit zahlreichen Plasmazellen. Arseniklösung (1:50) während vier Tagen in üblicher Weise. Heilung in drei Wochen.

10. Fall. Karoline B., 60 Jahre alt, Witwe, Dienstmagd aus Parma. Epitheliomatose des Gesichts infolge von Keratosis senilis.

A. September 1900: Lobuliertes Epitheliom mit Epithelnestern in der linken Schläfengegend. Über das Gesicht zerstreute Keratosis senilis. Typisches, lobuliertes Epitheliom mit sehr zahlreichen Epithelnestern; gemischte, spino-basocelluläre Form mit heftiger, entzündlicher Reaktion und zahlreichen Plasmazellen im interlobulären Bindegewebe.

7. IX. 1900: Alkoholisch-ätherische Arseniklösung (1:50) in gewohnter Weise; Heilung nach fünf Wochen.

B. Januar 1904: Nach drei Jahren keine Spur von Rezidiv des in oben beschriebener Weise behandelten Epithelioms; dagegen haben sich inzwischen zwei neue epitheliomatöse Ulcerationen an anderer Stelle entwickelt (Nase), die wahrscheinlich aus Plaques von Keratosis senilis entstanden sind. Von diesen Ulcerationen sitzt die eine etwas unterhalb der Glabella und zieht in schiefer Richtung von oben nach unten bis zur Kommissur des rechten Augenlides; ihre Gestalt und Größe entspricht ungefähr derjenigen einer kleinen Mandel. Die andere liegt auf der

Nasenspitze und nimmt einen großen Teil des linken Flügels ein. — 27. und 28. I. 04: Arseniklösung (As_2O_3 1, Wasser 50, Alkohol 30, Äther 20); diese Lösung erweist sich als reizender als die gewöhnliche Alkohol-Ätherlösung und führt zur Bildung eines dünnen Schorfes, der sich am vierten Tage ablöst.

3. II. 04: Arsenik-Wasser-Gelatinelösung (As_2O_3 1, Wasser 93, Gelatine 6); diese im Wasserbade flüssig gemachte Masse wird mit einem Glasstabe auf die ulcerierten Partien ausgebreitet und erkalten gelassen. Die Reaktionserscheinungen sind noch intensiver als mit der Wasser-Alkohol-Ätherlösung, und am vierten Tage erfolgt die Ablösung eines zweiten Schorfes. Am 10. und 22. II. wird dieselbe Gelatinemischung appliziert, und zwar mit dem gleichen Resultate.

Am 17. II. verläßt die Patientin die Klinik, um wegen eines interkurrenten fieberhaften Bronchialkatarrhs nach einer medizinischen Abteilung verbracht zu werden. Das Epitheliom der Nasenwurzel war vollständig geheilt, nicht so das andere auf dem Nasenflügel und unter der Glabella. Am 31. VII. war noch keine Spur von Rezidiv an der ersteren Stelle zu sehen, und an der anderen war der Prozeß stationär geblieben.

11. Fall. Robert A., 45 Jahre alter Bauer aus Noceto (Parma). 12. II. 01: Flachnarbiges Basalzellenepitheliom der rechten Brustdrüsen-gegend, mutmaßlich nach Verruca senilis infolge Kratzens entstanden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß es sich um ein basocelluläres Epitheliom (KROMPECHER) handelt; die langen, wenig verzweigten Epithelzapfen sind zwischen proliferierendem Bindegewebe eingeschlossen, das reich an spindelförmigen Zellen ist; spärliche kleinzellige Infiltration und Fehlen von Plasma- und Mastzellen. — Zweimalige Applikation der alkoholisch-ätherischen Arseniklösung. Heilung vor einem Monat.

12. Fall. Leopold D., pensionierter, lediger Greis von 76 Jahren aus Parma. Basalzellenepitheliom der rechten Wange.

28. V. 02: Auf der rechten Wange nahe an der Ohrmuschel sieht man eine flache, ca. 2 mm über das umgebende Hautniveau emporgende, ungefähr einlirastückgroße, von scharfen Rändern begrenzte und von einer dünnen, schwärzlichen Borke bedeckte Erhabenheit. Nichts von Lymphdrüsenanschwellung in der Umgebung.³ Sie besteht seit sechs Jahren, und läßt sich über den Ursprung derselben nichts sagen. Mikroskopisch erkennt man eine ganz deutliche adenoide Struktur. Die Neubildung besteht beinahe ausschließlich aus kleinen Epithelzellen vom Typus der normalen Zellen der Schleimschicht; dieselben sind in langen, verzweigten Streifen angeordnet, die sich in der verschiedensten Weise durchkreuzen und auf

³ Dieser negative Befund gilt ebenfalls für die anderen Fälle, nur wurde dies bei ihrer Beschreibung nicht bemerkt.

diese Weise ein feines Netzwerk bilden, in dessen Maschen sich entweder dilatierte, mit roten Blutkörperchen angefüllte Gefäße oder dünne, kollagene Fasern mit hypertrophischen fixen Zellen oder endlich amorphe Detritusmassen mit mehrkernigen Leukocyten befinden. Alkoholisch-ätherische Arseniklösung (1 : 50) nach vorausgegangener oberflächlicher Abkratzung. Der Verband bleibt 48 Stunden liegen und wird noch zweimal wiederholt. Zwölf Tage nach der Anlegung des ersten Verbandes löst sich ein dicker Schorf ab, und nach 14 Tagen ist die Heilung eine vollständige mit einer flachen, wenig sichtbaren Narbe, deren Durchmesser bedeutend geringer war als derjenige des eliminierten Epithelioms.

15. II. 03: Der Patient zeigt sich wieder in der Klinik mit einem beginnenden Rezidiv. Am Rande der Narbe, aber noch außerhalb derselben, besteht ein grauliches, linsenförmiges, mit Schuppen und Borken bedecktes Knötchen. Die mikroskopische Struktur des Tumors ist genau dieselbe wie die der primären Geschwulst. Dreimalige Applikation der Arseniklösung (Alkohol-Äther); Heilung in zwei Wochen. Nach 1½ Jahren noch kein Rezidiv.

13. Fall. Heinrich F., 54-jähriger Bauer aus Trecasali, verheiratet. Basalzellenepitheliom im Beginne, nach Keratoma senile; sitzt auf dem Nasenrücken.

20. XI. 02: Kleine, flache, kaum bohngroße, teilweise mit Schuppen und Borken, teilweise mit fest anhaftender verhornter Epidermis bedeckte Geschwulst. Intensive entzündliche Reaktion, die sich über die ganze retikuläre Cutis erstreckt, mit zahlreichen Plasmazellen in ausgebreiteten Herden und mit vielen zerstreuten Mastzellen; Ödem des Papillarkörpers. An den Stellen, wo das Ödem und die Zelleninfiltration am intensivsten sind, ist die Epidermis verdünnt, an einzelnen Orten sogar vollständig verschwunden, so daß die entzündete Cutis direkt von einer einfachen fibrinösen Kruste überzogen ist. Zahlreiche dicke und kugelförmige Talgdrüsen, die nach der freien Oberfläche münden, ihr Härchen verloren haben, einen sehr erweiterten und tiefen Ausführungsgang führen, der mit Hornlamellen und Detritus ausgefüllt ist. Im Zentrum einzelner Drüsenacini lassen sich regressive Erscheinungen erkennen: Homogenisierung, Auflockerung und Ablösung der Talgzellen mit Bildung von cystischen Höhlen, die mit Zellendetritus und Fibrin angefüllt sind. Im Grunde einzelner in Entartung begriffener Drüsenacinis entwickelt sich eine atypische epitheliale Proliferation, die zur Bildung dicker Massen führt, deren Struktur mit dem Bau des Basalepithels der Schleimschicht übereinstimmt. Dieselbe Epithelproliferation mit basalen Zylinderzellen und retikulärem Bau konstatiert man ebenfalls in den Wandungen einzelner Drüsenkanäle und im schichtenförmig angelegten Epithel des Rete Malpighii.

Nach zweimaliger Applikation der alkohol-ätherischen Arseniklösung

(1 : 50) wird innerhalb eines Monats die Heilung mit einer flachen Narbe erzielt.

14. Fall. Nina B., 67 Jahre alt, verheiratet, Wäscherin aus Parma. Dezember 1903 und Februar 1904: Ulcus rodens des rechten Nasenflügels, wahrscheinlich nach Keratosis senilis. Bei der ersten Visite (13. XII. 03) hatte die Affektion bereits bedeutende Zerstörungen angerichtet, war aber anderseits vollständig lokal geblieben (keine Lymphdrüsenmetastasen); der ulcerative Prozess hat das Vestibulum des rechten Nasenloches ergriffen, und ein großer Teil des Nasenflügels ist bereits zerstört. Die Diagnose Ulcus rodens wird mikroskopisch bestätigt; man sieht, wie die epitheliomatische Neubildung mit ihren dünnen Leisten zwischen die Knorpelzellen des Nasenknorpels eingedrungen ist. Es werden vier aufeinanderfolgende Applikationen der Arseniklösung (As_2O_3 1, Wasser 50, Alkohol 30, Äther 20) gemacht. Nach der zweiten Applikation wird ein Stück des Nasenflügels, der bereits vollständig abgetrennt war, entfernt behufs Untersuchung der mikroskopischen Veränderungen während der Arsenikbehandlung. Nach Abfall des ersten Schorfes wird die Behandlung nach derselben Methode wiederholt. Am 20. I. 04 war die ganze ulcerierte Partie der Nase in eine flache Narbe umgewandelt; nur im Vestibulum, an der Basis des zerstörten Nasenflügels blieb noch eine etwas feuchte Stelle übrig, die sich auch nach mehreren weiteren Applikationen der Arseniklösung nicht veränderte. Nach sechs Monaten war der Zustand der Patientin unverändert, und war keine Spur von Rezidiv zu bemerken; der Prozess war im Nasen vestibulum stehen geblieben.

15. Fall. Peter P., 59 Jahre alt, verheiratet, Lastträger aus Parma. Flaches Narbenepitheliom der Unterlippe. — 15. XII. 03 bis 4. II. 04: Oberflächlich erodiert mit Neigung zu teilweiser spontaner Vernarbung; nimmt ungefähr den mittleren Teil des Lippenrotes ein, der Rand ist geschlängelt, wenig über die umgebenden Partien emporragend, aber wegen seiner harten Konsistenz deutlich fühlbar; die mikroskopische Untersuchung kann nicht ausgeführt werden, und die Diagnose wird ausschließlich nach dem Aussehen und dem Verlaufe des Geschwürs gemacht (der Patient besucht schon seit einem Jahre die Klinik). Es ist dies der einzige Fall, den wir ausschließlich mit Aufpinselungen behandelt haben (Wasser-Alkohol-Ätherlösung). Es wurden im ganzen 16 Aufpinselungen in drei Perioden gemacht (15.—22. XII., 4.—8. I., 1.—5. II.); Mitte Februar schien P. vollständig geheilt zu sein.

Sechs Monate später wurde der Patient wieder in die Klinik aufgenommen mit einer erodierten Partie auf der Narbe. Diesmal wurde die Arseniklösung jeweilen während mehreren Stunden einige Tage hintereinander mittels imbibiertem Wattebausch appliziert. Die am 10. Juli begonnene Behandlung führte innerhalb eines Monats zur vollständigen Heilung.

16. Fall. Melanie L., 46 Jahre alt, verheiratet, Gutsbesitzerin aus der Nähe von Parma. Epitheliom des Nasenrückens, wahrscheinlich nach Keratosis senilis.

29. XII. 03, 19. I. 04: Die Haut des Gesichts zeigt frühzeitige Alterserscheinungen; auf der Nase sind leichte Krustenbildungen (Keratosis senilis). Auf dem linken Nasenflügel, nahe am Sulcus naso-labialis, sind drei Knötchen nebeneinander; das größte derselben ist linsengroß, zum Teil von seborrhoearartigen, gelben Borken bedeckt; die Knötchen sind von kleinen keratosischen Erhabenheiten begrenzt. Die Krankheit dauert seit zwei Jahren und hat sich spontan entwickelt.

Alkohol-Äthermischung (1:50) nach der üblichen Methode am 29., 30., 31. XII. 03 und am 2. I. 04. Es bildete sich zuerst ein dicker Schorf, auf welchen eine trockene Borke folgte, welche letztere am 15. Januar definitiv abfiel, eine flache, kaum sichtbare Narbe zurücklassend. Nach acht Monaten noch kein Anzeichen von Rezidiv erkennbar.

17. Fall. Angelo B., 54 Jahre alt, verheiratet, Maurer von Lissa (Parma). Perlenepitheliom der linken Wange, nach Keratosis senilis entstanden.

24. II. 04: Ulceration mit graulichem, ungleichmäßigem Grunde, unregelmäßigen, etwas erhabenen und harten Rändern von der Größe ungefähr einer kleinen Mandel und länglicher Gestalt; der Tumor sitzt ganz nahe am Orbitalrande auf stark infiltriertem Gewebe. Die Affektion dauert seit drei Jahren, die Ulceration ist aber neueren Datums. Der letzteren ging die Bildung eines umschriebenen und hervorragenden Knötchens mit glatter und trockener Oberfläche voraus. Durch Kratzen entstand auf diesem Knötchen eine Exkoration, welche niemals vollständig abheilte und sich in ein von einer Borke bedecktes Geschwür umwandelte.

25. II. 04: Reinigung der Geschwürsoberfläche mit Ichthyolumschlägen (1:100) und sonach Beginn der Arsenikbehandlung (As_2O_3 1, Wasser 70, langsames Hinzufügen von Gelatine 4, unter stetem Umrühren). Die auf dem Wasserbade verflüssigte Mischung wird mittels Pinsel aufgetragen und in dicker Schicht trocknen gelassen. Dieses Verfahren wird täglich während acht Tagen wiederholt, nachdem die Geschwürsoberfläche jeweilen mit einer lauen Sublimatlösung abgewaschen wurde. Vom 4. III. an wird eine stärker konzentrierte Arsenikgelatine angewendet (As_2O_3 2, Wasser 64, Gelatine 3,5) und vier Tage hintereinander aufgetragen. Am 8. III. wird diese kaustische Behandlung unterbrochen und durch einfache Borwasserverbände ersetzt. Am 25. III. wird der Patient geheilt aus der Klinik entlassen; die Narbe ist kaum erkenntlich. Diese Arsenik-Gelatineapplikationen waren stets von heftigem Brennen begleitet und verursachten eine heftige entzündliche Reaktion mit reichlicher sero-purulenter Sekretion

auf der Geschwürsoberfläche. Zur Bildung eines Schorfes ist es niemals gekommen; die Zerstörung des neoplastischen Gewebes erfolgte durch allmähliche Elimination der Abfallsprodukte, die sich täglich auf der Oberfläche der Ulceration mit den Sekreten ansammelten.

7. V. 04: Der Patient stellt sich mit einem beginnenden Rezidiv in der Klinik vor; an den beiden Enden des Längsdurchmessers der Narbe, die eine lang ausgezogene, rechteckige Form hat, besteht ein erhabenes, mit einer Borke bedecktes Knötchen. Beide Knötchen, die nicht über hanfkorngrößer sind, berühren die Narbenregion, aber liegen außerhalb derselben. — Leichte Abkratzung und Applikation der Alkohol-Ätherlösung (1 : 50) während drei Tagen unter fixem Verbands. Der hierdurch hervorgerufene Schmerz war sehr erträglich und von nur kurzer Dauer; die lokale Reaktion war geringfügig, und erst am vierten Tage zeigte sich etwas Ödem des oberen Lides. Nachdem das letztere verschwunden war, wurde am sechsten Tage eine vierte Applikation der Arseniklösung gemacht und sodann eine fünfte und letzte am achten Tage. Am 15. Tage war die Vernarbung eine vollständige.

18. Fall. Marietta S., 55 Jahre alt, Witwe, Köchin aus Parma. Perlepitheliom der Stirn. 25. II. 04: Auf dem rechten Stirnhöcker sieht man ein flaches, bohnen großes Knötchen, das von einer dünnen, bräunlich-schwarzen Borke bedeckt ist; unter der letzteren breitet sich eine feuchte, leicht blutende Fläche aus, die von einem deutlich markierten Saume umgeben ist. Das Geschwür besteht erst seit einigen Monaten, die Geschwulst aber schon seit mehreren Jahren. Die Struktur ist die eines Stachelzellenepithelioms mit Epithelnestern. 26. II. 04: Es wird mit der Arsenikbehandlung begonnen (1%ige Gelatinemischung), welche in derselben Weise wie in Fall 17 appliziert wird, und zwar mit dem nämlichen Resultate. Die Behandlung wurde am 2. III. unterbrochen und die Vernarbung nach weiteren zehn Tagen erreicht; dieselbe ist bis jetzt ohne Rezidiv geblieben.

19. Fall. Claudia C., 78 Jahre alt, Witwe, Haushälterin aus Parma. Epitheliom nach Keratosis senilis auf der rechten Wange. Dasselbe besteht bereits mehrere Jahre und hat wie ein wahres umschriebenes Keratom angefangen. Der geschwürige Prozess ist erst neuerdings hinzugetreten; der Verhornungsprozess dauert aber in der Peripherie fort. Das Geschwür ist von einer dicken Kruste bedeckt, die zum Teil sezerniert, zum Teil verhornt ist. 29. II. 04: Nach Entfernung der Kruste wird die 1%ige Arsenik-Gelatine wie im vorhergehenden Falle aufgetragen. Vom 29. II. bis zum 6. III. werden vier Applikationen gemacht und dasselbe Resultat erzielt wie in den beiden vorhergehenden Fällen: Rötung, reichliche serofibrinöse Sekretion mit Ansammlung von Ditritus nekrotischen Gewebes. Nach weiteren 15 Tagen ist die Vernarbung eine vollständige.

20. Fall. Gaetano F., 65 Jahre alt, verheiratet, Bauer aus S. Lazzaro (Parma). Perlepitheliom des Nasenrückens. Dicke, schwärzliche Borkenmassen auf der linken Seite des Nasenrückens, eine Fläche von etwa 1 qcm einnehmend. Unter der Borke liegt eine geschwürige, etwas über das umgebende Hautniveau erhabene, auf hartem Grunde sitzende Fläche; der Rand ist erhaben und ebenfalls von fester Konsistenz. Besteht seit mehreren Jahren; Ursprung unbekannt. — 3. III. 04: Oberflächliche Auskratzung und Verband mit der As_2O_3 -Alkohol-Ätherlösung (1:50) nach der üblichen Methode; es bildet sich sofort ein schwärzlicher Schorf. Am 8. III. wird eine zweite Applikation der Lösung gemacht und dadurch ein tiefer Schorf gebildet, der volle zehn Tage zur vollständigen Ablösung braucht. Am 10. IV. zeigt sich der Patient mit einer flachen, kaum erkenntlichen Narbe an der Stelle des früheren Ulcus.

Aus der Gesamtheit dieser Krankengeschichten geht vor allem die Tatsache hervor, daß das Arseniksäure-Anhydrid, in flüssiger Form lokal angewendet, ein sehr wirksames Mittel bei der Behandlung des Epithelioms ist. Von 20 Patienten, die mit diesem Medikament behandelt wurden, heilten 15 vollständig und dauerhaft. Auf die fünf anderen Fälle werde ich noch zurückkommen; bei denselben kam es entweder sehr rasch zu einem Rezidiv, oder das Resultat war ein unvollständiges oder überhaupt gänzlich negatives (ein Fall). Auf Grund dieser meiner allerdings nicht großen Statistik glaube ich mich berechtigt, die erste am Anfange meiner Arbeit gestellte Frage im bejahenden Sinne zu beantworten. Meine Untersuchungen zeigen in unumstößlicher Weise, daß man mit dem Arsenik eine vollständige und definitive Heilung des Hautepithelioms erzielen kann, und bestätigen die Ansicht von TRUNCEK, die bisher nicht von allen Autoren geteilt worden ist.

Was nun die Erklärungsweise dieser besonderen Wirkung des Mittels in bezug auf seine kaustischen, die lebenden Gewebe zerstörenden Eigenschaften anbelangt, so verweise ich vor allem auf die experimentellen Untersuchungen von Dr. PASINI. Aus denselben geht nämlich hervor, daß das Arseniksäure-Anhydrid, in wässrigen Lösungen und in einer Konzentration von nicht unter 1:150 direkt auf die Haut aufgetragen, eine nachteilige Wirkung auf die lebenden Epithelzellen ausübt; diese nachteilige Wirkung nimmt bei andauerndem Kontakt des Mittels mit den betreffenden Zellen stets zu, so daß sie nach 24 bis 36 Stunden gänzlich absterben.

Die Wirkung des Arseniksäure-Anhydrids ist von derjenigen so vieler chemischer Kausticis, welche letztere den sofortigen Tod der Zelle bedingen, ganz verschieden. Beim Arsenik sind die Veränderungen im

Protoplasma toxischer Natur, indem das Absterben der einzelnen Zellen-elemente nach einem chemisch-biologischen Störungsprozesse im Stoffwechsel geschieht. Den Beweis hiervon findet man in der Tatsache, daß man dieselben Erscheinungen in den Epithelzellen toter Körper, auf verhorntem, also physiologisch inaktivem Epithel des Lebenden nicht antrifft.

Außer der beschriebenen Wirkung des Arseniksäure-Anhydrids auf die einzelnen histologischen Einheiten des Schleimschichtepithels konstatiert man noch tiefer gehende Veränderungen in der Cutis, die ebenfalls zur Auflösung der Epithelien führen. Diese Veränderungen bestehen vorzüglich in einem starken Ödem, besonders im Papillarkörper, mit Thrombosen in zahlreichen Gefäßen und teilweise Zerfall der Epidermis in den befallenen Partien, in einer reichlichen Auswanderung polynukleärer Leukocyten; diese letzteren werden mit dem Blutserum nach den Zellzwischenräumen des Rete Malpighii verschleppt, wo sie sich in kleinen Bläschen ansammeln.

Experimente an Tieren haben gezeigt (PASINI), daß diese Substanz mitten in der Cutis reaktive Erscheinungen hervorrufen kann, und zwar vor allem eine positive Chemotaxis auf die polynukleären Leukocyten. Ebenfalls konnte auf Grund dieser Experimente angenommen werden, daß diese Veränderungen nach der kaustischen Wirkung des Arsens auf die Oberfläche der Haut und der Schleimhaut wenigstens teilweise auf eine direkte Wirkung dieser Substanz auf das Bindegewebe und das vaskuläre Stroma der Cutis und nicht bloß auf sekundäre Erscheinungen infolge von Zerstörung des Epithels zurückzuführen sind. Fasst man die Resultate der verschiedenen Versuche zusammen, so ist vor allem hervorzuheben, daß das Arseniksäure-Anhydrid, wenn in einer bestimmten Konzentration und hinreichend lange angewendet, eine elektive, zerstörende Wirkung auf das lebende und funktionierende Epithel (des Rete Malpighii) ausübt, und daß diese Wirkung hinreicht, den Tod der Zellen ohne die Mitwirkung von Reaktionserscheinungen in der darunterliegenden Cutis herbeizuführen. Es handelt sich auch nicht um ein einfaches Trauma, sondern um eine wirkliche toxische Wirkung der Substanz auf die Epithelzellen in dem Sinne, daß der Tod der Zelle nicht unmittelbar durch dieselbe, sondern durch toxische Erscheinungen bedingt wird, die sich im Protoplasma abspielen. Damit erklärt sich denn auch die Tatsache, daß die pharmakologische Wirkung des Medikaments Zeit hat, sich über den größten Teil der Zellen auszubreiten, bevor die reaktiven Erscheinungen in der Cutis ihre Wirkung zum Schutz der noch nicht befallenen Partien und zur Elimination der nun bereits abgestorbenen Zellen haben entfalten können. Der Umstand, daß sich diese besondere toxische Wirkung, welche die Zerstörung der Zelle veranlaßt, sich ausschließlich über die Epithelzellen erstreckt und keineswegs auf das Bindegewebe und das Gefäßsystem, welche

in ganz verschiedener Weise reagieren, zeigt uns, warum und wie das Arseniksture-Anhydrid in sozusagen spezifischer Weise die epithelialen Neubildungen beeinflusst.

Das Studium der histologischen Veränderungen, welche die normale Epidermis einerseits und das epitheliomatöse Gewebe andererseits unter dem Einflusse des Arseniks eingehen, zeigte uns in der That, daß keine substantiellen Unterschiede in den beiden Fällen bestehen. Bei den Experimenten auf normaler Haut und Schleimhaut von Tieren sieht man, daß von vornherein die Zellen der Schleimschicht an Volumen zunehmen, rundlicher werden, wobei der Kern selbst etwas an Umfang zunimmt und von einem breiten, perinukleären Raume umgeben ist. Infolgedessen verliert der Kern seine Bläschenform, welche in der ersten Phase sehr ausgesprochen war; die Chromatinsubstanz sammelt sich zu einer kompakten, unregelmäßigen Masse, die sich intensiv färbt, während dagegen das Protoplasma homogen wird und sich nur schwach färbt; die Zellkonturen werden immer undeutlicher und verschwinden endlich ganz; der Kern zerfällt zu Körnchen, so daß schließlich von einer Zelle als Individuum nichts übrig bleibt, da die ganze befallene Partie zu einer amorphen Masse verwandelt ist, mit Kerndetritus und da und dort zerstreuten kleinen Ansammlungen von exsudierter Flüssigkeit mit ausgewanderten Leukoocyten.

In allen meinen Untersuchungen auf lebendem epitheliomatösen Gewebe, auf welches die arsenige Säure mehr oder weniger intensiv eingewirkt hat, habe ich stets die Beobachtung gemacht, daß die Veränderungen im bindegewebigen Stroma und im Gefäßnetze kaum jemals mehr als eine starke Hyperämie mit Hämorrhagien per rexim und eine bedeutende kleinzellige Infiltration aufwiesen. Die neugebildeten Epithelzellen, die stellenweise infolge des Ödems und der Leukocytenwanderung in ihrem Zusammenhange gestört, stellenweise dagegen in kompakte Massen zusammengedrückt waren, zeigten überall die verschiedenen Phasen desselben, soeben beschriebenen Entartungsprozesses; derselbe beginnt mit einer gleichförmigen Aufquellung der Zelle, worauf das Protoplasma ein homogenes Aussehen annimmt, sodann erfolgt eine Auflösung desselben von der Peripherie nach dem Centrum, und schließlich kommt es zum Zerfall und der gänzlichen Zerstörung des Kernes.

Wir gehen nun zur dritten Frage über, nämlich, in welchen Fällen von Hautepitheliom die kaustische Arsenikbehandlung besonders indiziert sei; ob sich dieselbe auch dann als nützlich erweisen kann, wenn sie auch nicht zu einem vollständigen Resultate führt, oder ob sie im Gegenteile einen schädlichen Einfluß ausüben kann, wenn sie nicht eine gänzliche Heilung herbeizuführen vermag.

Ich kann weder auf Grund meiner eigenen Erfahrung noch auf derjenigen anderer Autoren behaupten, daß die kaustische Arsenikbehandlung

in allen Fällen zur Heilung führt. Ebenso ist es sehr schwer, die Indikationen der Behandlung genau festzustellen und den Ausgang der Affektion in den einzelnen Fällen, wo die Kur angezeigt erscheint, mit Sicherheit voranzusehen. Wie bei jeder anderen Behandlungsmethode hängt der Ausgang zu einem guten Teile vom Grade der Bösartigkeit des Epithelioms ab. Derselbe variiert aber von einem Falle zum anderen in ganz beträchtlicher Weise, oder verändert sich und wird schwerer, so daß ein im Anfange gutartig aussehender Fall im Verlaufe der Krankheit sehr bösartig werden kann. Die Schwierigkeit liegt also in der Abschätzung der mehr oder weniger ausgesprochenen Bösartigkeit eines gegebenen Falles im Augenblicke, wo man mit der Behandlung begonnen hat und in der Beurteilung des Grades von Bösartigkeit, welche die Krankheit früher oder später annehmen könnte.

Es dürfte uns somit nicht schwer fallen, nach allgemeinen Regeln, folgende Neubildungen dieser Kategorie als bösartig im absoluten Sinne des Wortes aufzufassen: die Epitheliome, die von spezifischen Adenopathien und anderen metastatischen Erscheinungen begleitet sind; diejenigen, die selbst Hautmetastasen von einem primären Epitheliom einer anderen Körpergegend sind; endlich diejenigen, welche zwar primäre Hautepitheliome sind, aber in dieser Lokalisation das makroskopische Aussehen und die mikroskopische Struktur des Alveolärcarcinoms angenommen haben. Was die Abschätzung des Bösartigkeitsgrades eines bestimmten Falles im Anfange der Affektion anbelangt, so weiß man, daß diejenigen einen malignen Verlauf zu zeigen pflegen, welche unter den Erscheinungen einer PAGETSchen Krankheit, eines Xeroderma pigmentosum beginnen, oder die Epitheliome, die sich auf lupösem Gewebe oder auf Pigmentnävis entwickeln, oder endlich diejenigen, die sich durch ihre besondere Ätiologie kennzeichnen, so z. B. der Schornsteinfegerkrebs, das Epitheliom der Arbeiter in Petrolraffinerien usw.

Als gutartige dagegen lassen sich diejenigen Formen betrachten (wenigstens in ihrem Anfangsstadium), die auf dem Boden sogenannter „präcarcinomatöser Dermatosen“ entstehen, wie z. B. das Hauthorn, das Keratoma senile, die seborrhoische Warze, oder auch solche, welche ohne vorausgegangene anderen krankhaften Lokalerscheinungen mit dem charakteristischen Initialstadium des „Perlnötchens“ auftreten.

Nun ist es selbstverständlich, daß die Arsenikbehandlung in den schwereren, malignen Formen von Carcinom nicht indiziert ist. In denselben bleibt übrigens auch die chirurgische Behandlung, in den meisten Fällen wenigstens, erfolglos. Die Indikationen der pharmakologischen Therapie bleiben somit auf die letzte der soeben erwähnten Kategorien von epitheliomatösen Affektionen beschränkt, die man quasi „Epitheliome der Dermatologen“ nennen könnte. Das Perlepitheliom im allgemeinen,

das Epitheliom nach *Verruca seborrhoica*, nach Hawthorn, *Keratoma senile*, sind somit die Fälle, wo das Arsenik, lokal angewendet, seine Triumphe feiert und wo er entschieden der chirurgischen Exerese vorgezogen werden muß; die Resultate sind nämlich ebenso sicher, und außerdem hat die Methode den Vorteil, kaum sichtbare Narben zu hinterlassen und keine Mutilation zu verursachen. Hier ist die Arsenikbehandlung wirklich ein wertvoller Konkurrent der chirurgischen, da sowohl Arzt als Patient sich leichter entschließen, das Übel in seinem Anfange anzugreifen, also in einer Periode, wo die meisten Chancen eines Erfolges vorliegen. Einem chirurgischen Eingriffe gegenüber verhalten sich dagegen beide öfters (und nicht selten zum Schaden des Patienten) expektativ, weil es sich um eine entstellende Prozedur handelt, besonders wenn es das Gesicht betrifft. Gerade in den weniger schweren Fällen dieser Kategorie stößt man auf die meisten Schwierigkeiten in bezug auf die Beurteilung des Ausgangs des krankhaften Prozesses. Alle zeigen nämlich im Beginne die Merkmale gutartiger Neubildungen und behalten dieselben auch während einer oft sehr langen Zeit. Von einem Momente zum anderen können sie ganz ohne erkennbare Ursache einen ausgesprochen bösartigen Charakter annehmen und zum Tode führen, sei es wegen der Metastasen, sei es wegen ihrer rein lokalen Bösartigkeit, welche das hervorstechendste Merkmal des *Ulcus rodens* von JACOB ist. Eine zur passenden Zeit ausgeführte biopsische Untersuchung kann die Diagnose und infolgedessen die Prognose unterstützen; denn bereits mit ganz kleinen Gewebsstücken lassen sich über die Grundstruktur und wohl auch über die Architektur des Gewebes neoplastische wichtige Anhaltspunkte gewinnen. In Übereinstimmung mit den Angaben anderer Autoren geht nämlich aus meinen Untersuchungen hervor, daß die kleinzelligen Epitheliome mit geringen Reaktionserscheinungen und schwacher Proliferation von seiten des Bindegewebes (*Basalzellenkrebs* von KROMPECHER) durch die Arsenikbehandlung am vorteilhaftesten beeinflusst werden, und zwar um so mehr, als sie die feine netzartige Architektur des sogenannten adenoiden Epithelioms von KROMPECHER aufweisen.

Weniger gutartige, aber immerhin noch einer Heilung fähig, sind die Epitheliome mit großen Zellen, welche denen der Schleimschicht ähnlich sind, und diejenigen mit einer gemischten Struktur (die ersteren wurden als Stachelzellen-, die letzteren als Stachelbasalzellen oder gemischte Epitheliome bezeichnet — KROMPECHER und BECK). Auch dann noch läßt sich eine günstige Prognose stellen, wenn die Neubildung in ihrer Architektur den Typus des sog. tubulierten Epithelioms der französischen Autoren oder auch des lobulierten Epithelioms (ebenfalls der französischen Autoren) aufweist. Bei der lobulierten Form stellt sich die Prognose um so schlimmer, je zahlreicher die Epithelnester und andere regressive Erscheinungen in den epitheliomatösen Massen vorkommen.

Was nun den verschiedenen Zustand des Bindegewebsstromas angeht, so erweisen sich, in bezug auf die Prognose, die Proliferationsprozesse als wichtiger denn die unmittelbaren Reaktionserscheinungen. Diese Proliferationsprozesse kennzeichnen sich bekanntlich durch das Vorhandensein von Plasmazellen, durch Hyperplasie, eventuell auch durch Hypertrophie der gewöhnlichen fixen Bindegewebszellen und infolgedessen durch die Neubildung von fibrösem Gewebe. Einer vermehrten epitheliomatösen Vegetation entspricht nämlich gewöhnlich eine vermehrte kleinzellige Infiltration und Vermehrung der Plasmazellen im Bindegewebe, welches dadurch das Aussehen eines Granulationsgewebes erhält. In den torpiden Formen dagegen, welche einer Heilung durch Arsenik zugänglich sind, ist die Zelleninfiltration spärlicher, und das Bindegewebe zeigt ein fibröses Aussehen mit mehr oder weniger zahlreichen, aber nicht hypertrophierten Fibroblasten. Dies ist der Fall beim basocellulären, adenoiden Epitheliom von KROMPECHER und beim Epithelioma planocicatriciel von DARIER. Nur das JACOBSche Ulcus ist von absoluter lokaler Bösartigkeit, trotzdem es eine fibröse Struktur des Stromas und eine spärliche epitheliale Vegetation mit tubulierter oder styloider Anordnung aufweist. Das Ulcus rodens von JACOB, das nach meinen Erfahrungen unter der beschriebenen Arsenikbehandlung niemals vollständig und dauerhaft heilen kann, unterscheidet sich vom DARIERSchen Epitheliom durch folgende zwei charakteristischen Merkmale: erstens ist dasselbe, wenn zwar auch „flach“, keineswegs oberflächlich, sondern es erstreckt sich nach der Tiefe der Haut und den darunter liegenden Geweben; zweitens hat sein fibröses Stroma alle Eigenschaften eines invadierenden und relativ bösartigen Neoplasmas, wie beim Keloid, mit dem es meiner Ansicht nach auch wegen der Art und Weise, wie es sich bildet und entwickelt, zu vergleichen ist.

Auf diese Weise ist es uns also gelungen, die Zahl derjenigen Fälle ziemlich scharf zu begrenzen, wo die kaustische Arsenikbehandlung indiziert ist, und wo wir von derselben eine definitive Heilung des Hautepithelioms erwarten können. Hier muß ich aber gleich hinzufügen, daß auch in den anderen Fällen, die sich wegen ihrer besonderen Schwere weniger für diese Methode eignen, die letztere dennoch als Palliativmittel sehr zu empfehlen ist, indem sie meist die einzige anwendbare ist. Auch da, wo sie im Sinne einer Radikalkur angewendet wird und nicht das erwünschte Resultat liefert, verschlimmert sie die Aussichten für ein Gelingen anderer Methoden, vor allem der Exerese, in keiner Weise.

Nun bleibt uns noch übrig, die Frage zu besprechen, in welcher Weise das Mittel angewendet werden soll, um die besten Resultate zu liefern.

Was die Zubereitung der Flüssigkeit angeht, so habe ich bei meinen Patienten folgende Formeln angenommen: 1. Suspension des Arseniks in einer hydro-alkoholischen Mischung, wie sie zum erstenmal von

TRUNEČEK im Jahre 1887 vorgeschlagen wurde; ich benutzte aber eine stärkere Konzentration, nämlich meist 1:100, zuweilen 1:200, selten bis 2,5:100. 2. Suspension in einer Äther-Alkoholmischung, wie ich sie das erstmal im Jahre 1887 anwendete,⁴ und zwar stets in einer Konzentration von 2—2,5:100. In einer beschränkten Anzahl von Fällen habe ich ferner versuchsweise eine Suspension in Wasser-Alkohol-Äthermischung benutzt, die mir von TRUNEČEK empfohlen wurde (As_2O_3 1, H_2O 50, Äther 20, Alkohol 30.)⁵

Der bequemen Anwendungsweise wegen habe ich sodann eine Arsenikgelatine eingeführt im Verhältnis von 1, 2 und 3 % As_2O_3 ,⁶ indem ich mich dabei auf die neuesten Errungenschaften der Pharmakologie stützte, wonach durch die Gelatinemasse hindurch die „Ionisierung“ der in ihr enthaltenen Substanzen gerade so zustande kommt wie in einer wässrigen Lösung. Endlich habe ich versuchsweise die rein wässrige Lösung⁷ im Verhältnis von 2 % versucht.

Was die Applikationsweise des Präparates anbelangt, so verfähre ich seit 1897 stets in derselben Weise: ein mit der Flüssigkeit getränkter Wattebausch wird dauernd unter fixem Verbands mit der Geschwürsoberfläche in Kontakt gehalten, nachdem die letztere gereinigt und aufgefrischt worden. Nur einmal (Fall 15) ersetzte ich diese Methode durch einfache Aufpinselungen; es handelte sich nämlich um ein Lippenepitheliom, wo sich die Verbände nicht sehr bequem machen ließen. Als aber der Patient in der Klinik aufgenommen worden war, fand ich die erstere Behandlungsweise vorteilhafter. Ich benutzte nämlich die Gelatine, welche allerdings auch aufgespritzt wird, die aber, einmal erkaltet, ohne weitere Hilfsmittel adhärent bleibt.

Nach der soeben beschriebenen Methode mit der hydro-alkoholischen Arseniksuspension habe ich sechs Fälle (1, 2, 4, 6, 7, 8) behandelt; neun

⁴ BOUZ, in seiner Dissertation (Toulouse 1899), sagt irrtümlicherweise, wahrscheinlich infolge eines lapsus calami, daß ich den Alkohol durch Äther ersetzt habe, während ich vielmehr das Wasser durch Äther ersetzte. Den gleichen Fehler hat dann später TRUNEČEK gemacht (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. Nr. 19—21).

⁵ Nach einer gütigst vom Verfasser angezeichneten Randbemerkung.

⁶ Man fügt zu der warm bereiteten wässrigen As_2O_3 -Lösung 6,0 Gelatine des Handels in kleinen Stücken unter stetem Umrühren zur Verhinderung des Zubodenfallens des As_2O_3 beim Erkalten.

⁷ Bei den hydro-alkoholischen und notwendigerweise bei den Alkohol-Äthermischungen habe ich stets einfache Suspensionen bereitet. Bei dieser Gelegenheit muß ich auf die übrigens wohlbekannte Tatsache aufmerksam machen, daß, wenn man zuerst das Arsenik im Wasser auflöst und dann den Alkohol hinzufügt, die Lösung eine vollständige bleibt; wenn man dagegen das As_2O_3 in die Wasser-Alkoholmischung bringt, so löst sich nur ein Teil auf, während das übrige durch Schütteln in Suspension erhalten werden muß.

mit der Alkohol-Äthersuspension (3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 20), drei mit der Wasser-Alkohol-Äthersuspension (14, 15 und 10 in der zweiten Periode).

Drei Fälle habe ich mit der Arsen-Gelatine behandelt (17, 18, 19 und in der letzten Periode der Behandlung auch den Fall 10). Die einfache wässrige Lösung endlich wurde nur versuchsweise gebraucht, indem ich mich über ihre Wirkung im Vergleiche zu den anderen Präparaten vergewissern wollte, besonders beim Rezidiv des sechsten Falles, wo einige Tage nachher der chirurgische Eingriff gemacht wurde. In den neun Fällen, welche mit der Alkohol-Äthermischung behandelt worden waren, erzielten wir eine dauerhafte Heilung; nur bei einem (Fall 12) kam es nach neun Monaten zum Rezidiv; nach nochmaliger Anwendung derselben Methode war der Erfolg ein besserer, und kann man wohl gegenwärtig den Patienten als definitiv geheilt betrachten. Unter den sechs mit der hydro-alkoholischen Lösung behandelten Fällen hatten wir, neben fünf Heilungen, einen vollständigen Mißerfolg zu verzeichnen; es muß aber bemerkt werden, daß es sich um einen äußerst schweren Fall von *Ulcus rodens* gehandelt hat. Die Wasser-Alkohol-Äthermischung ergab in drei Fällen drei unvollständige Erfolge; es handelte sich aber auch hier um schwerere Fälle, die von vornherein weniger Aussicht hatten, ein glänzendes Resultat zu liefern; bei Fall 10 nämlich war der Nasenfügelknorpel ergriffen, ebenso bei Fall 14, wo er zum größten Teile zerstört, war als man mit der Behandlung beginnen konnte. Fall 15 war ein undiszipliniertes, dem Alkohol- und Tabakmißbrauche ergebene Individuum, bei dem eine regelmäßige Kur erst unternommen werden konnte, als er in die Klinik aufgenommen wurde, wo er mit der Alkohol-Äthermischung behandelt wurde. Endlich erhielt ich zwei dauerhafte Heilungen in den drei Fällen, die ich mit Aufpinselungen von Arsenik-Gelatine behandelte, während sich der dritte Patient, zunächst scheinbar geheilt, nach zwei Monaten wieder mit einem Rezidiv zeigte, das ich mich rühme, mit der Alkohol-Äthermischung definitiv geheilt zu haben.

Was somit die definitive Heilung anbelangt, so würde meine kleine Statistik zugunsten der Alkohol-Äthermischung, gegenüber den anderen von mir angewendeten Arsenikpräparaten, sprechen. Welches aber auch das zur Anwendung gelangte Präparat sein mag, so ist das Resultat immer ein mehr oder weniger günstiges, da der Erfolg ausschließlic dem Arsenik und nicht dem Vehikel zuzuschreiben ist; man müßte nämlich über eine reichhaltige Statistik verfügen, um ein definitives Urteil darüber abzugeben, ob die Alkohol-Äthermischung wirklich so überlegen ist, wie dies aus meinen Untersuchungen hervorzugehen scheint. Aus diesem Grunde habe ich denn auch gesucht, durch histologische Untersuchungen des lebenden Gewebes festzustellen, welches die unmittelbaren Wirkungen der

verschiedenen Arsenikpräparate seien, die ich bei den verschiedenen Patienten angewendet habe.

In allen histologischen Präparaten, die ich im Verlaufe der Behandlung untersucht habe, habe ich stets dieselben fundamentalen Veränderungen vorgefunden. Dennoch lassen sich Unterschiede in der Wirkung auf die einzelnen histologischen Elemente erkennen, je nachdem man diese oder jene Flüssigkeit gewählt hat. So lassen die mit der wässrigen Lösung behandelten Abschnitte viel intensivere Reaktionserscheinungen (Ödem, interstitielle Hämorrhagien, Leukocytenwanderungen) erkennen; die Veränderungen im Bindegewebsstroma und im Gefäßsystem herrschen gegenüber denjenigen im Epithel vor, gehen ihnen auch chronologisch voraus. In den mit der hydro-alkoholischen Lösung behandelten Hautstücken sind die Veränderungen in den Epithelien viel schwerer, wenn man sie mit den entzündlichen Erscheinungen im Bindegewebe vergleicht. Mit der Alkohol-Äthermischung hat das neugebildete Epithel den höchsten Grad der primären, direkten Wirkung des Arsens erfahren, indem die reaktiven Veränderungen im benachbarten Bindegewebe nur wenig ausgesprochen sind gegenüber den schweren Störungen im Protoplasma und den Epithelzellen.

Dieser histologische Befund stimmt sehr wohl überein mit den klinischen Ergebnissen; so waren der Schmerz und die anderen reaktiven Erscheinungen bei Anwendung der wässrigen Lösung sehr intensive, dagegen fast unmerklich bei der Alkohol-Äthermischung.⁶ Dieser Befund hat denn auch gezeigt, daß die Hinzufügung von Alkohol zur Arseniklösung und noch vielmehr die Ersetzung des Wassers durch Äther gewiß von großer Bedeutung ist, indem sie einmal gewisse Unannehmlichkeiten beseitigen und zugleich die therapeutischen Eigenschaften des Präparates erhöhen. Unter den verschiedenen von mir angewendeten flüssigen Arsenikmischungen ist somit die aus Alkohol und Äther zusammengesetzte die bequemste und wirksamste.

Schlussfolgerungen.

1. Mit einer direkt aufgetragenen flüssigen As_2O_3 -Mischung kann man das Hautepitheliom radikal heilen.
2. Ein nach dieser Methode geheiltes Epitheliom läßt eine flache, kleine, wenig sichtbare Narbe zurück. Unter den kosmetischen Methoden ist somit die Arsenikbehandlung die beste.
3. Die spezifische therapeutische Wirkung des As_2O_3 ist auf die

⁶ In der Klinik haben wir ebenfalls eine sehr intensive Reaktion bei der Anwendung der As_2O_3 -Gelatine beobachtet, die man auch als eine wässrige Lösung betrachten kann.

toxischen Veränderungen zurückzuführen, welche diese Substanz im Protoplasma der Epithelzellen der epithelialen Neubildungen hervorruft; diese Veränderungen sind besonderer Art und substanziiell verschieden von denjenigen, welche dieselbe Substanz im Bindegewebe und im Gefäßsystem veranlaßt.

4. Die beschriebene Methode ist beim beginnenden Hautepitheliom jedesmal indiziert, wenn keine ausgesprochene Bösartigkeit vorliegt, ebenso in allen Epitheliomen, die in der Art und Weise, wie sie entstehen, und in ihrer klinischen und histologischen Symptomatologie nicht jene ausgesprochenen Zeichen von Bösartigkeit zeigen (oder bei denen sie wenigstens nicht so rasch verlaufen), welche zuweilen den Abschluß der Krankheit bildet, welche Form und Schwere dieselbe auch im Anfange gezeigt haben mag.

5. Mit dem As_2O_3 lassen sich nicht die schwereren, entschieden böartigen Formen von Hautepitheliom heilen; aber auch in diesen Fällen läßt sich mit Hilfe dieser Behandlungsweise eine mehr oder weniger dauerhafte Besserung erzielen.

6. Ein unvollständiger Erfolg der Arsenikbehandlung verschlimmert die lokalen Bedingungen in bezug auf die spätere Anwendung einer anderen Behandlungsmethode in keiner Weise.

7. Zuweilen, nach vermeintlicher vollständiger und definitiver Heilung, kommt es nach mehr oder weniger langer Zeit zu einem Rezidiv; dann ist es aber sehr oft möglich, bei nochmaliger Anwendung genau derselben Behandlungsmethode, die dauernde Heilung der rezidivierten Neubildung zu erreichen.

8. Die Alkohol-Äthermischung, unter fixem Verbands appliziert, ist unter allen Anwendungsweisen der As_2O_3 diejenige, welche die besten Resultate gibt.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Juli 1904.

Ein Fall von Onchyomykosis blastomycetica, von EMMA DÜBENDORFER-Kairo. In der NEISSERSchen Klinik beobachtete Verfasserin eine 32jährige Telephonistin mit dieser seltenen Krankheit. Die Umgebung des rechten Fingernagels des Mittelfingers ist leicht geschwollen und diffus gerötet mit einem Ton ins livide. Die Hautoberfläche ist glatt, etwas glänzend. Der kranke Nagel ist in seiner hinteren Hälfte stark geschwollen, die vorgewölbte Partie zeigt glatte Oberfläche mit einem mattgrau-weißen

Farbenton und einzelnen stecknadelkopfgroßen, aus der Tiefe durchschimmernden, gelben Stippchen. Die vordere Nagelhälfte ist eingesunken, und zeigt eine rauhe, unregelmäßige, etwas faserige Oberfläche. Ein freier Nagelrand besteht nicht. Ebenso ist es am vierten Finger der linken Hand. Die Kulturresultate und die mikroskopische Untersuchung der Fingernägel führten zur Diagnose. Mit den Hefepilzen wurden eingehende Versuche an Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen vorgenommen, die die Pathogenität der Hefe für die Tiere bewiesen. Am empfindlichsten zeigten sich die Mäuse, da sowohl intraperitoneale als subcutane Injektionen in kurzer Zeit zum Tode führten; Kaninchen dagegen gingen nur nach intravenöser Injektion zugrunde. Bei den nicht akut zugrunde gegangenen Tieren zeigte sich eine enorme Gefäßdilatation in den viszeralen Organen mit hämorrhagischen Herden. Bei zwei Versuchstieren zeigte sich Cystenbildung in den Nieren. Es handelt sich dabei um eine Einschmelzung des Gewebes nach vorausgegangener hyaliner Degeneration.

August 1904.

Staphylococcus albus, den **Gonococcus Neisseri** vortäuschend, von A. PALDROCK-Dorpat. Auf einem Nährboden aus menschlicher Pagenta, Nutrose und destilliertem Wasser machte Verfasser Kulturversuche aus dem Urethrasekret oder aus scheinbaren Tripperfäden. Nach 24 Stunden entwickelten sich u. a. 1—2 mm große, wie Porzellanknöpfchen aussehende, weiße Kolonien. Die Ränder schärfen sich nach der Peripherie zu und enden mit scharfer, unregelmäßig gezackter Begrenzung. Im Zentrum der Strichkultur wird die weiße Farbe durch eine schleimig aussehende Partie ersetzt, welche degenerierte Diplokokken aufweist, wenn auch in geringer Zahl. Der Nährboden wird nicht verflüssigt. Auf den Scheimhäuten der Geschlechtsorgane von Kaninchen, Meerschweinchen, Wallachen und Stuten riefen Impfungen dieser Diplokokken vorübergehende Katarrhe hervor mit Eiter, der bald schwand. Im Sekret sah man viele Epithelzellen und frei herumliegende Diplokokken. Nie aber fanden sich diese Diplokokken in den Zellen, wohl aber auf dieselben gelagert. Im Gegensatz zu diesen weißen Kulturen sind die Gonokokkenkulturen farblos und zeigen bei geringer Vergrößerung ein rehbraun verfärbtes Zentrum, sowie unebene Oberflächen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen

der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band II. Heft 3—4.

Aus Anlaß des im preussischen Abgeordnetenhaus zur Beratung stehenden Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz hat die Gesellschaft an die preussische zweite Kammer eine Petition gerichtet. In deren ersten Teil wird ersucht, die Bestimmung fallen zu lassen, daß jeder Arzt verpflichtet sein soll, in seine Behandlung kommende venerische Soldaten niederer Chargen der Behörde anzuzeigen; in deren zweitem Teil wird beantragt, folgenden Absatz im Gesetz aufzunehmen: „Die Stadtgemeinden sind verpflichtet, ausreichende Fürsorge zur Unterbringung Geschlechtskranker beiderlei Geschlechts in geeigneten Stationen zu treffen. Im Bereich der Stadtgemeinde wohnhafte¹ Geschlechtskranke, welche nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind unentgeltlich aufzunehmen und zu behandeln.“

Über Alkohol und Sexualhygiene bringt LAQUEUR-Wiesbaden einen Bericht, der in folgende Thesen ausläuft: „Der Alkohol spielt im Sexualleben vermöge seiner

¹ Im Wortlaut ist hierbei das Wort „bedürftige“ oder „arme“ versehentlich weggelassen worden. D. Ref.

die psychischen Hemmungen, die Herrschaft des Willens und die Einsicht lähmenden und nur die animalen Triebe anregenden Wirkungen die Rolle eines gefährlichen Anstifters und Kupplers. Statistische und soziologische Untersuchungen, wie sie FOREL über die Häufigkeit der Infektion im Rausch, und BONHÖFFER über den Alkoholismus der Prostituierten und Vagabunden begonnen, sind an größerem Materiale fortzusetzen. Die beim Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen der Reichsgewerbeordnung werden auch in der Frage des Zusammenhanges der Sexualhygiene mit dem Mißbrauch berauscher Getränke (Animierkneipen, öffentliche Häuser) von Erfolg sein. Von den 150 Millionen Mark, die Deutschland nach amtlicher Schätzung jährlich durch die Geschlechtskrankheiten einbüßt, fallen mittelbar die Hälfte bis ein Drittel dem Alkoholmißbrauch zur Last. Sachgemäße Aufklärungen über die Unschädlichkeit der sexuellen Abstinenz, völlige Alkoholenthaltsamkeit der Kinder und Jugendlichen, Förderung des Sports, Sorge für die gefährdete erwerbsentlassene Jugend durch Ledigenheime, alkoholfreie Volksheime, Reformgasthäuser, vor allem das Göttenburger System, werden die Gesundheit und die Sittlichkeit unseres Volkes fördern und Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten gemeinsam bekämpfen.“

Sexuelle Hygiene und sexuelle Aufklärung in der Schule lautet ein Bericht vom Internationalen Kongress für Schulgesundheitspflege. Die Nichterörterung der sexuellen Fragen auf der Schule, führte SCHUSCHNY-Budapest aus, habe sittliche Übelstände aller Art zur Folge und sei ein unhaltbarer Zustand. Natürlich müsse bei den Aufklärungen der nötige Ernst herrschen. In Ungarn ist auf den Mittelschulen hygienischer Unterricht eingeführt, der in der 7. Klasse — Unterprima — erfolgt, und zwar seitens ärztlicher Lehrer. Die Warnung vor Selbstbefleckung bildet darin einen Hauptbestandteil. OKER-BLOM-Helsingfors glaubt, im Alter des Mannbarwerdens lasse sich ohne Schaden die nötige Aufklärung gar nicht umgehen. EPSTEIN-Nürnberg will die letztere auch auf eine Belehrung über und Warnung vor den Geschlechtskrankheiten ausgedehnt wissen. Aufklärung zu geben, sei aber weder Haus noch Lehrer geeignet, sondern nur der Schularzt. Dazu sind nicht etwa eigene Vorträge über dieses Thema anzusetzen, sondern die Belehrung hat bei jeder passenden Gelegenheit im Laufe eines hygienischen Zyklus zu erfolgen. Übertreibungen, die leicht hypochondrische Zustände im Gefolge haben können, sind zu vermeiden. Zu beginnen hat dieser Unterricht nicht in der Volksschule, sondern in der Zeit, in der die jungen Leute das 16. Jahr erreicht haben. Lehrer Dr. STANGER-Trautenau will den jungen Leuten sagen, daß der Gebrauch der Geschlechtsorgane vor dem 22. Lebensjahr zu allerlei Leiden zu führen vermag. Anzuraten sei der Jugend jeder Sport und jede Ausarbeitung, gänzlich zu widerraten der Alkoholgenuß. Für Geschlechtsleiden sei die Anzeigepflicht nötig. Das Aushängen unsittlicher Abbildungen sei streng zu bestrafen. BLASCHKO fordert, daß erst der gesamte Lehrerstand auf den Lehrerbildungsstätten entsprechend biologisch vorgebildet werde. Schuldirektor TLUCHON-Wien warnt vor der törichten Ansicht, daß sich der junge Mann austoben müsse, und erklärt es für unsittlich, der heranwachsenden Jugend die nötige Aufklärung über Dinge vorzuenthalten, über die sie so meist erst durch Schaden klug werden. Die Belehrung hat in der Naturgeschichte zu erfolgen, indem man von der Fortpflanzung der Pflanzen Analogieschlüsse auf den Menschen machen läßt. Lehrerin SUMPER-München will die Aufklärung an Mädchen tunlichst nur in Gegenwart der Mütter erfolgen lassen. Gymnasialdirektor STRACH-Prachatitz ermahnt seine Schüler, den Alkoholgenuß zu meiden, sich von frivolen Büchern und Abbildungen fern zu halten, den Körper zu pflegen, im Schlafen auf der rechten Seite zu liegen und macht sie auf die Folgen von Fehlritten aufmerksam. So verweist er darauf, daß die Irrenanstalten meist von Leuten bevölkert werden, die infolge des Alkohols oder geschlechtlicher Leiden er-

krankt sind. Auch zeigt er ihnen Abbildungen von Gesichtern, die durch solche Prozesse zerstört und entstellt sind. Die Wirkung solcher Aufklärung ist nach seinen Erfahrungen nur segensreich. Priester Professor **MAYER**-Kremsmünster glaubt, der Religionslehrer habe die Pflicht, im Anschluß an die Besprechung des sechsten Gebotes die Schüler über das Geschlechtliche zu unterrichten. In Leipzig sind nach Angabe von **HARTMANN** alle Primaner und Sekundaner zu einer Konferenz eingeladen worden und auch zahlreich erschienen, in der ein Arzt und ein Staatsanwalt aus ihrer Erfahrung heraus über die sexuelle Frage gesprochen haben.

Aus den Verhandlungen des Internationalen Frauenkongresses zu Berlin sei einiges aus der Diskussion über **Prostitution, Reglementierung und Abolitionismus** wiedergegeben. In Norwegen herrschten noch sittliche Merkwürdigkeiten, die aus Tradition und Umgebung zu erklären seien. So schliefen auf dem Lande die Knechte und Mägde vielfach im selben Raume. Die Eltern heirateten meist erst bei der Taufe des ersten Kindes. Im Schwang sei auch noch die Sitte des Nachlaufens — junge Männer besuchten die jungen Mädchen in den Nächten von Sonnabend auf Sonntag mit Wissen der Eltern. Letztere hielten dies für nötig, um ihre Töchter später an den Mann zu bringen. Die Reglementierung sei seit 1888, ohne dafs üble Folgen entstanden wären, aufgehoben. In Holland liegt das Recht, Bordelle zu konzessionieren oder zu verbieten, bei den Gemeinderäten. Von 37 Städten, die 1882 die Reglementierung hatten, haben nur sieben dieselbe bis heute beibehalten. In Frankreich hat eine vom Ministerium berufene außerparlamentarische Kommission sich mit 19 gegen 10 Stimmen gegen die Beibehaltung der Reglementierung ausgesprochen.

Zum Schluß sollen aus dem Inhalt des vorliegenden Heftes noch zwei gerichtliche Urteile wiedergegeben sein, die von größtem Interesse sind. Eine vor beendeter Heilung heimlich aus dem Spital entwichene venerische Prostituierte, welche wegen Weiterausübung ihres Gewerbes vom Schöffengericht zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt worden war, mußte auf eingelegte Berufung hin von der Strafkammer in Mannheim freigesprochen werden.

Eine als noch nicht geheilt aus dem Spital entlassene venerische Frauensperson, welche darauf in einer Kaserne bei der Ausübung des Beischlafs angetroffen wurde, und für die der Staatsanwalt deshalb zwei Monate Gefängnis beantragte, mußte ebenfalls freigesprochen werden.

Dafs hier Lücken in der Gesetzgebung bestehen, liegt auf der Hand.

Hopf-Dresden.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 2. Heft 10.

Infektion als Morgengabe, von **W. SCHALLMEYER**-München. Die Forderung, dafs die Gesetze nur gesunden Eheleuten, die frei von Geschlechtskrankheiten sind, das Heiraten erlauben sollten, ist ein Gebot der Hygiene, das immer noch recht viel Anfechtungen erfährt. Der Hauptgrund, der sich dagegen geltend macht, ist die Überzeugung, dafs dabei viele persönliche Interessen Verletzung erfahren würden, wogegen geltend zu machen ist, dafs das allgemeine Wohl das erste Gebot des Staates und der Allgemeinheit ist. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist nicht nur viel billiger, sondern auch wichtiger wie die jetzt gepredigte Bekämpfung der Tuberkulose. Erstere verhindert eine Rassenverschlechterung, was man letzterer kaum nachsagen dürfte. Syphilis wie Tripper verschlechtern Qualität und Quantität der Bevölkerung. Letzterer Schaden ist noch der geringere von beiden, obwohl ein deut-

licher Rückgang der Zahl der Geburten in Deutschland in Erscheinung zu treten begonnen hat. Wo die Venerie am stärksten verbreitet ist, nämlich in den Großstädten und Städten überhaupt, ist auch dieser Rückgang am bedeutendsten. Es sollten darum Gesetze geschaffen werden, welche kranke Männer verhindert, ihr Leiden in die Ehe zu tragen. Zu vermeiden wäre ja dann immerhin nicht, daß die bestehende Ehe durch extramatrimonial erworbene sexuelle Leiden befleckt würde, aber es wäre eben einem großen Teil ehelichen Elends vorgebeugt. In obiger Richtung sollte die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Vorkämpferin sein! Dadurch würden die Eltern auf die für ihre Töchter drohende sanitäre Gefahr der Ehe aufmerksam werden. Auch die Ehe Kandidaten selbst müssen die nötige Aufklärung erhalten, weil ihnen vielfach das Bewußtsein völlig fehlt, noch krank zu sein und gar ihre Ehefrau anstecken zu können. Die Störungen des Ehelebens infolge sexueller Leiden sind qualvolle — Unterbrechung des Verkehrs, psychische Depressionen, Furcht vor der wahren Erkenntnis der Krankheit und ihrer Ursache durch die Gattin, die bei der heutigen allgemeinen Aufklärung leicht erfolgt — eheliche Zerwürfnisse oder dauernde Verstimmungen bei Entdeckung des wahren Sachverhalts. Der Schutz ehelich infizierter Frauen ist noch völlig ungenügend. Ereignet es sich doch häufig, daß Männer mit vollem Bewußtsein ihrer Ansteckungsfähigkeit in die Ehe gehen. (Dem Referenten ist ein Fall aus seiner Praxis erinnerlich, wo ein gebildeter Herr, dessen zwei Maitressen er hintereinander wegen Syphilis und Tripper behandelt hatte, kurz darauf geheiratet hat.) Die sittliche Kraft fehlt eben vielen Männern, bei noch bestehenden Leiden jede Verhehlung, sei sie noch so verlockend, von der Hand zu weisen, oder beim Eintritt von sexuellen Erkrankungen nach Schließung des Verlöbnisses ein offenes Geständnis abzulegen. Hier müssen Gesetze die Lücke ausfüllen. Als Vorbedingung zur Genehmigung des Verlöbnisses wird zwar von manchem Vater gestellt, daß sich der Schwiegersohn in eine Lebensversicherung aufnehmen läßt. Doch ist auch hierbei die sanitäre Bürgschaft nicht groß. Auch ein einfaches ärztliches Zeugnis über Freisein von venerischen Prozessen genügt nicht, nicht einmal das eines Spezialisten. Mancher Kranke ist infektiös gewesen, den der Arzt infolge negativen Ausfalls der Untersuchungen mit GRAMSCHEM Färbung für ganz gesund erklärt hat. Ein allen sanitären Forderungen gerecht werdendes amtsärztliches Gesundheitszeugnis müßte der Ehe Kandidat auf dem Standesamte unbedingt vorzulegen haben, ehe die Erlaubnis zur Eheschließung zu geben ist. Für die Bräute ist die gleiche Forderung bei der heutigen Lage der Dinge nicht zu verlangen. Im anderen Falle würden diese Untersuchungen von weiblichen Ärzten vorzunehmen und das Zeugnis auszustellen sein. Diese Befugnis dürften nur ärztliche Staatsbeamte haben, denen jede Privatpraxis zu untersagen wäre. Das Gutachten hätte vielleicht auch eine Jury aus solchen Ärzten zu formulieren. Dem Kranken gegenüber müßte dieser Faktor die Funktionen einer Behörde erhalten. Das Kulturverfahren hat zum Nachweis der Gonokokken die Hauptrolle zu spielen. MEYER vermochte gegenüber den 8—14% positiven Befundes, die andere Autoren mit dem Mikroskop nachgewiesen hatten, in 45 von 90 Fällen diese Mikroben noch zu finden. In 29 von diesen 45 Fällen war der mikroskopische Nachweis negativ ausgefallen. Zur Verallgemeinerung dieser Methode sind, wie MEYER vorschlägt, öffentliche, leicht zugängliche Laboratorien zu schaffen, wie sie auch für die obengenannten Amtsärzte zu errichten wären. Zur Ausstellung des Ehekonsenses seitens der Ärzte wäre es erforderlich, daß die Ansteckung mit Syphilis vier bis sechs Jahre zurückliegt und seit mindestens einem Jahre keine Symptome davon aufgetreten sind.

Hopf-Dresden.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. Juni 1904.

I. Akuter infektiöser Pemphigus bei einem Metzger, von JOHN T. BOWEN-Boston. Sowohl aus der Krankengeschichte des vom Verfasser mitgeteilten Falles, wie aus der einschlägigen Literatur geht zweifellos hervor, daß es eine akute, febrile Form von bullöser Dermatitis gibt, welche durch Infizierung einer Wunde verursacht wird und gewöhnlich, wenn nicht immer, bei Metzgern oder Leuten, die mit tierischen Produkten zu tun haben, vorkommt. Die Krankheit nimmt einen rapiden, häufig letalen Verlauf. Der Fall des Verfassers überstand die Krankheit.

In dieselbe Kategorie gehören die jüngst von Boston aus mitgeteilten Fälle von akuter, bullöser Dermatitis, welche im Anschluß an die Vaccination und durch Infizierung der Vaccinationswunden entstanden sind.

II. Vorläufige Mitteilung über eine wirksamere Ausnutzung der Funkenlichtbestrahlungen, von H. G. PIFFARD-New York. Die eigentlich wirksamen ultravioletten Strahlen werden durch Glas absorbiert, durch Quarz aber frei durchgelassen.

Verfasser hat mittels der von ihm konstruierten Funkenlichtlampe und seines Elektroskops die Wirkung der Funkenlichtstrahlen zunächst auf lichtempfindlichem photographischen Papier geprüft. Er fand, daß, wenn man die Strahlen durch eine Quarzplatte gehen ließe, die Schwärzung des Papiers weniger stark und weniger rasch erfolgte, als bei Nichtvorhandensein der Platte.

Wurde ein Elektroskop negativ geladen, so entlud es die Lampe bei Vorhandensein der Quarzplatte in zehn Sekunden, nach Entfernung derselben in weniger als einer Sekunde.

III. Dermatitis exfoliativa neonatorum oder RITTERs Krankheit, von A. J. PATEK-Milwaukee. RITTER hatte folgende Stadien der Krankheit unterschieden:

1. Das Prodromalstadium;
2. Erythema (Hyperaemia) und Exsudation;
3. Exfoliation und Exsiccation;
4. Regeneration der Epidermis mit Desquamation;
5. Furunkulosis und Absceßbildung.

Verfasser bespricht eingehend die erwähnten Stadien der Affektion und teilt dann ausführlich die Krankengeschichte eines Falles aus seiner Praxis mit.

IV. Der Krieg gegen die venerischen Krankheiten in Deutschland, von E. LESSER-Berlin. Verfasser rekapituliert aus den Verhandlungen des zweiten Kongresses der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die wesentlichsten Punkte, die dort zur Besprechung kamen. (Vergleiche den Bericht darüber.) Als schwierigstes Problem in dem Kampfe gegen die venerischen Krankheiten sieht Verfasser die Sanierung der Prostitution an, welche zweifellos die Hauptquelle aller venerischen Infektionen ist.

Juli 1904.

I. Ansprache des Präsidenten JOSEPH ZEISLER auf der 28. Jahresversammlung der Amerikanischen, dermatologischen Gesellschaft, abgehalten zu Niagara Falls am 2. und 3. Juni 1904.

ZEISLER spricht über die Stellung und den Einfluß der Amerikanischen, dermatologischen Gesellschaft unter jüngeren, sehr rührigen medizinischen Vereinigungen. Seine Worte und Wünsche gehen dahin, daß die Gesellschaft gleichsam ein Areopag für die amerikanische Dermatologie sein und auf ihren Versammlungen manches vermeiden möge, was den Ernst und den Eindruck ihrer Verhandlungen beeinträchtigen könnte.

II. Tumorartige Formen der Hauttuberkulose, von WALTHER PICK-Wien.
 In der Ätiologie der tuberkulösen Hautaffektionen ist es trotz der Entdeckung des Tuberkelbacillus noch nicht klargestellt, weshalb die Haut in dem einen Falle mit dem Bilde des Lupus vulgaris, in dem anderen mit dem einer Tuberculosis verrucosa cutis usw. reagiert, ob diese verschiedenen Formen auf verschiedene Arten oder Modifikationen desselben infektiösen Agens oder auf Mischinfektionen oder andere unbekannte Faktoren zurückzuführen seien. Wahrscheinlich dürfte die Ursache der Verschiedenheit der klinischen Bilder mehr in einer Verschiedenheit des Nährbodens als in der Quelle oder der Virulenz des infektiösen Agens zu suchen sein.

Eine der seltensten und merkwürdigsten tuberkulösen Hautmanifestationen ist die Tuberkulose in der Form von Tumoren, die BIEHL als Tuberculosis fungosa cutis bezeichnet hat. Das klinische Bild dieser Form weist beträchtliche Abweichungen von der Norm auf und erschwert deshalb außerordentlich die Diagnose.

Zwei Fälle dieser Art werden im folgenden ausführlich vom Verfasser beschrieben. Der erste Fall betraf eine 26jährige, früher stets gesunde und von gesunden, noch lebenden Eltern stammende, verheiratete Frau, die nach ihrer zweiten Niederkunft abzumagern begann. Weihnachten 1900 bekam sie an der rechten Wange eine schmerzhaft schwellende, welche innerhalb von drei Wochen unter feuchten Applikationen sich wieder zurückbildete. Bald danach entwickelte sich am rechten Unterkiefer ein erbsengroßer Knoten, welcher allmählich eine fungöse Beschaffenheit annahm, sich innerhalb eines Jahres spontan öffnete und mit Hinterlassung einer narbigen Vertiefung abheilte. In demselben Bezirke entstanden andere, ähnlich beschaffene Tumoren. Außer der seltenen Form der Tuberculosis fungosa cutis zeigte die Patientin verschiedene andere Manifestationen der Hauttuberkulose, so am Fuß den Lupus exulcerans, am Oberschenkel die typischen „Gommes scrophuleuses“, in der Inguinalregion Formen, welche an tuberosé Syphilide erinnerten, einige in frühen Stadien der Entwicklung begriffen, andere voll entwickelt, noch andere bereits vernarbt.

Es handelte sich in diesem Falle um eine infiltrierende Form von Hauttuberkulose, welche weder klinisch noch histologisch Analogie mit der Tuberculosis propria oder mit der Tuberculosis verrucosa cutis aufwies. Die meiste Ähnlichkeit zeigt sie noch mit dem Scrophuloderma und dürfte auch hierhin klassifiziert werden.

Der zweite Fall gehört zur Lupusgruppe. Die Tumorbildung basiert hier nicht, wie im ersten Falle auf tuberkulösen Prozessen, auf einer mächtigen Entwicklung tuberkulösen Gewebes, sondern auf einer sekundären Entzündung, welche den Prozess begleitet, und auf Veränderungen im Lymphsystem.

III. Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von H. G. KLOTZ-New York.
 Verfasser hatte Gelegenheit, einen Patienten, der im Jahre 1882 mit gummösen Erscheinungen in die Behandlung kam, zwölf Jahre hindurch zu beobachten. Während dieses langen Zeitraumes erkrankte der Patient wiederholentlich mit ausgesprochen tertiären Symptomen, welche unter Quecksilber und Jod stets prompt beseitigt wurden. Vom Jahre 1894 an hörten die Erscheinungen dauernd auf, und der Verfasser verlor den Patienten aus den Augen.

Im Jahre 1901 stellte dieser sich wieder mit einem typischen Ulcus durum, Schwellung des Präputiums und darauffolgender indolenter Vergrößerung der Leisten-drüsen vor. Einige Wochen später zeigte der Patient einen typischen makulo-papulösen, luetischen Ausschlag und eine Angina syphilitica mäfsigen Grades.

C. Berliner-Aachen.

American Journal of Dermatology and Genito-urinary Diseases.

1904. Nr. 4.

1. Die Behandlung der akuten Dermatitis, von GEORGE G. MELVIN-St. John. Unsere Behandlung bei Fällen von akuter Hautentzündung muß eine sedative sein, innerlich wie äußerlich. In ersterer Richtung empfiehlt der Verfasser *Cannabis indica* und Brechweinstein. Lokal liegt der Hauptwert im Schutze der entzündeten Haut gegen die von außen kommenden Reize. Hierzu empfiehlt MELVIN Zinkoxyd, weisse Stärke sowie Olivenöl. (Merkwürdigerweise empfiehlt er auch Zusätze von Menthol und Karbolöl, die doch wohl bei akuten Dermatitis recht gefährlich werden könnten. D. Ref.)

2. Die Therapie der Schuppenflechte, von ALEXANDER MEMELSDORF - Chicago. Der Verfasser bezeichnet die Psoriasis als eine von jenen wenigen Hautkrankheiten, bei welchen die ärztliche Behandlung günstige Erfolge zu erzielen in der Lage ist. Er glaubt, daß bei langdauernder Darreichung von Arsenik in steigenden Dosen und der kräftigen örtlichen Anwendung von Chrysoarobin, Pyrogallussäure und Emproform — einem Birkenteerformalinpräparat —, sowie von Naphtalan und Thigenol nicht nur die Erscheinungen prompt schwinden, sondern auch die Neigung zu Rückfällen nachläßt. In einzelnen Fällen tritt sogar dauernde Heilung ein. Von der Behandlung mit Finsenlicht und Röntgenstrahlen hat der Verfasser nicht viel Vorteil gesehen. Um wirkliche Erfolge zu erzielen, bedarf es vielleicht 30 und mehr Bestrahlungen, was immerhin schädliche Nebenwirkungen auf die Haut haben kann. Und nach Aktinotherapie folgen die Rezidive rascher als bei anderen Behandlungsarten, abgesehen, daß nur wenige Kranke sich dieser langdauernden, kostspieligen Kur unterziehen werden.

3. Über die örtliche Anwendung des Formaldehyds in der Dermatologie, von AUGUST RAVOGLI - Cincinnati. Formaldehyd vermag, so reizend das Präparat in unverdünntem Zustande auf die Haut wirkt, in der Dermatotherapie ehrenhaft zu bestehen, wenn man das Präparat in der nötigen Verdünnung anwendet. Dies kann so geschehen, daß man es allein oder mit anderen Substanzen gemeinsam appliziert. Etwas entstehende Reizungen der Haut sind nur vorübergehender Natur und schwinden in 24—26 Stunden. Die Wirkung des Formaldehyds ist eine dreifache, nämlich eine die Rückbildung befördernde, eine antiseptische und antibakterielle. Das Mittel hat stark penetrierende Wirkung, weshalb es sich auch zur Konservierung von Kadavern eignet. Es verhindert die Entstehung von Fäulnis beziehungsweise hält die schon begonnene Zersetzung auf. WINKEL verwendete Formalin mit Erfolg bei Vaginal- und Uterinblennorrhoe. Von einer 10%igen Lösung ließ er einen Eßlöffel voll auf eine Spülkanne Wasser zu Ausspülungen verwenden. Verfasser gab zum gleichen Zweck Spülungen von 1‰ und touchiert Uterus und Vaginalfalten mit 5%iger Lösung von Formaldehyd, doch zeigte sich die Behandlung als sehr reizend und anderen Methoden nicht überlegen. LAMARQUE will mit gutem Erfolge Blasen-Spülungen (1 : 1500) bei tuberkulösen Cystitiden beobachtet haben. GAYLORD verwendete Formalin als 40%ige Lösung bei *Ulcus molle* und bei Papillomen: diese Methode ist zwar erfolgreich, aber der Schmerzen wegen nicht gut verwendbar. Die Wirkung gegen Hyperhidrosis ist bekannt, am besten tut hierbei eine 2—4%ige Lösung. Gegen Seborrhoe des behaarten Kopfes empfiehlt RAVOGLI folgendes Präparat:

℞ <i>Formalin.</i>	3,75—7,50
<i>Ol. sem. ricin.</i>	7,50
<i>Aqu. Colon.</i>	
<i>Alcohol. rectific.</i>	■ 90,00

M. D. s. täglich einmal auf der Kopfhaut zu verreiben.

Hervorragende Dienste leistet das Mittel bei Cancroiden. Der Verfasser legt auf die erkrankte Stelle etwa eine halbe Stunde lang eine in 1 $\frac{1}{2}$ -%ige Lösung getauchte Verbandkompressen auf, was bei offenen Carcinomen allerdings sehr schmerzhaft ist. Das kranke Gewebe stirbt ab, wird hart und löst sich nach einigen Tagen ab. Darunter ist ein guter Grund sichtbar. Das Verfahren kann dann mit einer 3-%igen Lösung wiederholt werden, bis ganz gesundes Gewebe unter den Schorfen erscheint. Gleichzeitig desodoriert diese Therapie die jauchende, übelriechende, krebsige Fläche. Bei kleinen, umschriebenen Cancroiden und suspekten Warzen verwendet RAVOGLI mit gutem Erfolg eine Formaldehydpaste. Die Formalinpräparate Tannoform, Ichthoform, Boroformalin, Empyroform (Teerformalin) und Formoresorcin sind ebenfalls in der Dermatotherapie gut verwendbar. Gegen infantile Ekzeme gab der Verfasser 1—2-%ige Iochthoformsalben (Ichthyl-Formalin), die sehr juckstillend und austrocknend wirkten. Bei Ekzemen, in Stadien, welche Teer verlangen, gebrauchte RAVOGLI mehrfach mit gutem Erfolge Empyroformsalben, denen Eudermol zugesetzt war. Bei Beingeschwüren zeigten sich 3-%ige Salben von Resorcin-Formalin von gutem Erfolge. Letzteres Medikament gelangte auch bei Ichthyosis, seborrhoischem Ekzem und Schuppenflechte erfolgreich zur Anwendung.

4. **Quecksilber und Jodkalium**, von ROBBINS-Washington. Jodkalium hat nach Ansicht des Verfassers nur dann in der Therapie der Syphilis irgendwelchen Nutzen, wenn es nicht in Dosen unter 0,6 g dreimal täglich genommen wird. Oft ist die zweifache, ja dreifache Menge nötig. Verfasser läßt von einer gesättigten Lösung zuerst 10—15 Tropfen nehmen und steigert diese Dose täglich um je 5 Tropfen, bis Erfolg zu bemerken ist. Das Mittel darf nicht nach den Mahlzeiten gereicht werden, da es dann sofort in eine unwirksame Verbindung umgewandelt wird, sondern zwischen den Mahlzeiten. Die wohltätige Wirkung hoher Jodkaliumgaben bei Pneumonie und Glottisödem wird zum Schlusse gestreift.

5. **Radiotherapie**, von JOHN R. WATHEN-Louisville. Zusammenstellung einiger kritischer Betrachtungen bekannter Autoren über den Wert und die Art der Wirkung von Röntgenstrahlen auf die kranke Haut. Nichts Neues.

6. **Die Behandlung der Alopecia areata**, von GILMAN LUSK - New York. Ob die Ursache eine nervöse oder parasitäre ist, die Behandlung ist die gleiche. Das Hauptgewicht ist auf das Allgemeinbefinden zu legen. Meist liegen Neurasthenie, Anämie und schlechte Ernährung vor. So beobachtete LUSK einen Fall, der mit dem allmählichen Verlust aller Haare des Körpers, sogar des Mons Veneris endete, bei einem ausgesprochenen Neurastheniker. Hier erfolgte die vollkommene Heilung nach zwei Jahren. Innerlich gibt der Verfasser folgendes Toxikum:

℞ <i>Strychnin sulf.</i>	0,06
<i>Chinin. sulf.</i>	} ■ 3,75
<i>Ferri pyrophosphat.</i>	
<i>Ac. phosph. dilut.</i>	90,00
<i>Sirup. singib.</i>	q. s. ad 120,00

M. D. s. dreimal täglich 1 Teelöffel voll in $\frac{1}{2}$ Glas voll Wasser zu nehmen.

Örtlich läßt er zuerst die kranken Stellen mit 95-%iger Karbolsäure oder Trikresol, binnen 8—10 Tagen einmal, einreiben. Später, wenn der neue Haarwuchs beginnt, verwendet der Verfasser zweimal täglich folgende Lösung zur Einreibung:

℞ <i>Formalin.</i>	3,75
<i>Glycerin.</i>	15,00
<i>Tinct. camphor.</i>	
<i>Spiritus</i>	q. s. ad 60,00

Weniger kräftig, aber immerhin brauchbar, ist folgendes Präparat:

℞ <i>Tinct. capsic.</i>	
<i>Tinct. cantharid.</i>	
<i>Ol. terebinth.</i>	aa 20,0

Daneben ist jede etwa bestehende Seborrhoe der Kopfhaut entsprechend zu behandeln. Ist der Haarwuchs weiter fortgeschritten, so unterstützt man die völlige Heilung durch Waschungen des Kopfes mit folgender Lösung:

℞ <i>Pilocarpin. muriat.</i>	0,80
<i>Resorcin recryst.</i>	2,40
<i>Chloral. hydrat.</i>	8,75
<i>Tinct. cantharid.</i>	11,25
<i>Tinct. camphor.</i>	15,00
<i>Ol. ricin.</i>	gtts. XX—XXX
<i>Alcool.</i>	q. s. ad 120,00

7. Die Behandlung von Erkrankungen der Haut und des Urogenitalgebiets mit Bädern und Klima, von GUY HINSDALE-Hot Springs. Die Regel, daß alle chronischen Affektionen früher oder später statt der medikamentösen Behandlung klimatische oder balneologische Beeinflussungen verlangen, gilt auch für das Gebiet der Haut und des Urogenitaltrakts. Die Indikationen dazu dürfen als bekannt vorausgesetzt werden. Insofern bietet die kurze Mitteilung besonderes Interesse, als sie sich nur mit amerikanischen Badeorten befaßt, die uns kontinentalen Ärzten ferner liegen, wenn wir genötigt sind, Kranke an Heilquellen zu schicken. Purgierende Mineralwässer hat Saratoga, Lithionquellen finden sich in Ballardoale, Londonderry, Buffalo und White Rock. Zur Hebung der Blutzirkulation und Beförderung des Stoffwechsels tragen Kuren in den Hot Springs von Virginia oder von Nord-Karolina, Arkansas, Süd-Dakota, Kalifornien und Indiana bei. Als Schwefelwässer stehen Richfield und Sharon im Staate New York in Geltung. Besondere Bedeutung haben die genannten heißen Thermalbäder in der Therapie der Lues, besonders der tertiären Syphilis. Von europäischen Badeorten finden nur Levico und Roncegno Gnade vor den Augen des Verfassers.

8. Hypernephroma, von HOWARD LILIENTHAL-New York. Fünf Fälle dieser immerhin nicht häufigen Affektion sind vom Verfasser operiert worden. Unter Hypernephroma oder Struma lipomatodes aberrantis renis versteht man Geschwulstformen der Niere, deren Anlagen lange Zeit als verstreute Nebennierenkeime in der Nierenrinde liegen bleiben und nach einer Zeit der Gutartigkeit — vielfach werden sie erst bei Autopsien zufällig gefunden — malignen Charakter anzunehmen pflegen. Sie werden stark gefäßreich und nehmen sarkomatösen, carcinomatösen oder peritheliomatösen Habitus an. Meist bestehen keine Schmerzen, erst die sichtbaren Veränderungen der Nierengegend führen diese Kranken zum Arzt, eventuell auch die häufig zu beobachtenden Hämaturien. Therapie: Nephrektomie.

9. Wann und wie soll man bei Prostata-Hypertrophie operieren? von WILLY MEYER-New York. Die Palpation der vergrößerten Vorsteherdrüse vom Mastdarm aus gibt täuschende Vorstellungen. Zur Diagnose trägt vielmehr die Cystoskopie bei. Etwa in 38% der Fälle läßt sich ein solcher Tumor per rectum gar nicht feststellen. Nur wenn die Menge des Residualharns beträchtlich ist, schlägt der Verfasser die operative Behandlung vor. Als beste Methode betrachtet er die Prostat-ektomie, weil sie die befriedigendsten, dauernden Resultate zeitigt. Wird dieser Eingriff abgelehnt, so schlägt MEYER die BOTZINISCHE Operation vor. Die Cystoskopie unterläßt er in allen Fällen, bei denen Nieren und Nierenbecken offensichtlich nicht

mehr intakt sind. Bei der Prostataktomie übt er sowohl die perineale wie die suprapubische Form.

10. Zur Anwendung der spinalen Anästhesierung bei der chirurgischen Behandlung von Urogenitalaffektionen, von MARTIN KROTOSCHNER - San Francisco. Der Verfasser bricht eine Lanze für die medulläre Narkose, wie sie neuerdings bei Eingriffen in die Organe der Genital- und uropoietischen Sphäre vorgeschlagen worden ist. Die auf spinalem Wege erzeugte Gefühllosigkeit hält auf 0,05 g Tropakokain hin etwa zwei Stunden an. Verfasser kombiniert bei längeren Operationen diese spinale Anästhesierung mit einer leichten Chloroformierung, zu der er nur einige Kubikzentimeter Chloroform gibt. Unter dieser Narkose entfernte er in fast zweistündiger Operation bei einem kräftigen Mann die eine Niere. Zwar hat er keinerlei unangenehme letale Ausgänge erlebt, glaubt aber doch betonen zu müssen, daß nur damit vertraute Personen diese medulläre Narkose ausführen dürfen.

11. Die Behandlung weiter Urethralstrikturen mit KOLLMANNs Intra-Urethrotom, von MUNDORFF - New York. Bei weithalibrigen Verengerungen der Harnröhre hat die interne Urethrotomie nur Berechtigung, wenn die dehrenden Methoden versagt haben. Sie ist angezeigt in Fällen, bei denen nach Aufhören der steigenden Dehnungen sofort ein Wiederengerwerden des Ringes sich zeigt, sowie, wenn dem Gebrauche von Sonden ständig Fieber, Schüttelfröste und Blutungen folgen. Die Operation läßt sich nur bei Verengerungen in Anwendung bringen, welche bis 4—6 Zoll vom Orificium externum sitzen. Die physiologischen Verhältnisse mancher Harnröhren müssen bei der Diagnose einer weithalibrigen Striktur wohl in Betracht gezogen werden.

12. Verhütung und Behandlung des post-operativen Blasenkatarrhs, von JAKOB BLOCK - Kansas City. Nach Ansicht des Verfassers tritt in etwa 10% aller Fälle, bei denen sich nach Operationen, sei es innerhalb oder außerhalb des Urogenitalgebiets, Einführung von Kathetern nötig macht, Cystitis auf. Sonst nichts Neues. Therapeutisch zieht er Indikationen von 10—28 Tropfen einer 2—4%igen Silbernitratlösung allen indifferenten oder antiseptischen Spülungen der Blase vor.

13. Die Behandlung der geschlechtlichen Nervenschwäche, von J. E. MORROW - Indianapolis. Die Therapie muß eine dreifache sein, eine psychisch-moralische, eine medikamentöse und eine örtliche. Die erste hat hygienisch-sexuell aufzuklären, auf die Folgen der Masturbation aufmerksam zu machen, körperliche Ausarbeitung anzuraten, sowie dünne, leichte Körperbedeckung zu empfehlen, vor allem aber Keuschheit des Seelenlebens zu predigen. Örtlich ist die etwa bestehende Phimose zu beseitigen, die Verdauung zu regeln, Balanitiden sind zur Heilung zu bringen. Als lokale Eingriffe kommen noch in Frage: Touchierung des hinteren Harnröhrenabschnitts mit Lapislösung, leichte Prostatamassage oder das Einlegen kalter Sonden in Urethra und Rectum, später der faradische Strom. Medikamentöse Hilfsmittel sind Eisen, Chinin, Lebertran zur Hebung des Allgemeinbefindens, ferner Bromkalium, täglich dreimal 0,9 g nach den Mahlzeiten und 1,8 g während der Zeit der Bettruhe zu geben. Eventuell tun Tinctura salicis nigrae, Kampher, Lupulin, Cannabis indica und Hyoscyamus gute Dienste. Gegen örtliche Reize verwendet man mit Erfolg Atropin oder Ergotin. Im atonischen Stadium sind Phosphor, Strychnin und Koka angezeigt.

14. Die Heilung von Tripper binnen zehn Tagen, von LENOX CURTIS - New York. Kurze Beschreibung dreier durch Ozonbehandlung in kürzester Zeit geheilter Fälle von Tripper. Es ist bei der Wichtigkeit der Angaben des Verfassers, die infolge ihrer Erstaunlichkeit eine weitgehende allgemeine Nachprüfung notwendig machen, doppelt zu bedauern, daß der Gegenstand nur ganz aphoristisch abgehandelt wird und

näheres über die Technik der neuen Behandlungsmethode einfach nicht erwähnt wird. Es genügt für den Leser, einen Fall herauszugreifen, der geradezu frappant erscheinen muß. Ein Herr, welcher im Begriffe steht, seine Braut aus Europa abzuholen, kontrahiert einen frischen Tripper. Mikroskopische Untersuchungen sichern die Diagnose. Verfasser verordnet dem Kranken neben Salzeinspritzungen eine Behandlung mit Ozon, täglich eine Stunde lang. Dauer der Kur zehn Tage. Heilung. 14 Tage nach der Ankunft erfolgte die Hochzeit. Keine Infektion der Ehefrau.

15. Die Behandlung der Nebenhodenentzündung, von GRANVILLE MACGOWAN-
Los Angeles. Ob eine Epididymitis blennorrhöischer oder traumatischer Natur ist, die Therapie ist die nämliche. Im ersteren Falle sind nur die Schmerzen heftiger als im letzteren. Den kranken Hoden bettet man am besten auf einer elastischen Brücke, welche von einem Oberschenkel zum anderen läuft und für das Scrotum eine Ausbuchtung trägt. Auf dieser aus Verbandstoff gefertigten Brücke, welche seitlich mit Zink- oder anderem Pflaster befestigt wird, liegt nun der erkrankte Hoden, ohne daß auf ihn und den Samenstrang irgendwelcher Druck oder Zug ausgeübt wird. Was die eigentliche Therapie betrifft, so zieht der Verfasser ganz heiße Umschläge aus Leinmehl mit etwas Tabakzusatz vor. Über dieselben lege man noch Wachspapier und wechsele sie in den ersten 3—4 Tagen wenigstens alle zwei Stunden. Morphium wird nach den ersten 24 Stunden der Erkrankung kaum gebraucht werden. Als schmerzstillend gibt MACGOWAN 0,015 Codeinphosphat subcutan. Innerlich läßt er schwache Dosen Akonitin einige Tage lang nehmen, daneben Laxantien. Zur Nachbehandlung des entzündeten Nebenhodens eignet sich folgende Salbe:

℞ Extr. belladonn.	4,0
Ung. hydrarg. cin.	
Lanolin.	
Vaselin.	■ 15,0
M. f. ung.	

Bei chronisch rezidivierender Epididymitis pflegt Verfasser die Vasektomie vorzunehmen. Hopf-Dresden.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 11.

1. Über die intraperitonealen Rupturen der Harnblase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens, von C. DAMBRIN-Toulouse und E. PAPIN-Paris. (Heft 9—11.) Ausführliche Monographie, in der unter Benutzung der ganzen einschlägigen Literatur Geschichte, Ätiologie und pathologische Anatomie, Symptomatologie und Diagnose und besonders eingehend Mechanismus und Behandlung der intraperitonealen Blasenrupturen geschildert werden. Bezüglich des Mechanismus akzeptieren die Verfasser, nachdem sie die Theorien verschiedener Autoren, insbesondere die Theorie STUBENRAUCHS (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 51) ausführlich besprochen und kritisiert haben, die Theorie BEENDTS, wie er sie in seiner Arbeit „Experimentelle Untersuchungen über Harnblasenruptur“ (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 53) aufgestellt hat.

Über die Behandlung der intraperitonealen Blasenrupturen besteht heute wohl kein Zweifel mehr: sie kann nur in einer möglichst frühzeitig ausgeführten Laparotomie mit Naht der Rißstelle bestehen. Daß die Prognose bei dieser Behandlung nicht ungünstig ist, beweist die Statistik der Verfasser, die 78 laparotomierte Fälle umfaßt; von diesen 78 genasen 44, während 34 = 43,5% starben. Betrachtet man jedoch von den 78 Fällen die letzten, seit dem Jahre 1895 veröffentlichten 34 Fälle für sich allein, so ergaben sich 27 Heilungen und nur 7 = 20,5% Todesfälle.

2. Experimentelle und klinische Studie über die Ausschaltung einer Niere, von G. GAYET und P. CAVAILLON-Lyon. (Heft 9—11.) In der jüngsten Zeit hat JABOULAY-Lyon auf die Möglichkeit der Ausschaltung einer Niere durch Unterbindung und Resektion ihres Ureters hingewiesen; er glaubt, daß man durch den leichten und einfachen Eingriff eine infizierte Niere isolieren und unschädlich machen, außerdem aber jede erkrankte Niere zur Atrophie und vielleicht sogar tuberkulöse Prozesse zur Ausheilung bringen kann. Um nun die Wirkungsweise der Ausschaltung genauer feststellen zu können, haben die Verfasser eine Reihe von Versuchen an Kaninchen vorgenommen. Diese Versuche ergaben, daß die einfache, geschlossene Ausschaltung einer Niere, d. h. die Unterbindung und Resektion des Ureters ohne Eröffnung der Niere, ein ungefährlicher Eingriff ist, der die Niere nach einer anfänglichen, kurz dauernden Dilatation im Verlaufe von etwa vier Monaten mit Sicherheit zu nahezu kompletter Atrophie bringt. Die Atrophie tritt rascher ein und wird noch vollständiger, wenn nach der Resektion des Ureters von seinem zentralen Stumpf aus Vaseline oder Paraffin in die Niere eingespritzt wird. Die Kombination der Unterbindung und Resektion des Ureters mit einer Nephrostomie (offene Ausschaltung) bewährte sich beim Tierversuch nicht, da in allen Fällen eine Infektion der eröffneten Niere eintrat, und die Hälfte der Tiere dieser Infektion erlag; bei einem Teile der die Infektion überstehenden Tiere schloß sich merkwürdigerweise die Nierenfistel vollständig: die offene Ausschaltung verwandelte sich also spontan in eine geschlossene, das Endergebnis war auch hier die Atrophie der Niere. Bei drei Tieren wurden in die ausgeschaltene Niere virulente Tuberkelbazillen injiziert; die Versuche sind aber gerade in diesem Punkte noch zu unvollständig, als daß sich irgendwelche Schlüsse daraus ziehen ließen.

JABOULAY hat die Ausschaltung einer Niere bisher an zwei Kranken vorgenommen; doch kommt der eine der beiden Fälle für die Beurteilung der Wirksamkeit des Eingriffes nicht in Betracht, da er von vornherein aussichtslos war. Der zweite Fall dagegen zeigt klar die Vorteile der Ausschaltung. Es handelte sich um eine 39jährige Frau, bei der vor zehn Jahren im Anschluß an eine Adnexoperation eine Verengung des rechten Ureters aufgetreten war. Die infolgedessen vorgenommene Ureteroplastik mit Nephropexie hatte keinen befriedigenden Erfolg, es entstand eine Nierenfistel, die zur Pyelonephritis und Cystitis führte. Der Versuch, durch eine Pyelotomie die Infektion zu beseitigen, mißlang, so daß an die Nephrektomie gedacht werden mußte. Da jedoch die linke Niere eiweißhaltigen Urin absonderte, entschloß sich JABOULAY zur Ausschaltung, die, da ja eine Nierenfistel bestand, eine offene war. Der Erfolg war glänzend: der Urin wurde klar, die Cystitis verschwand, der Eiweißgehalt wurde bedeutend geringer, die Harnmenge stieg auf ca. 1500 g pro die. Nach sechs Monaten noch entleerte sich aus der Nierenfistel ein wenig Urin, die Atrophie der Niere war also zu dieser Zeit noch keine vollständige.

Präzise Indikationen für die Vornahme der Ausschaltung einer Niere aufzustellen, ist zurzeit noch nicht möglich. Jedenfalls aber ist der Eingriff am Platze in Fällen von schwerer einseitiger Niereneiterung, wenn, wie das so oft der Fall ist, die Nephrostomie erfolglos blieb und die Nephrektomie aus irgendwelchen Gründen kontraindiziert ist. Ob und unter welchen Bedingungen das Verfahren auch bei Nierentuberkulose und bei inoperablen Nierentumoren mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden kann, daß muß sich erst zeigen.

3. Modifizierte Sectio alta, bei welcher die Ureterenmündungen in der eröffneten Blase leicht sichtbar gemacht werden können, von ROCHET und RUOTTE-Lyon. Wenn eine Sectio alta bei einem Kranken gemacht werden muß, bei dem eine Nierenaffektion zu vermuten ist, dann ist die Besichtigung der Ureteren

mündungen gelegentlich der Operation sehr wünschenswert, sie läßt sich aber bei der bisher üblichen Schnittführung nur schwer oder gar nicht ermöglichen. Viel leichter gelingt sie bei folgendem Verfahren. Man bildet durch einen über die Symphyse bis zu den äußeren Leistenringen verlaufenden Querschnitt, und zwar von den Endpunkten dieses Querschnittes ein wenig schräg nach oben und außen verlaufende, 3—4 cm große Längsschnitte einen Hautlappen, durchschneidet die Musculi recti 1 cm oberhalb ihrer Insertion, legt, indem man sich an die hintere untere Fläche der Symphyse hält und mit dem Finger die Ligamenta pubo-vesicalia zu erreichen sucht, die untere Partie der vorderen Blasenwand frei, eröffnet die Blase dicht über dem Orificium vesicale der Urethra, das sich in der Höhe der genannten Ligamente befindet, und erweitert die Öffnung horizontal nach beiden Seiten hin. Nun vernäht man durch einige provisorische Nähte den oberen Rand der Blasenwunde mit dem horizontalen Rand des Hautlappens und legt dann über der Symphyse ein breites, einblättriges, rechtwinklig gebogenes Spekulum ein. Durch Zug an diesem werden die Falten der Blasen Schleimhaut zum Verschwinden gebracht, die Ureterenmündungen treten deutlich hervor, man sieht den Urin aus ihnen ausfließen und kann mit Leichtigkeit Katheter einführen. — Das Verfahren, das die Verfasser bisher nur bei Männern angewendet haben, hat nur den einen Nachteil, daß es die Operationsdauer verlängert.

Heft 12.

1. **Die Radikalbehandlung des Prostatacarcinoms**, von ALF. POUSSON. Anschließend an die Beschreibung eines Falles von circumskripten Prostatacarcinom bespricht P. die Symptome und die Diagnose dieser Art von Neubildungen und zählt dann die bisher veröffentlichten Fälle von Radikalbehandlung mittels Totalexstirpation auf. Die erzielten Resultate sind zwar nicht glänzend, aber immerhin ermutigend, und sie werden sicher viel besser werden, wenn die Technik sich vervollkommen wird, und präzisere Indikationen für die Operation aufgestellt werden können.

2. **Tuberkulöse fistulöse Deferentitis prostatichen Ursprungs**, von E. PILLET. Schilderung eines Falles von Tuberkulose des linken Vas deferens, die, von einem primären Tuberkuloseherd in der Prostata ausgehend, sich zuerst durch Schmerzen und Bildung eines Abscesses in der Leistenbeuge äußerte. Der Abscess brach frühzeitig auf und führte zur Entstehung einer Fistel, die Schwellung des Samenstrangs blieb lange beschränkt auf seinen oberen, im und dicht vor dem Leistenkanal gelegenen Teil. Der Nebenhoden war lange Zeit hindurch intakt, erst nach Monaten fand sich in ihm ein harter Knoten. Später erkrankte auch das rechte Vas deferens und der rechte Nebenhoden. — Im Anschluß an diese Mitteilung bespricht P. den Gang der Infektion bei Tuberkulose des Urogenitalapparates, die Prognose und die chirurgische Behandlung der tuberkulösen Deferentitis.

3. **Zwölf Fälle von intravesikaler Trennung des Urins beider Nieren**, von P. CATHELIN. Kurzer Bericht über zwölf Krankheitsfälle, in denen der CATHELINsche Harnseggregator zur Anwendung gekommen ist. Die Beobachtungen zeigen, daß das Instrument absolut zuverlässige und sichere Resultate liefert. *Götz-München.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 6.

Die Geschlechtskrankheiten und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien, von JULLIEN. Das Bild, das J. von der Ausdehnung der venerischen Krankheiten in den französischen Kolonien entwirft, ist nicht gerade sehr erfreulich. Fast überall werden durch Blennorrhoe und Syphilis unter den Einheimischen

und den Europäern schwere Verwüstungen angerichtet. Manche Einzelheiten, die durch die lesenswerte Arbeit zerstreut sind, verdienen besondere Erwähnung. In Algier und Tunis zum Beispiel, wo die tertiären Formen der Syphilis erschreckend häufig sind, kommen Tabes und Paralyse fast gar nicht vor. In Äthiopien ist die Syphilis eine Nationalkrankheit, fast „obligatorisch“ (Geay de Couvalette). An der Ostküste von Afrika, wo die Vorschriften des Islam streng befolgt werden, ist die Krankheit dagegen selten; ebenso in Senegambien. Die Neger scheinen eine gewisse Immunität gegen die Lues zu besitzen, die Mestizen ihr um so rascher zu verfallen, je mehr europäisches Blut in ihrem Gefäßsystem kreist.

In Madagaskar streiten sich Syphilis, Pocken und Pedikuloze um den „Rekord“. Dort soll einmal ein Arzt versucht haben, die Bevölkerung mit einem abgeschwächten Syphilisgift gegen die Seuche zu immunisieren, soll aber das Gegenteil erreicht haben. Schuld an der Ausbreitung der Krankheit wird dort den verderbten Sitten gegeben: jeder Schuljunge hat schon seine kleine Maitresse.

Ähnlich lauten die Berichte aus allen übrigen französischen Kolonien in Asien, Amerika und Australien. Nicht uninteressant ist es, zu erfahren, daß die Krankheit zum Teil durch die französischen Truppen, die alle paar Jahre wechseln, immer wieder erneuert wird.

Die Vorschläge, die J. zur Eindämmung des Übels macht, bewegen sich in ausgetretenen Bahnen: Belehrung der Europäer und Einheimischen durch Wort und Schrift, massenhafte Gratisverteilung leicht falscher Abhandlungen, milde Überwachung der Prostituierten, Einrichtung von Polikliniken mit der üblichen Freibehandlung und Massenverschleuderung von Medikamenten usw.

Naevus systematisatus, von BARTU-Bordeaux. Kurzer Bericht über den gegenwärtigen Stand der Frage und Mitteilung einer einschlägigen Beobachtung. Ein 20jähriger Mensch aus gesunder Familie, ohne Vorkrankheiten, kam gleich nach seiner Einstellung ins Militär wegen Herzbeschwerden ins Lazarett. Der ganze linke Arm war deutlich, wahrscheinlich angeboren, atrophisch, seine Muskelkraft nicht wesentlich verringert. Jedes weitere Zeichen einer etwa zentral bedingten nervösen Störung fehlte. Es bestand aber an der ganzen linken Körperseite ein Naevus linearis, der nur den Kopf und den Hals verschonte. Er begann in der Fossa infraclavicularis als fadenförmiger Streifen, bestehend aus kleinen, schwärzlichen, keratotischen Elementen; eine ähnliche lineare Neubildung zog von der Fossa supraspinata ungefähr im Verlauf des Naevus circumflexus posterior zur Schulter. Ähnliche, leicht blutende Elemente sitzen in der Ellenbogenbeuge und ziehen längs des Kubitalrandes zur Hand hinab. Auf dem Rücken des Zeigefingers ein Keratodermiestreifen, der aus platten, harten, leicht hervorspringenden Elementen besteht.

Ähnliche papulöse, harte, hornige Elemente finden sich im linken Epigastrium bis zu den falschen Rippen hinauf; doch sind sie hier mehr zu Haufen geordnet, die lineare Anordnung fehlt. Endlich zieht sich ein solcher Streifen über die Mitte des Gesäßes und die Hinterfläche der unteren Extremität zum Fuß hinab.

B. erblickt in dieser Neubildung eine kongenitale Anlage, bedingt durch eine Störung im Wachstum des Ektoderms; eine primäre Erkrankung der Medulla spinalis als Ursache sei hieraus zu schließen.

Türkheim-Hamburg.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 6.

1. Die Fortschritte der Lichttherapie (die Methode der Sensibilisierung), von RENÉ MARTIAL. M. berichtet über die neue DREYERSche Lichtbehandlung nach

Sensibilisierung und über die durch DREYERS Arbeit veranlaßten Untersuchungen und Mitteilungen NEISSERS und HALBERSTAEDTERS; und im Anschluß daran bespricht er die Arbeiten TAPPEINERS und seiner Schüler über die Wirkung fluoreszierender Stoffe und über therapeutische Versuche mit solchen. Die Prioritätsansprüche, die TAPPEINER bezüglich der neuen Methode der Lichtbehandlung für sich geltend macht (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 16), erkennt M. nicht an; seiner Überzeugung nach sind die Arbeiten DREYERS von denen TAPPEINERS grundverschieden, und die Methode der Sensibilisierung ist und bleibt eine Entdeckung DREYERS. (Referate über die Publicationen der genannten Autoren finden sich an anderer Stelle der Monatshefte.)

2. Die Notwendigkeit der Präventivbehandlung bei der Syphilis, von LEREDDE. L. glaubt, daß eine präventive Wirkung der Quecksilberbehandlung auf gravis syphilitische Frauen und ihre Früchte nicht mehr bestritten werden kann. Damit aber ist die von vielen gelegnete, vorbeugende Wirkung der Quecksilbertherapie überhaupt und mit ihr die Notwendigkeit einer systematischen Präventivbehandlung, wie sie die chronisch-intermittierende Behandlung darstellt, erwiesen. Wie freilich diese präventive Wirkung zustande kommt, ist schwer zu sagen. NEUMANN hat im Jahre 1885 behauptet, daß die Haut der Syphilitiker und namentlich die Hautgefäße nach dem Verschwinden der ersten Sekundärercheinungen histologische Veränderungen aufweisen, die lange Zeit hindurch bestehen und den Ausgangspunkt für neue syphilitische Eruptionen bilden. L. nun hält es für sehr wohl möglich, daß sich derartige, durch die Lues verursachte histologische Veränderungen insbesondere der Gefäße in allen Organen finden, und daß die präventive Wirkung der Quecksilberbehandlung in der Beseitigung dieser histologischen Läsionen besteht. Wenn sich das bestätigt, dann ist natürlich die Notwendigkeit einer präventiven, d. i. der chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis nicht mehr zu bestreiten.

1904. Heft 7.

1. Auswahl und Vergleichung in der dermatologischen Therapeutik, von LEREDDE. Unter den zahllosen Mitteln und Methoden, die in den dermatologischen Lehr- und Handbüchern zur Behandlung der Hautkrankheiten empfohlen werden, sind nach L. gar manche minderwertig und selbst unbrauchbar; infolgedessen ist, wie er für einen speziellen Fall, die Hautepitheliome, nachweist, die Behandlung gar oft ungenügend und erfolglos. Um hierin Wandel zu schaffen, bedarf es einer völligen Reform: möglichst auf Grund von Statistiken oder doch auf Grund sorgfältigster, streng objektiver Vergleichung der Erfolge muß eine Auswahl unter allen Mitteln und Methoden getroffen werden, und nur die, die sich als die besten und wirksamsten erwiesen haben, sollen fernerhin in den Büchern Empfehlung finden. Alle übrigen bleiben vollständig weg, so daß die Besprechung der Therapie in Zukunft viel weniger Raum einnehmen wird als bisher.

2. Ein Fall von „Granulosis rubra nasi“ (JADASSOHN), von H. MACLEOD. Aus dem Englischen (*Brit. Journ. of Dermatol.* Juni 1903) übersetzt von RKNÉ MARTIAL. Beschreibung eines typischen Falles von Granulosis rubra nasi bei einem sechsjährigen Knaben. Die Veränderung an der Nase war aufgetreten, als das Kind sechs Monate alt war, und ist seitdem ziemlich unverändert geblieben; vor drei Monaten hat die Affektion auch die Oberlippe ergriffen, und zwar zeigte sich hier anfänglich nur eine Steigerung der Transpiration, und später erst stellten sich entzündliche Veränderungen der Haut ein. Der an den erkrankten Partien abgesonderte Schweiß reagierte alkalisch. Im übrigen glich der Fall vollständig den wenigen bisher beobachteten und beschriebenen, von M. einzeln angeführten Fällen. Die seltene Affektion ist nach M. aufzufassen als eine einfache entzündliche Hautveränderung, hervorgerufen durch Hyperhidrosis und verbunden mit lokalen vasomotorischen

Störungen. Bei Hyperhidrosis wird, worauf Heuss zuerst aufmerksam gemacht hat, die Reaktion des Schweißes alkalisch; die alkalische Beschaffenheit aber begünstigt die Ansiedlung und Entwicklung von Mikroorganismen und kann so zur Ursache von entzündlichen Erscheinungen werden. Wodurch die Hyperhidrose bei Granulosis rubra nasi hervorgerufen wird, ist bis jetzt nicht klargestellt.

3. Über einen Fall von diffuser Lichenifikation der Gesichtshaut, von PAUTRIER. Während circumskripte und diffuse Lichenifikation der Haut an den Extremitäten ziemlich häufig, am Rumpf nicht gerade selten vorkommt, ist sie im Gesicht bisher nur ganz ausnahmsweise zur Beobachtung gelangt. P. nun hatte während der letzten Jahre Gelegenheit, einen Fall von diffuser und einen Fall von circumskripten Lichenifikation der Gesichtshaut zu sehen. Der erste Fall betraf eine 30jährige Patientin, bei der sich seit vielen Jahren mit Beginn der Winterfröste, also gewöhnlich im November überaus heftiger Pruritus, Rötung und ödematöse Schwellung der Gesichtshaut einstellten. Aus den ödematösen Partien sickert mehrere Wochen hindurch seröse Flüssigkeit aus, dann wird die Haut trocken, rau und hart. Der Pruritus dauert bis zum Beginn des Frühjahrs, also meist bis Ende Februar fort, um dann allmählich aufzuhören; gleichzeitig wird die Haut wieder weicher und geschmeidiger, ohne aber ganz normal zu werden. Vom März bis November ist der Zustand gewöhnlich ein guter; doch wird auch während dieser Zeit durch Diätfehler, wie auch durch Aufregung Pruritus von mehrtägiger Dauer ausgelöst. Die von P. zu Ende eines winterlichen Anfalles vorgenommene Untersuchung ergab starke Pigmentierung und hochgradige Lichenifikation der ganzen, heftig juckenden Gesichtshaut. Die Gesichtszüge waren wie erstarrt, die Haut trocken, rau, hart und verdickt, die Augenbrauen zum größten Teile ausgefallen. Die Haut des übrigen Körpers war normal, das Allgemeinbefinden, abgesehen von leichten nervösen Erscheinungen, befriedigend. Verdauungsstörungen bestanden nicht, doch ergab die Untersuchung des Mageninhaltes, daß sich im Magen abnorme Gärungsvorgänge abspielten, und diese sind vielleicht als die Ursache der ganzen Affektion zu betrachten. — Gleichzeitig mit dieser Patientin behandelte P. eine 25jährige Kranke, bei der die Haut der rechten Wange seit zwei Jahren verdickt war, ekzematöse Veränderungen aufwies und heftig juckte; allmonatlich zur Zeit der Menses wurden diese Erscheinungen beträchtlich stärker. P. konstatierte eine mälsige Seborrhoe der ganzen Gesichtshaut, Pigmentierung und leichte Lichenifikation der Haut der Wangen und der Stirne und ekzematöse Veränderungen an den lichenifizierten Partien. Die Patientin klagte außer über starkes Jucken auch über Verdauungsstörungen; im Mageninhalt fanden sich auch bei ihr abnorme Gärungsprodukte. — In beiden Fällen ist die bisherige Behandlung — Applikation von Resorcinpaste und Anwendung hochgespannter Wechselströme — ohne Erfolg geblieben; es soll jetzt ein Versuch mit Radiotherapie gemacht werden.

Göts-München.

La Syphilis.

Juli 1904.

I. Über die pathologische Anatomie des Nabelstranges bei hereditärer Syphilis, von JEAN FRANCESCHINI-Vitense. F. untersuchte in zahlreichen Fällen die Veränderungen des Nabelstranges bei hereditärer Lues. Die Veränderungen zeigen sich gewöhnlich sowohl bei der Arterie als auch der Vene in Form eines entzündlichen Prozesses mit ödematöser Infiltration der Gefäßwände und mehr oder weniger bedeutender kleinzelliger Infiltration in alten Schichten, nebst einzelnen kleinen verdickten Stellen in der ganzen Ausdehnung der Wände. Die Hauptverletzungen der

Gefäße sind in der Intima, wo sich der syphilitische Prozeß des Nabelstranges besonders durch Endarteriitis und Endophlebitis, bisweilen begleitet von Stenose und Obliteration des Gefäßes kund tut. Periphlebitis und Periarteriitis sind weniger ausgesprochen und relativ seltener, erstere ist gewöhnlich mehr ausgeprägt als letztere, beide sind bezeichnet durch eine größere oder geringere kleinzellige Infiltration. Falls die Veränderungen sich nur auf ein Gefäß beziehen, so ist es häufiger die Vene, aber selbst in dem Fall bemerkt man eine leichte Mitbeteiligung der Intima der Arterie. Die WARRONSCHE Schicht kann ebenfalls beteiligt sein oder sehr schwach erscheinen und selbst fehlen, sie richtet sich nach der Intensität der Veränderungen der Gefäße. Die Veränderungen der WARRONSCHEN Schicht fehlen nie, wenn die Intima merkbar ergriffen ist, und bestehen in einer mehr oder weniger deutlichen Infiltration mehrkerniger Leukocyten. Die syphilitischen Veränderungen des Nabelstranges geben oft rechtzeitig einen Fingerzeig bei scheinbar ganz gesund geborenen Kindern und haben daher prognostisch eine unzweifelhafte Bedeutung.

II. Über die Ernährung der hereditär Luetischen und den Wert einer Ernährungstabelle bei denselben, von BOISSARD und DÉVÉ. Die Aufzeichnungen über das Gewicht hereditär-syphilitischer Kinder sind von großer Wichtigkeit, aus der Nahrungstabelle kann man öfters auf eine latente Lues schließen, ja selbst eine versteckte Lues beweisen. Die Kinder nehmen trotz scheinbarer Gesundheit des Digestionsapparates oft an Gewicht ab oder bleiben stehen, wenn man auch die Milch wechselt, bis plötzlich ein rapider Abfall erfolgt, der zum Tode führt. Dabei findet man sonst absolut keine Zeichen von Lues, die den rapiden Gewichtsverlust trotz reichlicher Ernährung erklären. Der Beweis, daß es sich dennoch um Syphilis handelt, liegt in dem Erfolg der spezifischen Therapie, welche stets von Erfolg gekrönt ist, wie aus einer Reihe beigegebener Tabellen ersichtlich ist. Man sieht, wie wichtig die tägliche Kontrolle der Gewichtszunahme oder -abnahme bei Neugeborenen ist, kann man doch öfters dadurch eine versteckte Syphilis erkennen und bei schnellem Eingreifen das Leben der sonst verlorenen Kinder retten, deren Leiden sonst nicht erkennbar ist.

III. Über die Behandlung neugeborener Luetischer selbst ohne sichtbare syphilitische Erscheinungen, von KERM-Paris. Von einem Vater, der eine leichte Lues durchgemacht und drei Jahre lang behandelt war, und von einer Mutter, die zwar nie Symptome von Lues gezeigt hatte, aber sicherheitshalber trotzdem während jeder Gravidität antiluetisch behandelt wurde, stammten, nachdem zuerst ein gesundes Kind geboren war, zwei Kinder, welche, das eine sechs Monate nach der Geburt, das andere sofort nach der Geburt, scheinbare Krankheitserscheinungen zeigten, bestehend in Gewichtsabnahme und Störungen von seiten des Verdauungsapparates und der Leber. Beide Kinder boten äußerlich kein Zeichen von Syphilis, die Störungen wichen bei antiluetischer Behandlung mit Quecksilber, während sie jeder nicht spezifischen Behandlung dauernd trotzten. Wenn man in solchen Fällen, wo der Verdacht der Lues durch die frühere Krankheit des Vaters nahe liegt, nicht rechtzeitig energisch eingreift, so pflegen solche scheinbar nicht sehr bedeutenden Leiden oft tödlich zu enden, während eine spezifische Behandlung, wie in vorliegenden Fällen, glatt zur Heilung führt.

IV. Über Behandlung syphilitischer Neugeborener mit unlöslichen Quecksilberinjektionen, von BARTHÉLEMY, LÉVY-BING und SCHWAB. Die Resultate zahlreicher Versuche sind folgende: Die Injektionen von grauem Öl bei Neugeborenen sind durchans angebracht und werden gut vertragen. Man muß dieselben sehr tief intramuskular ausführen, um Infiltrationen und Abszesse zu vermeiden, was bei den löslichen Injektionen nicht nötig ist, da letztere selbst bei oberflächlichen Einstichen

keine Reizung hervorbringen. Der große Vorteil unlöslicher Präparate ist der, daß man nur jede ein bis zwei Wochen zu injizieren braucht, und daß die Wirkung derselben dauernder und kräftiger zu sein scheint als die löslichen Salze. Die mittlere Dosis grauen Öls bei Säuglingen ist 1 cg wöchentlich im ersten Monat, bis 2 cg im zweiten Monat. Man macht bei Hereditär-Syphilitischen Serien von sechs Injektionen, dann zwei Monate Pause, und so eine chronisch intermittierende drei- bis vierjährige Behandlung. Bei Neugeborenen, die Luessymptome zeigen, ist es ratsam, die Behandlung mit 10—15 Injektionen Hydrargyrum bijodatum in wässriger Lösung zu beginnen und dann Injektionen von grauem Öl anzuschließen.

V. **Über Fieber bei syphilitischen Neugeborenen**, von A. SCHWAAB. Bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen zeigt sich, wie die vom Verfasser bearbeitete Statistik beweist, in vielen Fällen eine Temperatursteigerung. Der Grund dieses Fiebers kann verschieden sein. Bei einer großen Zahl handelt es sich ohne Zweifel um Sekundärinfektionen, die sich auf syphilitischem Boden entwickelt haben, und zwar im Atmungs- oder Verdauungstraktus. Bei einer zweiten Gruppe hängt das Fieber von der Haut- oder Schleimhauteruption ab, wo es auf der Entwicklungshöhe gleichfalls seinen höchsten Stand hat und bei jedem Nachschub sich wieder einstellt, es ist hierbei ein Eruptionsfieber. Zuweilen ist das Fieber unabhängig von jeder Hauteruption und scheint im Zusammenhang zu stehen mit Erscheinungen der Leber, Milz usw. oder auch es tritt gleichzeitig mit einer beträchtlichen Gewichtsabnahme des Patienten auf und erweckt so den Verdacht einer unsichtbaren Lues. Sein Verlauf ist stets unregelmäßig, es hört bei spezifischer Behandlung stets schnell auf.

VI. **Über Fieber während der Sekundärperiode erworbener Syphilis**, von A. SIREDEY und HENRI LEMAIRE. Im Gegensatz zu den anderen Infektionskrankheiten ist bei der Syphilis das Auftreten von Fieber selten und meist nur während des Erscheinens der Hauteruptionen von kurzer Dauer. Verfasser stellen daher einen Fall vor, welcher dadurch Interesse hat, daß eine Temperatursteigerung beim Auftreten der Sekundärsymptome eintrat, und daß die spezifische Behandlung mit Injektionen von grauem Öl zwar den Allgemeinzustand besserte, aber die eigentlichen Symptome nicht gänzlich zum Schwinden brachte, es blieben Nervenschmerzen in der Schulter, sowie Plaques muqueuses der Vulva und im Munde bestehen. Erst eine Kur, die abwechselnd in Injektionen und Injektionen von Hydrargyrum bijodatum in wässriger Lösung bestand, wirkte heilend, indem gleichzeitig auch das Fieber verschwand. An einer im Anschluß an den Vortrag stattfindenden Diskussion beteiligten sich BALZER, THIBERGE und MOUTARD-MARTEN. Die Sitzung der medizinischen Gesellschaft fand am 27. Mai 1904 statt.

VII. **Über die Ausstoßung des Quecksilbers durch das Menstrualblut während der mercuriellen Behandlung**, von PIERRE NIKOLSKY - Warschau. Die Bestandteile des Quecksilbers im Menstrualblut können ziemlich bedeutend sein, bis zu 1 : 14000, es hängt von der Menge ab, welche man anwendet; die bedeutendste Menge findet man nach den ersten Injektionen, später wird es weniger bemerkbar. Das Verhältnis des Merkurs im Menstrualblut ist größer als das des übrigen Körpers, ein Beweis, daß der Uterus große Mengen Quecksilber aufnehmen kann, es ist auch stets größer als das Verhältnis im Urin. Im Urin steigert sich allmählich die Menge des einverleibten Quecksilbers bei längerer Behandlung, während der Prozentsatz im Menstrualblut schnell sein Maximum erreicht. Der Quecksilberverlust auf dem Wege des Menstrualblutes kann ziemlich bedeutend sein, die Frauen haben daher einen besonderen Weg zur Ausscheidung großer Hydrargyrummengen, man kann ihnen daher verhältnismäßig ohne Schaden größere Mengen zuführen als den Männern, besonders bei starker Menstruation.

VIII. **Der Nutzen des Wassers von Barèges als Adjuvans bei der Behandlung der Syphilis**, von LAROCHE-Barèges. An der Hand eines Falles zeigt Verfasser den Nutzen des Wassers von Barèges in Gestalt von Bädern und Trinkkuren als Unterstützung der spezifischen Behandlung. Es zeigte sich, daß die spezifische Behandlung nicht sehr viel besserte vor der Wasserbehandlung, während die Besserung bei gleichzeitigem Baden ständig fortschritt. Als während der Meneses bei der Patientin die Bäder zeitweilig unterblieben, trat ein Stillstand in der Heilung ein, erst bei Wiederaufnahme der Bäder ging die Heilung ihren regelrechten Gang.

IX. **Über luetische Magenverletzung**, von LOUIS JULLEN. Ein 32jähriger Artist klagte über sehr heftige Schmerzen in der Regio hepatico-pylorica, die schon seit drei Monaten bestanden; es war ihm von einem Chirurgen eine Operation geraten worden, er hatte eine beträchtliche Magenerweiterung, welche bei nichtspezifischer Behandlung sich besserte, die Schmerzen an einer bestimmten Stelle bleiben bestehen in der Gegend der Leber. Patient gestand nun, daß er vor zehn Jahren Syphilis gehabt hatte und damals lange Zeit Pillen eingenommen habe. Eine daraufhin eingeleitete Kur von Quecksilberinjektionen brachte schnell Heilung.

August 1904.

I. **Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft**, von BENJAMIN TARNOWSKY-St. Petersburg. (Fortsetzung.) Das Resultat dieser ausführlichen Arbeit, deren erster Teil bereits früher besprochen wurde, ist im ganzen etwa folgendes. In den Städten ist die Syphilis hauptsächlich in die Familien durch die Männer eingeführt, welche sich dieselbe vor ihrer Ehe im Geschlechtsverkehr mit Prostituierten geholt haben. Die syphilitische Heredität überträgt sich auf drei Arten, durch Erscheinungen, die der hereditären Lues eigentümlich sind, durch einen dystrophischen Einfluß und eine durch hereditär erworbene Immunität, sie kann sich in allen drei Richtungen zeigen, wenn die Eltern der ersten Generation Syphilis erworben haben. In der zweiten Generation einer luetischen Familie zeigt sich der hereditäre Einfluß erworbener Syphilis am stärksten durch eine große Zahl von Aborten, Fehlgeburten und Kindern, die in den ersten Lebensmonaten sterben, sowie Kindern, die Zeichen hereditärer Lues mit auf die Welt bringen. Die Immunität der zweiten syphilitischen Generation ist meist nur temporär mit seltenen Ausnahmefällen. Der Einfluß syphilitischer Heredität nimmt in der dritten Generation merklich ab, die Aborte, Frühgeburten usw. vermindern sich. Die erworbene Syphilis der ersten Generation überträgt sich nicht auf die dritte in Form von hereditärluetischen Erscheinungen, ebenso wenig wie sich die Immunität gegen Syphilis auf die dritte Generation überträgt. Die Eltern, welche tardive hereditäre Lues während der Konzeption oder im Laufe der Gravidität haben, übertragen die Lues nicht auf ihre Kinder in einer hereditären Form. Eine Übertragung von Großeltern auf die Enkel, ohne daß die zweite Generation Krankheitserscheinungen zeigte, ist sehr zweifelhaft. Die syphilitische Heredität der zweiten Generation auf die dritte drückt sich nur durch einen dystrophischen Einfluß aus. Dieser ungünstige Einfluß auf den Organismus geht nicht parallel mit der Zunahme oder Abnahme der Krankheitserscheinungen erworbener oder erbter Syphilis. Der dystrophische Einfluß der zweiten Generation entspricht im allgemeinen dem Grad der Degenerierung der letzteren. Man kann die Heilung eines syphilitischen infizierten Körpers nicht identifizieren mit einer vollständigen Wiederherstellung der ursprünglichen Lebenskraft. Wenn die zweite Generation Luetischer absolut keine Zeichen hereditärer Lues hat, so bleibt ihre Nachkommenschaft meistens gesund, eine syphilitische Dystrophie der zweiten Generation vererbt sich nicht in gleicher Weise auf die dritte. Hereditäre Syphilis der dritten Generation bleibt bestehen, wenn eine

neue Infektion der Mitglieder einer Familie zweiter Generation auftritt. Die binäre Syphilis erhält sich in der Landbevölkerung und in der städtischen. Die dritte Generation Syphilitischer kann Zeichen hereditärer Lues haben in den seltenen Fällen, wo die Vertreter der zweiten sich mit Leuten verheirateten, die erworbene Lues haben. Die Syphilis binaria weicht in einigen Punkten von dem gewöhnlichen Verlauf erworbener Lues ab, in den meisten anderen Fällen unterscheidet sich die binäre Lues nicht von der Entwicklung der erworbenen Syphilis bei Leuten aus gesunden Familien. Die binäre Lues übt auf die dritte Generation einen viel verderblicheren Einfluss aus als die der ersten auf die zweite. Diese verderbliche Heredität drückt sich durch zahlreiche Aborte, Todgeburten usw. aus. Die funktionellen sexuellen Störungen der zweiten und dritten Generation spielen eine wichtige Rolle in bezug auf die Abnahme der Lebensfähigkeit luetischer Familien. Die binäre Syphilis ist ein Hauptgrund der Degenerierung der Bevölkerung, besonders auf dem Lande. In der dritten Generation zeigen die Dystrophien weder an sich noch durch ihre Gruppierung irgendwelche Besonderheiten, aus denen man einwandfrei eine hereditäre Lues nachweisen könnte. Der verderbliche hereditäre Einfluss der von der ersten Generation erworbenen Krankheit drückt sich durch Aborte, Fehlgeburten, Geburten luetischer Kinder, Mißbildungen aus, und zwar am stärksten bei der zweiten Generation, weniger bei der dritten, gar nicht mehr bei der vierten und den folgenden. Um eine sichere Prognose stellen zu können und eine geeignete Therapie einzuleiten, ist es nötig, genau über den Gesundheitszustand der Eltern der Kranken informiert zu sein. Die Syphilis hat einen viel verderblicheren Einfluss auf die ganze Rasse als auf den einzelnen Menschen, sie bedroht nicht nur das Leben des Kranken, sondern vor allem auch seine Nachkommenschaft. Einige Beispiele aus den Beobachtungen des Verfassers erläutern und illustrieren in jeder Weise die Behauptungen TARNOWSKYS.

II. Experimentelle Syphilis der Cornea, von PAUL SALMON. Einem *Macacus cynomolgus* und einem *Macacus sinicus*, von denen letzterer leider im Laufe des Experimentes starb, wurden auf die Cornea des linken Auges luetisches Sekret von einem Menschen mit schwerer Lues, auf die des rechten Auges Sekret von einem Luetiker mit leichter Syphilis übertragen. Auf dem rechten Auge des einen Affen erschien am 33. Tage eine Konjunktivitis, die sich verschlimmerte und das ganze Auge in Mitleidenschaft zog. 47 Tage nach der Impfung wurde das Auge exstirpiert. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte das Gelingen der luetischen Übertragung. Die syphilitische Natur der Läsion wurde bewiesen durch die Inkubationszeit, die frische Iritis syphilitica und den histologischen Befund (Hypertrophie des Epithels, Pigmentanhäufung, Mononukleose, Endarteriitis).

III. Experimentelle Syphilis der Konjunktiva, von PAUL SALMON. Bei gleichzeitiger Impfung der Konjunktiva und der Cornea zeigte nur die Konjunktiva das Auftreten der Lues, ebenso wie beim Menschen Primäraffekte der Konjunktiva nicht selten sind, während ein harter Schanker der Cornea nicht vorkommt.

IV. Beitrag zum Studium der Ernährungsstörungen bei der Syphilis. Einwirkung der Quecksilberbehandlung, von MOOG. Verfassers machte seine Untersuchungen an drei Kranken mit *Ulcus durum*, die er vor der Behandlung beobachtete, an sechs mit floriden Sekundärerscheinungen, von denen fünf nie vorher behandelt waren, und an fünf latent Luetischen, welche vor drei Monaten bis vier Jahren behandelt waren und inzwischen nie wieder eine Kur durchgemacht hatten. Seine Erfahrungen gipfeln in folgenden Schlüssen: 1. Die syphilitische Infektion zeigt vom Anfang des Primäraffektes an eine Abnahme des Harnstoffes. Diese Abnahme bleibt während der Sekundärperiode bestehen, auch während der Latenz, wenn keine Behandlung eintritt. 2. Die Elimination des Stickstoffs und der Phosphorsäure ist ge-

ringer als bei Gesunden. 3. Die Merkurialbehandlung führt wieder den normalen Zustand herbei.

V. Tertiäres Erythem bei einem hereditär Syphilitischen, von EMBRY, DRAELLE und UMBERT. Verfasser beobachteten einen Fall von dem durch P. FOURNIER zuerst beschriebenen Erythema tertiare bei einer 17jährigen Dame, den sie ausführlich schildern.
Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Zur Ätiologie und Pathologie der Tabes, speziell ihr Verhältnis zur Syphilis, von FRITZ LESSER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Bei seinen Nachforschungen bediente sich L. des Sektionsmaterials der städtischen Krankenhäuser Moabit und Urban. Unter 96 Tabesfällen konnte in 27 Fällen bei der Sektion Syphilis bestimmt festgestellt werden (28%). Da in allen über 35 Jahre zur Sektion gelangten Fällen Syphilis nur in 9,5% anatomisch festgestellt werden konnte, so geht daraus hervor, daß Syphilis und Tabes in einem Teile der Fälle in ätiologischem Zusammenhange stehen müssen. Eine weitere Frage ist jetzt, ist in den Fällen von Tabes, wo ein Zusammenhang mit Lues besteht, die Tabes eine direkt syphilitische Erkrankung, und mit welchen Erscheinungen der Syphilis kann sie gegebenenfalls verglichen werden? Denn wenn die Tabes eine viscerale Syphilis ist, so muß sie auch in einer gewissen Parallele mit den anderen Erscheinungen visceraler Syphilis bezüglich der pathologisch-anatomischen und klinischen Verhältnisse stehen. Verfasser teilt alle konstitutionell-syphilitischen Erscheinungen in

1. papulöse Entzündungen = sekundärsyphilitische Manifestationen
2. gummöse " = tertiärsyphilitische "
3. interstitielle " = quartärsyphilitische "

Letztere befinden sich stets nur an inneren Organen und treten erst nach Jahren auf mit einem chronischen, schleichenden Verlauf, ohne von Quecksilber oder Jod günstig beeinflusst zu werden; sie sind irreparabel. Nur mit dieser quartären Syphilis kann die Tabes in Parallele gesetzt werden. Bei der Tabes ist die interstitielle Entzündung das Primäre, welche die Degeneration der nervösen Elemente sekundär im Gefolge hat. Gegen die syphilitische Natur der Tabes sind viele Einwände gemacht, die L. zu entkräften versucht. Er erblickt die Ursache der Tabes in einem chronisch entzündlichen Prozefs und hält es für wahrscheinlich, daß sie eine quartärsyphilitische Erkrankung ist.

An diesen, in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 19. Januar 1904 gehaltenen Vortrag schloß sich eine lebhafte Diskussion an: v. HANSEMANN bemerkt, die Tabes ist kein syphilitisches Produkt, sondern eine Krankheit, die auf syphilitischer Basis entstehen kann; andererseits kann sie auch Leute befallen, die nie luetisch waren. Auch MENDEL erklärt sie für eine exogene Krankheit; die Syphilis hat zwar dabei eine sehr erhebliche Bedeutung als ätiologisches Moment, indem sie den Boden vorbereitet, auf dem die Schädlichkeiten wirken können, die die Tabes direkt hervorgerufen. Auch BENDA teilt nicht in allem die Ansichten LESSERS, während ROTHMANN

auf die cytologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis, Tabes, Paralyse hinweist. Im Schlusswort vertritt LESSER nochmals seinen Standpunkt und sucht die Einwürfe zu widerlegen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder ein sozialer Faktor maßgebend? von O. ROSENBACH - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) B. wendet sich gegen die ERBSCHES Ansicht und kündigt an, daß er dieselbe in den *Therapeutischen Monatsheften* nächstens wissenschaftlich widerlegen werde.

Bernhard Schulze-Kiel.

Tabes dorsalis, von DINKLER - Aachen. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 24.) Die Tabes ist seit Dezennien viel erforscht und vielseitig kritisiert. Zweifellos hat die Diagnostik gewonnen und die Lehre von der Ätiologie, aber wir müssen der Pathologie der Tabes und den pathologischen Veränderungen derselben noch näher rücken, um auch mehr und mehr einer aktiven Therapie Tür und Tor zu öffnen. Bisher handelte es sich fast nur um die rein symptomatische Behandlung der Tabes mittels Elektrizität, Wasser, Luft, Ruhekuren usw., und wenn bisher auch einzelne Erfolge von mercurieller und Jodbehandlung zu verzeichnen waren, so hat man diese übersehen, und man war bisher bloß geneigt, die antisypilitische Kur schliesslich gerade als nicht schädlich; aber jedenfalls und durchaus nicht ausschlaggebend günstig anzusehen. Gegenüber diesem lauen Standpunkte erhebt DINKLER seine Stimme, um an der Hand von Projektionsbildern der Balneologischen Gesellschaft zu Aachen auf die Veränderungen der Meningen seitens des sypilitischen Virus aufmerksam zu machen.

Denn DINKLER zweifelt nicht mehr an der FOURNIER-ERBSCHES Auffassung, daß fast ausschließlich aus der Syphilis heraus sich die Tabes entwickelt. So sieht man denn rundzellige Infiltrationen bis zur Dichte eines miliaren Gummas, die zu allerlei Schwielenbildungen an den Meningen führen. In den schwierigen Auf- und Einlagerungen ruft die Syphilis die Entwicklung von zahlreichen elastischen Fasern hervor, und der positive Nachweis elastischen Gewebes in neugebildeten Gewebeteilen ist ein entscheidendes Kriterium für die sypilitische Natur der Veränderungen gegenüber der Tuberkulose. Auch die Blutgefäße werden in den einzelnen Schichten ihrer Wandung ähnlich durchsetzt wie die Meningen. Von diesen charakteristischen Veränderungen konnte sich DINKLER in fünf Fällen typischer Tabes, die von ihm obduziert und mikroskopisch untersucht worden waren, in einem Zeitraume von sieben Jahren überzeugen. Angesichts dieser Befunde und angesichts der großen Wahrscheinlichkeit, daß die Tabes direkt mit der Syphilis in Beziehung steht, soll man niemals mehr eine spezifische antisypilitische Kur bei Einleitung der Tabesbehandlung unversucht lassen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die histo-pathologischen Veränderungen der Lymph- und Blutgefäße bei Syphilis, von A. RAVOGLI - Cincinnati. (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 17. Okt. 1903.) In den Frühstadien der Syphilis zeigen die pathologischen Veränderungen in Lymph- und Blutgefäßen (Arterien und Venen) gleichheitlich einen Zustand von Irritation, Entzündung und Hyperplasie, im Spätstadium hingegen eine gummöse Infiltration (? siehe unten). Speziell die Intima der Arterien ist durch die Anhäufung von Zellelementen und die endotheliale Proliferation so verdickt, daß ihr Lumen oft völlig obliteriert ist. Bei den Venen ist das Anfangsstadium das einer sypilitischen Phlebitis, die Veränderungen betreffen zuweilen die Intima, zuweilen die Media, häufiger gehen sie von der Adventitia aus; die Stelle, wo die Infiltration beginnt, ist, wie bei den Arterien, das System der ernährenden Gefäße (*vasa vasorum*). Das sypilitische Infiltrat an sich (auch die Initialsklerose) ist nach R.'s Untersuchungen das Resultat einer Arteriitis oder Phlebitis obliterans, welche eine Hemmung der Zirkulation und dadurch Auswanderung von Zellen und deren Infiltration bewirkt. Auch in den Spät-

stadien der Syphilis bei vorhandenem Gumma zeigen die Gefäße dieselben Veränderungen der Peri- und Endo-Angitis, Zellinfiltration (Verdickung) der Wände und einen Ring elastischer Elemente. Es ist dadurch erhöhte Neigung zu Thrombose, zu Brüchigkeit der Gefäße, weiterhin zu Hämorrhagien (Gehirn) und auch zu Nekrose vorhanden. Das Gumma ist nach R.s Ansicht die Folge einer spezifischen Lymphangitis, was auch durch die Therapie (günstige Wirkung der Schmierkur, noch mehr aber der Injektionen mit grauem Öl, wodurch das Hg in die subcutanen Lymphräume gelange) bewiesen sei.

Stern-München.

Syphilitische Läsionen der Haut und des Knochensystems bei Neugeborenen, von W. R. WILSON-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* März 1904.) Enthält nichts, was nicht schon in den Lehrbüchern stände.

Philippi-Bad Salschlüpf.

Über die Frage der sog. „parasyphilitischen“ Affektionen, von SIMONELLI. (*Clinica moderna.* IX. Jahrg. Nr. 44—46; Inaug.-Diss.) Der Verfasser kommt in seiner Abhandlung zum Schlusse, daß FOURNIER ganz irrthümlicherweise die Kategorie der sog. parasyphilitischen Affektionen aufgestellt und in derselben verschiedene Krankheiten gruppiert hat, von denen die Syphilis nur bei einigen eine prädisponierende Rolle gespielt. Es dürfen also dieselben gar nicht als spezifische Affektionen aufgefaßt werden. Andere dagegen sind wirklich spezifischer Natur und Abstammung, und infolgedessen auch heilbar oder wenigstens durch die spezifische Behandlung günstig beeinflussbar, sofern diese Behandlung möglichst frühzeitig und energisch unternommen werden kann.

C. Müller-Genf.

Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffektes, von von NIESSEN-Wiesbaden. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 13.) Verfasser wendet sich gegen HOLLÄNDERS neue Methode der kontaktlosen Kauterisation des syphilitischen Primäraffektes, mit der HOLLÄNDER in einer Reihe von Fällen Heilung der Syphilis angeblich erzielt hat. v. N. hält es für falsch, nicht die bewährte Behandlung der Lues gegen eine konstitutionelle Krankheit des Gesamtorganismus vorzunehmen, er bestreitet den Erfolg einer rein lokalen Präventivkur und hält eine Heilung der Syphilis durch jedwede Art von Präventivbehandlung bei einmal etabliertem Primäraffekt mit unseren jetzigen Kampfmitteln für ein Ding der Unmöglichkeit. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung von PAULSENS Syphilisheiserum, von APPEL und PAULSEN-Hamburg. (*Dtsch. med. Presse.* 1904. Nr. 5.) Seitdem Verfasser Schweineserum als Nährboden benutzen, fanden sie bei jedem Sekundärluetischen den PAULSENSchen Syphilisbacillus, der sich durch sein Wachstum ganz gut von anderen Pseudodiphtheriebazillen unterscheidet, denn er wächst sehr langsam in der ersten Kultur, während man einen Pseudodiphtheriebacillus der Mundhöhle schon in 24—48 Stunden züchten kann. In der festen Überzeugung, den Syphiliserreger gefunden zu haben, schritten Verfasser nun zur Serundarstellung; dieses Serum sollte eine spezifische Wirkung erzielen und unschädlich sein. Verfasser immunisierten daher subcutan ein Pferd, und sie benutzten in 14 Fällen das von Dr. ENOCH zur Verfügung gestellte Serum. Dasselbe wurde anfangs in der Dosis von $\frac{1}{4}$ ccm, bald bis 2 ccm pro dosi steigend, täglich einmal intramuskulär in die Glutaea gespritzt. Es trat bei den Patienten nur geringe Temperaturerhöhung auf, nie Eiweiß. Allein durch das Serum geheilt wurde in drei Wochen ein typischer Fall, in allen anderen Fällen konnte man einen unverkennbar günstigen Einfluß der Serumbehandlung konstatieren, aber die Quecksilberbehandlung wirkte schneller, das Allgemeinbefinden wurde indessen stets sehr gebessert. Verfasser hoffen, mit der Verstärkung des Serums eine intensivere

Wirkung zu erzielen, und bitten die Kollegen, das Serum zu prüfen, welches von Herrn Dr. PAULSEN, Hamburg 1, Ferdinandstraße 57, zur Verfügung gestellt wird.

Bernhard Schulse-Kiel.

Zur Bakteriologie und Serotherapie der Syphilis, von FOUQUET. (*Gas. des Hôpitaux*. 1903. Nr. 117.) Verfasser gibt eine historische Übersicht der Serotherapie. Drei Methoden sind hierbei hauptsächlich zur Anwendung gekommen: 1. Verwendung eines von gegen Syphilis refraktären Tieren herrührenden Serums; 2. Verstärkung der Immunität des Versuchstieres durch Injektion von Serum, das von Syphilitikern in einer frischeren Periode her stammt; 3. Verwendung von Serum, das aus dem Blute eines in einer vorgeschrittenen Periode der Lues sich befindenden Patienten herrührt. Von allen diesen Methoden hat keine die erwünschten Resultate geliefert, indem die verwendeten Sera weiter nichts als eine tonische und regenerierende Wirkung zu entfalten vermochten.

C. Müller-Genf.

Zur Injektionstherapie der Syphilis, von E. DEUTSCH - Wien. (*Wien. med. Presse*. 1903. Nr. 44.) Zwei große Gruppen von Präparaten stehen der Injektionsmethode zur Verfügung: die löslichen und die unlöslichen Quecksilbersalze. Der Hauptunterschied zwischen beiden liegt in der erhöhten Remanenz der letzteren gegenüber den ersteren, in der Stetigkeit bei der Entfaltung ihrer Wirkung und in der viel seltener notwendigen Applikation. Unter den löslichen Mitteln bevorzugt JULLIEN das Succinimid und das Hermophenyl. Die Verwendung starker Sublimatlösungen verwirft er. Unter den unlöslichen Präparaten stellt JULLIEN das Kalomel an die Spitze, das er intramuskulär injiziert, wobei er fast nie Abscesse sieht. Für die Bemessung der Einzeldosis ist immer das Körpergewicht ausschlaggebend, bis 50 kg 0,05, bis 60 kg 0,06, die ersten Injektionen in Zwischenräumen von acht Tagen, die letzten in größeren Abständen. Wie hoch JULLIEN das Kalomel bewertet, geht daraus hervor, daß er es „Calomel abortif“ nennt, und spricht von Traitement suppressif de la syphilis. Dem Kalomel zunächst steht das graue Öl und das Salizylquecksilber. Je mehr Mittel man habe, desto besser und wirksamer sei die Art der Behandlung. LÉVY-BING hat im Hospital Saint-Lazare mehr als 5000 Injektionen mit 17 löslichen und 9 unlöslichen Präparaten gemacht und betrachtet ebenso wie JULLIEN die interne oder Inunktionskur bloß als ausnahmsweise Behandlung, die nur dann stattzufinden hat, wenn der Kranke den Arzt nicht regelmäßig aufsuchen kann oder die Injektionen nicht verträgt. Die Nachteile der Injektionsmethode, die dem Hg auch bei jeder anderen Applikation zukommen, sind: Stomatitis, Gastroenteritis, Erytheme, Nierenerscheinungen, oder solche, die speziell die Injektionen treffen, als da sind: Schmerz, Hämatombildung, Infiltration und Induration, Abscesse, Nervensufälle, Embolien, Todesfälle. Als Kontraindikation gegen die Injektion erkennt LÉVY-BING ebenso wie JULLIEN die Unmöglichkeit des Kranken, den Arzt regelmäßig aufzusuchen, oder besondere Empfindlichkeit gegen die Injektion. Kachexie, Tuberkulose, Nierenleiden, Zahnkaries bilden keine Gegenanzeigen gegen die Injektionen mit löslichen Mitteln. Die Dosierung macht LÉVY-BING ebenfalls abhängig vom Körpergewicht. Von der Aktion aufs Blut hebt der Autor die Steigerung des Hämoglobingehaltes, die Vermehrung der roten Blutkörperchen hervor. Da bei Gesunden die Quecksilberzufuhr eine Hypoglobulie erzeuge, so müssen Blutuntersuchungen gemacht werden; solange das Hg den Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen vermehre, ist die Weiterbehandlung notwendig; bei der entgegengesetzten Wirkung ist die Behandlung abzubrechen. Von den löslichen Quecksilbersalzen verwirft LÉVY-BING als schlecht, ungenügend, das Sublimat, Asparagin-Hg, das Formamid und Succinimid. Von den unlöslichen bevorzugt er das Hydrargyrum bijodatum rubrum und erwähnt das milchsäure Hg und das Hermophenyl. Unter den schwerlöslichen Präparaten hält er

das Kalomel und das graue Öl für die wirksamsten. DEUTSCH empfiehlt zum Schluss das LANGESCHE graue Öl als das wirksamste, ungefährlichste, und das Mittel, das die meiste Verbreitung verdient und rechtfertigt.

Putzler-Dansig.

Therapeutischer Wert des Jodipins bei der Behandlung der syphilitischen Spätformen, von SERRA. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1903. Nr. 21.) Auf Grund einer Reihe von Untersuchungen kommt Verfasser zum Resultate, daß das Jodipin sowohl innerlich als subcutan administriert werden kann und in beiden Fällen ausgezeichnet vertragen wird. Es ist besonders da indiziert, wo man Jodkalium verschreiben würde und wo dieses nicht vertragen wird. Jodismus wird auch bei sehr starken Dosen nicht beobachtet. Die Elimination des Jods geschieht durch den Harn, und zwar nur langsam. Es ist sehr wirksam bei tertiären Syphiliden, wobei aber die Knochenformen später weichen als die Syphilide des Unterhautzellgewebes.

C. Müller-Genf.

Die mercurielle Behandlung der Syphilis. Ein weiterer Beitrag zum Studium der Quecksilberinjektionen, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 13. Juni 1903.) Verfasser empfahl vor einem Jahre zur Injektionsbehandlung der Syphilis folgende Modifikation des grauen Öls: Hydrarg. bidistill. 6,0, Lanolin. 2,0 mit Zusatz von Paraffin. liquid. 2,0. Wenn er auch bei einer großen Zahl von Injektionen mit diesem Mittel Nachteile nicht gesehen hat, so legten zwei Fälle, in denen während oder nach der Einspritzungskur Lähmungen eintraten, doch die Möglichkeit nahe, daß hier ein Zusammenhang zwischen Lähmung und Einspritzungen bestehen könnte. Infolgedessen sah sich Verfasser dazu veranlaßt, das Paraffin aus der Mischung auszuschalten. Er läßt jetzt Hydrarg. bidistill. und Lanolin zu gleichen Teilen mischen und aufs exakteste verreiben. Zur Injektion wird das Präparat leicht angewärmt, zweimal wöchentlich werden 1—3 Teilstriche injiziert. Bei etwa 1000 Einspritzungen beobachtete Verfasser nie Nachteile.

A. Loewald-Kolmar.

Ein neues Quecksilbersalz zur Behandlung der Syphilis — das Hydrargyrum anilinicum, von FROSCHENKO. (*Russki Wratsch.* 1904. S. 445.) Auf Grund jahrelanger, eigener Versuche empfiehlt F. das Hydrargyrum anilanicum von der Formel Hg (C₆H₅NH₂)₂ bei Syphilis. Er hat es zu Einreibungen, in Pillen, als Salbe und Pflaster angewandt, lobt es aber insbesondere zur subcutanen Injektion, da die Einspritzungen leicht vertragen werden und weder Verdauungsstörungen noch Erythem von ihm beobachtet wurden. Gingivitis sah er nur, wenn er eine zu große Dosis anwandte. Die Erfolge bei Anwendung dieses Präparates sind gute. Die Verordnung ist folgende:

Zur subcutanen Injektion: *Hydr. anilini* 4,0
Ol. Vaseline pur. steril. 80,0
Cocaini nitrici 0,25

wovon über einen Tag je zwei Teilstriche einer PRAVAZschen Spritze, d. h. $\frac{2}{3}$ Gran Hg anilanicum injiziert werden müssen. Bei wöchentlichen Spritzkuren müssen $\frac{7}{8}$ Gran Hg anilanicum auf einmal injiziert werden.

Zu Einreibungskuren. *Hydr. anilinic.* 2,0—2,5
Ac. oleinici puriss. 1,0
Resorbini 3,0
Ol. Ment. pp. anglican. 0,3—0,4
 (oder *Ol. Gaultheriae* 0,3)

wobei 6,0 der Salbe 4,0 des officinellen Ung. cinereum entsprechen. Gegenüber letzterem hat die angegebene Salbe den Vorzug der weißen Farbe.

Arth. Jordan-Moskau.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Craw-Craw, von BAROT. (*Méd. orient.* 1904. Nr. 5.) Der Verfasser gibt seine Ansichten über diese Krankheit wieder, die er bei einer Bereisung der westafrikanischen Küste kennen gelernt und studiert hat. Man subsumiert im französischen Westafrika unter obigem Namen gewöhnlich eine ganze Anzahl differenter Affektionen, die mit dem wahren Craw-Craw nichts zu tun haben. Letztere Dermatose zeitigt Erscheinungen analog der Krätze. An Prädilektionsstellen, weloh Fufsrücken, Knie, Ellenbogen und Gesäfs darstellen, erscheinen in geringerer oder größerer Anzahl kleine rote Flecke, die sich in Bläschen mit lebhaftem, andauerndem Juckreiz umwandeln. Kratzt man nicht, so berstet das Bläschen nach vier bis fünf Tagen und entleert etwas Eiter. Langsam erfolgt dann Vernarbung unter Schorf. Die Narben stellen bei Eingeborenen weifaliche, bei Europäern rotbraune Flecke dar. Daneben treten immer neue Bläschen auf. Kratzen sich die Kranken, was fast unvermeidbar ist, so gesellen sich Streptokokken-, Staphylokokken- und pyämische Komplikationen dazu. Der Verlauf des Leidens dauert bis zu mehreren Monaten. Ätiologisch kommen Larven in Betracht; entweder ist die Affektion eine Hauterscheinung der durch *Filaria hominis* oder durch *Anguillula stercoralis* erzeugten Allgemeinerkrankung. Therapeutisch tun langdauernde Bäder mit kräftigem Abseifen, Kauterisierung der Wunden mit einer 2% igen Kaliumpermanganat-Lösung sowie Einreiben mit folgender Salbe die besten Dienste:

<i>Alum.</i>	1,0
<i>Camphor.</i>	0,5
<i>Jodoform.</i>	1,0
<i>Azung.</i>	50,0.

Hopf-Dresden.

Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr und Blasenuche der Milchtiere, von O. WYSS-Zürich. (*Korr.-Blatt für Schw. Ärzte.* 1903. Nr. 21.) W. hat durch vergleichende Statistik festgestellt, dafs bei 28 örtlich und zeitlich umschriebenen Jahresepidootien die Kindersterblichkeit in 26 von 28 Epidootienkreisen ungünstig beeinflusst wurde. In dieser Gruppe von „Blasenuche“ (neue Bezeichnung für Maul- und Klauenuche) war zwölfmal die Mortalität der Kinder im gleichen Jahre entschieden erhöht, in 10 Gruppen war die Erhöhung im darauffolgenden Jahre eingetreten und in vier Gruppen im gleichen und im darauffolgenden Jahr. Erklärt wird diese Tatsache daraus, dafs natürlich auf der Höhe der Blasenuchenerkrankung die Milch nicht mehr in den Handel kommt, sondern erst wieder nach Monaten, wo aber die Veränderung der Milch noch andauerte und die Mortalität der Kinder ungünstig beeinflusst wurde.

Putzler-Dansig.

Bakterienbefunde bei der Euterentzündung der Kuh und der Ziege, von PAUL STEIGER-Bern (Schweiz). (*Centralbl. f. Bakteriöl.* Bd. XXXV, Nr. 3, 4 und 5.) Verfasser hat 46 Sekretproben von Kühen, eine von einer Ziege einer genauen bakteriologischen Untersuchung unterzogen. 27 stammen aus Eutern mit Mastitis parenchymatosa leichteren und schwereren Grades, 4 aus Eutern mit Euterkatarrh, 4 aus Eutern mit Fremdkörpergalactophoritis, 11 aus Eutern mit Galt (ansteckende Form der Euterentzündung).

Es fanden sich folgende Bakterien:

A. *Staphylococcus mastitidis* (bei einer Ziege und fünf Kühen). Der hier von GUILLEBEAU und STEIGER gefundene *Staphylococcus* zeigt mit dem beim Menschen vorkommenden morphologisch und kulturell grofse Übereinstimmung. Eine Abweichung

zeigt sich nur in der Virulenz. Durch zahlreiche subcutane Injektionen auf Hunde, Meerschweinchen und Mäuse ist von GUILLEBEAU der Mangel an pyogenen Eigenschaften festgestellt und ebenfalls durch Experimente seine für das Euter spezifische Virulenz, weshalb die Bezeichnung: *Staphylococcus mastitidis* berechtigt ist.

B. Galaktokokken (10 Kühe), *Galactococcus fulvus* und *versicolor*. Die Galaktokokken sind runde, unbewegliche, $1\ \mu$ große Kokken, Gelatine verflüssigen sie nicht und bringen Milch durch Säuerung zur Gerinnung. *Galactococcus versicolor* bildet auf Kartoffeln einen schmutzigweißen oder zitronengelben, während *G. fulvus* einen weißen oder ockergelben Belag bildet. Diese Mikrokokken haben mit anderen bekannten Kokken wenig gemein, am nächsten stehen sie dem *Micrococcus candidans* (FLÜGGE).

C. Streptokokken (10 Kühe). Mit Ausnahme eines einzigen Falles waren diese Kokken in allen denjenigen Fällen nachweisbar, bei welchen die klinische Diagnose Galt (*Galactophoritis acuta encrotica et chronica sporadica*) sicher oder wahrscheinlich war. Die Streptokokken gehören mit den Colibazillen zu den wichtigsten und gefährlichsten Erregern von Euterleiden.

D. Colibasillen und *Bacillus aërogenes* (14 Kühe). *Bacillus aërogenes* ist ein unbewegliches, nach GRAM nicht färbbares Kurzstäbchen, welches in der Tiefe der Gelatine runde, granulierten, graubräunliche Kolonien bildet. Im Gegensatz dazu ist der *Bacillus coli* ein gut bewegliches Stäbchen mit mehr oder weniger starker Indolbildung.

E. Mischinfektionen (6 Kühe). Hier waren meist Strepto- und Staphylokokken, Colibasillen und Galaktokokken vertreten.

Die Mastitiden, welche durch Einzelinfektion eines *Staphylococcus* oder eines *Galactococcus* entstanden, gingen nach den Erfahrungen des Verfassers in kurzer Zeit in Resolution über, wogegen Euterentzündung, durch Streptokokken, Colibasillen oder durch Mischinfektion hervorgerufen, häufig in Atrophie oder Nekrose eines Teils des Drüsenkörpers übergingen.

Was die Infektionspforte betrifft, so hat Verfasser eigene Versuche angestellt; es gelang nicht, durch einfache Berührung der Zitzenmündung mit virulenten Bakterien eine Mastitis zu erzeugen. Sehr viel für sich hat die Lehre der hämatogenen Infektion, da nachgewiesen ist, daß das Euter konstant eine größere Anzahl von Bakterien beherbergt, die Milch somit nie bakterienfrei ist. Zur Klärung der Frage hat Verfasser den Inhalt der Pansen und Psalter auf den Bakteriengehalt genau untersucht. Von den daselbst gefundenen Kokken ließen sich zwei größere Gruppen unterscheiden. Die eine dieser gleicht in morphologischer, biologischer und kultureller Hinsicht den Merkmalen des *Staphylococcus mastitidis*, während die andere in großer verwandtschaftlicher Beziehung zu den Galaktokokken steht, wodurch die hämatogene Infektionstheorie eine weitere Stütze erhält. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Der Aspergillus des Tokelau, von C. WEHMER. (*Centrabl. f. Bakteriologie*, Bd. XXXV, Nr. 2.) Unter Tokelau (Samoa disease, Pita, *Tinea imbricata*) ist eine epidemische Hauterkrankung der Eingeborenen der Fidji-, Samoa-, Gilbert-, Salomoninseln und anderen zu verstehen. Dieselbe tritt in Gestalt schuppender Ringe auf dem Rumpf und den Extremitäten auf. Der Ausschlag ist ansteckend und auf manchen Südseeinseln so häufig, daß in manchen Dörfern fast alle Bewohner damit behaftet sein sollen. Als Erreger dieser auch Herpès tropical genannten Erkrankung gelten trichophytonartige Mycelpilze. Es scheint aber nach neueren Befunden doch nicht ganz sicher, ob man es hier mit reiner Trichophytie zu tun hat, jedenfalls scheinen auch noch andere Pilze dabei in Frage zu kommen. TRIBOUDEAU fand in den Hautschuppen sporenbildende Organe, deren Ähnlichkeit mit *Aspergillus*-Konidienträgern ihm auffiel. Verfasser hat sich nun das genauere Studium dieses Pilzes angelegen

sein lassen. Er fand, daß es sich um einen echten *Aspergillus* handelt, nicht bloß um einen aspergillusähnlichen Pilz. Er charakterisiert denselben in folgender Weise: *Aspergillus Tokelan* nov. spez. Mycel: farblose, sehr zarte, 1—2 μ dicke, verzweigte, zwischen den Epidermiselementen wuchernde Hyphen; Konidienträger mit schwach bräunlichgelbem Köpfchen; Stiel einfach verzweigt, farblos, glatt; Blase mehr oder minder keulig, farblos, glatt; Sterigmen unverzweigt, flaschenförmig, schwach aufwärts gerichtet, Kuppe der Blase bedeckend. Konidien sehr ungleich groß, dicht mit feinen, hellen Nadelchen bedeckt, schwach gelblich, isoliert oder nur in kleinen Verbänden. Die künstliche Züchtung in Kulturen ist sicher möglich, aber bisher noch nicht gelungen. Als bedingungslos pathogen ist dieser *Aspergillus* für Menschen — TRIBOUDEAUX Übertragungsversuche auf Kaninchen waren erfolglos — nicht anzusehen. Die Erkrankung durch den Pilz setzt eine gewisse körperliche Unsauberkeit voraus, anscheinend bedarf er aber keiner Verletzung der Haut, um sich anzusiedeln; sein Vorkommen ist jedoch an bestimmte klimatische Verhältnisse gebunden. (Verbreitungsgebiet der Kokospalme, warme feuchtigkeitsgesättigte Luft, deren Temperatur [um 28° herum] wenig wechselt.) *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Über eine Epidemie von *Herpes tonsurans*, von G. BUNDT-Bublitz. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte*. 1903. Nr. 19.) 25 Fälle von *Herpes tonsurans*, bei denen die Ansteckung von einem jungen Bullen ausging, der die Flechte von Hinterpommern nach Ostfriesland eingeschleppt hatte. Das Tier war besonders an Stellen mit zarter Haut (unter dem Leibe und an der Innenseite der Beine) befallen. Die Diagnose wurde durch den mikroskopischen Nachweis des *Trichophyton tonsurans* gesichert. Bei einzelnen Patienten brachte die Affektion durch starke Anschwellung der Nackendrüsen und durch Entzündung der infolge des starken Juckens zerkratzten Stellen mit Fieber bis zu 39,2 erhebliche Störungen auch im Allgemeinbefinden.

Bemerkenswert ist, daß im Anschluß an ein Masernexanthem bei vier fast geheilten Patienten plötzlich ein akuter Ausbruch mit zahlreichen kleinen, kreisförmig angeordneten, bald in Schuppen übergehenden Knötchen erfolgte.

Die Behandlung bestand in Applikation von 10%oigem Chrysarobintraumatin, Seifenspirit und Naphtholseifenalbe.

Da der Ansteckungsweg beim *Herpes tonsurans* nach Ansicht des Verfassers sehr oft auf erkrankte Tiere hinleitet, so müssen solche isoliert werden, die Fütterer und Pfleger müssen mit leicht waschbarer Oberkleidung versehen sein (Drillhosen und Drillhjacken); ihre Hände müssen sie mit Lysollösung reinigen, und der Stand der Tiere muß nach erfolgter Genesung mit Kalkmilch desinfiziert werden. Die Viehbesitzer sind über die Krankheit und ihre Ansteckungsgefahr zu belehren.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Ein Beitrag zum epidemischen Auftreten von *Herpes tonsurans*, von RAUBER-Düsseldorf. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte*. 1903. Nr. 24.) Eine Schulepidemie, in deren Verlauf 31 Knaben und 8 Mädchen an *Herpes tonsurans* erkrankten. Übertragung von Tieren war in keinem Falle zu ermitteln; ob das zuerst erkrankte Kind die Pilzkrankheit von einem Tiere erworben, konnte nicht festgestellt werden. Der Sitz der Erkrankung war meist die Mitte des behaarten Kopfes. Wegen des gehäuftten Auftretens mußte die Schule ca. acht Wochen geschlossen werden. Erst nach Ablauf eines Jahres waren trotz sorgfältiger spezialistischer Behandlung sämtliche Kinder geheilt. Die Schule wurde erst wieder eröffnet, nachdem die Räume gründlich mit Formalin desinfiziert waren.

Die große Gefahr einer starken Verbreitung, namentlich bei Nichtbeachtung der ersten Fälle und die Hartnäckigkeit des Leidens, läßt es Verfasser für wünschens-

wert erscheinen, daß seitens der Schul- und Kreisärzte bei Revisionen den Pilzkrankheiten eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Staphylokokken des chronischen Ekzems, von FRITZ VEREL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) V. hat in 20 Fällen von chronischem Ekzem eingehende bakteriologische Untersuchungen vorgenommen; das Ergebnis dieser Untersuchungen faßt er in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Beim chronischen Ekzem finden sich regelmäßig, in den Anfangsstadien ausschließlich, in den späteren Stadien fast ausschließlich Staphylokokken, die (wie die Prüfung der Hämolysebildung und der Agglutination beweist) mit den eigentlichen Eiterkokken identisch sind und sich von den Staphylokokken der normalen Haut unterscheiden lassen.

2. Ob den Staphylokokken beim Entstehen des chronischen Ekzems eine ätiologische Bedeutung zukommt, läßt sich nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse weder bejahen noch verneinen. Dagegen berechtigt die Tatsache, daß die Staphylokokken des chronischen Ekzems mit den eigentlichen Eiterkokken identisch sind und in den Frühstadien der Erkrankung stets in Reinkultur angetroffen werden, zu dem Schluß, daß die Staphylokokken im chronischen Ekzem nicht als reine Saprophyten wuchern, sondern daß ihnen eine Bedeutung in der Pathogenese des Prozesses zukommt.

3. Da sich in den Frühstadien des chronischen Ekzems außer Staphylokokken andere Bakterien nicht finden, ist ein spezifischer Erreger des chronischen Ekzems mit Sicherheit auszuschließen.

Göts-München.

Verhütung der Weiterverbreitung des Ringworms, von F. H. BEADLES-Richmond. (*Med. News.* 23. Jan. 1904.) Der Ringworm, diese parasitäre, durch *Mikrosporon Audouinii* und das *Trichophyton* verursachte Hauterkrankung, scheint in anderen Ländern viel verbreiteter zu sein wie bei uns und besonders auf der Kopfhaut der Kinder in hartnäckiger Weise aufzutreten, so daß es, wie B. anführt, in Paris, Brüssel, Rom eigene Schulen für derartig erkrankte Kinder gibt. Er tritt warm dafür ein, daß auch in den größten Städten Amerikas solche, streng ärztlich beaufsichtigte Separatschulen errichtet werden. Der inspizierende Arzt muß alle anderen Kinder der betreffenden Familie untersuchen und darf nicht vergessen, daß die Hände der kleinen Patienten, wenn nicht sauber gereinigt, die Krankheit weiter verbreiten können. Das unter Behandlung stehende Kind muß allein schlafen, eigenes Handtuch, Bürste usw. benutzen, und all diese Gebrauchsgegenstände müssen häufig sterilisiert werden. Alle Haustiere, welche als rüdig befunden werden, sollten entweder getötet oder streng isoliert werden, da Katzen usw. besonders häufig die Weiterverbreitung vermitteln. Friseurstuben dürfen von infizierten Individuen nicht besucht, und gesunde Leute sollten hier stets ihre eigenen Gebrauchsgegenstände haben. Kurz, B. glaubt, daß auch beim Ringworm der Kinder, wie es bei so vielen anderen Krankheiten der Fall bereits sei, die Hygiene Triumphe feiern wird.

Stern-München.

Ein Fall von Seborrhoea nigricans (schwarze Gesichtsmaske), von A. VAN HALLINGEN-Philadelphia. (*Amer. Journ. of med. scienc.* Februar 1904.) Bei einer 23-jährigen Hysterica, welche, in ärmlichen Verhältnissen lebend, vier Jahre lang zu Bett gelegen hatte, waren die ganze Stirn und das obere Stück der Nase mit einer $\frac{1}{4}$ Zoll dicken, halbweichen, ziemlich glatten und pechschwarzen Masse bedeckt. Angeblich war der übrige Teil des Gesichts zeitweilig von einer ähnlichen Masse bedeckt gewesen. Zurzeit zeigte aber die sonstige Gesichtshaut eine trockene, schuppige Beschaffenheit mit Ausnahme der Umgebung des Mundes, welche mit gelblichen Krusten von seborrhoischem oder vesikulösem Ursprung bedeckt war. Die Masse ließ sich nach vorheriger Erweichung schmerzlos entfernen und erwies sich als eine Ansammlung

von Fett mit Fragmenten von Wolle, Haaren, körnigem Detritus, wahrscheinlich Staub und Schmutz, Epithelzellen und vereinzelt Lanugohaaren. Es scheint, daß eine derartige Maskenbildung sonst nicht beobachtet worden ist. Die Chromidrosis der Hysterischen ist von anderer Art.

Philippi-Bad Salaschirf.

Ein plötzlicher Todesfall nach Abheilung von Ekzem, von HEUBNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 14.) In der Sitzung vom 25. Juni 1903 der Gesellschaft der Charité-Ärzte berichtet H. über einen Todesfall eines Kindes, dessen hochgradiges Ekzem nach acht Tagen geheilt war. Die Sektion ergab nur einen Status lymphaticus, sonst nichts. Ein Zusammenhang zwischen dem Ekzem und dem Todesfall läßt sich nicht nachweisen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Pityriasis rosea. Ein erythematöser Ausschlag inneren Ursprungs, von LUDWIG WEISS-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. Juli 1903.) Der Standpunkt des Verfassers ist durch den Titel der Arbeit bereits gekennzeichnet. Der ganze klinische Verlauf, meint Verfasser, spricht zugunsten der Annahme einer endogenen Entstehung: der plötzliche Beginn, der Charakter der Eruption, der Mangel der Kontagiosität, der zyklische Ablauf, die diffuse Verbreitung, die Seltenheit des Rezidivs, alles glaubt Verfasser für seine Theorie anführen zu können, besonders aber auch das häufige Vorkommen gastrischer und anderer allgemeiner Störungen im Beginn einer Pityriasis rosea. Das klinische Bild der Pityriasis rosea besteht in kongestiv hyperämischen, ovalen oder zirkulären Flecke von blaßroter, im Zentrum gelblich roter Farbe, die auf Druck abblassen; werden die Flecke älter, so wird ihre Farbe dunkler rot, die Abblassung beginnt im Zentrum und schreitet nach der Peripherie fort. Im Beginn ist noch keine Schuppung wahrnehmbar; kratzt man aber mit dem Fingernagel frische, noch nicht schuppende Effloreszenzen, so gelingt es regelmäßig, im Zentrum einige Schuppen abzukratzen. Verfasser legt dieser Erscheinung geradezu pathognomonischen Wert bei. — Der histologische Befund spricht ebenfalls zugunsten der endogenen Entstehung, die schweren Erscheinungen finden sich, wie auch LÖWENBACH und HOLLMANN nachgewiesen haben, in der Cutis, während die Epidermis nur unwesentlich beteiligt ist. Wäre die Krankheit externen Ursprungs, so müßten gerade an der Epidermis die ausgesprochenen Erscheinungen zu finden sein. Das Wesentliche des mikroskopischen Befundes sieht Verfasser in einer Proliferation von Spindelzellen in der Umgebung der Blutgefäße der Cutis neben den gewöhnlichen Zeichen einer milden exsudativen Entzündung. Pilze konnte Verfasser weder in den Schuppen noch in Schnitten nachweisen. — Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß zwischen Herpes tonsurans disseminatus und Pityriasis rosea nicht mehr Ähnlichkeit bestehe als etwa zwischen Varicellen und Pemphigus. — In der Diskussion bekämpften ANTHONY, DUNCAN BULKLEY und HEIDINGSFELD des Verfassers Standpunkt und halten an der Annahme einer parasitären Ursache der Pityriasis rosea fest.

A. Loewald-Kolmar.

Gegenwärtiger Stand der Lehre von der Pityriasis rosea GIBERT, von A. LANZ. (*Russki Wratsch.* 1904. Nr. 8. S. 277.) Auf dem IX. Pirogowschen Kongress in Petersburg gab LANZ auf Grund 36 eigener Beobachtungen wie auf Grund der Literatur ein erschöpfendes Bild der Pityriasis rosea GIBERT. Seine Schlussfolgerungen faßte er folgendermaßen zusammen:

1. Die rosafarbene Schuppenflechte hat keine Beziehungen zur Trichophytie. Die Bezeichnung „Herpes tonsurans maculosus et squamosus“, welche die Wiener Schule dieser Krankheitsform gegeben hat, muß demnach verlassen werden und durch die von GIBERT gegebene Benennung Pityriasis rosea ersetzt werden.

2. Die rosafarbene Flechte ist nicht sehr selten und kommt in Moskau in zirka 2—3% aller Hautfälle vor.

3. Die Krankheit ergreift fast nur Personen von 20—40 Jahren; Kinder und Greise werden äußerst selten betroffen.

4. Männer und Frauen erkranken fast gleich häufig.

5. Die meisten Erkrankungen beobachtet man in den vier ersten Monaten des Jahres und im Herbst.

6. Die Krankheit ist nicht ansteckend.

7. Verhältnismäßig häufig kommt sie gleichzeitig mit frischer Lues und Psoriasis vulgaris vor.

8. Die Pathogenese des Leidens ist bisher noch dunkel. Die neuesten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen gestatten die Vermutung eines toxischen Ursprungs des Ausschlages und einer Analogie mit der Gruppe der Erytheme.

9. Die Pityriasis rosea hat zuweilen große Ähnlichkeit mit der Roseola syphilitica. Ebenso muß sie unterschieden werden von der Trichophytie, dem seborrhoischen Ekzem, der Pityriasis rubra, Psoriasis vulgaris und der Pityriasis lichenoides chronica.

Artb. Jordan-Moskau.

Behandlung der Psoriasis. (*St. Louis Courier.* Febr. 1904.) Kurze, kritische Betrachtung über die neueren Heilmittel gegen Psoriasis, von welchen Schilddrüsen-extrakt in chronischen Fällen mit ausgedehnter Abschuppung das beste innere, Chrysarobin noch immer das wirksamste lokale Mittel sei. Übrigens biete nach FREEMAN, dessen Autorität hier besonders hervorgehoben wird, jeder Fall seine Eigentümlichkeiten, welche je spezielle Behandlung erheischen.

Stern-München.

Über äußerliche Behandlung der Psoriasis, von K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 5.) Die erweichende Wirkung, welche Oxydationsmittel auf die Haut ausüben, suchte Verfasser für die Behandlung der Psoriasis zu verwerten, indem er Zinksuperoxyd, ein Nebenprodukt der Natrium-superoxydfabrikation, in Form einer 10 %igen Salbe (mit Ungt. Paraffini) anwandte. Es wurde tatsächlich ein heilender Einfluß auf die Psoriasisefloreszenzen festgestellt. Dieser heilende Einfluß wurde wesentlich erhöht durch Kombination des Mittels mit Teer, und zwar mit einem neuen Teerpräparat Lithanthrol, einem Steinkohlenteerchloroethylalkoholat, das angenehme äußere Eigenschaften hat und nur geringe hautreizende Wirkungen äußert. Bei einem Zusatz von 10—50 % Lithanthrol zur Zinksuperoxydsalbe wurde fast immer rasche Besserung erzielt; auch Lithanthrol allein bewährte sich gut. Daneben wurden fast alle Fälle innerlich mit Arsenik behandelt. Die Vorzüge dieser Methode gegenüber der Chrysarobin- und Pyrogallusbehandlung sind: keine Verfärbung von Haut und Wäsche, Nierenschädigungen sind ausgeschlossen, die Gefahr der Hautreizung ist gering.

A. Loewald-Kolmar.

Bemerkungen zu K. HERXHEIMERS Arbeit über die äußerliche Behandlung der Psoriasis, von ARNOLD SACK-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 10.) Verfasser berichtet, daß auch er mit Zinksuperoxyd resp. mit Ektogan, das 40 bis 50 % ZnO_2 enthalten soll, therapeutische Versuche angestellt hat, die ihn von der Wirksamkeit des Mittels überzeugt haben, und über die eine Veröffentlichung in Aussicht steht. In der 30 %igen Wasserstoffsuperoxydlösung MEROKS haben wir ein noch bedeutend wirksameres Antisporiatikum, das eingehende Prüfung verdient. — Die von HERXHEIMER beobachteten Reizungen beim Gebrauch von Anthrasol sind wohl darauf zurückzuführen, daß zu den Versuchen H.s die allerersten Anthrasolproben benutzt wurden. Das neue Präparat H.s „Lithanthrol“ stellt Verfasser in eine Reihe mit den bekannten Teerlösungen Liq. carbonis detergens usw. Allen diesen gegenüber bedeutet das Anthrasol einen Fortschritt, weil in ihm der Teer nicht gelöst ist, sondern weil es Teer selbst, befreit von Pech und den färbenden Bestandteilen, ist. Es hat vor allen Präparaten den Vorzug der Farblosigkeit.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Lehre vom Pemphigus acutus (febris bullosa), von RACHMARINOW. (*Med. Obozrenje*. 1903. S. 874.) Das seltene Vorkommen des Pemphigus acutus bei kleinen Kindern, nicht Neugeborenen, veranlaßt Verfasser, wie er sagt, zur Beschreibung zweier derartiger Beobachtungen. Die eine betraf einen Knaben von zwei Jahren und neun Monaten, die andere einen Knaben von sieben Monaten. Bei beiden begann die Erkrankung plötzlich unter Fieber, wozu sich Blasenausbrüche gesellten. In dem einen Fall dauerte die Krankheit, bis zum völligen Abfall der Borken, 80, im anderen 20 Tage. Bei beiden Kranken überwogen im Serum der frischen Blasen die einkernigen Zellen über die mehrkernigen, und es fehlten die eosinophilen Zellen. Das beweist wohl zur Genüge, daß dieser Prozeß sich vom Pemphigus vulgaris, foliaceus und vegetans unterscheidet. Ob aber der Pemphigus neonatorum von dem Pemphigus acutus der Kinder völlig zu trennen ist, übernimmt Verfasser nicht zu entscheiden.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur Pemphigusfrage, von S. PRISMANN-Liban. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 49.) Mitteilung zweier Fälle.

1. Bei einem Kind gesunder Eltern traten am neunten Lebenstage hauptsächlich auf Brust, Bauch und Rücken große, schlappe Blasen auf. Nach Platzen der Blasendecke erfolgte keine Borkenbildung, teilweise wandelten sich die Blasen in schwarze, nekrotische Massen um. Die Krankheit führte bei schwerer Störung des Allgemeinbefindens in wenigen Tagen zum Tode. Verfasser deutet den Fall, der ganz den Eindruck einer akuten Infektionskrankheit machte, als Pemphigus neonatorum acutus gangraenosus malignus.

2. Ein 17jähriges Mädchen erkrankte 14 Tage nach einer Zahnextraktion mit Erscheinungen im Munde: Schmerzhaftigkeit und Blutung des Zahnfleisches. In den nächsten Tagen schossen am ganzen Körper Blasen auf, die nach kurzem Bestande platzten. Die zurückgebliebenen Hautdefekte bedeckten sich zum Teil mit dünnen, flachen, leicht geschichteten Borken, zum Teil blieben sie feucht glänzend mit einem zarten Hautrande, dem Rest der Blasendecke. Nirgends kam es zur Überhäutung. In wenigen Wochen befand sich die Patientin in einem trostlosen Zustand, der ganze Körper war fast eine einzige Wundfläche. Außer der Mundschleimhaut waren auch die Nase und die Augen befallen. In der sechsten Krankheitswoche starb die Patientin. — Die Diagnose des Verfassers schwankt zwischen Pemphigus acutus und Pemphigus foliaceus, er neigt zur Annahme des letzteren trotz des raschen Verlaufs.

A. Loewald-Kolmar.

Verschiedenes.

Klinisches und Entwicklungsgeschichtliches über die Bedeutung der kongenitalen Anomalien der Haut der Steißgegend (Steiß-Grübchen, -Fistel, -Cyste und Haarbildungen), von THEODOR BRUGSCH-Altona. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) An der Hand eines Falles von Steißfistel bei einem Erwachsenen bespricht Verfasser die Entwicklungsgeschichte der Steißbeingegend. Die nähere Beschreibung würde zu weit führen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 39.

№. 7.

1. Oktober 1904.

(Dermosyphilopathologische Klinik in Parma, geleitet von Prof. V. MIBELLI.)

Mykosis fungoides und Leukämie.

Abhandlung von

Dr. MARIO PELAGATTI,
Hilfsarzt und Privatdozent.

Mit zwei Abbildungen im Text und einer Farbentafel.

Wenige Dermatosen sind so eingehend studiert worden wie die Mykosis fungoides, und sehr wenige gibt es, die Anlaß zu so großer Diskussion gegeben haben; und an dieser Diskussion haben nicht nur Dermatologen, sondern auch Pathologen jeder Nationalität teil genommen. Trotz der vielen, schätzenswerten und gründlichen Werke, bleiben doch noch zahlreiche Punkte der Frage dunkel. Vor allem ist noch nicht recht festgestellt, ob die Mykosis fungoides nur ein örtlicher Prozeß der Haut ist, wie man in fast allen Abhandlungen der Dermatologie liest, oder ob die Mykosis fungoides eine allgemeine Erkrankung des Organismus mit besonderen und charakteristischen Lokalisationen in der Haut ist, wie eine gewisse Anzahl von besonders in den letzten Jahren veröffentlichten Fällen anzudeuten scheinen. Zu diesem Problem gesellt sich noch ein anderes, welches das klinische Studium der Kranken und der hämatologische Befund des Blutes uns zu stellen zwingt, nämlich zu erforschen, welcher Zusammenhang zwischen dieser Dermatoze und der Leukämie besteht. Daß eine gewisse Beziehung zwischen der Leukämie und der Mykosis fungoides bestehen kann, ist keine ganz neue Idee, denn schon im Jahre 1869 wurde zuerst von GILLOT und kurz darauf von RANVIER behauptet, daß die mykotischen Geschwüre nichts anderes seien, als lymphatische Neubildungen der Haut. Aber diese Meinung begründete sich nur auf den histopathologischen Befund, ohne die Beihilfe klinischer Daten und nekroskopischer Befunde; eine nach meiner Meinung ungenügende Grundlage, um dem in Frage stehenden krankhaften Vorgang eine genaue, gründliche Erklärung zu geben. Man kann jedoch nicht umhin, anzuerkennen, daß man die Bemerkung gegen GILLOT und RANVIER, füglich

auch gegen alle diejenigen erheben kann, welche behaupten und behauptet haben, daß der mykotische Prozeß ein Granulom oder ein Sarkom sei, da auch sie sich ausschließlich auf eine andere Deutung der histopathologischen Tatsachen gründen und nicht genug Gewicht auf die Daten legen, welche das klinische Studium des Kranken und der nekroskopische Befund liefern können. So wie die Dinge augenblicklich stehen, glaube ich, daß bei aller Wichtigkeit, die dem histologischen Befunde der Hautveränderungen gebührt, man doch dem hämatologischen Befunde nicht geringere Wichtigkeit beilegen darf, denn obgleich die neuesten Beobachtungen über die Modifikationen, welche das Blut in den an Mykosis fungoides Erkrankten erleidet, wenig zahlreich und unvollständig sind, so sind sie doch hinlänglich, um zu beweisen, daß die Teilnahme des Blutes an dem Prozeß nicht so gering sein muß und nicht eine derartige, um außer acht gelassen zu werden; wie auch gleichfalls der nekroskopische Befund und besonders die histologische Untersuchung derjenigen Organe, welche in direkter Beziehung zu dem Blute stehen, gehörig berücksichtigt werden müssen. Denn in von Mykosis fungoides befallenen Individuen sind außer den rein mykotischen Veränderungen der Haut auch Veränderungen in den inneren und besonders den hämopoietischen Organen aufgefunden worden, welche den Gedanken an einen leukämischen Prozeß wachriefen, da zur Erklärung desselben eine durch chronische Infektion hervorgerufene Anämie nicht genügend ist. Hieraus erhellt die Opportunität, das Studium der Mykosis fungoides in neue Bahnen zu lenken und neue Forschungen anzustellen, besonders jetzt, wo der bemerkenswerte Fortschritt, den die hämatologischen Studien gemacht haben, es uns erlaubt, gewisse, früher schwer deutbare Veränderungen besser zu schätzen. Und dieser neuen Richtung bin ich gefolgt, als ich den Fall studierte, über den ich jetzt berichten werde, ein Fall, der eine besondere Wichtigkeit hat, weil das Studium desselben uns zu etwas mehr als zur Annahme einer einfachen Verwandtschaft zwischen Mykosis fungoides und Leukämie bringt, und der eher den Gedanken an eine nosologische Identität der beiden in Frage stehenden Prozesse in uns erweckt.

Klinischer Bericht. Desiderio Manghi, 53 Jahre alt, verheiratet, Bauer in San Secondo (Provinz Parma), kam zum ersten Male am 27. Dezember 1902 in die hiesige Klinik, behaftet mit einem sich fast über den ganzen Körper ausbreitenden Hautleiden. Auf Befragen antwortet Patient folgendes: Bis zum Alter von 30 Jahren habe ich keinerlei Krankheiten gehabt, in jener Zeit war ich beim Reisbau beschäftigt und bekam das Malariafieber, welches mit mehr oder weniger heftigen Anfällen mich fast ein Jahr leidend machte. Nachdem ich durch Einnahme von Chininsalzen vollständig wieder hergestellt worden war, erfreute ich mich bis vor zwei Jahren (Dezember 1900) einer vorzüglichen Gesundheit; zu jener

Zeit zog eine unangenehme Empfindung von Jucken meine Aufmerksamkeit auf hellrote, mit Schuppen bedeckte Flecke, welche auf der Hautfläche zerstreut waren, und welche auf dem Rumpfe zahlreicher waren als auf den Gliedern. Ausser dem in gewissen Augenblicken absolut unerträglichen Jucken verspürte ich keine anderen Beschwerden, und zwar zwei oder drei Monate lang; im Beginn des Frühjahrs 1901 befahl mich ein allgemeines Übelbefinden, weshalb ich meinen Arzt zu Rate zog, und dieser verschrieb mir eine Medizin und eine Salbe gegen das Jucken, von beiden weis ich die Bestandteile nicht anzugeben. Trotz dieser Kur dauerte das schlechte Befinden fort, ebenso das Jucken, und dies letztere beschränkte sich nicht mehr auf die schuppigen Flecke, sondern erstreckte sich auch auf Stellen, wo die Haut scheinbar unversehrt war. Letzten Juli bemerkte ich am rechten Schenkel einen kreisrunden, lebhaft roten Fleck von der Grösse eines Zweifrankenstückes; dieser Fleck unterschied sich von den anderen nicht nur durch die viel lebhaftere Farbe, sondern auch weil er glatt, ohne Schuppen und leicht erhaben war, und weil er beim Berühren einen gewissen Widerstand bot. Nach ungefähr 20 Tagen erschien ein neuer, dem ersten gleicher Fleck in der Interskapulargegend und in der Folge mehrere andere an verschiedenen Teilen des Rumpfes und später auch an den Gliedern. Dieses Hautleiden, das nicht nur keine Neigung zeigt, zu heilen, sondern sich sogar von Tag zu Tag mehr ausbreitet und mich durch das heftige Jucken arg belästigt, beunruhigt mich sehr, und trotzdem mein Allgemeinbefinden sich seit einiger Zeit gebessert hat, habe ich mich doch entschlossen, mich zwecks einer richtigen Kur in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Objektive Untersuchung (30. Dezember 1902). Patient ist von Statur etwas über mittelgrös, Skelett regelmässig, Muskelsystem gut entwickelt, Fettpolster normal, Haut hellfarbig, Hals und Gesicht leicht gebräunt, dünnes graues Haar, am Vorderkopfe fast kahl, leichter schuppiger Schinn auf dem Kopfe, Bart grau, ins Blonde spielend. Die Dermato-se verschont gänzlich den Kopf, und man sieht die ersten Spuren erst an der Basis des Halses. Sie wird gebildet von vielen, deutlich unterscheidbaren infiltrierte Herden, die mehr oder weniger in Grösse entwickelt sind, die aber im Grunde eine gleiche, ganz besondere Objektivität darstellen.

Es handelt sich um Flecke von ziemlich regelmässiger Gestalt: sie sind kreisrund, oval, elliptisch und von verschiedener Grösse, von der einer Bohne bis zu der eines Talerstückes und noch grösser; ihre Farbe ist intensiv rot, vom fleischfarbenen bis zum violetten Rot, und in einigen geht sie in einen schieferbraunen Ton über; diese Flecke sind etwas über der Hautfläche erhaben, die Oberfläche ist eben, im Zentrum etwas eingedrückt; das Aussehen ist glatt und glänzend; an der die ganz

gesunde Haut begrenzenden Peripherie sind sie scharf markiert. Zwischen den eben genannten regelmäßigen Infiltraten, sind andere, welche eine krumme Linie in Form eines Kreissegments bilden, die an der Konvexität, nach der gesunden Haut hin, scharf abgegrenzt ist, während sie im Gegenteil an der konkaven Seite allmählich verläuft.

Die Oberfläche einiger Flecke ist glatt, glänzend, aber meistens ist sie fein runzelig, durchzogen von leichten Erhöhungen, die alle parallel in der Richtung der LANGERSchen Streifen laufen. Die erhabenen und

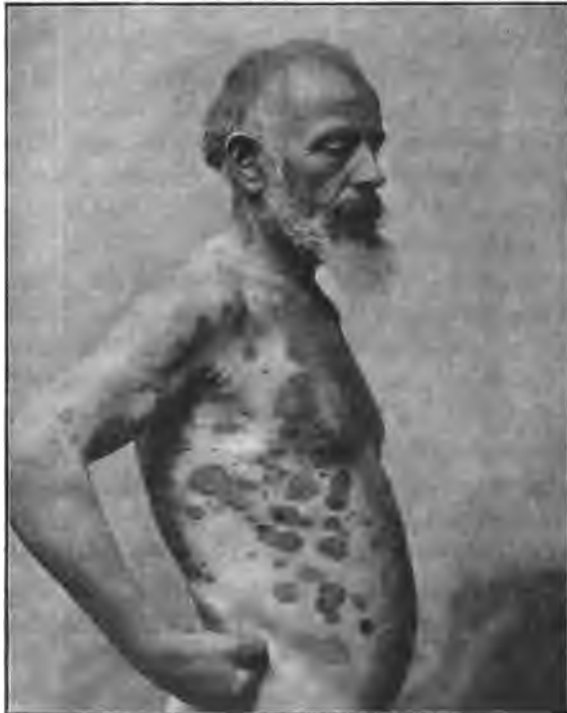


Fig. 1.

geschwollenen Flecke sind glatt und glänzend, während die eingedrückteren eine mehr oder weniger schrumpfige Oberfläche haben, einige dieser letzteren sind auch zum Teil mit feinen, blätterigen Schuppen bedeckt, und an einigen Stellen besteht auch dünner anhaftender schuppiger Schorf. Durch Drücken konstatiert man, daß, übereinstimmend mit den Flecken, die Hautdecken verdickt, verhärtet sind und eine über die Norm gehende Widerstandsfähigkeit gegen das Aufheben in Falten bieten. In allen Flecken ist die Härte und die Resistenz gegen Druck an der Peripherie größer als im Zentrum, aber einige gibt es, in welchen dieselben Erschei-

nungen auf den peripherischen Kreis beschränkt sind, und diese weisen im Zentrum stärkere Einsenkungen auf, haben eine schieferbraune Färbung und sind hier und da schwarz getüpfelt. Unter diese oben beschriebenen Effloreszenzen mit typischer Entwicklung mischen sich andere kleine Flecke, deren Oberfläche die Gröfse einer Linse nicht überschreitet, und andere noch kleinere mit hellerer Färbung in Rot, welche auch ein Filtrat darstellen, das die Hautfläche überragt. Hier und da finden sich auch Flecken von der Gröfse eines Frankenstückes, die wenig oder gar nicht infiltriert

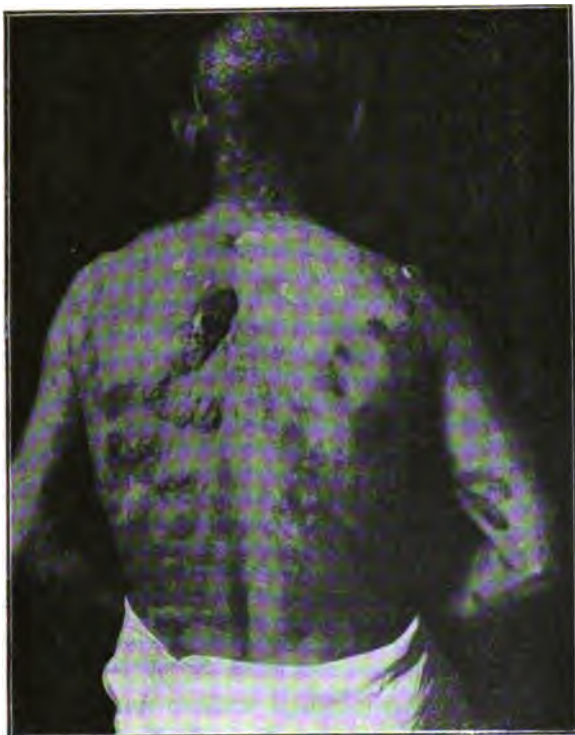


Fig. 2.

sind, hier und da sieht man auch Hautstellen, welche regelmäfsig gerötet sind und ein leicht ekzematöses Aussehen darbieten.

Verteilung der Dermatose. Wie schon gesagt, verschont die Dermatose vollständig den Kopf, und man sieht die ersten Spuren erst an der Basis des Halses. Die gröfste Zahl der Effloreszenzen findet sich über den Rücken verteilt, wo sie den gröfsten Teil der Hautfläche einnehmen, so dafs nur wenige Hautstellen frei davon bleiben. Viele sind gänzlich isoliert, eine nicht geringe Anzahl jedoch ist einander so nahe, dafs sie sich in unregelmäfsige Flecke vereinen, in denen aber dennoch die

deutliche Individualität jedes einzelnen Fleckes bemerkbar bleibt. — Auf der Vorderseite befinden sich auch Flecke in guter Anzahl auf der Brust und auf dem Leibe, und diese vorderen unterscheiden sich im allgemeinen von denen des Rückens dadurch, daß sie einen weniger ausgesprochen infiltrativen Charakter haben, denn viele derselben sehen während der schuppigen Zeit kaum wie ekzematöse Flecke aus. An den oberen Gliedmaßen sind sowohl links wie rechts einige Flecke, die ausschließlich auf die Beugefläche lokalisiert sind, sie sind zahlreicher auf den Oberarmen als auf den Vorderarmen. Andere Effloreszenzen, aber viel spärlicher, befinden sich auf den unteren Gliedmaßen. Eine derselben befindet sich auf der vorderen Fläche des rechten Schenkels und ist die entwickeltste von allen, sowohl an Ausdehnung der Oberfläche, wie an Tiefe des Infiltrats; sie ist oval, und ihr größter Durchmesser in der Richtung des Gliedes beträgt ungefähr 10 cm, während der kürzere in der Quere etwa 6 cm beträgt. Auch auf dem linken Bein, auf der Streckseite, ist ein großer, eirunder, stark infiltrierter Fleck vorhanden, der ungefähr 5×4 cm mißt.

Die sichtbaren Schleimhäute sind normal. Was das Herz anbetrifft, so geben die Herzklappen den ersten Ton blasend, den zweiten metallisch. Lunge normal. Die Leber mißt auf der Parasternallinie 15 cm, auf der vorderen Achsellinie $15\frac{1}{2}$ cm; es gelingt nur mit genauer Not, den Rand zu betasten, wegen der Kontraktionen der geraden Bauchmuskeln, aber Knoten bemerkt man nicht. Die Milz läßt sich nicht betasten, sie ist jedoch leicht vergrößert, sie mißt 10×14 cm. Keine Schwellung des Gangliensystems. Urin klar, rötlichgelb. Reaktion leicht sauer. Spezifisches Gewicht 10,25, Urea $22\frac{1}{2}$ ‰. Chlorüre in etwas größerer Menge als die normale. Phosphate und Sulfate reichlich. Eiweiß und Glykose fehlt. Die Gallenpigmente geben eine sehr geringe Reaktion.

Während der verschiedenen Perioden des Aufenthalts des Patienten in unserer Klinik, wurden wiederholt Untersuchungen des Blutes angestellt; aber über den hämatologischen Befund, der bei diesem Individuum eine sehr wichtige Rolle spielte, halte ich es für richtiger, am Ende des klinischen Berichts zu sprechen.

Desiderio Manghi blieb vom 27. Dezember bis zum 13. Februar in unserer Klinik; infolge einer energischen Arsenikkur besserte sich in diesen zwei Monaten sein Allgemeinbefinden und auch das lokale Leiden bedeutend. Beim Verlassen der Klinik waren die Infiltrate zum Teil gutartiger geworden und einige auch ganz erweicht, und es war nur ein braunroter Fleck zurückgeblieben. Mit Einwilligung des Kranken wurden zwecks histologischer Untersuchungen zwei Gewebsfragmente, ein Stück des am rechten Schenkel befindlichen flachen Infiltrats und ein Stückchen kaum infiltrierter, erythemisch aussehender Haut, exportiert.

Vom 21. Februar bis Ende Oktober 1903 habe ich den Kranken nicht gesehen, sein Arzt hielt mich jedoch schriftlich über den Gang seiner Dermatose auf dem laufenden. Aus diesen Mitteilungen erhellt, daß die in der Klinik begonnene Besserung nicht innehielt, sondern ohne Unterbrechung bis zum August 1903 fortschritt, denn nicht nur waren in diesem Zeitraum keine neuen Infiltrate aufgetaucht, sondern der größte Teil der schon bestehenden hatte sich gelöst. Auch das Allgemeinbefinden war sehr gebessert, und wenn nicht das lästige, oft bis zum Un-erträglichen gesteigerte Jucken gewesen wäre, hätte man den Kranken fast als im normalen Zustande befindlich betrachten können. Plötzlich, Anfang August, entwickelte sich oberhalb der linken Brustwarze ein ekzematöser, talergroßer Fleck, im Beginn war das Infiltrat gering, nahm aber rasch zu, so daß in weniger als einem Monat der ekzematöse Fleck sich in eine wahre, echte Geschwulst verwandelt hatte, die über die Hautfläche ragte und dunkelrot, fast schieferfarben gefärbt war. In den nachfolgenden Monaten, September, Oktober und November, erschienen auf den Armen und auf dem Rücken — einige da, wo noch Überreste von den vorher bestehenden Flecken waren, andere dagegen an Stellen, wo die Haut noch gesund war — neue der oben beschriebenen gleiche, doch kleinere und weniger erhabene Geschwülste. Zugleich mit dem Auftreten der ersten Geschwulst fing das Allgemeinbefinden des Kranken, das bis dahin als vorzüglich betrachtet werden konnte, an, sich von Tag zu Tag zu verschlimmern, so daß der Kranke sich entschloß, wieder in unsere Klinik zu kommen (1. Dezember 1903).

Objektive Untersuchung (2. Dezember 1903). Auf der Haut bemerkt man, wie ein großer Teil der in der vorigen Untersuchung beschriebenen Infiltrationsflecke sich gelöst hat mit Hinterlassung eines pigmentierten Fleckes; aber an deren Stelle sind neue stark infiltrierte erschienen, welche in Form von Geschwülsten über die Hautfläche ragen; dieselben haben eine unregelmäßig flache Form mit glatter Oberfläche und sind von dunkelroter Farbe. Die einen sind isoliert oder zusammenfließend, so daß sie große, unregelmäßig geformte Schilde mit vorspringenden Zonen bilden, und andere sind eingedrückt und begreifen in ihrem Umkreis auch einige Stellen der gesunden Haut. Außer diesen mehr oder weniger flachen Infiltraten sind zahlreiche isolierte Geschwülste vorhanden, deren Form einem Käppchen gleicht, und die schieferfarbig sind. Die größte derselben befindet sich eben oberhalb des linken Brustwarzenzirkels, sie ist eiförmig, und der größte Durchmesser, parallel mit dem Rippenbogen, beträgt 9 : 7 cm; auf der Hautfläche beträgt das Maximum der Erhöhung etwa 2 cm, die Oberfläche ist gespannt, glatt, glänzend, die Färbung rot, schieferfarbig. In der Mitte, wo die Oberhaut fehlt, tröpfelt eine seröse, blutgefärbte Flüssigkeit aus. Die besagte Geschwulst ist an

und für sich unempfindlich, beim Druck tritt sehr leichter Schmerz ein, beim Betasten spürt man eine elastische, homogene Härte, und sie ist beweglich mit der Haut. Eine andere, etwas kleinere, der vorigen gleiche Geschwulst ist an der rechten Schultergegend vorhanden, eine andere nufsgroße befindet sich am oberen Drittel der äußeren Seite des linken Armes. Zwei andere Geschwülste, auch nufsgroße, sind an der Ellenbogenbeuge derselben Seite, besagte Geschwülste ragen stark hervor und sind durch eine tiefe Furche getrennt. Noch andere, haselnufsgroße, sind auf dem Rücken, auf den Hinterbacken, auf der Brust und an den unteren Gliedmaßen. Andere linsenförmige, dunkelrot gefärbte, wenig über der Hautfläche hervorstehende und mit unversehrter Haut bedeckte Knotenbildungen liegen hier und da zerstreut und sind besonders zahlreich an den oberen und unteren Gliedmaßen. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Anormales, die Lymphdrüsen sind gar nicht geschwollen. Der Urin ist normal in Menge und Beschaffenheit. Vom ersten Tage des Aufenthalts des Kranken in der Klinik wurde die Arsenikbehandlung mit Einspritzungen von Metaarseniat begonnen (je 10 cc pro Injektion), aber dieses Mal ohne irgendwelchen Erfolg, ja der Zustand des Patienten verschlimmerte sich von Tag zu Tag, so daß er entmutigt am 19. Januar 1904 in seinen Heimatsort zurückkehren wollte. Während dieser Zeit seines Aufenthalts war der Patient nie bettlägerig und hatte nie Fieber. In seinen Heimatsort zurückgekehrt, verschlimmerte sich sowohl das Allgemeinbefinden, als auch das lokale Leiden des Kranken fortwährend. Die vorher bestehenden Geschwülste wuchsen beständig, an jedem Teil des Körpers — mit Ausnahme des Kopfes, der immer verschont blieb — erschienen neue. Am 25. April 1904 wurde er von Fieberschauern ergriffen, das Fieber dauerte ununterbrochen bis zum Tode fort, welcher am Abend des 3. Mai 1904 erfolgte. In diesen letzten Tagen hatte der Kranke Durchfall und Erscheinungen von ungenügender Funktion des Herzens.

Hämatologischer Befund. Die Zählung und die Untersuchung der Elemente des Blutes unseres Kranken wurden in der ersten Periode seines Aufenthalts in der Klinik etwas sprungweise gemacht; in der zweiten Periode jedoch wurde systematisch verfahren, es wurde einmal wöchentlich untersucht, und zwar sechs bis sieben Stunden nach der Mahlzeit, um die Irrtümer zu vermeiden, welche die durch die Verdauung verursachte leukocytaire Reaktion, die bekanntlich bei Kranken ziemlich ausgesprochen ist, bei der Untersuchung der weißen Blutkörperchen verursachen könnte. Ich halte es für überflüssig, von der angewandten Technik zu sprechen, welche die gewöhnlich gebräuchliche ist; das Blut, auf den Objektträger gestrichen, wurde je nachdem mit FLEMMING oder durch Hitze bis zu 120°, dann mit EHRLICH'S Mischung (präpariert von GRÜBLER),

mit Hämatein, Eosin, mit polychromen, Methylenblau, mit Thionin und nach der Methode des MARINO (Fuchsin und Brillant-Cresiblauf) gefärbt.

Während der ersten Periode (Januar und Februar) ergeben die hämatologischen Untersuchungen ein Maximum von 4500000 roten Blutkörperchen und ein Minimum von 4000000 mit 85 % Hämoglobin. Die roten Blutkörperchen waren sowohl von Größe als von Gestalt normal.

Die Zahl der weissen Blutkörperchen schwankt mit wenigen Abweichungen um 23000 pro Millimeter herum, die leukocytaire Formel, die sich durchschnittlich ergibt, ist die folgende:

Lymphocyten	1 840
große Mononukleare	1 150
Übergangsleukocyten.....	1 610
eosinophile Polynukleare	460
basophile Polynukleare	230
neutrophile Polynukleare	17 710

Was die Form, das Aussehen und den Bau betrifft, so weichen die Leukocyten nicht von der Norm ab, nur unter den großen mononukleären waren einige mit großem, gekrümmtem Kerne, mit feinkörnigem Protoplasma, die ich dem Aussehen und der Färbereaktion nach geneigt wäre, für neutrophile Myelocyten zu halten, in der Karyokinese gelang es mir nicht, solche zu sehen.

In der zweiten Periode des Aufenthalts des Kranken in der Klinik wurden bei einer ersten Untersuchung 1900000 rote Blutkörperchen, mit 50% Hämoglobin und 82000 weisse Blutkörperchen festgestellt. Bei der letzten, 47 Tage nach der ersten vorgenommenen Untersuchung fanden sich:

rote Blutkörperchen	1 140 000
Hämoglobin	44
weisse Blutkörperchen.....	122 500

Der Kürze wegen gebe ich die leukocytären Formeln der zwischen der ersten und letzten liegenden Untersuchungen nicht, ich will nur bemerken, daß die Abnahme der roten Blutkörperchen und die Zunahme der weissen keinem Schwanken unterworfen war, sondern stetig progressiv gewesen ist.

Die leukocytaire Formel der ersten, am 2. Dezember 1903 vorgenommenen Untersuchung ist die folgende:

Lymphocyten	3 280
große mononukleäre	4 920
Übergangsleukocyten.....	7 380
eosinophile polynukleäre	820
basophile polynukleäre	2 460
neutrophile polynukleäre	63 140

Die leukocytaire Formel der letzten, am 8. Januar vorgenommenen Untersuchung ist die folgende:

Lymphocyten	3 675
große mononukleäre	7 800
Übergangsleukocyten	13 475
eosinophile polynukleäre	1 225
basophile polynukleäre	4 288
neutrophile polynukleäre	90 037

Während in der ersten Periode keine Abweichung vom normalen Typus weder in den roten, noch in den weißen Blutkörperchen — abgesehen natürlich von der Zahl und dem Verhältnis der einzelnen Elemente — zu beobachten war, treffen wir dagegen in der zweiten Periode ziemlich häufig auf abnorme Formen. Unter den roten Blutkörperchen sind die polychromatophylen nicht selten; dieselben werden bekanntlich von einigen für junge Elemente gehalten, welche ins Blut übergegangen sind, ehe sie gänzlich gereift waren; für andere sind es dagegen degenerierte Elemente, die im Untergange begriffen sind; ziemlich zahlreich sind die an Hämoglobin armen Megaloblasten, sehr selten die Mikroblasten. Auch in den weißen Blutkörperchen sind die regressiven Veränderungen sehr markiert: eine Anzahl polynukleäre haben einen Umfang, der geringer ist als der normale; in vielen neutrophilen polynukleären war die Verminderung der Granulationen sehr merklich, in anderen waren sie gänzlich verschwunden, in anderen polynukleären war das Protoplasma nicht mehr im Zellumkreis enthalten, sondern die Granulationen waren um den Kern zerstreut. Was die großen mononukleären anbelangt, so bieten wenige derselben die charakteristischen Merkmale der großen Lymphocyten, die meisten müssen wegen des großen eiförmigen, an Chromatin armen Kernes, wegen der Protoplasmanasse, die in einigen körnig, in anderen arm an Granulationen ist, als Myelocyten gedeutet werden.

Autopsie.

(Vom Verfasser unter Beistand des Dr. PASINI und des Dr. PETRUCCI in der Totenkammer des Kirchhofs zu San Secondo am 5. Mai, 30 Stunden nach dem Ableben, ausgeführt.)

Allgemeines Aussehen. Im allgemeinen Aussehen des Leichnams und in der Anordnung und Gestaltung der Hautgeschwülste bemerkt man nichts, das verschieden sei von dem, was in der letzten objektiven Untersuchung berichtet wurde; nur waren die Geschwülste zahlreicher und viele derselben umfangreicher, keines war schwärzig, viele dagegen wie angenagt, besonders im Mittelpunkt.

Kopf. Hirnschale dünnwandig, das Hirnbeinmark reichlich, dunkelrot. Die Hirnhautsinien sind blutleer, mit einigem Blutgerinnsel, die Hirn-

haut selbst ist nicht verdickt, das dünne Hirnhäutchen ist anämisch, auch ohne Verdickung. Die Hirnsubstanz ist von normaler Konsistenz, anämisch, wenig Citrinfärbung, durchsichtig in den seitlichen Gehirnkammern und in der mittleren; kleine apoplektische Cysten mit braunfarbiger Flüssigkeit in der linken Capsula lenticularis.

Hals. Die oberen und tieferen Nackendrüsen sind von normaler Gröfse und Konsistenz. Im übrigen nichts Bemerkenswertes.

Thorax. Die seröse hämatische Flüssigkeit ist in der Pleurahöhle reichlich. Veraltete fibröse Verwachsung zwischen der Lunge und dem rechten Brustkasten. Lunge normal: Peribronchialdrüsen normal. Herzbeutel ist nicht verwachsen und enthält ungefähr 100 ccm durchsichtige Flüssigkeit. Am Herzen finden sich kleine Herde von überstandener Herzbeutelentzündung. Die Herzkammern sind leicht erweitert, besonders die linke, die Wandungen sind dünner als die normalen; das Herzfleisch ist schlaff, gelblich. Nichts Anormales an den Herzklappen; leichte Atheromasie des Aortenbogens.

Unterleib. Das Omentum und die Serosa des Bauchfelles sind gänzlich normal; keine Ansammlung von Flüssigkeit im Bauchfellraum. Die Milz ist vergrößert, ihr Umfang ist $2\frac{1}{2}$ mal gröfser als der normale. Keine Spur von Perisplenitis. Die Pulpa weich, morsch, dunkelrot gefärbt.

Die Nieren sind $\frac{1}{2}$ mal so groß als gewöhnlich, die BOWMANsche Kapsel ist dünn und leicht loslösbar. Die Rinden- und die Marksubstanz sind beide im Umfang vergrößert und lassen sich schwer von einander unterscheiden, die Färbung ist entschieden gelb, die Substanz ist weich, leicht zerbröckelbar; die Becken sind erweitert.

Die Leber hat normale Gröfse, das Parenchym ist von gelber Färbung, es ist weich, morsch; wenig Galle, leicht flüssig, in der Gallenblase von grünlicher Färbung.

Der Pankreas, der Magen und Darm normal.

Die lymphatischen und die prevertebralen Gekrösdrüsen bieten keine Veränderungen.

Die Geschlechtsorgane sowie die Leistendrüsen sind normal, nur eine einzige dieser letzteren, in der linken Leiste, ist wallnufsgrofs und stark gerötet.

Das Knochenmark hat überall eine graurote Färbung, ist von harter Konsistenz und gallertartig, auch im zentralen Teil der Diaphysis der langen Röhrenknochen (Schenkelbein). Es finden sich keine Spuren von gelbem Mark.

Zwecks histologischer Untersuchungen werden Stücke der Milz, der Nieren und der Leber dem Leichnam entnommen, sowie ein Teil des Knochenmarks der Epiphysen und der Diaphysis des rechten Schenkelbeins sowie das vergrößerte Ganglion der linken Leiste. Ein Teil dieser Stücke wird in absolutem Alkohol fixiert, ein anderer Teil in ZENKERScher Flüssigkeit.

Mikroskopische Untersuchungen.

Haut. Für die histologische Untersuchung der Hautveränderungen dienten: ein flaches Knötchen, ein Stück erythematöser Haut mit leichter Infiltration, welches während der ersten Periode des Aufenthaltes des Kranken in der Klinik (vom 27. Dezember 1902 bis zum 21. Februar 1903) ausgeschnitten worden war, und die große Geschwulst, die sich unter der linken Brustwarze befand, und welche am 5. Januar 1904 herausgeschnitten wurde. Fragmente dieser Stücke wurden in absolutem Alkohol, Pikrinsäuresublimat, Sublimat, MÜLLERScher Flüssigkeit und ZENKERScher Flüssigkeit fixiert. Die Schnitte wurden dann nach verschiedenen Methoden gefärbt, von denen einige meine eigenen sind: und gerade mit diesen letzteren, deren Beschreibung der Gegenstand einer anderen Arbeit von mir war,¹ erlangte ich die besten Präparate, die zu beschreiben ich mich jetzt anschicke.

Sowohl in den erythematösen Flecken, wie in dem flachen Knötchen und der später aufgelösten Geschwulst erscheint das Infiltrat aus verschiedenen aussehenden Zellen gebildet, von denen einige aus Wucherungen der an dem Orte vorher bestehenden Zellen herrühren; aber die meisten sind aus entferntem Gewebe eingewanderte Zellen. Die Unterschiede, welche man im histologischen Befund der drei Typen mykotischer Veränderungen, die von mir untersucht wurden, konstatiert, kommen von der Verschiedenheit des Umfanges des Infiltrats her, von den verschiedenen Verhältnissen, in denen die einzelnen Varietäten der das Infiltrat bildenden Zellenelemente zu einander treten, besonders von den Verheerungen und den Änderungen, welche besagtes Infiltrat hervorgerufen hat.

Die Zellelemente, aus welchen die Infiltratsmasse zusammengesetzt ist, sind:

1. Hypertrophische Bindegewebszellen mit großem, eiförmigem, wenig färbbarem Kern;
2. UNNASche Plasmazellen;
3. körnige mononukleäre mit basophilem, neutrophilem und acidophilem Protoplasma und mononukleäre mit homogenem Protoplasma (Myetocyten);
4. körnige polynukleäre mit basophilem, neutrophilem und acidophilem Protoplasma;
5. Lymphocyten;
6. Riesenzellen;
7. Erythrocyten.

¹ Über einige neue Färbungsmethoden und Anwendung der ZENKERSchen Fixierungsflüssigkeit in der histologischen Technik der Haut. (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.* 1904. Bd. 38.)

Diese verschiedenen Zellelemente sind bei der Zusammensetzung des Infiltrats nicht in demselben Verhältnis beteiligt. Einige, wie die Riesenzellen, finden sich sehr selten, andere, wie die großen mononukleären und die Erythrocyten, sehr zahlreich. Das Verhältnis ändert sich auch, je nachdem man den kürzlich infiltrierten, erythematösen Fleck beobachtet, oder ein Stück der Geschwulst, oder auch ein flaches Knötchen.

Dies vorausgeschickt, gehen wir zur ausführlichen Beschreibung der drei Formen der eben erwähnten Veränderungen über.

Erythematöser, leicht infiltrierter Fleck.

Die Oberhaut ist verdickt, aber nicht hyperplastisch; die Umfangsvermehrung, die sie darbietet, hängt von der Erweiterung der interspinösen Räume der Epithelzellen ab, die durch das Zwischendrängen von polynukleären Leukocyten, der kleinen und großen mononukleären, von Kernfragmenten, von Blutplasma und hauptsächlich von Erythrocyten zwischen die einzelnen Zellen verursacht wird. Die Erythrocyten verändern sich an gewissen Punkten und sättigen mit ihrem Pigment die Epithelzellen, so daß diese auf die Wirkung der Farbesubstanzen in der gleichen Weise wie die Erythrocyten reagieren. Die Verdickung der Oberhaut macht sich besonders in den interpapillären Fortsätzen bemerklich, welche sich eine gute Strecke lang nach unten zwischen die neoplastische Masse vertiefen. Es ist interessant, zu beobachten, welche Modifikationen die Epithelialzellen dieser Fortsätze erleiden. Diese Zellen, welche gleich unter der körnigen Schicht polygonalförmig, rundkernig sind und eine Krone von Fibrillen haben, welche sie mit allen benachbarten Zellen in Verbindung setzen, verlängern sich um so mehr, je mehr sie sich von der besagten körnigen Schicht entfernen; ihr Kern wird eiförmig und dann spindelförmig, die Epithelialfasern häufen sich an den beiden Zellpolen, verlängern sich und bilden so einen Büschel, der sich mit dem fibrillären Büschel der Epithelialzellen, die unmittelbar oberhalb oder unterhalb sind, in Verbindung setzt, und so hört jede direkte Beziehung mit den seitlichen Zellen auf. Wenn man dahin gelangt, wo die sog. Keimschicht sein sollte, besteht diese nicht mehr; an ihrer Stelle finden sich sehr weit voneinander entfernte, faserförmige Zellen mit verlängertem Kern und sehr langen, fadenförmigen Fortsätzen, die sich nach unten in das unterliegende Infiltrat verlieren. Auf den ersten Blick möchte man annehmen, daß diese Zellen einen bindegeweblichen Ursprung haben, während es dagegen klar ist, daß sie von den Epithelien herkommen. In die Zwischenräume der benannten Epithelialzellen schalten sich, säulenförmig angeordnet, die Zellelemente des Infiltrats ein. Es folgt daraus, daß man gleich unter der Verlängerung der Oberhaut lange Zwischenräume hat, die durch lange Fasern epithelialen Ursprungs getrennt sind. Dieses Sichverlängern der Epithelialzellen in Zellenfaser wird nur in den interpapillären Ver-

längerungen beobachtet, nicht aber in der sich direkt über den Papillen befindlichen Oberhaut, wo man sieht, daß die Zellen der Keimschicht ihre zylindrische Form verlieren, um eine polygonale oder runde anzunehmen; auch diese sind durch das Zwischentreten fremder Zellelemente oder Fragmente solcher Elemente voneinander entfernt. Zur Aneinanderzerrung trägt auch das Blutplasma bei, welches reichlich aus den Gefäßen tritt und die Neigung zeigt, sich in der Papillarhaut anzusammeln.

Die Papillen sind, besonders im oberen Teile, geschwollen und mit hämatischem Plasma gesättigt; die Gefäße derselben sind erweitert und voll von meistens polynukleären Leukocyten und Erythrocythen. Zahlreiche Erythrocythen finden sich auch außerhalb der Gefäße; überall zerstreut und frei zirkulierend, häufen sie sich nicht an, wie man es in den hämorrhagischen Herden beobachtet. Unter die Erythrocyten mischen sich zahlreiche große, mononukleäre Zellen mit großem, rundlichem, meistens niereenförmigem Kern mit Chromatinkörnern und dünnen, chromatinischen Fasern; das reichliche, sie umgebende Protoplasma wechselt von Zelle zu Zelle, in einigen ist es homogen, in anderen körnig und mit verschiedener Farbeaffinität. In den mit UNNASchem Hämatein und Tannin-Helianthin gefärbten Präparaten z. B. hat man Zellen mit Protoplasma von verschiedenem Gelb, das ins Violette spielt; andere haben eine hellviolettete Farbe, noch andere mit protoplasmatischen Körnern, welche intensiv rot metachromatisch gefärbt sind, haben dieselbe Farbe, in welcher die roten Blutkörperchen gefärbt sind; das homogene Protoplasma dagegen ist immer sehr hellbläulich gefärbt. Außer diesen Zellen, die ich ihrer Morphologie und ihrer färbenden Eigenschaften wegen nicht ansetze, für aus den hämopoietischen Organen herkommende Zellen zu halten, findet man, mit diesen vermischt, jedoch in geringerer Zahl, andere, nämlich polynukleäre Zellen mit körnigem Protoplasma, das sich den Farbesubstanzen gegenüber ebenso verhält wie das der mononukleären Zellen. Unter diesen sind zahlreiche, und besonders an der Peripherie des Infiltrats, mit roten Körnern; Zellen, die ich für acidophil halte, wenn man die Benennung vorzieht, eosinophil halte. Andere Zellen noch, aber in geringer Menge, sind da, kleine Zellen mit kleinem, stark chromatophilem Kern und mit sehr wenig und wenig färbbarem Protoplasma, und andere größere von derselben Gattung, Zellen, welche ich für kleinere und größere Lymphocyten halte. Alle diese Abarten von Zellen sind in Säulenform angeordnet und bilden Schnüre, die unter sich parallel und senkrecht zur Hautfläche liegen; diese Schnüre werden von dünnen, fadenförmigen Fasern getrennt, ohne Zweifel Überbleibsel der Bindegewebsfasern und nicht neue Bildungen. Wie zahlreich die Zellen auch sind, so sind sie doch nicht gedrängt, ja, es besteht zwischen einer und der anderen ein Raum, den eine Flüssigkeit einnimmt, die ich für Blutplasma halte, so wie es in den Gefäßen zirkuliert.

Wenn dem nicht so wäre, wüßte ich mir die zerstreute Anordnung der Erythrocyten und ihre gänzliche Unveränderlichkeit nicht zu erklären; dieselbe beweist, daß sie sich in einer der normalen gleichen Umgebung befindet. Hier und da an die Fasern gedrückt, zuweilen in Reihen angeordnet und unter sich in Verbindung sind Zellen mit großem, eiförmigem, sehr wenig färbbarem Kern vorhanden, welche ich für hypertrophische Bindegewebszellen halte.

Wenn wir von der Papillarhaut zu der unterliegenden übergehen, so finden wir dieselbe neoplastische Infiltration, die aus denselben Elementen zusammengesetzt ist, mit Hinzukommen jedoch kleiner Gruppen von Zellen, die nicht im Infiltrat der Papillarhaut gefunden werden; es sind dies UNNASche Plasmazellen. Es sind ihrer wenige, und sie liegen in Gruppen von 3—4 zerstreut umher ohne irgenwelche Orientierung. Die Infiltratmasse der Mittellederhaut, eine Masse, welche reicher an Elementen ist als die Papillarhaut, verdichtet sich besonders um die Gefäße, die auch hier erweitert sind, wie die der Papillarhaut, und voll von weißen und roten Elementen sind, was beweist, daß die Veränderung ihren ersten Ursprung in den Blutgefäßen hat. Die Zellelemente schieben sich immer in Säulen zwischen die Bindegewebsbündel hinein, indem sie dieselben umherstreuen und eine Reihe von Zellschnüren bilden, die bald parallel miteinander laufen, bald sich ineinander schlingen und immer durch mehr oder weniger feine Fasern, die aus dem Bindegewebe herkommen, getrennt werden. Daß die die einzelnen Zellschnüre trennenden Fasern aus dem Bindegewebe ihren Ursprung haben, wird bewiesen durch die Existenz der mitten im neoplastischen Gewebe sich befindenden Bindegewebsbündel, deren Fasern, die durch das Dazwischendringen der Zellelemente des Infiltrats fächerartig zerstreut sind, sich verfolgen lassen.

Das Zellinfiltrat hört unvermittelt im Niveau der ersten Fettpäckchen mit einer welligen Linie auf.

Die Haarbälge und die Schweifsknäueldrüsen sind zum Teil zerstört, und ihre Überbleibsel sind außer allem Zusammenhang mit der übrigen Oberhaut.

Die Epithelialzellen des von den Haarbälgen übriggebliebenen Teiles sind, wie dies auch bei den interpapillären Verlängerungen geschieht, stark verlängert, fast spindelförmig, und die an den beiden Enden zu Büscheln vereinigten Fäserchen vermischen sich mit den Bindegewebsfasern und tragen mit ihnen dazu bei, die Infiltratzellen zu trennen und dem Gewebe ein netzartiges Aussehen zu verleihen. Die von den Knäueldrüsen übriggebliebenen Zellen finden sich vereinigt und bilden so gleichsam kleine Zonen von Epithelialzellen, die in der Infiltratmasse verloren sind, und zuweilen sind sie so untereinander vereint, daß man sagen möchte, ihr Protoplasma sei in eine einzige Masse verschmolzen und habe so zur

Bildung einer grossen, mehrkernigen Zelle Anlaß gegeben; diese Zelle hat übrigens nichts zu tun mit den Riesenzellen der infektiösen Granulome noch mit denen, welche ich bei Besprechung der grossen Geschwulst beschreiben werde.

Eine andere erwähnenswerte Tatsache ist die erhebliche Anzahl von Mytosen, die jedoch nicht so gross ist wie in der Geschwulst, wie wir sehen werden; diese Mytosen sind nicht ausschliesslich auf die neoplastischen Elemente beschränkt, sondern auch Epithelialzellen finden sich in mykotischer Spaltung.

Flaches Knötchen.

Hier nimmt die Zellinfiltration die wahre und wirkliche Derma ganz und gar ein bis zum Hypoderm. Die sie bildenden Zellen sind identisch mit den schon beschriebenen, nur sind die grossen, mononukleären Zellen mit reichlichem, homogenem Protoplasma zahlreicher, die mit körnigem Protoplasma in ziemlich grosser Anzahl; von diesen letzteren sind die mit acidophiler Granulation am häufigsten zu finden, und sind dieselben besonders um die Gefässe und an der Peripherie der Geschwulst lokalisiert. Weniger zahlreich sind die polynukleären Leukocyten, sehr selten die Lymphocyten und die Plasmazellen, eine ziemliche Anzahl von hypertrophischen Bindegewebszellen ist vorhanden; sehr zahlreich sind die freien Erythrocyten an den Zusammenhangsteilen des Gewebes, ziemlich zahlreich die Mytosen. Ausser den beschriebenen Formen sind in diesem Knötchen grosse Zellen vorhanden, welche ich im vorhergehenden Fall nicht habe auffinden können; grosse Zellen mit grossem, viellappigem, unregelmässig geformtem Kern und homogenem Protoplasma, welche im ganzen das besondere Aussehen der Megacariocyten zu erkennen geben. Sie sind ziemlich selten, so dass es schwer ist, mehr als drei oder vier per Präparat zu finden.

Auch in diesem Knötchen ist das feine Bindegewebsnetz sichtbar, welches die Infiltratzellen in viele, unter sich parallele Schnürohen teilt; aber diese Anordnung des Infiltrats ist nur an der Peripherie der Geschwulst und besonders in dem unter der Oberhaut liegenden Teile deutlich sichtbar. Im Mittelpunkt besteht diese Anordnung nicht mehr, und das Netz ist dürrtig und fehlt an einigen Stellen, an diesen Stellen sammeln sich die roten Blutkörperchen in grösserer Menge an.

Die zahlreichen Gefässe, welche im Infiltrat einbegriffen sind, sind alle mehr oder weniger erweitert und voll von Erythrocyten und wenigen Blutkörperchen, die meistens polynukleäre mit neutrophilen und basophilen Granulationen sind; sehr selten sind die acidophilen. Die Gefässwände scheinen nicht verändert, obgleich an einigen Punkten der Arterien sich eine gewisse Hypertrophie der Endothelialzellen und eine geringere Dichtigkeit nicht verkennen lässt. Wahrscheinlich muss man diesem verminderten Zusammenhang der Wände das Austreten der in den Gefässen enthaltenen

Elemente zuschreiben, und es ist nichts Seltenes, Erythrocyten und weisse Blutkörperchen zu ertappen, die durch die Wände selbst anzutreten im Begriffe sind. Die das Infiltrat bedeckende Epidermis ist abgeflacht und atrophisch und an einigen Punkten auf wenige Zellfäden reduziert, fast überall fehlen die Zellen der Keimschicht.

Die die Oberhaut bildenden Zellen sind weit voneinander entfernt und in den Interstitialräumen sind Erythrocyten, poly- und mononukleäre Leukocyten, Reste dieser Elemente und Blutplasma angehäuft. An einigen Punkten bemerkt man in der Oberhaut Hohlräume, die voll von Elementen sind, welche mit denen das Infiltrat bildenden identisch und oben nur von einer Hornschicht und einigen Körnerzellen, unten aber von einer Reihe MALPIGHI-Zellen begrenzt sind; manchmal fehlen diese letzteren und diese Art Höhlung steht in direkter Verbindung mit dem unterliegenden Infiltrat. Die Oberhaut steht in direkter Berührung mit dem Infiltrat, jedoch zwischen dieser und der kompakten Masse der Neubildung besteht eine Zone, welche so groß ist wie der vorher von den verschwundenen Papillen und den interpapillären Verlängerungen eingenommene Raum, eine Zone, wo die Zellelemente weniger zahlreich und voneinander entfernt sind durch das Dazwischentreten des Blutplasmas. An diesem Punkte sind die Gefäße ungeheuer erweitert, die sie bildenden Zellen disorganisiert und mit Flüssigkeit getränkt, was sich weder bei den in den besagten Gefäßen enthaltenen, noch bei den schon ausgetretenen, einen Teil des Infiltrats bildenden Zellelementen zeigt. — Es fehlt jedwede Spur von Haarbälgen, Schweißdrüsen sieht man jedoch einige übriggebliebene in dem Gewebe unterhalb der Geschwulst.

Die Grenze zwischen der neoplastischen Masse und dem gesunden Gewebe ist hier nicht so scharf markiert, wie sie es in dem infiltrierten, ekzematös aussehenden Fleck war; da die Gefäße des unter der Geschwulst liegenden Gewebes von Haufen Zellen umgeben sind, welche identisch mit denen das neoplastische Gewebe bildenden sind; bedeutend vorwiegend sind jedoch die polynukleären Zellen mit körnigem, acidophilem Protoplasma, deren Körner, wie schon gesagt, sich mit der Elianthin-Hämateinmethode lebhaft rot färben. Ausser diesen Zellen finden sich hier auch UNNASche Plasmazellen in kleinen Gruppen vereint, jedoch niemals zahlreich. Diese um die Gefäße gelagerten Zellnester sind meistens unabhängig von der das Knötchen bildenden Masse, zuweilen dagegen sind sie durch eine Schnur Zellen verbunden, die sich einen Weg durch die Bindegewebsbündel gebahnt hat.

Geschwulst.

In den Präparaten der typisch-mykofungoiden Geschwulst bemerkt man im Grunde dieselben, schon in den weniger fortgeschrittenen Stadien des Prozesses beschriebenen Fakten; deswegen werde ich, um mich nicht

zu wiederholen, mich darauf beschränken, nur die angetroffenen Unterschiede hervorzuheben. Hier nimmt die Zellinfiltration die Haut in ihrem ganzen Umfange ganz und gar bis zum Hypoderm ein. Sie hält sich also auf demselben Niveau, in welchem sich das Infiltrat in dem erythematös aussehenden Fleck und in dem flachen Knoten befindet. Dieses Faktum beweist die ausgesprochene Neigung, welche die neoplastische Masse in diesem unseren Falle hat, sich nach oben zu auszubreiten, vielleicht, weil die Oberhaut weniger Widerstand leistet als die Bindegewebsbündel und die Fettpäckchen des Hypoderms, oder vielleicht auch aus dem Grunde, daß die oberflächlichen Gefäße der Oberhaut durch die Wände viel mehr Elemente durchlassen als die tieferliegenden; hieraus ergibt sich eine beträchtliche Zunahme der Masse oben, eine kaum merkbare unten.

Die die Geschwulst bildenden Zellen sind identisch mit denen in dem erythematösen Fleck und in dem flachen Knoten beschriebenen, nur wird hier die große Mehrzahl von den mononukleären Zellen mit homogenem Protoplasma geliefert und von mononukleären mit körnigem, neutrophilem Protoplasma. Wenige polynukleäre, spärlich vorhanden die Lymphocyten, zahlreich die roten Blutkörperchen. In der Masse der Geschwulst fehlen gänzlich die UNNASchen Plasmazellen. In ziemlicher Anzahl finden sich die hypertrophischen Bindegewebszellen, sehr selten sind auch hier die Megacarioocyten, 4—5 auf jedes Präparat. Die Gefäße innerhalb der Geschwulstmasse sind stark erweitert und die Zellelemente ihrer Wandungen sind geschwollen, zusammenhanglos und schwer färbbar.

Lymphatisches Leistenganglion. Das Stroma sowohl in der Kapsel, wie auch in den Balken stellt sich nicht hypertrophisch dar. Die Zellelemente dagegen, welche das Drüsenparenchym bilden, sind vermehrt. Außer den sehr zahlreichen Lymphocyten bemerkt man an einigen Punkten Follikel, große, mononukleäre Zellen mit reichem, in einigen homogenem, in anderen feinkörnigem Protoplasma, es sind sicherlich keine großen Lymphocyten; sie haben wegen der eigentümlichen Beschaffenheit des Kernes und wegen des Verhaltens des Protoplasmas zu den Farbesubstanzen ganz den Anschein von Myelocyten.

Milz. Myelocyten finden sich auch in der Milz, in geringer Anzahl zwar, aber sehr deutlich und neben den Gefäßen gelagert. Hier finden sich außer den neutrophilen Myelocyten einige acidophile, und außerdem auch einige polynukleäre Leukocyten und einige Myelocyten mit homogenem Protoplasma. Keine andere besondere Veränderung habe ich in der Milz nachweisen können; die Kapsel ist normal, die Gefäße sind es gleichfalls, nur die Follikel sind ein wenig hyperplasisch.

Leber. Die Leberhauthülle ist normal, sowie auch das interlobuläre und das Intertraubengewebe. In den Traubchen beobachtet man zahlreiche Leberzellen, welche Fetttropfen enthalten. Um die interlobulären

Adern bemerkt man einige polynukleäre Leukocyten, einige rote Blutkörperchen und, was wichtiger ist, große mononukleäre Zellen mit reichem Protoplasma. Diese Zellen sind in Gruppen von 4—5 vereinigt und wegen ihrer tinktoriellen Affinität weisen sie sich als Myelocyten mit neutrophilen und basophilen Körnern aus; es ist keine Spur von Lymphocyten vorhanden.

Niere. Nichts Bemerkenswertes an den Nieren.

Knochenmark. Man sieht nicht mehr die normale Balkenanordnung; die Fettzellen und die Bindegewebsfibrillen, welche das Stützreticulum bilden, sind verschwunden. Das gelbe Mark hat eine dichte Anhäufung von unordentlich angelegten Zellen. Bei starker Vergrößerung sieht man, daß die große Mehrzahl dieser Elemente von Myelocyten gebildet wird. Diese haben verschiedenes Aussehen, die meisten haben einen großen, blasenförmigen Kern mit unregelmäßigen Umrissen, sind aber scharf gegen das umliegende Protoplasma abgegrenzt, mit einigen chromatischen Punkten und dünnem Netz; das Protoplasma ist in einigen feinkörnig, in anderen homogen; das homogene ist basophil, das körnige meistens neutrophil, es fehlen jedoch nicht die Elemente mit körnigem acidophilem und basophilem Protoplasma. Es gelang mir nicht, polynukleäre zu bemerken. Außer den Elementen mit zentralem, rundlichem Kern sind andere mit vielgestaltigem Kern und körnigem, basophilem, neutrophilem und acidophilem Protoplasma vorhanden. Überdies existieren noch — nicht sehr zahlreich (3—4 per Präparat) — umfangreiche Zellen, die 3—4 mal größer sind als die oben beschriebenen mononukleären mit einem höckerigen Kern, der fast aussieht, als ob er aus mehreren Kernen hervorgegangen wäre; derselbe ist mehr oder weniger reich an Chromatin und ist von einer weiten Zone von homogenem, schwach basophilem Protoplasma umgeben; ich zögere nicht, diese Zellen für Megacariocyten zu halten.

Außerdem findet man kleine Zellen mit großem, gänzlich gefärbtem Kern und sehr wenig Protoplasma, welche ich für kleine Lymphocyten halte. Unter diese Zellen sind zahlreiche rote Blutkörperchen gemischt, von denen viele einen Kern haben. Rote Blutkörperchen sind da von allen Dimensionen, Normoblasten, Megaloblasten und Mikroblasten; diese letzteren sehr selten, und überdem auch einige Blutkugeln mit großem Kern. Einige dieser roten kernhaltigen Blutkörperchen haben den Kern in Karyokinese, zahlreicher sind die Karyokinesen in den weißen Zellen.

Das ganze Markgewebe ist von zahlreichen erweiterten Blutgefäßen durchsetzt, von denen einige mit Wandungen versehen sind, während andere in direkter Berührung mit dem myelomen Gewebe zu stehen scheinen.

(Schluß folgt.) 433

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 70. Heft 3.

I. Untersuchungen über weiche Naevi, von G. MIGLIORINI-Padua. Verfasser hat seine Untersuchungen an einem Material angestellt, bei welchem er alle Fehlerquellen vermeiden konnte. Er nahm Naevi von jeder Form und jeder Stufenleiter der Pigmentierung, vom kleinsten, eben entstehenden Naevus des Kindes bis zum kleinen oder großen, aber stationären des Erwachsenen und des Greises; es wurden ferner Naevi untersucht, welche nach einer langen Periode des Stillstandes wieder zu wachsen begonnen hatten.

Zuerst bemühte sich Verfasser, die Natur und Organisation der ersten jugendlichen und einfachen Phasen, hierauf die vollentwickelten nach jeder Richtung hin zu untersuchen und zu durchforschen. Über die Natur der besonders bei jugendlichen Formen des weichen Naevus im Stratum basale oder zwischen den Faserelementen gefundenen, sogenannten Naevuszellen differieren die Ansichten der Autoren. Gegenüber den Befunden von RIBBERT, BAUER, RIBBEKE konnte Verfasser in seinen Präparaten mit Sicherheit zweierlei konstatieren: 1. daß die Naevuszellenhaufen in der Epidermis von dieser durch elastische oder bindegewebige Fasern nicht getrennt sind; 2. daß sie mit der MALPIGHISCHEN Schicht verschmolzen erscheinen.

Aus diesem Grunde leugnet Verfasser jede Trennung durch Bindegewebeelemente. Selbst die isolierten Naevuszellen lassen bei genauer Prüfung erkennen, daß Verbindungsbrücken bestehen, welche einen Zusammenhang mit den benachbarten Epithelzellen herstellen. „Diese Verbindungsbrücken sind zart, von nicht immer geradlinigem Verlaufe, nicht unterbrochen, entspringen vom peripheren Rande der Naevuszellen und begeben sich zu den benachbarten Epithelzellen, mit welchen sie innigen Zusammenhang gewinnen. Sie bestehen vorwiegend aus einer Substanz, welche dieselben tinktoriellen Eigenschaften hat wie das Spongioplasma der Epithelzellen, und zuweilen sind sie noch deutlicher gemacht durch Pigmentgranula. Sie sind von der Bindegewebs- und elastischen Substanz durch ihr tinktorielles Verhalten unterschieden.“

„Das Fibrin und die Protoplasmafaser sind an ihrer Zusammensetzung nicht beteiligt. Sie entsprechen also modifizierten Wimpern. Ihre Zahl ist verschieden; doch sind sie nie sehr zahlreich: je zahlreicher sie sind, desto mehr gewinnt die Naevuszelle das Aussehen einer Epithelzelle.“

Durch diese Feststellungen fällt einer der gegen die epitheliale Natur der Naevuszelle vorgebrachten Einwürfe fort.

Die tatsächlich vorhandenen Differenzen zwischen den epithelialen und den Naevuselementen sind als erste Entwicklungsstadien aufzufassen, welche die Epithelzelle während ihrer Umwandlung in die Naevuszelle durchmacht.

Ebenso wie UNNA, HODARA, RESPIGHI u. a. beobachtete Verfasser beim Studium jugendlicher Naevi jene sogenannten „direkten Übergänge“, Stränge aus Elementen, welche unter sich vollständig zusammenhängen und von der Oberfläche der Epidermis bis in die Mitte der intradermalen Naevuslager reichten, wo sie sich auflösten. In großen, senilen, stationären Naevi fehlen sie oder sind sehr selten und dann immer sehr dünn.

Im großen ganzen konnte Verfasser die Befunde der Verteidiger des epithelialen Ursprunges im juvenilen Naevus bestätigen. Aus diesen Befunden verallgemeinernde

Schlüsse auf alle weichen Naevi ziehen, möchte Verfasser noch nicht, wengleich bei mannigfachen durch das Alter bedingten Verschiedenheiten im adulten oder senilen Naevus doch auch Berührungspunkte mit einem infantilen vorhanden sind, welche die epitheloide Natur plausibler erscheinen lassen als die gegenteiligen Ansichten.

II. Über die Bildung von phosphorsauren und kohlen-sauren Konkrementen im Haut- und Unterhautgewebe, von H. WILDBOLZ-Bern. Verfasser hatte im *Korrespondenzblatt für Schwäbische Ärzte* 1902 über eine 57jährige Patientin berichtet, bei welcher unter akuten, an Gicht erinnernden Entzündungserscheinungen Konkreme-mente bildende Salze in Haut und Unterhautgewebe ausgeschieden worden waren. Im Gegensatz zu den Tophi der echten Gicht enthielten diese Konkreme-mente jedoch keine Spur von Harnsäure, sondern bestanden fast ausschließ-lich aus phosphorsauren und kohlen-sauren Salzen.

Seitdem hatte Verfasser Gelegenheit, von der Patientin exzidierte Hautknoten mikroskopisch zu untersuchen.

Die Epidermis, wie die Papillenschicht wiesen keine Besonderheiten auf. In den tieferen Schichten des Stratum reticulare und im subcutanen Gewebe fielen schon bei Lupenvergrößerung in den mit Hämalaun-Eosin gefärbten Schnitten Gebilde auf, welche durch ihre starke Blaufärbung und ihre chemische Reaktion sich als Kalkkonkremente teils in Form größerer, rundlicher oder ovaler Herde, teils als kleine, bald diffus im Gewebe zerstreute, bald herdweise gelagerte Elemente charakterisierten. Viele der kleineren Konkreme-mente schienen einfach zwischen einzelne Bindegewebsfibrillen eingelagert, andere ließen zwischen sich und dem Bindegewebe einen schmalen Hohlraum. Ein großer Teil dieser kleinen Konkreme-nte lag in einem vollkommen reaktionslosen, sehr kernarmen Bindegewebe, ein anderer Teil in Granulationsgewebe. Auch die größeren Konkreme-nte zeigten eine ähnliche Lagerung; das Granulationsgewebe, welches sich besonders um die größeren Kalkherde ausgebildet hatte, bestand aus epitheloiden Zellen, einkernigen Leukocyten und einer ziemlich großen Zahl von Riesenzellen. In der Peripherie der Herde waren die elastischen Fasern zugrunde gegangen. Überhaupt zeigten dort, wo die größeren und kleineren Konkreme-nte dichter beieinander standen, die Septen, namentlich ihre elastischen Elemente, ausgesprochene Zeichen von Nekrose und Zerfall.

Verfasser bespricht an der Hand einschlägiger Fälle aus der Literatur die Pathogenese solcher Kalkablagerungen in Cutis und Subcutis, für die bislang eine befriedigende Erklärung noch nicht gefunden worden ist.

III. Das Induktionsfunkenlicht und das elektrische Glimmlicht als wirksame lichttherapeutische Faktoren bei Behandlung der Blennorrhoe und anderer entzündlicher Zustände, von H. STREBEL-München. Bei Verwendung des vom Verfasser beschriebenen Quarzinstrumentes genügt eine Sitzung zur Erzeugung einer Lichtentzündung. Da das Quarzrohr des Glimmlichtbestrahlers in seiner ganzen Länge aufleuchtet, so würde sich natürlich auch die ganze Urethra im Bereiche des Lichtes entzünden. Vielfach wird man jedoch nur lokalisierte Stellen vom Lichte treffen wollen. Diese sucht man genau mit dem Endoskop auf. Mittels eines schnell trocknenden Schellackfirnisses wird das Quarzrohr des Glimmlichtbestrahlers mit Ausnahme der durch das Endoskop eruierten Stellen überfirnist. Der Firnis macht die chemischen Strahlen durch Absorption unwirksam. Nur die vom Firnis freigeblienen Stellen werden getroffen. Es handelt sich hierbei um eine Art Lichtätzung.

IV. Ein Fall von luetischer Meningo-Encephalitis mit kortikaler (JACKSONS) Epilepsie und Verlust des stereognostischen Sinnes, von P. M. SNIKER-St. Petersburg. Ein 30jähriger Mann infizierte sich vor sieben Jahren luetisch, bekam ein Ulcus durum am Penis, darauf klein- und großepapulöse Syphilide am ganzen Körper und

Periostitis an der Tibia und Wirbelsäule. Patient hatte viele Quecksilber- und Jodkuren durchgemacht. In der letzten Zeit trank er, nachdem er jahrelang ziemlich mäßig gewesen war, viel Schnaps und Kognak. Im Anschluss an einen Alkoholrausch bekam er klonische Krämpfe in der linken Hand, später Schwindelanfälle, lanzinierende Schmerzen, welche nach der linken Gesichtshälfte, der linken Seite des Halses und der Brust ausstrahlten, und erneuerte Krampfanfälle. Unter Natrium bromatum, Quecksilbereinreibungen und Einspritzungen besserten sich alle Erscheinungen. Aber zirka drei Wochen darauf bekam der Patient einen heftigen Krampfanfall in der linken Gesichtshälfte und in der linken Hand und befand sich zwei Stunden lang in bewußtlosem Zustande. Die rechten Temporal- und Parietalknochen sind beim Beklopfen sehr empfindlich und schmerzhaft. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt gesteigerte Patellarreflexe und Verlust des stereognostischen Sinnes (Astereognosis) der linken Hand. Der Kranke ist nicht imstande, Gegenstände, z. B. einen Schlüssel von einer Uhr zu unterscheiden.

Man hat es im vorliegenden Falle vermutlich mit einer circumskripten, rechtsseitigen, chronischen Meningo-Encephalitis zu tun.

Der Verlust des stereognostischen Sinnes kann bedingt sein:

1. durch einen Defekt in den rein sensiblen Funktionen;
2. durch einen Verlust der Gefühlserinnerungsbilder;
3. durch eine Störung des psychischen Vorganges, der die verschiedenen Gefühleindrücke, die von einem Objekte ausgehen, zu einem Begriffe gruppiert.

V. **Das Syphilitheilserum von Dr. PAULSEN**, von LUDWIG WARBLOCH-Prag. PAULSEN hatte der Prager dermatologischen Klinik Quantitäten seiner beiden Sera (S₁ und S₂) zu Versuchen an Luetikern zur Verfügung gestellt. Die Nachprüfung wurde jedoch zunächst an Tieren vorgenommen. Die Versuchstiere erkrankten und starben.

Verfasser kann nicht einsehen, mit welcher Berechtigung PAULSEN und APPEL am Schlusse einer Arbeit über das Serum gegen Syphilis den Wunsch aussprechen können, es möchte das Serum noch weiter geprüft werden. „Der Bacillus, mit dem es hergestellt ist, ist nicht der Erreger der Syphilis, das mit ihm erzeugte Serum macht Versuchstiere krank und tötet sie; gegen die Krankheit, gegen welche es verwendet werden soll, erweist es sich nach eigenem Geständnis der Darsteller des Serums als ziemlich unwirksam. Dies hat uns veranlaßt, über die geschilderten Tierversuche nicht hinauszugehen.“

VI. **Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der spezifischen Therapie**, von J. JUSTUS-Budapest. Der Verfasser resümiert die vorliegende Arbeit in folgenden Schlusssätzen:

1. „Die durch meine Methode erhaltenen Niederschläge in den Geweben Hgvergifteter Tiere oder im syphilitischen Gewebe quecksilberbehandelter Kranken bestehen aus Merkursulfid.

2. Diese Niederschläge lassen ihre chemische Natur durch die Anwendung zahlreicher, für HgS charakteristischer Reaktionen zweifellos demonstrieren.

3. Die widersprechenden Ergebnisse von POLLIO, FISCHEL, SIEBERT sind durch eine ungenügende Behandlung mit H₂S resp. durch eine lückenhaft ausgeführte oder aber ganz unterlassene Differenzierung von event. entstandenem Ferrosulfid hervorgerufen.

4. Die bedeutendere Zeit nach meiner Veröffentlichung ausgearbeitete Methode von ALMKVIST zum Nachweis des Hg in Geweben vergifteter Tiere erlaubt nur, einen gewissen Anteil des Hg als HgS darzustellen, ist daher für eine Lokalisierung des Hg in den Zellen selbst nicht brauchbar.“

1904. Band 71. Heft 1.

I. Über Lupus pernio, von KARL KREIBICH - Graz. Der Verfasser beschreibt drei Fälle und charakterisiert an der Hand derselben den Lupus pernio als eine Erkrankung, welche vorwiegend Nase, Hände, Ohren, zuweilen auch Streckseiten der Oberarme und die Glutäalhaut befällt und aller Wahrscheinlichkeit nach infektiösen Ursprunges ist. Venöse Stauung gibt die Disposition zur Infektion ab, und das Virus greift gern solche Stellen an, welche aus irgendeiner Ursache eine trägere Zirkulation zeigen.

Als erste Anzeichen sieht man zumeist einen wenig scharf begrenzten, anfangs mehr hellroten, später blauroten, über das Niveau erhabenen Fleck, der sich verschieden rasch über den unteren Teil der Nasenspitze und Nasenflügel ausbreitet. Bei Glasdruck erscheint die erkrankte Stelle gleichmäßig gelblichrot.

Allmählich nimmt das Infiltrat, nachdem es sich in der Fläche ausgedehnt hat, auch an Dicke zu, die Nase vergrößert sich unter Beibehaltung ihrer Konturen und Form um das Zwei- bis Dreifache, die Cyanose wird tiefer, und als Ausdruck langbestehender Stauung treten an der Oberfläche der Geschwulst geschlängelte Venen auf. Die befallene Partie ist normal temperiert und fühlt sich derb an. Bisweilen setzt sich die Krankheit auf die Oberlippe oder gar auf die Wange fort. Die flachen sowohl wie die knotigen Infiltrate können, wenn äußere Schädlichkeiten nicht einwirken, oft jahrelang, ohne zu ulcerieren, bestehen, teilweise mit Narbenbildung zurückgehen. Viel häufiger kommt es zu Ulcerationen, welche unter Bildung von Zacken, atrophischen Narben schliesslich abheilen.

Histologisch findet man wohl umschriebene Infiltrationsherde, welche aus epitheloiden, acidophilen, verschieden gestalteten Zellen bestehen, zwischen denen Rundzellen eingestreut sind. Die Herde sind vaskularisiert und enthalten in der Peripherie, wie auch im Zentrum Kapillaren. 1—2 Züge konzentrisch angeordneter Bindegewebszellen umgeben die einzelnen Herde, welche in der Höhe des tiefen Gefäßnetzes liegen, später gegen das Fettgewebe vordringen, die Gegend der Knäueldrüse durchsetzen und häufig noch Reste derselben enthalten. Die Erkrankung steigt längs der Gefäße bis etwa in die Mitte der Cutis propria herauf. Immer läßt sich eine Beziehung der Herde zu den Gefäßen nachweisen. Sie liegen den Gefäßen seitlich an, umgeben die Gefäße zirkulär und sind selbst vaskularisiert.

Den Lupus pernio als eine Varietät des Lupus vulgaris anzusehen, ist nicht angängig, weil

1. bei jenem noch niemals Tuberkelbazillen nachgewiesen worden sind;
2. der Lupus pernio tumorartig die Haut der Nase infiltriert, ohne auf die Schleimhaut überzugreifen;
3. er ganz scharf umgrenzte Herde bildet, während beim Lupus vulgaris die Grenze zwischen Tuberkel und Bindegewebe durch das periphere Rundzelleninfiltrat undeutlich wird;
4. beim Lupus pernio die Riesenzellen fehlen.

II. Beiträge zur Frage über das Resorptionsvermögen der intakten Haut, von M. GUNDOROW - Tomsk. Verfasser hat auf Veranlassung von Prof. BURGINSKY an Tieren wie an Menschen eine Reihe von Versuchen mit Äther, Chloroform und Alkohol, eine zweite Reihe mit Salicylsäure angestellt, um das Resorptionsvermögen der Haut für manche Stoffe zu prüfen, bezw. die Befunde anderer Autoren einer Nachprüfung zu unterziehen. Auf Grund der ausführlich in der vorliegenden Arbeit mitgeteilten Untersuchungsergebnisse gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

- „1. Die verschiedenen Stoffe, mit denen wir experimentierten, werden von der normalen Haut der Menschen und Hunde aus Salben nicht resorbiert; eine Ausnahme

davon bilden nur amorphes (deutsches) Aconitin und Salicylsäure, deren Resorption von der Haut aus auf Grund physiologischer Wirkung und mit Hilfe der chemischen Reaktion nachweisbar ist.

2. Die durch die unversehrte Haut dringenden, nicht nur flüchtigen, sondern kristallinischen Stoffe, wie z. B. Salicylsäure, befördern die Resorption anderer mit ihnen gleichzeitig in Salben angewandter Medikamente nicht.

3. Das Lanolin kann nicht als ein die Resorption von der Haut bedingendes Agens betrachtet werden.

4. Die Annahme, daß die das Hautsekret lösenden Stoffe auch die Resorption befördern, ist nicht bedingungslos gerechtfertigt; das Abwaschen der Haut oder des rasierten Hautteils vor dem Versuche beim Hunde mit 5%iger Sodalösung und ebenso die Zugabe flüchtiger Flüssigkeiten, wie Alkohol, Äther und Chloroform, riefen bei den Versuchen keine positiven Erfolge hervor.

5. Wenn man auch nicht ganz den Einfluß mechanischer Reize, wie der Reibung, auf das Resorptionsvermögen der Haut absprechen kann, so ist er doch im ganzen gering, und trotz objektiver und subjektiver Symptome eines deutlichen Hautreizes, wie Röte, Jucken, Brennen, Kälte, fand doch keine Resorption statt. Hingegen drangen Salicylsäure und amorphes Aconitin durch die Haut auch dann, wenn bei ihrer Applikation auf die Haut keine mechanischen Anstrengungen in Form von Einreibungen angewandt wurden, resp. wenigstens bei Beginn des Versuches fehlte das reizende Moment vollständig.“

Die WINTERNITZsche physikalische Theorie zur Erklärung der Erscheinungen der Hautresorption vermag die Durchdringung der Salicylsäure und des Aconitins durch die Hautdecke nicht zu erklären. Die Ansicht des Verfassers geht dahin, daß die Hornschicht kraft ihrer anatomischen Eigenschaften hauptsächlich für die zarteren und weicheeren Hautteile als mechanisch schützendes Organ gegen äußere ungünstige Einflüsse dient, anatomisch gewissermaßen passives Gewebe ist. Vom biologischen Standpunkte aber bildet die Hornschicht (analog der Hautresorption und dem Absorptionsvermögen des Verdauungskanal) ein scheinend tätiges Agens, indem sie eine Art aktiven Anteils bei der Einführung dieser oder jener Körper in den Organismus nimmt.

III. Zur Frage der Blastomykose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (KAPOSI), von ALFRED BRANDWEINER-Wien. Auf Grund eines Falles, welcher einen 33jährigen Schuhmacher betraf, beschreibt Verfasser das Krankheitsbild der Blastomykosis folgendermaßen: „Es kommt zur Bildung braunroter, hirse- bis hanfkorngroßer Knötchen, welche zentral bald eine kleine Pustel mit gelblichweißem Inhalt tragen. In wenigen Tagen zerfallen dieselben zu unregelmäßigen Geschwüren, welche konfluieren, grubig oder lochartig vertieft sind, in den ersten Tagen ziemlich reichlichen eiterigen Belag zeigen, der dann zu Borken eintrocknet. Die Geschwürsränder sind manchmal leicht erhaben. In der Umgebung der Geschwüre finden sich blumenkohlartige, papilläre Wucherungen. Die Narben, welche der Prozeß hinterläßt, sind zart, die Konfiguration der Geschwüre entsprechend unregelmäßig begrenzt, nicht pigmentiert, etwas unter dem Niveau der Umgebung liegend. Der Krankheitsprozeß zeigt einen chronischen Verlauf mit Tendenz zu akuten Nachschüben am Rande der affizierten Partien (Aufschließen neuer, oft in bogenförmigen Gruppen stehender Knötchen) und ist mäßig schmerzhaft.“

Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die Differentialdiagnose und zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse:

„1. Daß die Blastomyceten als die Erreger des eingangs geschilderten Krankheitsbildes mit größter Wahrscheinlichkeit angesprochen werden können, und daß

2. die von KAPOSI als *Folliculitis exulcerans nasi serpigiosa* beschrieben und in ihrer klinischen Eigenart erkannten Fälle mit dieser Erkrankung höchstwahrscheinlich identisch sind.“

IV. Über akute multiple Hautgangrän, von DINKLER-Aachen. Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichte eines im Luisenhospital zur Beobachtung gelangten Falles von multipler Hautgangrän bei einer 25jährigen Lehrerin aus Holland mit und resümiert seine Betrachtungen in folgenden Schlusssätzen:

„1. Die akute multiple Hautgangrän ist eine leicht erkennbare, wohl umschriebene Hauterkrankung, welche in Schüben verläuft und während der Anfälle zu sensiblen und vasomotorisch-trophischen Störungen führt; die ersten Erscheinungen sind teils subjektive, initiales Jucken und Brennen, teils objektive, Hypästhesie, Hyperästhesie und Anästhesie. Als vasomotorisch-trophische Veränderungen werden beobachtet: Rötung, Schwellung, Blasenbildung oder Einsinkung, grüngelbliche Verfärbung, Schrumpfung, Nekrose oder Gangrän der befallenen Hautstellen mit oder ohne sekundäre Eiterung.

2. Die neurotische Basis des Leidens wird durch das relativ häufige Vorhandensein hysterischer und verwandter nervöser Störungen, sowie durch die initialen und späteren sensiblen Störungen nahegelegt; der Nachweis von degenerativen Veränderungen in den Nervenstämmen der erkrankten Hautbezirke vermag diese Annahme zu stützen.

3. Bei der Behandlung scheinen allgemein kräftigende Maßnahmen (diätetischer, hydriatischer Art) in Verbindung mit subcutanem Gebrauch von Natrium arsenicosum von entschiedenem Nutzen zu sein; Fernhalten traumatischer Einwirkungen auf die Haut, sowie Schutz der entstandenen Nekrosen vor eiteriger Sekundärinfektion erscheinen dringend geboten.“

V. Das *Ulcus blennorrhoeicum serpigiosum*, von THALMANN-Berlin. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle. Im ersten Falle zeigte die 19jährige, ziemlich gut genährte Patientin neben einer Urethrablennorrhoe ein zehnpfennigstückgroßes Geschwür an der hinteren Kommissur, starkes Ödem des linken großen Labium und einen faustgroßen, linksseitigen Inguinalbubo, sowie wallnufgroße, indolente, rechtsseitige, inguinale Lymphdrüenschwellung bei geringem Fieber. Trotz sorgfältiger Behandlung des Geschwüres, das für ein *Ulcus molle* gehalten wurde, gelang es nicht, das serpiginoöse Fortschreiten desselben zum Stillstand zu bringen. Die kleinen, die großen Labien, die Umgebung der Harnröhre, der Klitoris, des Anus, schließlich des Rektum wurden von den die Haut unterminierenden Geschwüren befallen. Zwischen Vagina und Rektum bestanden zwei Fisteln; dickes, eiteriges Sekret wurde in Menge aus der Urethra und Vagina entleert. Eine genaue mikroskopische Untersuchung des Sekrets der Geschwüre ergab überall Gonokokken, nirgends die Streptobazillen des *Ulcus molle*. Auch in den Schnitten eines exzidierten Stückes gelang der Nachweis von Gonokokken. Ebenso wurde durch Anlegung von Reinkulturen das Vorhandensein der Gonokokken sichergestellt. Die nunmehr eingeleitete antiblennorrhoeische Behandlung (Abspülen mit Albargin 1:1000 oder *Argentum nitricum* 3—5:1000, Verbinden mit Irol oder *Argentum nitricum* [$1/1000$ ig], Ätzen mit *Argentum nitricum* 10%ig) oder als Stift, Einreiben mit *Argentum colloidalis* CREDÉ) führte, wenn auch langsam, nachhaltige Besserung herbei. Die Ulcera heilten alle mit Narbenbildung ab. Das Allgemeingemeinbefinden der stark abgemagerten Patientin hob sich wieder.

Als charakteristisch für das *Ulcus blennorrhoeicum serpigiosum* möchte Verfasser die Neigung desselben zur Unterminierung der Haut und die oft hämorrhagische Beschaffenheit des Eiters, ferner das intermittierende Fieber im Verlaufe der Krankheit ansehen. In zweifelhaften Fällen wird der Erfolg der antiblennorrhoeischen Therapie

und vor allem die mikroskopische, wie bakteriologische Untersuchung die Diagnose sichern.

VI. Über die Ätiologie der nach *Ulcus molle* auftretenden Bubonen und Bubonuli, von Egon TOMASZEWSKI-Halle a. S. Verfasser hat 24 Bubonen untersucht. Das Material teilt er in zwei Gruppen: I. in Bubonen, die schon kurze Zeit nach ihrer Entstehung zur Untersuchung kamen; II. in Bubonen, die schon längere Zeit bestanden hatten, als sie untersucht wurden.

Als brauchbare Kulturmethode für den sicheren bakteriologischen Nachweis von Streptobazillen hat sich dem Verfasser die Impfung in Blutagarkondenswasser bewährt. In diesem wachsen die Streptobazillen des Impfmateri als Ketten aus, welche morphologisch, tinktoriell und bakteriologisch mit Sicherheit als Streptobazillen angesprochen werden dürfen.

Die Hauptergebnisse dieser Untersuchungen werden in folgenden Schlussätzen vom Verfasser mitgeteilt:

„1. Die kulturelle Untersuchung venerischer Bubonen hat gegenüber dem mikroskopischen Streptobazillennachweis und der Inokulation den Vorteil, den gesamten oder einen sehr großen Teil des Buboinhaltes (Eiter resp. Drüsengewebe) zum Nachweis der Streptobazillen verwenden zu können.

2. Am meisten zu empfehlen ist die Impfung von Blutagarkondenswasser, da die Benutzung dieses Nährbodens eine Art Anreicherungsverfahren darstellt.

3. Auch die kulturelle Untersuchung ist nicht imstande, in allen venerischen Bubonen Streptobazillen nachzuweisen, bei dem vorliegenden Untersuchungsmaterial von 24 Bubonen nur in etwa 40%; in sieben Bubonen, die erst wenige (3—7) Tage bestanden hatten, wurden nur in zwei Fällen Streptobazillen gefunden.

4. Trotzdem erscheint die einheitliche Ätiologie aller venerischen Bubonen, d. h. die Genese aller durch eingewanderte Streptobazillen nicht zweifelhaft. Für diese Auffassung sprechen: die Identität des klinischen Bildes bis zur Eröffnung des Bubo, der identische pathologisch-anatomische Befund bei virulenten und avirulenten Bubonen, die Abwesenheit der gewöhnlichen Eitererreger bei beiden Bubonenarten, die Entwicklung avirulenter, vereiternder Bubonen nach Abheilung der *Ulcera molle*, die Differenz zwischen pathologischem Befund und der Zahl der nachweisbaren Streptobazillen bei virulenten Bubonen im Moment der Eröffnung, und endlich die zweifellos herabgesetzte Vitalität der Streptobazillen mancher virulenten Bubonen.

5. Die Faktoren, welche die Streptobazillen der „avirulenten“ Bubonen vernichten, kennen wir im einzelnen noch nicht. Eine gewisse Rolle spielen wahrscheinlich Temperatursteigerungen, da Streptobazillenreinkulturen bei Temperaturen über 38° C. sich nicht vermehren bzw. absterben. Von großer Bedeutung ist sicher die Intaktheit der Hautdeke, da in eröffneten, virulenten Bubonen sich eine rasche Vermehrung der Streptobazillen noch vor dem Schankröswerden der Wundränder nachweisen läßt.

6. Für die Therapie der venerischen Bubonen lassen sich nun folgende allgemein gültige Gesichtspunkte aufstellen:

a) Im Beginn eines jeden Falles ist eine konservative Behandlung angezeigt, da sie dem Organismus die Bedingungen zur Vernichtung der Streptobazillen erhält.

b) Lokale Wärmezufuhr ist indiziert mit Rücksicht auf die Temperaturempfindlichkeit der Streptobazillen.

c) Bei vereiternden Bubonen hat dem chirurgisch-technischen Eingriff eine Versorgung der Bubowundhöhle zu folgen, die imstande scheint, die vorhandenen Streptobazillen zu vernichten resp. zu schädigen. Jodoform ist hierfür das geeignetste Mittel.“

C. Berliner-Aachen.

Monatsberichte für Urologie.

1904. Band 9, Heft 5, 6 u. 7.

Über die konservative perineale Prostataektomie. Beschreibung mehrerer neuerer Instrumente und der Operationstechnik von **HUGH H. YOUNG**, Vorsteher der Abteilung für urogenitale Chirurgie am John Hopkins Hospital Dispensary-Baltimore. Die Methode, welche Y. nach früheren anderweitigen Versuchen nun als die beste sich erprobt hat und die er unter Beigabe zahlreicher, sehr instruktiver Illustrationen hier eingehend beschreibt, besteht in kurzem darin, daß die Prostata mittels eines speziell konstruierten (s. Abbildungen), intravesikalen Traktors in eine flache (Perineal-) Wunde heruntergezogen und so enukleiert wird, daß die Ductus ejaculatorii und die Pars prostatica urethrae intakt bleiben. Y. hat im ganzen 150 Fälle von Prostatahypertrophie operiert: 85 nach der Methode von **BOTTINI** mit sechs Todesfällen, von denen drei durch die Operation als solche verursacht waren. In 16 Fällen hat er die suprapubische Prostataektomie ausgeführt mit drei Todesfällen, während die perineale Prostataektomie mit 37 Fällen keinen Todesfall ergab. Bei den nach **BOTTINI** Operierten, worunter fünf über 80 Jahre alt, war auffallend, daß nicht gerade die kränklichsten und ältesten ein tödliches Ende nahmen, und Y. glaubt, daß sie die perineale Prostataektomie, welche zweifellos eine sicherere, größere Sorgfalt gestattende, zugleich aber radikalere Operation sei, überstanden haben würden. Für Y. geht aus den statistischen Zusammenstellungen seiner Fälle mit absoluter Sicherheit hervor, daß die suprapubische Prostataektomie vor der perinealen Methode nichts voraus hat, daß vielmehr bei der ersteren die Mortalität größer, das Rekonvaleszenzstadium länger, der Operateur sein Vorgehen nicht mit dem Auge verfolgen kann, die Drainage nachteiliger und der Verlust der Potenz augenscheinlich häufiger; obendrein sei die Entstehung einer Hernie im Anschluß an die suprapubische Prostataektomie eine gewöhnliche Folge. Schliesslich glaubt Y. aus einer Reihe in der Arbeit beschriebener Fälle bewiesen zu haben, daß ein Mittellappen keineswegs zu seiner Entfernung die Anlegung einer suprapubischen Inzision erheischt.

Über intermittierende cystische Erweiterung des vesikulären Ureterenendes, von **ERNST PORTNER**-Berlin. Den von **WILDBOLZ** in derselben Zeitschrift (siehe Referat *Monatsh. f. pr. Dermat.*, Bd. 39, Nr. 1, S. 29) veröffentlichten zwei Fällen dieser Art fügt hier P. einen weiteren, ebenfalls cystoskopisch erkannten Fall aus der Professor **CASPERSCHEN** Klinik hinzu und führt noch kurz vier bis jetzt in der Literatur nicht berücksichtigte Fälle von **FENWICK** bei, die sämtlich durch die Cystoskopie richtig erkannt wurden und therapeutisches Eingreifen veranlaßt haben. In **PORTNERS** Fall war die cystische Dilatation des Ureterenendes (wie bei **WILDBOLZ**) doppelseitig, hatte aber die Eigentümlichkeit, daß sie immer nur abwechselnd an einem Ureter gesehen wurde, daher die Bezeichnung „intermittierend“. In dem vorliegenden Falle verlief das Leiden eigentlich symptomlos, da die Beschwerden der Patientin durch die zeitweise bestehende Cystitis und die Wanderniere sich erklären ließen. Die klinische Bedeutung einer cystischen Erweiterung des unteren Ureterenendes liegt für P. vor allem darin, daß es durch den erschwerten Urinabfluß aus der betreffenden Niere schliesslich zu einer Hydronephrosenbildung kommen kann. Sollte dieser Ausgang zu befürchten sein oder sollten Symptome, wie erschwerte Miktion, Harnverhaltung, brennende Schmerzen in der Harnröhre und längs des erkrankten Ureters, auftreten, so müßte operativ eingeschritten werden in der Weise, wie schon von **WILDBOLZ** erläutert wurde.

Renale Hämaturie und Nephritis, von **EMIL LEWITT**. Gegenüber der hauptsächlich durch **KLEMPFEBER** vertretenen Anschauung, daß es sog. essentielle oder angioneurotische Nierenblutungen neben den zwei anderen, allseitig anerkannten, bei

Hämophilie und durch Überanstrengung auftretenden gäbe, vertritt L. die vor allem durch ISRAEL'S Erfahrungen gestützte Ansicht, daß bei irgendwie stärkeren Nierenblutungen stets eine, wenn auch nur mikroskopisch nachweisbare Veränderung in der Nierensubstanz vorhanden sein müsse. Als Beleg führt er außer den sieben von ISRAEL operierten Fällen drei Fälle aus Professor CASPERS Klinik und Poliklinik an, wo teils nach der Operation (I. Fall), teils durch die chemische und mikroskopische Untersuchung bei vorhandenen schweren Hämaturien das Vorhandensein einer Nephritis sicher konstatiert wurde. Daß die Blutung aus der Niere kommt, kann nur durch Cystoskopie oder Urstaren-Katheterismus mit voller Sicherheit geschlossen werden. Freilich müssen folgende Bedingungen zu deren Gelingen gegeben sein: 1. muß die Harnröhre das Cystoskop passieren lassen; 2. muß die Blase eine Kapazität von wenigstens 80—100 ccm haben; 3. muß der Patient zur Zeit der Blutung in unsere Behandlung kommen, und 4. darf die Blutung nicht zu stark und nicht zu schnell erfolgen und dadurch das Gesichtsfeld in der Blase trüben. L. glaubt, daß meist diese Bedingungen vorhanden sind. Ob eine oder beide Nieren affiziert sind, darüber klärt neben dem Katheterismus die funktionelle Untersuchung nach CASPER und Richter auf, wie es einer der Fälle von LEWITT bestätigt. Die Nierenpalpation, die mikroskopischen, chemischen und bakteriologischen Befunde des Harns, die Röntgendurchleuchtung, die klinische Beobachtung des einzelnen Falles müssen zu dessen Klarstellung oft alle herbeigezogen werden. Sind alle anderen Möglichkeiten, wie Calculose, Trauma, Tuberkulose, Neoplasmen, Parasiten, Hydronephrosen, Ren mobilis, hämorrhagischer Niereninfarkt, Aneurysmen, Hämophilie usw., für das Entstehen der Nierenblutung ausgeschlossen oder unwahrscheinlich, und finden sich nach genügend langer Beobachtung Zylinder (hyaline und granuliert) und Niereneiweiß im Urin, so ist die Diagnose der Nephritis eine sichere, wie zwei Fälle L.'s ergaben. Neben der Stillung der Blutung kommt natürlich die Behandlung der Nephritis hier in Betracht, und zwar zunächst mit den Mitteln der inneren Medizin: bleiben dieselben aber machtlos, und werden die Blutungen das Leben gefährdend (Massenblutungen), so treibt die Nephritis zu jenen Krankheiten, welche des chirurgischen Eingriffes bedürfen. 44 vom Verfasser angegebene Arbeiten über Hämaturie zeugen von dessen fleißigem Literaturstudium.

Über Enterokokkenurethritis, von DREYER-Cöln. Nach den 13 Fällen, welche DREYER hier kurz nebst dem mikroskopischen Befunde beschreibt, sind die Hauptcharakteristika dieser Urethritis, welche ohne bakteriologische Untersuchung des Ausflusses häufig oder wohl immer für chronische Blennorrhoe gehalten wird, die Art der Sekretion und der Verlauf. In sämtlichen Fällen hat DR. immer wieder dasselbe trüb-graue, trüb-schleimige, seröse Sekret gefunden. Was den Verlauf betrifft, so zeigen die Fälle DREYERS, wie die von GALEWSKY und WARLSCH, die Unheilbarkeit oder schwere Heilbarkeit. Gleich GALEWSKY machte DREYER die Erfahrung, daß jegliche lokale Therapie mit Antiseptics die Entzündung verschlimmerte. Vorübergehende Besserungen kamen bei inneren Mitteln (Urotropin, Helmitol, Salol), wie auch ohne jede Therapie vor. Von Komplikationen fand sich bei der Enterokokkenurethritis häufig eine Urethritis posterior ohne besonderes Hervortreten subjektiver Symptome, einmal eine Epididymitis. Die Infektion geschieht meist von der Frau aus, und zwar wird häufig die Angabe gemacht, nach einem besonders forcierten, repetierten Coitus oder nach einem Coitus während der Menses des Weibes; in einigen Fällen muß aber eine anderweitige Infektion, wahrscheinlich durch verunreinigte Spritzen, angenommen werden, so daß nach Heilung der Blennorrhoe Enterokokkenkatarrh auftrat; auch gleichzeitige Infektion mit Gono- und Enterokokken kann vorkommen, wie es in einem der Fälle DREYERS wahrscheinlich war. Darüber, ob die

Enterokokken-Infektion des Mannes eine Bedeutung für die Frau hat, will sich Verfasser nicht definitiv aussprechen, immerhin möchte er bei jedem Ausschluss gleichzeitiger Blennorrhoe den ehelichen Verkehr nicht versagen und hat mit Befolgung dieser Regel keinen Schaden gesehen. Was die Diagnose betrifft, so ist sie neben dem charakteristischen, leicht verreibbaren Sekret mit Sicherheit nur durch die bakteriologische Untersuchung möglich. Der Enterococcus ist ein, zuerst aus normalem Darminhalt gezüchteter Diplococcus von sehr wechselnder Größe, der nach GRAM positiv färbbar ist. Die Kultur der Enterokokken gelingt auf fast allen Nährböden, besonders gut auf Glycerin- und Zucker-Nährböden; auch auf saurem Nährboden ist das Wachstum reichlich. Der Enterococcus produziert ein Toxin, die saprophytischen Enterokokken können durch Passage von Tier zu Tier Virulenz erlangen. In der eingehenden bakteriologischen Beschreibung des Enterococcus folgt DREYER den Angaben THIERELINS, welcher eine ausführliche Arbeit über diesen Mikroorganismus geliefert hat. Schliesslich zieht er auch als wichtig noch den endoskopischen Befund herbei: die Enterokokken-Urethritis unterscheidet sich von der chronischen Blennorrhoe, welche differentialdiagnostisch doch hauptsächlich in Betracht kommt, durch relativ geringe Rötung und Schwellung der Schleimhaut, Gleichmässigkeit und Oberflächlichkeit, Erhaltenbleiben der Trichterfalten, Mangel jeglicher Drüsenentzündungen, — also hauptsächlich negative Kennzeichen. Gegenüber den häufigen pessimistischen Urteilen über den Wert der endoskopischen Methode bei Urethritis führt DREYER ausser den Fällen der Enterokokken-Urethritis noch drei andere differentialdiagnostisch wichtige und nur durch Endoskopie erkannte Fälle von Harnröhrenkatarrh an.

Stern-München.

Mitteilungen aus FINSENS medizinischem Lichtinstitut.

1904. Heft 7 und 8.

Heft 8 enthält den ersten Teil einer Lichtbiologie aus der Feder GUNNI BUSKS. Das erstere der beiden Hefte umfasst eine Reihe von Arbeiten.

WANSCHER berichtet 1. über Untersuchungen der bei der Lichtbehandlung des *Lupus vulgaris* hervorgerufenen histologischen Veränderungen. Er kommt zu ähnlichen Schlüssen wie die Autoren, welche bislang über den gleichen Gegenstand Arbeiten veröffentlicht haben, nämlich MÖLLER, GLEBOWSKI, PILNOFF, LEBEDDE u. a. Es findet sich eine starke Erweiterung der Gefässe mit Extravasation. Es erfolgt eine direkte oder indirekte Tötung von Zellen, besonders von krankhaften Zellen. Ferner ist nach der Belichtung im lupösen Gewebe eine Neufornation von Bindegewebe zu konstatieren, doch kennt man die Entstehung dieser neuen Bindegewebszellen nicht.

SOPHUS BANG behandelt die Wirkungen des elektrischen Bogenlichtes auf Tuberkelbazillen in Reinkultur. Anschliessend an die Beobachtungen von ROBERT KOCH, dass Kolonien von Tuberkelbazillen durch Sonnenlicht mehr oder minder rasch, jedenfalls aber sicher abgetötet werden, unterzog der Verfasser auf diese antibakterielle Einwirkung auch die Strahlen des Finseulichtes. So impfte er Meerschweinchen Kulturen ein, welche verschieden lange dem Lichte einer Bogenlampe von 35 Ampère und 50 Volt ausgesetzt worden waren. Ein Kontrolltier starb am 52. Tage, während die Tiere, welche mit dem Lichte der Lampe 5—10—15—20 Minuten ausgesetzten Kulturen geimpft worden waren, nach 45 und nach 102 Tagen zugrunde gingen bezw. nur leicht oder gar nicht erkrankten. BANG kommt zu dem Schluss, dass die Abtötungsgrenze für Tuberkelbazillen, die mit dem Lichte einer Bogenlampe von 30 Ampère und in einer Entfernung von 30 cm Abstand beleuchtet werden, sich bei sechs Minuten befindet, möglicherweise zwischen drei und sechs Minuten.

WALDEMAR BIE bespricht die **Methoden zur Messung der bakteriziden Wirkung des Lichtes**. Die Schwierigkeit der Bestimmung liegt darin, daß die verschiedenen Teile einer Kultur gegenüber der Lichteinwirkung einen verschiedenen Widerstand bewahren. An einer unregelmäßigen Lichtbrechung, die gewisse Individuen der Kultur nur in niederem Grade träge wie andere, kann diese Erscheinung kaum liegen, ebenso wenig allein daran, daß etwa die oberflächlich liegenden Keime dem Sauerstoff der Luft näher wären als etwa tiefer im Tropfen gelegene. Auch andere Beobachter sahen die Bakterien gradweise zugrunde gehen. Man kann die keimtötende Kraft des Lichtes nur mit einem Verfahren berechnen, welches erlaubt, dieses allmähliche Zugrundegehen der Keime festzustellen, und zu sehen gestattet, wieviel Bakterien nach der und der Zeit noch lebensfähig sind. Bislang galt zu diesem Zweck **BUCHNERS** Methode als die beste; sie besteht darin, daß man auf den Boden einer zu beschickenden **PETRI**schen Schale Zeichen aus lichtdichtem Papier oder dünnem Metall aufklebt, dann die beschickte Platte von der Rückseite bestrahlt und nun durch stärkeres und schwächeres Wachstum der Keime den aufgeklebten Zeichen entsprechende Figuren entstehen sieht. **FINSEN** verbesserte dies Verfahren, indem er Schalen benutzte, die eine in einen Messingring gefasste plangeschliffene Bergkristallplatte tragen. Letztere läßt ultra-violette Strahlen hindurch, welche durch Glas nicht dringen können. Auch wird so jede unregelmäßige Brechung des Lichtes verhindert. Allein aus drei Gründen gibt **BIE** doch diese Methode der Berechnung der Lichtwirkung auf: Die Keime liegen im Nährboden verschieden tief, werden also nicht alle gleich stark belichtet. Die oberflächlich liegenden kommen, da sie leichter zum atmosphärischen Sauerstoff gelangen können, eher durch die Belichtung um, als die tieferliegenden. Drittens hängt die zur Abtötung nötige Belichtungsdauer sehr von der Gesamtzahl der im Nährboden verteilten Keime ab. **BIE** verwendet deshalb ein neues Verfahren. Er verteilt 1 ccm steriles Agar in je eine Schale von Bergkristall, welche beim Gerinnen des Nährbodens horizontal stehen muß. Von der zu gebrauchenden Bouillonkultur, welche durch steriles Papier filtriert und bei starkem Wachstum mit Aqua dest. etwas verdünnt werden muß, wird ein Tropfen auf die Agarfläche gebracht, und breitet man denselben durch Bewegungen der Schale möglichst über sie aus. Die so bearbeitete Schale bringt nun der Verfasser mit der Oberfläche nach unten in einen Thermostat oder Chlorcalcium-Austrockner. Wenn auf der Agarschicht die Flüssigkeit verdampft ist, kann die Belichtung erfolgen. Die Schalen werden dann mit der Kultur nach unten auf flaches Fließpapier in eine **PETRI**sche Schale gebracht. Diese Methode hat alle Vorteile der früheren Verfahren, ohne ihre Nachteile zu besitzen. — Eine Mitteilung über die **bakterizide Wirkung ultravioletter Strahlen** bringt der gleiche Autor **WALDEMAR BIE**. Er faßt seine Beobachtungen folgendermaßen zusammen: „Unter den Umständen, unter denen meine Versuche ausgeführt wurden, ist die Wirkung der ultravioletten Strahlen, welche eine Wellenbreite zwischen 200 und 295 Mikren besitzen, ungefähr 10—12 mal so groß als die Wirkung des ganzen übrigen Spektrums vom Beginn des roten (760) bis zum Beginn des besprochenen Abschnittes des Spektrums (295 Mikren). Diese Verhältniszahl gilt nur bei der beschriebenen Versuchsanordnung, da die Menge der ultravioletten Strahlen im elektrischen Lichte variiert, u. a. je nach der chemischen Zusammensetzung der Kohlen, der Stromstärke und dem Diameter der Kohlen, so daß man keinen in allen Fällen gültigen Wert für die Wirkung der ultravioletten Strahlen festsetzen kann.“ Äußerst interessant sind des gleichen Verfassers Untersuchungen über die **Gewöhnung der Bakterien an Belichtung**. Er setzte eine Reihe aufeinander folgender Bouillonkulturen des **Vibrio METSCHNIKOFF** dem diffusen Tageslichte aus und beobachtete, daß sie dadurch gegen ein konzentriertes Licht, welches

etwa die dem Sonnenlicht entsprechende Zusammensetzung aufwies, etwas widerstandsfähiger geworden war. Die Dauer des Einflusses des diffusen Tageslichtes spielte keine Rolle. Kulturen, die ihm ein bis zwei Tage preisgegeben waren, glichen in dieser Hinsicht solchen von drei- bis fünfmonatiger Exposition. Auch die tägliche kurze, zehn Sekunden bis eine Minute dauernde Bestrahlung einer Kultur desselben Vibrio mit konzentriertem elektrischen Licht erzeugte eine gewisse Gewöhnung an dasselbe. Umgekehrt zeigte eine Vibriokultur auf Bouillon, die unmittelbar nach der Impfung fast bis zur Abtötung der Keime der elektrischen Lichtquelle ausgesetzt worden war, verminderte Widerstandskraft.

GEORGES DRBYER behandelt die **Einwirkung des Lichtes auf Infusorien**. Es gibt Infusorienarten, welche durch die stark brechbaren ultravioletten Strahlen stark beeinflusst werden. Wiederum gibt es andere Arten, die von diesen nur wenig mehr Beeinflussung erfahren als von den langwelligen gelben und gelbgrünen Strahlen. Die gleiche Art der Infusorien vermag übrigens auch auf verschiedene Lichtarten absolut und relativ verschiedene Sensibilität zu zeigen. Betreffs der **Sensibilisierung von Mikroorganismen und tierischen Geweben** sagt derselbe Verfasser: „Mittels Benutzung gewisser Sensibilisatoren ist es möglich, Mikroorganismen und tierische Gewebe ebenso oder sogar in höherem Grade für die sonst unwirksamen aber relativ stark penetrierenden gelben und gelbgrünen Strahlen empfindlich zu machen, wie sie es normal gegenüber den stark wirkenden, aber wenig penetrierenden chemischen Strahlen sind.“

C. O. JENSEN und H. JANSSEN bringen **Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Geschwulstzellen gegenüber intensivem Licht**. Sie prüften die Einwirkungen des Lichtes an Gewebstücken einer carcinomähnlichen Geschwulst bei einer weißen Maus. Dieser Tumor wurde auf eine Anzahl von Mäusen überimpft. Nach Tötung der Maus wurde die Geschwulst exzidiert und in eine sterile Glasschale gebracht. Die am besten erhaltenen Teile wurden dann zwischen zwei Quarzplatten gebracht, welche durch Wasserspülung auf einer Temperatur von 25–30° C. erhalten wurden, und belichtet. Hierauf wurden von verschieden lang belichteten Stücken Überimpfungen auf Mäuse vorgenommen und zur Kontrolle von der Geschwulst des gleichen Tieres Überimpfungen von nicht belichteten Gewebspartien angestellt. Die Versuchsergebnisse zeigten, daß das intensive Licht die Geschwulstzellen leicht abtötet. Dies Absterben erfolgt bei allen Gewebsteilen, wenn die Belichtung auf beiden Seiten erfolgt und die bestrahlte Schicht 0,2 mm dick ist, in ein bis zwei Minuten.

Das 8. Heft der **FINSENSCHEN Mitteilungen** enthält den ersten Teil einer **Lichtbiologie**, von GUNN BUSK. Die Arbeit ist als kritisch zusammenfassende und eigene Beobachtungen bietende Studie über die Art und die Wirkungen des Lichtes gedacht und angelegt. FINSEN begleitet sie mit einem Vorwort. Die Einleitung bringt die Erklärungen über das Licht und seine Zusammensetzungen, die Umsetzung der Lichtenergie, die Lichtmessung, und die verschiedenen Lichtquellen, wie Sonne, Gleichstrom- und Wechselstromlampen, Glühlampe, BANGS Eisenlampe, Dermolampe usw. Ein Abschnitt über die Anwendung des Lichtes bei biologischen Untersuchungen leitet zum ersten Hauptkapitel über, welches noch im vorliegenden 8. Hefte enthalten ist — der „**Wirkung des Lichtes auf die niedrigstehenden Organismen**“. Aus dem reichen Inhalt dieses umfangreichen Abschnittes mögen einige uns besonders interessierende Angaben hier wiedergegeben werden. Das tierische Gewebe selbst in blutleerem Zustande absorbiert in stärkstem Maße die ultravioletten Strahlen. Der Einfluß derselben reicht nur bis zu einer Tiefe von etwa 0,2–0,3 mm. Tiefer wirken die blauvioletten, ebenfalls bakterientötenden Strahlen. NAGELSCHEIDT impfte Meerschweinchen Hauttuberkulose ein und exzidierte unmittelbar nach vorgenommenen Bestrahlungen Stückchen

des Krankheitsprozesses. Er impfte sie anderen Meerschweinchen intraperitoneal ein; nur eines von acht dieser Tiere erkrankte an Tuberkulose, ein Zeichen, daß die Belichtung doch abtötend auf die tuberkulösen Hautprozesse gewirkt haben mußte. Busk impfte Kaninchen und Meerschweinchen in die Cornea interlamellär virulente Pneumokokken. Während diese ohne Belichtung schon am ersten Tage heftige Entzündungen verursachten, blieben letztere bei den 20 Sekunden lang mit einer BANG-schen Lampe sogleich nach der Impfung belichteten Tieren völlig aus. Die verschiedenen Keimarten werden auch vom Licht in verschiedener Weise beeinflusst. Diese Differenz kann für einander ganz nahe stehende Bakterien ziemlich groß sein. Die zur Abtötung einer Keimart nötige Zeit steht zu der zur Schwächung nötigen Zeit nicht in konstantem Verhältnis. Die Resistenz der Sporen gegen Licht ist natürlich eine größere als die von den Bakterien selbst. Die Milzbrandsporen sind 5—6 mal so resistent gegen Licht als die Milzbrandbazillen. Im Beginn der Keimung wird dieser Widerstand etwas kleiner. Wer näher in den Gegenstand eindringen will, muß schon die BUSK'sche Arbeit selber durchlesen, die eine Fülle des Originellen bietet.

Hopf-Dresden.

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band XI. Heft 8.

I. Vasenol, eine neue Arzneimittelgrundlage für Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten, von P. THIMM-Leipzig. Vasenol ist eine Vaselineemulsion von 25% Wasser. Es hat eine gelblichweiße Farbe und salbenartige Konsistenz. Ohne jeden Zusatz kann es als milder, reizloser Cream dienen. Medikamente können mit Vasenol gut und schnell verrieben oder in gelöstem Zustande hinzugefügt werden. Es eignet sich auch als Vehikel zur Herstellung von Salben und Pasten. Vasenol um liquidum hat 33 $\frac{1}{3}$ % Wassergehalt und ist eine rein weiße, ölige Paraffinemulsion. Durch weiteren Zusatz von Wasser wird das Präparat fester und nimmt eine dickflüssige oder salbenartige Konsistenz an. Es kann zum Schlußfrigmachen von Sonden und Kathetern, zur Herstellung von Salben, Pasten, Emulsionen, zum Beschicken von Tampons jeder Art mit heilenden oder ätzenden Medikamenten (für Urethra, Cervicalkanal), endlich als Vehikel für Injektionsflüssigkeiten gebraucht werden. Vasenol-puder ist ein feines, weißes, gut haftendes Pulver mit 10% Vasenol. Er ist wegen seiner Wasseremulgierbarkeit einerseits und wegen seiner fettartigen Beschaffenheit andererseits ein gleichzeitig gut aufsaugender wie schützender Streupuder.

Aus den verschiedenen therapeutischen Versuchen des Verfassers mit den Präparaten heben wir besonders hervor die Angaben über die Verwendung des Vasenol um liquidum als Suspensionsmittel für Quecksilber. Es bildet in der üblichen 10igen Konzentration mit unlöslichen Hg-Salzen so ausgezeichnete, fein verteilte, nicht körnige, homogene, durch Kochen sterilisierbare, zu subcutanen Injektionen verwendbare Suspensionen, wie sie mit Olivenöl oder Paraffinum liquidum auch nicht annähernd zu erreichen sind. Bei noch so langem Stehen bleibt das Hg-Salz andauernd suspendiert. Nur eine dünne, gelbliche Ölschicht bildet sich manchmal an der Oberfläche. Ein leichtes Umschütteln genügt indessen, um die Suspension wieder gleichmäßig homogen und gebrauchsfähig zu gestalten.

II. Ein Fall von Onychomykosis trichophytina, von NEUBERGER-Nürnberg. Die 26jährige, von ihrem Manne luetisch infizierte Frau gibt an, daß sie ihre Nagelaffektion in einem Kloster, in welchem sie von ihrem 7. bis 17. Lebensjahre erzogen worden war, akquiriert habe. Der Erkrankung ging ein auf den Händen, im Gesicht und an den Knien lokalisierter Hautausschlag voraus. Als Entstehungsursache wird

angegeben, daß eine der Schwestern des Klosters die Gewohnheit gehabt habe, die Zöglinge durch Schlagen der Fingerkuppen gegen eine Tischkante zu bestrafen. Auch die Patientin ist in dieser Weise häufig bestraft worden und hat nicht selten davon blutige oder blau angeschwollene Nägel gehabt.

Eine ärztliche Behandlung der Nägel hat bisher noch nicht stattgefunden. Aufser dem Mittelfinger und vierten Finger der rechten Hand sind sämtliche Nägel erkrankt. Charakteristisch ist überall die unregelmäßig aufgelockerte, brüchige, glanzlose, mit vorwiegend gelblichen Einlagerungen versehene Nagelsubstanz.

Die mikroskopische Untersuchung hat in allen Präparaten eine völlige Durchsetzung der Nagelsubstanz mit langgegliederten und durch Septen getrennten Trichophytonpilzen erkennen lassen.

III. Über eine Weiterimpfung von syphilitisch infizierten Schimpansen, von O. LASSAR. Die weiteren Untersuchungen des Verfassers waren darauf gerichtet, die Infektionsfähigkeit der künstlich beim Schimpansen erzeugten syphilitischen Produkte zu prüfen. Zu diesem Zwecke wurde einem zweiten Schimpansen am 31. Januar dieses Jahres vom ersten Versuchstier krankhaftes Material eingepft. Nach Ablauf der zweiten Woche zeigten sich die ersten Anzeichen der Impfung, und kurze Zeit später hatte sich zuerst über dem linken, dann über dem rechten Supraorbitalrand je ein deutlicher Primäraffekt, charakterisiert durch derbe Infiltration, markiertem Rand, zentrale Einsenkung entwickelt. Nach weiteren sechs Wochen kamen an verschiedenen Hautstellen, besonders an Hand- und Fußsohlen unzweideutige, syphilitische Papeln zum Vorschein. Somit hat auch dieser Versuch die erfolgreiche Übertragung des syphilitischen Virus auf den Schimpansen bewiesen.

IV. Verlängerte Inkubation bei Blennorrhoe, von G. PERNET-LONDON. FINGER, LANZ und andere Autoren betrachten Inkubationen der Blennorrhoe von mehr als 14 Tagen als eine außerordentliche Seltenheit.

Verfasser hat im Jahre 1901 einen jungen Mann an Blennorrhoe behandelt, welche erst 20 Tage nach dem infizierenden Coitus begonnen hatte. Derselbe Patient litt drei Jahre zuvor an einer Blennorrhoe, deren Inkubationsstadium ebenfalls 20 Tage dauerte. Im vorliegenden Falle trat nach einiger Zeit als Komplikation eine blennorrhoeische Arthritis des linken Tibio-Tarsalgelenkes hinzu, gegen welche sich Chininum sulfuricum gut bewährte.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1904.

Die Beziehung der Seborrhoe zu verschiedenen schuppenden Dermatosen, von H. G. BROOKE-Manchester. Die älteren Autoren des 19. Jahrhunderts unterschieden deutlich von einander die Seborrhoe oder Steatorrhoea, auch Acne sebacea von der Pityriasis. Erst HEBRA stellte die Lehre auf, daß beide zwei aufeinanderfolgende Stadien desselben Prozesses seien, und unterschied eine Seborrhoea oleosa und eine Seborrhoea sicca. Die Schuppen der letzteren oder der Pityriasis sollten von den Zellen atrophischer Talgdrüsen herrühren. Diese Lehre, auch von KAPOSI verteidigt, galt viele Jahre für feststehend, bis sie durch Untersuchungen amerikanischer, französischer, deutscher Autoren, namentlich UNNA erschüttert wurde. Die ölige Beschaffenheit der Haut rührt nach UNNA und den älteren Anatomen, wie KÖLLIKER, HEULE u. a., nicht so sehr von den Talg- als von den Schweißdrüsen her; die Pityriasischuppen seien die Wirkung einer Parakeratosis der oberflächlichen Hornschichten, das Resultat eines trockenen Katarrhs der Haut, hervorgerufen durch die Aktion eines bestimmten Mikrobions, des *Morococcus*. Eine ganze Reihe von mit

Schuppenbildung und Seborrhoe einhergehenden Affektionen wiesen die wesentlichsten Merkmale des von UNNA so benannten seborrhoischen Ekzems. Durch SABOURAUDS Untersuchungen sind unsere von den Hautparasiten zwar auch gefördert worden, doch wird man hinsichtlich der Beurteilung des Einflusses dieser Parasiten für die Entstehung des Ekzems und der ihm verwandten oder gleichenden Hautaffektionen kaum so weit, wie die beiden letzterwähnten Forscher gehen und den Einfluß der Ernährung, des Nervensystems und gewisser Diathesen leugnen.

Der Verfasser sah einen frischen typischen Ausbruch von Seborrhoe und Akne auf dem Rücken eines Soldaten, welcher kurz zuvor das vom Wasser, in welchem Schweinefleisch gekocht worden war, abgeschäumte Fett genossen hatte. Dasselbe hatten zwei andere Soldaten getan. Auch bei diesen entwickelte sich ein gleicher Ausschlag.

Der Verfasser gibt eine genaue Beschreibung der Seborrhoea corporis DUHRING und zeigt, welche Veränderungen die ursprünglichen Efflorescenzen unter verschiedenen Einflüssen durchmachen können, wie eng sich die schuppenden Dermatosen berühren, und wie sich nicht selten aus der einen eine andere, ihr verwandte entwickelt. So sah er in den letzten Monaten bei zwei typischen Psoriasisfällen ein nicht minder typisches Ekzema seborrhoicum entstehen. So gibt es Pityriasisausschläge, welche als einfache Pityriasis beginnen und durch eine Reihe von Phasen hindurchgehend mit Psoriasis endigen. Eine Erklärung für diese Übergänge vermag Verfasser nicht abzugeben. Die Beziehung dieser schuppenden Dermatosen zu einander und zur Seborrhoe bedarf noch eingehender Studien.

Juli 1904.

I. Ein Fall von Pemphigus vegetans, von D. DUCKWORTH-London. Der Fall betraf einen 51jährigen Mann, welcher ca. sechs Monate zuvor einen wunden Rachen bekam; bald darauf wurden die Zunge, die Wangenschleimhaut, das Zahnfleisch von schmerzhaften Ulcerationen befallen. Um dieselbe Zeit begannen die Füße zu schwellen und zu schmerzen. Es entwickelten sich an denselben große Blasen, die, angestochen, eine klare, wässrige Flüssigkeit entleerten. Der Patient bestreute sie mit Mehl, worauf die Blasendecke eintrocknete, schwarz wurde und abfiel. Die Haut darunter war gesund. Bei einer zweiten Attacke, die denselben Verlauf nahm, blieb die Haut jedoch dunkel verfärbt, und die Beine hörten nicht auf zu schmerzen. Von den Füßen und Unterschenkeln verbreitete sich der Ausschlag aufwärts über die Oberschenkel zum Skrotum. Vor drei Monaten wurden die Arme und Hände und die Lippen befallen. Patient magerte, da er keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen konnte, zusehends ab. Die im weiteren Verlaufe weniger bullösen, als papulösen und nodulären Efflorescenzen verliehen in Verbindung mit der stark dunkelbraun verfärbten Haut dem Patienten das Aussehen eines Leprösen. Weder für Lepra noch für Tuberkulose bot der ganz eigentümliche Fall irgendwelche Anhaltspunkte. Die Ätiologie blieb auch nach der postmortalen Untersuchung dunkel.

II. Ein Fall von Mykosis fungoides, von D. M. GREIG-Dundee. Ein 40jähriger, bis dahin gesunder, wohlgenährter Arbeiter bekam im Juli 1899 auf der linken Skapularregion eine Schwellung, die rasch ulcerierte und Schmerzen verursachte. Patient leugnete, jemals Syphilis gehabt zu haben. Die große ulcerierte Fläche hatte einen Durchmesser von ca. 6 Zoll und setzte sich zusammen aus mehreren festen, erhabenen, dunkelroten Plaques. Auf der rechten Seite des Rückens befand sich ein ähnlich beschaffener kleiner Knoten. Im Beginn wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, die jedoch nicht die gewünschte Besserung brachte. Hierauf wurde, weil der Patient über intensive Rückenschmerzen klagte, die ulcerierte Partie exzidiert. Es erfolgte Heilung und bis zum Jahre 1902 vollkommene Ruhe. Da begann, ohne

sichtbare Ursache, die Haut wiederum schmerzhaft zu werden, zu ulcerieren und dieselbe Beschaffenheit anzunehmen wie das erste Mal. Der Patient litt gleichzeitig schwer unter Kopfschmerzen, Schmerzen und Steifigkeit in den Beinen, so daß er sich schließlicly nicht mehr fortbewegen konnte. Unter zunehmender Abmagerung und meningitischen Erscheinungen erfolgte nach mehreren Monaten der Tod.

Der Fall wies folgende bemerkenswerte Punkte auf:

1. Die Dauer des prämykotischen Stadiums konnte nicht bestimmt werden. Daß ein prämykotisches Stadium vorhanden war, ließ sich aus der Tatsache schließen, daß der Entwicklung neuer Knoten gewöhnlich ein deutlich ausgesprochenes Erythem voranging.

2. Das Fehlen jedes Juckreizes und anderer subjektiver Empfindungen vor Ausbruch der Ulceration.

3. Die nachhaltige gute Wirkung, welche die Exzision des ulcerierten Bezirkes hervorrief. Vielleicht würde man bei frühzeitiger Exzision eines Tumors vor Beginn der Ulceration dauernde Heilung erzielt haben.

4. Die X-Strahlenbehandlung brachte temporäre Besserung.

5. Das cerebrospinale Nervensystem scheint im vorliegenden Falle in Mitleidenschaft gezogen zu sein und die Endursache des letalen Exitus abgegeben haben.

Die von Dr. MACLEOD vorgenommene histologische Untersuchung eines exzidierten Knotens ergab als Diagnose Mykosis fungoides im Tumorstadium.

III. Ein Fall von Antimon- und Bleivergiftung, von LESLIE ROBERTS-Liverpool. Die wesentlichsten Merkmale dieses Falles, welcher einen 29jährigen Arbeiter betraf, waren folgende:

1. Hyperidrosis der Handteller, Fußsohlen und der Kopfhaut.

2. Glatte, flache Papeln an den Händen.

3. Spannung der Haut der Handteller und Fußsohlen.

4. Zittern der Muskeln der oberen Extremitäten.

5. Chronische Konstipation.

Auffallend dagegen:

6. Das Fehlen von Kolik, Erbrechen oder anderer Anzeichen von Intestinalstörungen.

7. Der Urin frei von Eiweiß, Zucker, Antimon, jedoch bleihaltig.

Die histologische Untersuchung ergab folgende wesentliche Befunde:

1. Gänzlichcs Fehlen entzündlicher Erscheinungen, oder besser jeder Leukocytosis; Kongestion der oberflächlichen Gefäße.

2. Das Gift hat hauptsächlich und in einer regellosen, scheinbar kapriziösen Weise auf das Epithel eingewirkt, wie dies bei Metallen dieser Gruppe auch sonst der Fall zu sein pflegt.

3. Augenscheinlich war eine epitheliale Reizung vorhanden. Das Stratum lucidum war in einer beträchtlichen Ausdehnung verdickt, die Betezellen stark in Proliferation begriffen, die Stachelzellenschicht vergrößert; die epithelialen Zapfen seitlich vergrößert.

4. Die kavernöse Dilatation des intraepithelialen Teiles der Schweißdrüsengänge bildete einen auffallenden Befund. Die letzteren waren in ihrem ganzen Laufe verbreitert.

IV. Zur Behandlung multipler Warzen mit innerlichen Gaben von Magnesiumsalzen, von ARTHUR HALL-Sheffield. Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 27jährigen Manne, der vor zwei Jahren einfache Warzen auf der Kopfhaut bekam. Dieselben vermehrten sich rapide und dehnten sich auf die Stirn aus. Die üblichen äußerlichen Mittel hatten nicht den gewünschten nachhaltigen Erfolg. Erst

innerliche Gaben der Mixtura alba (Magnesiumsulphat 30,0, Magnesia carbonica 1,0, Chlorof. et Aq. Menth. piperit.) dreimal täglich brachten die Warzen innerhalb einer Woche zum Schrumpfen und in 14 Tagen vollständig zum Schwinden.

V. SABOURAUDS Behandlung durch X-Strahlen im Hôpital Saint Louis, von J. L. BUNCE. Die Behandlung der Trichophytie mit Antisepticois konnte den erwünschten Erfolg nicht haben, weil diese in den Haarfollikel nicht weiter als höchstens 1 mm tief eindringen, während der Trichophytonpilz häufig noch in einer Tiefe von mehr als 4 mm angetroffen wurde. Was sich somit durch Applikation von Antisepticois nicht erreichen liefs, gelang durch die Anwendung der X-Strahlen.

An dem grofsen Material, das SABOURAUD im Hôpital Saint Louis zur Verfügung stand, hat derselbe sich die verhältnismäfsig einfache und sehr wirksame Methode der Röntgenbestrahlung angeeignet und einen relativ hohen Prozentsatz von Heilungen erzielt.

Um eine Trichophytonstelle zu kurieren, mufs dieselbe in einer Entfernung von 15 cm vom Zentrum einer CROOKES-VILLASSCHEN Röhre exponiert werden, deren Widerstand dem vierten Teile des Radio-Chronometer von BENOIST entspricht, bis die elektrische Kraft ein Quantum von X-Strahlen geliefert hat, welche $4\frac{1}{2}$ —5 Einheiten der HOLZKNECHTSCHEN Skala entspricht.

Ist man in jedem Augenblicke über den Penetrationsgrad der X-Strahlen orientiert, so wird die Depilation der erkrankten Haare ohne Zwischenfall vor sich gehen. Im Beginn zeigt die so behandelte Haut zunächst keinerlei Veränderungen. Erst gegen den siebenten Tag erscheint auf der bestrahlten Stelle ein ganz schwaches Erythem, welches nach vier Tagen verschwindet und einer kaum merklichen Pigmentation Platz macht. Vom 15. Tage an fallen die Haare aus, oder lassen sich ohne den geringsten Kraftaufwand epilieren, in weiteren drei bis vier Tagen ist die Depilation vollständig. Das Wiederwachsen neuer Haare geschieht für gewöhnlich erst ca. zehn Wochen nach Beginn der Behandlung und sieben Wochen nach vollständig erreichter Depilation. Dieses späte Erscheinen neuer Haare hat insofern einen Vorteil, als die letzten Überreste erkrankter Haare, die Anlafs zu Rezidiven geben könnten, gänzlich um diese Zeit eliminiert sind.

Mifserfolge haben folgende Ursachen:

1. Unzureichende Depilation.
2. Vergeflichkeit des Operateurs, der irgend eine kleine Stelle übersieht.
3. Reinokulation im Verlaufe der Behandlung.

August 1904.

Ein Fall von pustulo-papulösen Syphiliden des sogenannten varioloïden Typus, von ARTHUR SHILLITOE. Ein 20jähriger, wohlgenährter, junger Mann infizierte sich im Februar 1904 mit hartem Schanker und bekam im April einen universellen Ausschlag und Plaques im Rachen. Bei der Aufnahme im Lock-Hospital fühlte sich der Patient augenscheinlich krank. Der Körper war mit Ausnahme der Wangen, der Mundpartie, der Handgelenke, Hände, Cruroskrotalgegend und eines Teiles der Dorsalfäche des Fufses bedeckt von einem ausgesprochen papulösen Exanthem. Zwischen den Papeln waren dicht gesät hirsekorngröfse, von einem roten Hof umgebene Pusteln, von denen viele eine Delle zeigten, jedoch ohne jede basale Verdickung. Das Bild erinnerte lebhaft an echte Pocken, die jedoch im Gegensatz zu dem in Rede stehenden,luetischen Exanthem gern die exponierten Teile, wie das Gesicht, die Hände, bevorzugen. Da derartige papulo-pustulöse Syphilide häufig mit Fieber verbunden sind, so wird man mit Recht annehmen müssen, dafs pyogene Mikroorganismen irgendwie eine ursächliche Rolle spielen. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. August 1904.

I. Ein eigentümlicher ekzematöser Ausschlag der Lippengegend, von H. W. STELWAGON-Philadelphia. Verfasser hat in den letzten Jahren einige Fälle mit einem Ausschlage beobachtet, der vielfach an Ekzem erinnerte, sich von demselben jedoch durch mancherlei eigentümliche Merkmale unterschied. Für gewöhnlich beginnt die Affektion am Lippenrot mit einer leichten oberflächlichen, ekzematösen Reizung und spärlicher Abschuppung, bisweilen auch mit Krustenbildung, obwohl von einer eigentlichen Exsudation nichts zu bemerken ist. In diesem Stadium glaubt man, es mit einem Ekzem zu tun zu haben. Subjektive Symptome sind, abgesehen von etwas Brennen oder Hitzegefühl, wenig oder gar nicht vorhanden. Jucken fehlt ganz. Selten ist die befallene Partie verdickt oder infiltriert. Dagegen findet man ziemlich häufig, besonders in der Gegend der Mundwinkel, schmerzhaft Risse. Besserungen und Verschlimmerungen des Zustandes wechseln in Intervallen ab. Nach Wochen oder Monaten dehnt sich die Affektion vom Lippenrot auf die eigentliche äußere Haut und gleichzeitig nach innen auf die Schleimhaut aus. Die erkrankten Stellen sehen hier opalin aus, den syphilitischen Plaques opalines nicht unähnlich. Im weiteren Verlaufe wird die benachbarte Haut befallen und zeigt rötliche, kleine, erbsengroße, abgeflachte oder abgerundete, mehr oder weniger stark infiltrierte Effloreszenzen, welche leichte Schuppen- oder Krustenbildung ohne sichtbare Exsudation aufweisen. Zuweilen dehnen sich solche Plaques peripher aus, während sie im Zentrum sich aufhellen resp. abheilen. Zu Atrophie oder Ulceration kommt es niemals.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, für welche Ekzema seborrhoicum, Lupus erythematosus, Syphilis in Betracht kommt.

Therapeutisch erwies sich die Affektion sehr rebellisch gegen die angewandten Mittel, besonders was die Schleimhäute betrifft.

In ätiologischer Beziehung gab die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschluss über die Natur der Affektion.

II. Ein zweiter Fall von *Dermatitis repens* (LEE), *Larva migrans* (OLOCKER), *Hyponomoderma* (KAPOSZ), *Derma-Myiasis linearis migrans oestrosa* (KUMBERG), von H. W. STELWAGON-Philadelphia. Ein junger Mann aus Pennsylvania war eben von einer Reise nach Südamerika zurückgekehrt, als er eines Morgens auf der Dorsalfäche des linken Fußes nahe der Innenseite eine kurze, erhabene, schwachrote Linie bemerkte. Dieselbe dehnte sich langsam von Tag zu Tag aus. Als Patient nach zehn Tagen seit Ausbruch der Affektion in die Behandlung des Verfassers kam, war die Linie bis zum Malleolus internus hinaufgekrochen und hatte eine Länge von etwa 5 Zoll. Sie war gewunden und unregelmäßig. Ein Teil der Linie war bereits wieder bis zum Niveau der Haut zurückgesunken, die Röte war hier fast verschwunden und hatte eine leichte Pigmentation zurückgelassen. Der übrig bleibende Teil der Linie erschien stellenweise solid, stellenweise vesiko-papulös oder wie eine lang sich hinziehende Blase. Der jüngere Teil zeigte eine erythemato-papulöse Beschaffenheit, und das äußerste, zuletzt entstandene Ende sah fadenförmig aus und war nur wenig über das Niveau der Haut erhaben. Wenn man auf dieses Ende ein Stück Glas drückte und dann durch ein Vergrößerungsglas sah, so bemerkte man ein körnerartiges, grauschwarzes Gebilde, das man wohl als den Parasiten der Affektion ansprechen konnte. Der Patient gestattete keinerlei Eingriff, um das ganze Nest mit dem Parasiten zu exzidieren.

Die Behandlung bestand in Applikation eines kleinen Tropfens Salpetersäure auf den vermutlichen Sitz des Parasiten. Es gelang dadurch, dem Weiterschreiten desselben Einhalt zu tun.

III. **Über Hausmittel gegen Hautkrankheiten**, von J. C. WHITE-Boston. Die älteren Ärzte vor 50 Jahren kannten von Mitteln gegen Hautkrankheiten kaum mehr als Bleiwasserumschläge und Zinksalbe äußerlich und Arsenik innerlich. Neben diesen aber half sich das Publikum selbst mit einer Reihe von Hausmitteln, von denen Verfasser einige noch einmal den Epigonen in Erinnerung bringt, ehe sie gegenüber dem großen Heer der modernen, dermatotherapeutischen Mittel ganz ins Meer der Vergessenheit versinken.

IV. **Über die Gründe, die Dermatitis coccidioides als selbständige Krankheit anzusehen**, von D. W. MONTGOMERY und HOWARD MORROW-San Francisco. Eine Anzahl von Autoren hält irrtümlicherweise die Dermatitis coccidioides und die Blastomykosis für identische Krankheiten.

Die Verfasser haben Untersuchungen angestellt und führen die Gründe an, weshalb sie beide Affektionen voneinander trennen:

1. Die Kulturen des spezifischen Infektionserregers sind bei der Dermatitis coccidioides charakteristisch.
2. Der spezifische Mikroorganismus macht einen doppelten Entwicklungszyklus durch; der eine Zyklus unterscheidet sich absolut von dem anderen.
3. Weder in den Kulturen noch in den Geweben finden sich knospenbildende Formen.
4. Die endogene Sporenbildung scheint der einzige Reproduktionsmodus in den Geweben.
5. Die eingekapselten Gebilde in den Geweben sind groß und fast immer rund.
6. Bei Tierexperimenten ist der Testikel der Lieblingssitz der Krankheit.
7. Die Infektion zeigt große Neigung zu universeller Verbreitung.
8. Die Prognose ist absolut schlecht.
9. Jodkalium hat keinen Einfluss auf die Krankheit.

V. **Ein weiterer Bericht über einen Fall von multiplen Hautmyomen**, von W. A. HARDAWAY-St. Louis. Im Jahre 1885 hatte Verfasser in der amerikanischen dermatologischen Vereinigung (Sitzung vom 27. August) über einen Fall von multiplem Myomata der Haut berichtet, den er kürzlich nach 18 Jahren wieder zu Gesichte bekam. Bei Beginn der Erkrankung zeigte der Patient, damals 37 Jahre alt, auf der rechten Seite des Rückens nahe der Wirbelsäule einen größeren Tumor und um denselben herum mehrere kleine. Dieselben verursachten zeitweilig unerträgliche neuralgische Schmerzen, welche meistens in der Nacht in Paroxysmen auftraten und drei bis fünf Minuten anhielten. Die ganze befallene Partie wurde exzidiert, um den Patienten von seinen Schmerzen zu befreien. Es gelang dies auch für acht bis neun Jahre, dann rezidierten allmählich die Tumoren und verursachten von neuem Schmerzen. Zurzeit ist der Patient 54 Jahre alt. Er gibt an, spontan, aber auch auf Druck die heftigsten Schmerzen zu empfinden, und zwar mehr in der Nacht und stärker im Winter. Weder zu einer neuen Exzision noch zu einer Röntgenstrahlenbehandlung liefs sich der Patient bestimmen. C. Berliner-Aachen.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 7.

Die Histopathologie der Balanitis erosiva, von DALOUS und CONSTANTIN. Über die gemeine, nicht blennorrhische Balanitis erosiva lagen bisher noch keine histologischen Untersuchungen vor. Die Verfasser hatten Gelegenheit, diese Lücke auszufüllen.

Die Entzündung sitzt nur in den oberflächlichen Schichten und ist in der Papillargegend der Cutis am stärksten. Die Bindegewebsfibrillen sind gelockert, die

Kerne der Bindegewebszellen vergrößert, und zwischen ihnen erscheinen vielkernige Leukocyten; sämtliche kleine Gefäße strotzen von Blut. Die Cutis gewinnt ein netzförmiges Aussehen mit zahlreichen Zellen in ihren Maschen; die Zellen bestehen aus roten und weissen, fast nur polynukleären, neutrophilen Blutkörperchen, aus Mastzellen, Plasmazellen und Lymphocyten. Das Epithel ist von Leukocyten infiltriert und weist einen geringen Grad von Akanthose auf; unter dem Infiltrationsdruck verschwinden die Epithelzellen, und die Erosion ist Tatsache.

Über etwaige Mikroorganismen vermögen die Verfasser nichts auszusagen, weil ihr Präparat von einer aseptisch vorgenommenen Operation stammte.

Hyperkeratosis circumpilaris (Kératose pileuse engainante), von CH. AUDRY.

Ein achtjähriger Knabe hatte auf der ganz gesunden Nackenhaut kleine dichtstehende gelbe Hörnchen. Strich man mit der Hand über die Gegend, so meinte man, eine tagelang nicht rasierte Hautstelle zu berühren. Jedes Hörnchen entsprach offenbar einem Haarfollikel und war 1—2 mm hoch. Andere Körperstellen zeigten die Symptome einer einfachen Keratosis pilaris. Jedes Hörnchen besteht aus dachpfannenartig übereinander geprefsten Lamellen und ist von einem Kanal durchsetzt, in welchem sich ein Härchen befindet; das Härchen erreicht aber nicht den Ausgang des Kanals. Ausserdem ist noch ein kleinerer exzentrisch gelegener Kanal vorhanden, der ebenfalls ein zartes Haar enthält.

Die mikroskopische Hautuntersuchung zeigt, daß in allen Haarfollikeln Hornblättchen konzentrisch um das zentrale Haar gelagert sind. Fast jeder Follikel enthält aber noch ein zweites, exzentrisch verlaufendes Haar, so daß einige Follikel wie gespalten aussehen. Das benachbarte Bindegewebe ist nicht entzündet. Talgdrüsen scheinen zu fehlen. A. ist auf diese Form der Keratosis bis jetzt weder in der Praxis noch in der Literatur gestossen; mit dem Lichen spinulosus darf man sie nicht verwechseln.

Syphilis und Krebs der Mundschleimhaut, von CH. AUDRY. A. nimmt einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Krebs und Syphilis an. In sieben Fällen, die in aller Kürze erwähnt werden, hatte sich der Krebs entweder aus einer Leukoplasmie oder auf syphilitischen Narben entwickelt, oder es liefs sich in der Anamnese Syphilis nachweisen. Für das Rektumcarcinom hält A. einen ähnlichen Zusammenhang für wahrscheinlich.

Ichthyosis bei zwei Söhnen eines syphilitischen Vaters, von CH. AUDRY. Der Fall selber liegt klar; anders ist es mit der Frage, ob auch bei der Ichthyose und anderen kongenitalen Dystrophien die Syphilis der Erzeuger eine ätiologische Rolle spielt.

Neuritis optica; drohende Erblindung; Heilung mittels hochdosierter Kalomeleinspritzungen, von JULLEN. Ein junger Arzt mit syphilitischer Vergangenheit erkrankte an Netzhautablösung des linken Auges. Die Diagnose wurde von einer größeren Anzahl von Ophthalmologen auf Sarkom gestellt und die Enukleation empfohlen. Diese wurde ein Jahr später nach einer fruchtlosen Hg-Behandlung vorgenommen; es fand sich kein Sarkom. Sechs Monate später erkrankte auch das rechte Auge mit bedrohlichen Sehstörungen. Diagnose: Chorioiditis disseminata und graue Verfärbung der Macula. Wiederum sechs Monate lang erfolglose Quecksilbereinspritzung; alsdann Übergang zur Methode von SCARENZIO: etwa alle acht Tage 0,05 Kalomel subcutan. Nach 29 Einspritzungen, bei einem Verbrauch von 1,45 Kalomel, völlige Heilung.

Heilung eines Epithelioma vegetans des Gesichts durch Radiotherapie, von A. BÉCLÈRE. Das Epitheliom safs unterhalb des linken Jochbogens; der Patient, ein 70jähriger Jäger, hatte in diese Gegend vor 26 Jahren ein Schrotkorn bekommen.

Vor zehn Jahren entwickelte sich daselbst ein kleiner Knoten, der seit Jahresfrist unter heftigen lancinierenden Schmerzen schneller wuchs, ulcerierte und nunmehr ein leicht blutendes Geschwür von Fünffrancostückgröße darstellte. Nachdem seine epitheliomatöse Natur erwiesen war, wurde es der Röntgenbestrahlung unterworfen und heilte unter Hinterlassung einer kleinen Narbe völlig aus. An die Mitteilung werden einige theoretische Bemerkungen über die radiotherapeutische Wirkung geknüpft.

Lichen planus des Mundes, von EMBRY, DRUELLE und UMBERT. Das einzig Bemerkenswerte an diesem Fall ist, daß nur der Mund, Zunge und Wangenschleimhaut Sitz des Lichen war. Der ganze übrige Körper war frei von jedem Exanthem.

Schwarze Färbung des Penis nach Antipyrin, von HENRI MALHERBE. Bei einem jungen Menschen entwickelte sich einige Stunden, nachdem er wegen seiner Migräne $1\frac{1}{2}$ g Antipyrin genommen hatte, ein großer blauschwarzer Fleck auf der Glans penis; weitere Veränderungen fehlten. Im Anschluß an diese Mitteilung berichtet Verfasser, daß FOURNIER als erster und bis jetzt auch einziger auf das Vorkommen solcher Schwarzfärbungen des Gliedes nach Antipyringenuß hingewiesen hat, und daß diese Pigmentierung nur ganz langsam wieder verschwindet.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 13.

1. Die Phosphatsteine der Blase (klinische und therapeutische Studie). Bemerkenswerte vorbeugende Wirksamkeit des Urotropins, von F. P. GULARD. Ausführliche Darstellung der Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Phosphatsteine. Den breitesten Raum nimmt das der Therapie gewidmete Kapitel ein; insbesondere wird die Technik der Manipulationen, die ein an Phosphatsteinen leidender Patient selbst auszuführen hat, d. i. die Technik der Antipyrinklystiere und der Blasenspülungen, genau geschildert. Was G. selbst zur Verbesserung und Bereicherung der Diagnose und Behandlung der Phosphatsteine beigebracht hat, was außerdem von anderen in den letzten Jahren an Neuerungen eingeführt worden ist, wird am Schlusse der Arbeit in einigen Sätzen ungefähr folgendermaßen zusammengefaßt:

I. Die Untersuchung auf Phosphatsteine mit der Metallsonde wird ebenso wie die Lithotripsie in Fällen, in denen der mittlere Prostatalappen weit in das Blasenlumen vorspringt, am besten in Beckenhochlagerung nach TRENDLENBURG vorgenommen. Die Steine fallen dann infolge ihrer Schwere in den Blasenscheitel, weil dieser den am tiefsten stehenden Teil der Blase bildet und sind hier für die Sonde wie für den Lithotriptor leicht zugänglich.

II. Regelmäßige Katheterisierungen und Spülungen der Blase mit Borsäure- und Höllesteinlösung sind nicht immer imstande, die so häufigen Rezidive der Phosphatsteine mit Sicherheit zu verhüten. Dagegen besitzen wir im Urotropin ein Mittel von hervorragender präventiver Wirksamkeit. Dasselbe verhindert die Weiterentwicklung der Mikroorganismen, welche den Harnapparat und speziell die Blase infiziert haben, und beseitigt dadurch die zwei Faktoren, welche die eigentliche Ursache für die Bildung von Phosphatsteinen sind, nämlich 1. die alkalische oder ammoniakalische Reaktion des Harns und den infolgedessen entstehenden Ausfall der Salze, und 2. die Umwandlung des Eiters in eine klebrige Masse, welche die ausgefallenen Salze umschließt und so den Kern für die Steinbildung abgibt. Die Beobachtung eines Kranken, der innerhalb zehn Jahren 22 Lithotripsien an sich hatte vornehmen lassen, nunmehr aber seit drei Jahren, während welcher er konsequent

Urotropin nimmt, rezidivfrei geblieben ist, ist wohl ein sicherer Beweis für die präventive Wirksamkeit des Mittels.

III. Wenn trotz methodisch ausgeführter Blasenspülungen und lange Zeit hindurch fortgesetzten Gebrauchs von Urotropin immer wieder Rezidive auftreten, so kann man systematisch alle vier bis fünf Wochen eine Aspiration mittels Evakuationskatheters und Aspirators wie nach einer Lithotripsie vornehmen. Es gelingt auf diese Weise, alle neugebildeten Konkreme, solange sie noch ganz klein sind und sich noch gar nicht bemerkbar machen, mit Sicherheit zu entfernen, und man erspart infolgedessen dem Kranken die überaus lästigen Erscheinungen, wie sie jeder grössere Stein mit sich bringt, und die wiederholte Ausführung der Lithotripsie.

IV. Die radikalste Methode zur Verhütung von Rezidiven ist ohne Zweifel für die Mehrzahl der Prostatiker die perineale Prostataktomie. Aber auch diese Operation kann nicht in allen Fällen das Fortdauern der Harninfektion und das Wiederauftreten von Phosphatsteinen verhindern. Dann kommen Blasenspülungen und Gebrauch von Urotropin wieder zu ihrem Rechte.

2. **Über die Ureteren-chirurgie bei der Behandlung der Ureter-Scheidenfistel**, von LOUIS GAROVI - Piacenza. G. zählt die früher zur Behandlung der Ureter-Scheidenfisteln üblichen Operationen auf und beschreibt dann in Kürze die verschiedenen Arten der Uterercystoneostomie, die heute bei Ureter-Scheidenfisteln nahezu ausschliesslich in Betracht kommt. Er selbst hat einen Fall, den er ausführlich schildert, nach der Methode BOARIS unter Verwendung des Anastomosknopfes operiert und zur Heilung gebracht; er kann das BOARISCHE Verfahren aufs wärmste empfehlen.

3. **Modifizierter hydraulischer Dilatator, der das Eindringen trockener Hitze und Kälte in die Urethra ermöglicht**, von PIERRE BAKALINIK - Kiew. K. hat vor kurzem (cf. *Ann. génito-urin.* 1904, Heft 5) einen hydraulischen Dilatator für Harnröhrenstrikturen beschrieben, bestehend aus einer metallenen Stempelspritze und einem elastischen, an einem Ende geschlossenen Schlauche; dieser erweitert sich, wenn das in ihm stehende Wasser unter höheren Druck gestellt wird, nur an dem geschlossenen Ende; es bildet sich hier eine 3—4 cm lange, olivenförmige Auftreibung, so dass die verengten Partien ganz allein dilatiert werden können. Neuerdings nun hat K. Schläuche verfertigen lassen, die mit Ausnahme des zur Erweiterung bestimmten Endes ganz mit einer dünnen Schicht Seide, also mit einem schlechten Wärmeleiter, bedeckt sind. Füllt man Spritze und Schlauch mit heissem oder kaltem Wasser, so wird an dem unbedeckten, sich erweiternden Ende des Schlauches auch Hitze und Kälte auf die Harnröhrenschleimhaut einwirken. Um die Temperatur zu regulieren, wird die Spritze während der Applikation des Schlauches in ein Gefäss gelegt, das mit Wasser von der gewünschten Temperatur gefüllt ist.

1904. Heft 14.

1. **Untersuchungen über die Muskeln des Perineum und des Diaphragma pelvis, über die COWPERschen Drüsen und über die Entwicklung dieser Organe**, von ALBERT HOGGE-Lüttich. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über einige Fälle von Spermacysten des Nebenhodens (intravaginale Spermacysten)**, von L. PINATTELLI und E. DUROUX (Lyon). Die Verfasser hatten Gelegenheit, eine Reihe von Spermacysten des Nebenhodens zu beobachten, von denen zwei gewisse anatomische Besonderheiten darboten. In einem Falle fand sich neben mehreren linsengrossen, in der Entwicklung begriffenen Cysten eine grosse Spermacyste, die in die Höhle der Tunica vaginalis durchgebrochen war und in freier Kommunikation mit einer Hydrocele stand. Bei einem anderen Manne befand sich eine

Spermacyste mit völlig intakten Wandungen innerhalb der Vaginalis, die überdies ein kleines Exsudat enthielt.

Ausgehend von ihren Beobachtungen besprechen die Verfasser die anatomischen Beziehungen, wie sie den bisherigen Forschungen zufolge zwischen den Spermacysten der Epididymis und dem Hoden und der Höhle der Vaginalis bestehen. Der letzte hier mitgeteilte Fall beweist, was bisher nicht mit Sicherheit festgestellt war, daß sich Spermacysten des Nebenhodens auch intravaginal entwickeln können. Manche Fälle von „idiopathischer“ Hydrocele sind nach Ansicht der Verfasser in Wirklichkeit intravaginale, geplatze oder nicht geplatze Spermacysten. *Göls-München.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1904. Heft 5—6.

Die physiologische und therapeutische Wirkung des Radiums, von FIOCCO. Eine interessante und ausführliche Zusammenfassung alles dessen, was bisher über das Radium geschrieben worden, über seine Analogien mit den Röntgenstrahlen, von denen es sich in anderen Beziehungen wieder nicht unbeträchtlich unterscheidet, und schließlich über seine Wirkung beim Lupus, die er als ausgezeichnete taxiert. In letzterer Hinsicht meint Verfasser, daß man zu einem therapeutischen Effekt zu kommen trachten müsse, auch ohne die Wirkung des Radiums bis zur Ulceration zu treiben. Dieses Resultat glaubt er mit Salzen von hohem Potenzial (über 30000 R. A.) erreichen zu können. *C. Müller-Genf.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1904. Heft 3.

Endourethrale Syphilome, Syphilis ignorée, von FERRARI. Verfasser beschreibt vier Fälle, bei denen es sich um Individuen handelte, die bereits mehrmals Blennorrhoe durchgemacht hatten und auch bei der ersten Untersuchung wegen der vorliegenden Affektion (von der sie selbst keine Ahnung hatten in bezug auf die richtige Deutung) einen Ausfluß aus der Urethra aufwiesen; auch wurden bei zwei derselben Gonokokken im Eiter nachgewiesen. In allen vier Fällen kam es sodann zum Ausbruch von Sekundärsymptomen, nachdem die ziemlich heftigen Lokalerscheinungen verschwunden waren. Offenbar befand sich bei diesen Patienten die Urethralschleimhaut wegen der vorausgegangenen oder noch bestehenden Blennorrhoe in einem Zustand erhöhter Rezeptivität für das syphilitische Virus. Jedenfalls war der Primäraffekt wegen seiner ungewohnten Lokalisation von den Patienten vollständig übersehen worden.

Über einen Fall von Tuberculosis rupialis; Eupia tuberculosa, von BOSCELLINI. Unter den Formen von Hauttuberkulose gibt es eine, welche als ein Frühsymptom der Eingeweidetuberkulose zu betrachten ist und durch Verbreitung der spezifischen Bazillen im Blute, nicht aber durch Inokulation von infektiösen Produkten, welche der Patient selbst produziert, entstanden ist. Der Sitz dieser Form von Hauttuberkulose ist infolgedessen ein äußerst variabler, und kann die verschiedensten Körpergegenden (nicht wie bei der autoinokulierten Tuberkulose die Nachbarschaft der natürlichen Körperöffnungen) befallen. In morphologischer Beziehung ist sie durch eine bullöse Form gekennzeichnet mit Ausgang in eine Rupiakruste, unter welcher die Ulzeration einer nodulären Infiltration verborgen liegt. Sie muß von den primären und sekundären subarativen Formen der Tuberkulose, von den rupioiden Formen des Lupus und des Skrophuloderma unterschieden werden.

Fibromyoma telangiektodes der Haut, von MIGLIORINI. Verfasser macht zunächst auf die Unvollständigkeit der bisherigen Einteilungssysteme der myomatösen Tumoren der Haut (BABES, BESNIER, NEUMANN usw.) aufmerksam, und gibt dann die histologische Beschreibung eines derartigen Falles. Es handelt sich um einen rezidierten Tumor bei einem siebenjährigen Mädchen. Der erste Tumor, der an der gleichen Stelle (Hals) saß, war vor fünf Jahren entfernt worden und bestand nun aus einer glatten, rotbraunen Masse von fester Konsistenz, die sich aus einer unvollständigen Kapselform und aus einer lappigen inneren Partie zusammensetzte, welche letztere Unterabteilungen bildete, die durch Bindegewebsstreifen unvollständig getrennt waren. In diesen Läppchen findet man mehr oder weniger weite Hohlräume, Blutgefäße mit oder ohne Inhalt, Kollagen, Bindegewebskörperchen, elastische Fasern, glatte Muskelfasern, kleinzellige Infiltration, Pigment. Unter den Blutgefäßen sind offenbar solche, welche nicht aus den autochthonen Blutgefäßen hervorgegangen, sondern neugebildet sind, indem an denselben kein Endothel zu erkennen ist. Verfasser ist nun, was die Muskelfasern anbelangt, die im Gewebe sehr zahlreich vertreten sind, der Ansicht, daß dieselben nicht aus den Hautmuskeln (Arrectores pilorum) entstanden sind, wie dies AXEL KEY behauptet hat, sondern aus den Blutgefäßwandungen abstammen. Er schlägt denn auch für diese Tumoren die Bezeichnung Fibromyoma telangiektodes vor.

Über die Piedra nostras, von C. LOMBARDO. Der Verfasser hat diese Affektion, welche, so viel ihm bekannt, in Italien noch nicht beschrieben worden, bei zwei Patienten angetroffen. Sie besteht bekanntlich in der Bildung von Konkretionen an den Haaren, welche Konkretionen in einer Höhe von einigen Millimetern vom Bulbus beginnen und nach der Haarspitze zu immer spärlicher werden. Die von dem Verfasser beschriebenen Veränderungen stimmen mit den von BEIGEL, UNNA, BEHREND, VUILLEMIN, SCHÄCHTER beschriebenen überein, und zwar sowohl in bezug auf Morphologie als auf Ätiologie. Er hält dafür, daß man die von UNNA eingeführte Bezeichnung von Piedra nostras beibehalten müsse. Die Affektion ist nicht so selten, wie man gewöhnlich annimmt, entgeht aber leicht der Beobachtung, weil sie nur auf beschränkten Bezirken vorkommt und wenig auffällt. Der Pilz, der die Affektion verursacht, vegetiert auf der Oberfläche des Haares, ohne dessen Struktur zu beeinträchtigen, weil er seine Nahrung von außen her bezieht; er muß somit eher als ein Saprophyt betrachtet werden. Er bildet Sporen und Filamente. Man findet ihn auch auf der Haut des Gesichtes bei Pityriasis, ohne daß er bei der Pathogenese dieser Affektion einen wesentlichen Anteil hat. Der Pilz vermag sich nur auf einem bereits veränderten Haare niederzulassen und zu vegetieren: direkte Ansteckung muß somit ausgeschlossen werden, da der Pilz außerdem auf allen möglichen organischen Substanzen wachsen und gedeihen kann. Auf den verschiedenen künstlichen Nährböden bildet er Kolonien, deren Sporen durch direkte Teilung der Fäden entstehen. Er bildet ferner ein gelbes Pigment und ein schwach wirkendes proteolytisches Ferment. Übertragungsversuche auf den Menschen oder auf Tiere sind bis jetzt erfolglos geblieben. Die Affektion läßt sich leicht von anderen ähnlichen Haarkrankheiten unterscheiden und ist leicht zu heilen: Der Pilz hat von den verschiedensten Autoren, die ihn beschrieben, die verschiedensten Benennungen erhalten (Chignonpilz, Pleurococcus Beigelii, Hyalococcus Beigelii, Trichosporon ovoido-ovale Beigelii usw.), denen der Verfasser keine neue hinzufügen will.

Über einen Fall von Syringom bei einem Greise, von FROOCO. Die Affektion wurde bei einem 70jährigen Manne vorgefunden in Gestalt von wenig über das Hautniveau emporragenden Tumoren, deren Größe von der einer Linse zu der eines Centimestückes variierte; die letzteren waren aber bei weitem in der Minderzahl. Die

Eruption war am dichtesten in der Gegend des Manubrium sterni, weit spärlicher auf dem übrigen Rumpfe und an den Extremitäten; Hände und Füße waren vollständig frei. Daneben bestanden andere senile Veränderungen der Haut. Der Verlauf dieser ganz gutartigen Affektion war ein äußerst langsamer, und waren die einzelnen Elemente unzweifelhaft ausschließlich mit den Knäeldrüsen in Zusammenhang, während keine Beziehungen zu anderen Teilen der Haut nachgewiesen werden konnten, außerdem fehlten die Knäeldrüsen da vollständig, wo sich die Tumoren entwickelt hatten. Verfasser gibt eine ausführliche histologische Beschreibung der Tumoren, für die er die Bezeichnung Syringom, statt Syringo-Adenoma, gewählt hat.

Eosinophilie des Blutes und der Haut bei der Dermatitis von DUHRING und beim Pemphigus vulgaris, von VERROTTI. Der Verfasser kommt bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlussfolgerungen: Da, wo eine Hauteosinophilie besteht, findet man die eosinophilen Zellen sehr zahlreich in den Blasen mit seropurulentem Inhalt, viel spärlicher, wenn überhaupt vorhanden, in den serösen Blasen. Gleichzeitig bestehen der Haut- und Bluteosinophilie kann bei der DUHRING'schen Dermatitis fehlen, dagegen beim Pemphigus vulgaris vorhanden sein. Der von LEREDDE befürwortete hämatologische Befund hat keineswegs immer die pathologisch-anatomische und diagnostische Bedeutung, die man ihm zugeschrieben hat.

Über einige experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit des syphilitischen Gummas, von FRANCESCHINI. Der Verfasser kritisiert die Behauptung von SALMON, daß die Spätformen der Syphilis nicht ansteckend wirken. Dieser Autor hatte nämlich zweien nicht anthropoiden Affen Eiter von ulcerierten Gummen inokuliert und dabei ein vollständig negatives Resultat erzielt. Der Verfasser glaubt dagegen mit BARTHÉLEMY, daß die tertiären Manifestationen der Lues contagiös wirken können, nur müsse man, um dies experimentell nachzuweisen, anders verfahren als dies SALMON getan, d. h. nicht Eiter aus ulcerierten Gummen benutzen, da es sich bei solchen Ulcerationen nicht mehr um spezifische Manifestationen, sondern um einfache regressive Prozesse handelt, die nichts Spezifisches an sich haben. Die Resultate mußten auf diese Weise negativ ausfallen.

C. Müller-Genf.

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1904. Heft 2.

Über die Tuberculosis verrucosa der Vaginalschleimhaut, von FRATTALI. Der von dem Verfasser beschriebene Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, bei dem folgende Veränderungen an den Genitalien konstatiert wurden: Auf der linken Seite des Ostium vulvae sind vier Ulcerationen von unregelmäßiger Form und verschiedener Größe (bis zu mehreren Zentimetern); die eine dieser Ulcerationen erstreckt sich in Gestalt einer Rhagade um mehrere Centimeter in die Vagina hinein; die Konturen der Geschwüre sind weißlich, die Ränder unregelmäßig, zum Teil scharf ausgeschnitten, zum Teil allmählich in den Boden des Geschwürs übergehend, etwas erhaben und nicht von harter Konsistenz. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man, daß die hyperkeratotischen Prozesse vorherrschen, weshalb das Prädikat verrucosa berechtigt erscheint. In Anbetracht ferner des chronischen Verlaufes der Entzündung, des zerstörenden Aussehens und der granulomatösen Struktur der Läsion, des Vorhandenseins von Tuberkelbazillen, der begleitenden vielfachen Lymphdrüsenanschwellungen kann die Affektion kaum anders denn als tuberkulös aufgefaßt werden.

Tuberculosis verrucosa follicularis, von FRATTALI. Die Affektion hatte bei dem 26jährigen Manne als ein furunkelähnliches Knötchen in der linken Jochebeugegend begonnen und hatte sich dann innerhalb zwei Jahren über die ganze Wange bis zum

Kinne ausgebreitet, ohne dem Patienten sonderliche Beschwerden zu verursachen, weshalb er sie denn auch kaum behandelte. Die ganze affizierte Partie ist gleichmäßig verdickt und gerötet. In der allgemeinen Schwellung erkennt man gruppenweise angeordnete Knötchen, die wie fleischige Granulationen von blafroter bis violetter Farbe aussehen; ihre Konsistenz ist etwas fest. Dazwischen Krustenbildungen und dickflüssiges Exsudat. Außerhalb dieser Plaque im Gesichte sieht man auf dem linken Arme, auf den Lidern usw. vereinzelte Knötchen und Pusteln. Histologisch verhält sich der Fall wie der obige, nur war ein großer Teil der verrukösen Vegetationen intrafollikulär. Der Patient reagierte auf Tuberkulininjektionen sehr heftig. Er wurde geheilt aus der Klinik entlassen.

Über die tuberkulöse Natur der Ozaena, von FRATTALI. Der Verfasser ist der Ansicht, daß man als tuberkulös alle diejenigen Fälle von Ozaena betrachten müsse, die nicht auf einen fehlerhaften Bau der Nase, besonders deren Knochengerüst, zurückzuführen sind, ferner diejenigen, die nicht nach akuten infektiösen, schlecht geheilten Rhinitiden entstanden, solche, bei denen Lues ausgeschlossen werden kann, und endlich solche, die nicht, wie dies in seltenen Fällen geschieht, lokalen chemischen oder physikalischen Reizen ihre Entstehung verdanken.

Die Wirkung der Kälte auf Gewebe, welche dem Einflusse von Traumen oder von Tuberkulininjektionen ausgesetzt worden sind, von LANZI. Aus seinen Experimenten an Tieren, die er dem Einflusse von kaltem und warmem Wasser aussetzte, und denen er nachher Tuberkulininjektionen machte, zieht der Verfasser den Schluss, daß die Kälte auf die Tuberkulösen und die mit Tuberkulin Behandelten schädlich wirkt.

Die Streptokokkeninvasion beim Pemphigus, von CAMPANA. In einem hier beschriebenen Falle findet der Verfasser eine Stütze seiner bereits anderweitig geäußerten Ansicht, daß viele Fälle von Pemphigus weiter nichts darstellen, als einen Folgezustand jenes „toxisyphilhämischen“ Zustandes, welcher einigen veralteten Syphiliden eigen ist. Diese letzteren erscheinen als Veränderungen in der Haut, in den Knochen und im Nervensystem und werden gemeinhin in ganz unpassender Weise als parasymphilitische Zustände bezeichnet.

Anstaltschronik aus der Sektion für ansteckende exanthematöse Affektionen, von CAMPANA. Infolge Ausbleibens von Masern, Scharlach und Blattern-epidemien wurden dieses Jahr in dieser Abteilung Patienten mit Hauttuberkulose aufgenommen, und zwar mit sehr erfreulichem Resultate. Der Verfasser ging bei der Behandlung vom Prinzipie aus, nirgends chirurgisch einzugreifen, als wo dies von absoluter Notwendigkeit war. Er beschränkte sich im allgemeinen darauf, die Läsionen zu reinigen und gleichzeitig die Patienten der Tuberkulinbehandlung zu unterziehen, und zwar letzteres zum doppelten Zwecke, die Diagnose zu sichern und die Patienten langsam zu immunisieren. Eine solche Immunisierung ist aber nicht mehr möglich, wenn das Übel komplexer, d. h. eine gemischte Infektion, geworden ist; in diesem Falle muß es direkt angegriffen werden.

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Kompendium der Röntgentherapie, von H. E. SCHMIDT-Berlin (August Hirschwald, Berlin 1904). Der Inhalt des Buches umfaßt einen physikalisch-technischen Teil, welcher die Kathoden- und Röntgenstrahlen selber sowie das Instrumentarium der Röntgenbehandlung behandelt und einen therapeutischen Teil, welcher Historisches über die Herausbildung der neuen Heilmethode bringt, diese selber, ihre Gefahren und die Indikationen ihrer Anwendung erläutert. Mit dem ersteren Teil soll sich der Bericht nicht, mit dem therapeutischen eingehender befassen. Doch möge betont werden, daß die technisch-physikalischen Erläuterungen des ersten Teils sich durch Knappheit und Klarheit auszeichnen. Daß die Erfahrungen, welche die ersten Experimentatoren mit Röntgenstrahlen an sich und ihrer Haut machten, zu Versuchen führten, therapeutische Konsequenzen daraus zu ziehen, ist bekannt. FREUND und MARCUSE versuchten zuerst die beobachteten Wirkungen auf die Behaarung in therapeutische Maßnahmen umzusetzen. Ersterer behandelte einen ansehnlichen Naevus pilosus radiographisch. 1897 berichtete KÜMML über die Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris, unabhängig von ihm über das gleiche Thema SCHIFF. HAHN behandelte auf diese Weise Ekzeme, SCHIFF Lupus erythematosus, FREUND Favus und Bartflechten, EHRMANN Dermatitis papillaris, KIENBÖCK und HOLZKNECHT Alopecia areata, SCHOLTZ Lepra und Mycosis fungoides und so fort. Einen merklichen Erfolg bedeutete es, als auch die Epitheliome in den Kreis dieser Behandlungsart mit einbezogen wurden. Es zeigte sich, daß die Röntgenstrahlen zuerst auf die zelligen Bestandteile der Haut zerstörend einwirken, vor allem auf die pathologischen Epithelien. Erst bei stärkerer Einwirkung werden Gefäßwände und noch später bindegewebige Bestandteile der Körperdecke degenerativ beeinflusst. Schwer zu definieren ist die Wirkung der Radiographie bei parasitären Erkrankungen, weil die X-Strahlen in der Stärke ihrer Anwendung in praxi bisher keineswegs als bakterizid haben nachgewiesen werden können. Die der Bestrahlung folgende Hautreizung ist um so bedeutender, je weniger sie die Haut durchdringen, je mehr sie von ihr aufgenommen werden, d. h. je weicher die benutzte Röhre ist. Die Einflüsse auf die Haut rufen akute und chronische Affektionen hervor. Letztere zeigen sich bei Personen, welche viel radiographieren; erstere bei Individuen, die einer oder mehrerer Bestrahlungen ungeschützt ausgesetzt wurden. Die akute Hautentzündung weist die Grade Rötung, Blasenbildung und Nekrose auf. Ist die Bestrahlung sehr schwach, so wirken die Strahlen epilierend, ohne sonst irgendwie zu reizen. Die chronischen Symptome sind merkwürdige Dystrophien der Haut. Entweder findet sich die reine Atrophie der Haarpapillen und Hautdrüsen oder eine durch Dünnerwerden und Runzelung erzeugte Atrophie der ganzen Cutis vielfach mit livider Färbung. Es kann auch eine Verdickung der Epidermis eintreten, welche spröde, rissig, dunkler wird. Auch degenerieren die Anhangsgebilde der Haut. Vielfach kommen auch Pigmentationen, Teleangiektasien und weißliche, glatte, narbig-atrophische Stellen hinzu. Eine vierte Form sind die torpiden Geschwüre und eine fünfte Abart der chronischen Röntgendermatitis sklerodermieartige Hautverdickungen. Betrifft der Zustand das Gesicht, so gewinnt dasselbe in letzterem Falle ein maskenartiges Aussehen. Für die Technik der Radiographie kommen die individuelle und die regionäre Disposition in Betracht. Besonders empfindlich sind Schleimhäute, Gesicht, Handrücken. Krankhafte Haut

und Haut kranker Personen reagiert energischer als die gesunde Haut und die Haut gesunder Menschen.

Im allgemeinen wird heute mit weichen Röhren gearbeitet und zwischen den Applikationen eine Pause von etwa zehn Tagen gemacht. Zuerst ist diejenige Expositionszeit der Röhre zu ermitteln, auf welche bei bekannter Stromstärke, Unterbrechungsfrequenz und Distanz der Röhre von der Haut ein unkomplizierter Haar- ausfall erfolgt. Mit dieser Zeit des Exponierens, die KIENBÖCK absolute Expositionszeit nennt, kommt man meistens aus. Zur Bewertung der anzuwendenden Dosis dient das von HOLZKNECHT angegebene Chromoradiometer. In dem von LESSER geleiteten Lichtinstitut der Berliner Universität arbeitet man für gewöhnlich mit einer neuen mittelweichen Röhre bei einer Brennpunktentfernung von 15 cm, 4—5 Ampère, 2000 Unterbrechungen in der Minute und einer Bestrahlungsdauer von fünf Minuten. Dies ist ungefähr die obengenannte absolute Expositionszeit.

Was die Indikationen der Radiotherapie betrifft, so sei zuerst betont, daß letztere für den Favus die Behandlung der Wahl ist. Der Verfasser hält die von FREUND empfohlene gleichzeitige Einfettung der erkrankten Gegend mit 5%iger Karbolsalbe für entbehrlich. Einen Favus des gesamten Kopfes heilte SCHMIDT glatt in zwölf Sitzungen. Nach $\frac{1}{4}$ Jahren hatte der Kranke sein gesamtes Haar wieder, diesmal auf gesunder Kopfhaut. Oberflächliche, mehr ekzematöse Sykosis geht oft auf schwache, — tiefere, infiltrierende, akneförmige Sykosis nur auf starke und eventuell wiederholte Bestrahlungen zurück. Der Herpes tonsurans des Bartes reagiert sofort auf Radiographie. Ein vorzügliches Mittel bietet dieselbe gegen die quälende Hypertrichosis der Frauen, wie gegen das abnorm starke Wachstum der Haare überhaupt. Vorsicht ist anzuwenden, damit sich nicht auf der betreffenden Stelle anstatt der weggeschafften Haare Pigmentflecke, Gefäßerweiterungen oder Atrophien bilden. Man bestrahlt solange, bis nicht mehr dunkle, sondern nur noch wenig gefärbte Haare nachwachsen. Letztere krümmen sich nach nur geringem Wachstum charakteristisch. Kankroide sind bei genügend lange fortgesetzter Bestrahlung sicher zur Heilung zu bringen. Karzinome dagegen radiographiere man nur, wenn sie nicht mehr operativ zu entfernen sind und oberflächlich liegen. Es wird sich also hauptsächlich um Brustkrebs, Lippen- und Genitalkarzinome handeln. Warzen gehen auf leichte Bestrahlungen dauernd zurück. Isolierte Warzen sind natürlich für die Elektrolyse mehr geeignet als für die Röntgenbehandlung. Nässende Ekzeme werden unter schwacher Röntgenbestrahlung trocken und überhäuten sich. Das Jucken schwindet sofort. Die chronischen, juckenden, besonders Anal- und Genitalekzeme heilen ebenfalls vorzüglich bei dieser Therapie, dasselbe gilt für die Psoriasis. Hier sind Erytheme zu vermeiden, die Anlaß zu neuen Eruptionen zu geben scheinen. Gleich günstige Wirkungen hat die Röntgentherapie bei Akneloid, Akne und Furunculosis nuchae. Erfolge blieben aus bei Lupus erythematosus. Die glänzenden Erfolge bei Lupus vulgaris dagegen sind allgemein bekannt, wenn auch die Finsenbelichtung bessere und länger dauernde Resultate ergibt.

Hopf-Dresden.

Das Radium, seine Darstellung und seine Eigenschaften, von JACQUES DANNE-Paris. (Veit & Co., Leipzig 1904.) Der Verfasser, welcher Privatassistent am CURIESchen Laboratorium ist, gibt im vorliegenden Buche eine gedrängte Übersicht über die Eigenschaften der Radiumsalze, ihre Gewinnung und über die Art der von ihnen hervorgerufenen Erscheinungen, indem er sich nur an die bisher allgemein anerkannten, nicht aber an die noch strittigen Tatsachen hält. Den Anfang macht ein kurzer geschichtlicher Abriss. Nachdem im Jahre 1896 BEQUEREL die Uranstrahlen entdeckt hatte, welche durch genügend dünne, feste, flüssige und gasförmige Stoffe hindurchdringen, gelang es zwei Jahre später, unabhängig voneinander,

SCHMIDT und Frau CURIE, festzustellen, daß das Thor ganz analoge Fähigkeiten radioaktiver Wirkung besitzt. Die Strahlen dieser radioaktiven Substanzen nannte die Forscherin Becquerelstrahlen. Sie stellte auch fest, daß diese Radioaktivität an das Atom gebunden ist. Als nun bei Untersuchung der Pechblende, dem Uranoxyd, sich zeigte, daß dieselbe viermal stärker radioaktiv war als das metallische Uran, schloß sie, daß dies nur auf der Anwesenheit einer noch kräftiger strahlenden, bisher unbekanntes Substanz beruhen könne. Den langen Bemühungen des Ehepaares CURIE gelang es dann, aus der Pechblende zwei neue Elemente zu gewinnen, deren Radioaktivität das millionenfache jener des Urans beträgt, das Radium und Polonium; ersteres ist dem Baryum, letzteres dem Wismut verwandt. Als drittes Element mit gleicher Eigenschaft schied später noch DEBIERNE das Aktinium aus. Es würde zu weit führen, auf die nun folgenden Abschnitte von der Messung der Strahlungsintensität der radioaktiven Substanzen und ihre chemische Darstellung aus dem Granderz näher einzugehen. Wir wenden uns direkt zu den Eigenschaften des Radiums. Alle Radiumsalze leuchten im Dunkeln, besonders wenn erwärmt. Feuchtigkeit ist der Erscheinung hinderlich. Die sehr wassergierigen Chloride und Bromide müssen, um den durch Erwärmung erhaltenen Glanz behalten zu können, in verschlossenen Röhren aufbewahrt werden und strahlen dann ein an das der Johanniskörnerchen erinnerndes Licht aus, das sogar bei Tage sichtbar sein kann. Es findet dabei ständig Wärmeentwicklung statt. Ein mehrere Monate altes Gramm Bromradium bildet in der Stunde 100 kleine Kalorien Wärme, was sogar am Thermometer ablesbar gemacht werden kann. Die Wärmeentwicklung ist anfangs gering und steigt allmählich auf einen Höhepunkt. Die Radiumsalze besitzen vor allem die Fähigkeit der sogenannten indizierten Radioaktivität, d. h. sie teilen ihre Kraft der Strahlung anderen Stoffen, mit denen sie in Berührung gekommen sind, mit. Die Strahlen der Radiumsalze sind dreifacher Art. Man hat sie als α -Strahlen, β -Strahlen und γ -Strahlen bezeichnet. Alle drei gehen gradlinig fort, ohne gebrochen oder zurückgeworfen zu werden. Man unterscheidet sie nach dem differenten Vermögen, durch Körper zu dringen und die Wirkung, die ein stark magnetisches Feld auf sie ausübt. Die Alpha-Strahlen werden durch letzteres nur wenig abgelenkt und sind homogen. Die Beta-Strahlen sind den Kathodenstrahlen entsprechend und magnetisch leicht ablenkbar; sie stellen ein heterogenes Gemisch dar. Sie sind mit negativer Elektrizität geladen. Das Radium liefert das erste Beispiel eines Körpers, der sich selbstständig mit Elektrizität ladet. Die Gamma-Strahlen ähneln stark den X-Strahlen und sind ohne elektrische Ladung. Mit Radiumstrahlen beschickte Gegenstände bekommen vielfach die Fähigkeit, zu fluoreszieren. Die alkalischen und erdalkalischen Salze, das Kaliumuranyldoppelsulfat und organische Substanzen, wie Papier, Baumwolle, Haut, Quarz, Glas, bleiben nach Bestrahlungen phosphoreszierend. Baryum erstrahlt dann himmelblau, das Baryumplatincyrid prachtvoll grün. Die Radiumstrahlen vermögen bei längerer Einwirkung diese erwähnten Stoffe zu färben; so wird Glas violett, braun bis schwarz, der wasserhelle Topas orange gelb. Erst wenn es auf 500° erhitzt wird, entfärbt sich das Glas wieder, und zwar unter einer Lichtausstrahlung. Auch chemische Veränderungen vermögen durch Radiumstrahlen zu entstehen. Die weiße Modifikation des Phosphors wird in die rote übergeführt. In der Nähe des Radiums entwickelt sich aus der Luft Ozon. Papier wird gelb und brüchig. Auch die Salze des Radiums verändern sich chemisch selber, wenn sie ausstrahlen. Radiumlösungen z. B. geben stets Wasserstoff ab. Auf die beim Photographieren verwendeten Lösungen und Körper wirkt das Radium mit seinen Strahlen genau so wie das Licht. Man erhält durch das Metall Röntgenbilder, welche viel einfacher herzustellen sind als die eigentlichen Radiogramme; man braucht nur zwischen Platte und Glastube

mit Radium den zu radiographierenden Gegenstand zwischenhalten. Am besten lenkt man bei dieser Gelegenheit zur Erhöhung der Bildschärfe die β -Strahlen durch einen Magneten ab.

Die Einwirkungen der Radiumstrahlen auf die menschliche Haut sind ja neuerdings vielfach besprochen worden und ähneln denjenigen der Röntgenstrahlen. Man darf sie wohl als bekannt voraussetzen. CURIE zog sich dadurch, daß er ein nicht sehr kräftiges Stück Radium in einer Flasche zehn Stunden auf der Haut des Armes trug, eine Ulceration zu, die vier Monate zur Heilung gebrauchte. In einem anderen Falle mit halbstündiger Applikation des Elements zeigte sich erst nach zwei Wochen die Brandwunde mit Blase. Heilungsdauer zwei Wochen. Bei einem weiteren Versuche mit acht Minuten Exposition trat die erythematöse Reaktion erst nach zwei Monaten ein. Man darf deshalb Radiumpräparate nur in dicken Bleihüllen verwahrt mit sich herumtragen. DANLOS verwendete die Radiumstrahlen zur Behandlung des Lupus und erzielte Heilung mit glatten, weichen Narben. Die Strahlen besitzen auch eine schwache bakterientötende Kraft.

Hopf-Dresden.

Handbuch der Hautkrankheiten, von FRANZ MRAČEK. (Alfred Hölder, Wien 1904.) Die vorliegende Abteilung des schon oft besprochenen trefflichen Handbuches der Hautkrankheiten von MRAČEK umfaßt den Schluss des zweiten und den Anfang des dritten Bandes der ganzen Ausgabe. Ersterer schließt mit einem die Ansichten aller bedeutenden Autoren zusammenstellenden Artikel über Lichen ruber. Der Lichen ruber HERRA (acuminatus) ist nach KAPOSI bekanntlich mit der DEVERGIESCHEN Pityriasis rubra pilaris gleichbedeutend. Nach BESNIER hinwiederum deckt sich letztere mit dem Lichen ruber acuminatus der Amerikaner. Da nun, schreibt der Verfasser, sich letzterer wieder nach Ansicht eben jener amerikanischen Autoren mit dem Wiener Lichen ruber decken soll, so spricht diese ganze Kreisfolgerung sehr für die Ansicht, daß Pityriasis rubra pilaris der Franzosen und Lichen ruber der Wiener Schule dasselbe Hautleiden darstellen. BESNIER betont dagegen, daß die Prognose der letzteren Dermatose höchst ungünstig sei, während man bei der Pityriasis rubra niemals traurige Zufälle erlebe. NEISSEB vertrat 1893 den Standpunkt, daß die DEVERGIESCHE Dermatose eine Krankheitsentität bilde und zu den Keratonosen gehöre, welche essentielle Verhornungsanomalien aufweisen. Den Namen Lichen will NEISSEB nur für die als Lichen ruber bezeichnete Affektion vorbehalten wissen, während MALCOLM MORRIS im Lichen keine besondere Krankheit, sondern nur einen Typus einer Hautläsion sieht. Den Ausdruck solle man jedoch für die klinische Krankheitseinheit reservieren, die ERASMUS WILSON als Lichen planus bezeichnet habe. Letzterer sei mit HERRAS Lichen ruber planus identisch. Hingegen decke sich KAPOSI'S Lichen ruber acuminatus mit der Pityriasis rubra pilaris der Franzosen.

Im dritten Band behandelt JANOVSKY die Hyperkeratosen, LUTHELEN die Sklerodermie, das Solerema neonatorum und die Elephantiasis, während LÖWENBACH über Xeroderma pigmentosum berichtet. Vom Stoff des dritten Bandes enthält die erschienene 13. Abteilung die Kapitel: Gutartige Neubildungen der Haut (M. JOSEPH), ferner Rhinosklerom (JUFFINGER), Lepra (A. v. BERGMANN) Hautaktinomykose (K. EWALD) und Mycetoma pedis (M. OPFENHEIM). Es sei gestattet, die Therapie der Lepra aus der großen Materie herauszugreifen und kurz zu besprechen. Die Rücksicht auf die Umgebung der Kranken schreibt zweifellos eine zwangsweise Anstaltsbehandlung vor, während der auch die Aussichten auf Heilung des individuellen Krankheitsherdes am größten und günstigsten erscheinen. Nur die Möglichkeit, aller hygienischen Vorzüge teilhaftig zu werden und auch die nötige Überwachung zu finden, bringt die Leprösen soweit, daß länger dauernde Pausen scheinbarer förmlicher Heilung auftreten. Was die obligatorischen Isolierungs-

maßregeln zur Einschränkung der gefürchteten Krankheit zu tun vermögen, das kann man an dem skandinavischen Königreich sehen. In der Anstalt ist der Hauptwert jeder Therapie auf Regelung der Lebensweise und warme Bäder zu legen. Die Erfahrungen haben nicht ermutigen können, die Versuche der CARRASQUILLASchen Serotherapie fortzusetzen. Das gleiche gilt für die Tuberkulinbehandlung, welcher viele Schädigungen zuschreiben sind. Auch die Einspritzungen von HALLOPEAU-METSCHNIKOWSchem hämolytischen Serum müssen hinsichtlich ihrer Wirkung noch eingehend geprüft werden. Am meisten Erfolge zeitigt vorderhand noch die Behandlung mit Gurjunbalsam und Chaulmoograöl. Ersteres Medikament ist intern in Dosen von fünf Tropfen bis zu einem Teelöffel täglich zu nehmen, sowie äußerlich zu gleichen Teilen mit Lanolin bis zu 3 g pro die kräftig einzureiben. Auf die Nieren muß gut Obacht gegeben werden. Das Oleum chaulmoograe schmeckt recht schlecht und wird meist durch andere Stoffe verdeckt gegeben. FRIEDHEIM und andere schreiben täglich bis 150 Tropfen vor. HALLOPEAU läßt es in Klysmen verabfolgen, und zwar je 7—8 g für den Einlauf. BROCCQ und PADRONE lassen täglich bis vier Eßlöffel per os nehmen. DANLOS verordnet folgendermaßen:

℞ Pulv. gumm. arab.	15,0
Ol. chaulmoogr.	5,0— 6,0
Ol. amygd. dulc.	9,0—10,0
Sirup. cort. aurant.	30,0
Aq. lauroceras.	10,0
Lact. q. s. ad collat.	125,0.

M. Ds. Tagesmenge, in zwei Hälften vor den Mahlzeiten zu nehmen.

UNNA zieht es vor, das Öl in Form keratinierter Pillen zu geben:

℞ Natr. gynocard.	300,0
Aq. dest.	200,0
Solve in balneo vapor. ;	
adde sebi pr. pil. kerat.	200,0
Terr. silic.	100,0.

M. f. massa, e qua forment. pil. keratin. ponderis 0,45.

Ds. Am Tage zehn Pillen zu nehmen.

Aus der großen Menge der sonst empfohlenen Heilmittel seien nur kurz erwähnt das Hoangnan zu 0,1 pro die (RAYNAUD), das Gift der Klapperschlange (DECHAMBRE und MARCOUDES DE MOREIRA), Chelidonium (JOSEPH), Orchidin (BOUFFÉ), salicylsaures Natron (LUTZ, PETERSEN), Phenacetin bis 3 g pro die (DOUTRELEPONT) und das Natrium cacodylicum subcutan bis zu 0,1 g täglich. WINTOL rät Erysipelimpfungen. Die vielgepriesene Quecksilbertherapie der Lepra ist unbedingt zu verwerfen. In der örtlichen Behandlung spielen der Galvano- und der Thermokauter eine große, segensreiche Rolle, indem die Lepraknoten zerstört werden können. Die Heilung geschieht darauf glatt unter Salbe oder trockenem Schorf. Häufige Bäder befördern die Rückbildung der Infiltrate, dasselbe gilt auch für Einreibungen mit Gurjun- und Chaulmoograalben.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Die Leukoplakia lingualis, von GAUCHER-Paris (*Presse méd.* 1903. Nr. 54.) Aus der Vorlesung seien einige Momente therapeutischer Art wiedergegeben. Die Therapie ist im allgemeinen diesem Leiden gegenüber recht unwirksam. Der Kranke entschließt sich meist erst ziemlich spät, zum Arzt zu gehen. Spezifische Kuren wirken auf alle sklerotische Leukoplakien nur gering ein, halten aber zweifellos deren Weiterentwicklung etwas auf. Jodkaliumtherapie dagegen beschleunigt die Epitheliombildung. Jodkalium ist bei zweifelhaften Zungenaffektionen stets kontraindiziert. Lokal gebe man bei der Leukoplakie der Zunge viel Gurgelungen und Spülungen, sowie Bestäubungen der Mundschleimhaut mit Wasserstoffsperoxydlösungen oder Chlormagnesiumlösungen. Auf nicht ulcerierte Leukoplakien tupfe man 2%ige Kaliumbichromatsolution. Dasselbe darf aber, weil giftig, nicht verschluckt werden. Risse sind vorsichtig mit Chromsäure zu touchieren, wenn tief, mit dem Elektrokanter zu überstreichen. Bei Anhäufung von Pilzwucherungen auf Ulcerationsstellen darf man den Glühstift etwas öfter und energischer verwenden. Zum Schluss gibt GAUCHER noch die Differentialdiagnose zwischen Zungengumma und Epitheliom. Ersteres ist ein sich erweichender und leerender Tumor ohne Ergriffensein der Drüsen, der Sitz ist meist die Zungenoberfläche. Das Epitheliom ist stets isoliert, einzig, sitzt auch zuweilen an der unteren Zungenfläche, zeigt pilzige Wucherungen, fötide Absonderung, Schmerzhaftigkeit, Salivation, Erschwerung der Zungenbeweglichkeit und Befallensein der Lymphdrüsen.

Hopf-Dresden.

Leukoplakie und Krebs, von J. DARIER-Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 61.) Der Verfasser wendet sich gegen GAUCHER, welcher behauptet hatte, daß die Vornahme von Biopsien, also Probeexzisionen suspekter Partien bei Cancroiden der Zunge oft bedeutende Proliferationen der letzteren hervorgerufen hätten. Sie wären vielfach auf Kosten biohistologischer Untersuchungen zum Nachteile der Kranken ausgeschlagen. DARIER hält sich aber zu solchen aufklärenden Eingriffen nicht nur für berechtigt, sondern auch für verpflichtet. Schmerzen und Blutungen sind dabei unter Kokain und Adrenalin sehr minimal. Die Wunde heilt in einigen Tagen wieder zu. Auch Verschlimmerungen des cancerösen Prozesses sah DARIER unter 675 Probeexzisionen nicht ein einziges Mal. Vorbedingung sind eine tadellose Technik und einwandfreies Instrumentarium. Ist der Befund quoad epithelioma positiv, so hat der radikale chirurgische Eingriff wenige Tage danach zu erfolgen.

Hopf-Dresden.

Leukoplakie und Krebs, von GAUCHER-Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 62.) In einer kurzen Erwiderung auf DARIERS gegenteilige Ansichten und Äußerungen betont der Verfasser nochmals seinen Standpunkt, daß er nach seinen Erfahrungen von Probeexzisionen im Interesse der Erkrankten selber abraten müsse.

Hopf-Dresden.

Die Scabies bei den Kindern, von MÉRY. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 11.) Aufzählung der zur Behandlung der Scabies der Kinder gebräuchlichen, allgemein bekannten Formeln. Bei einem Kinde, das unmittelbar nach dem Überstehen der Masern an Scabies erkrankt war, beobachtete M. zehn Tage nach Applikation von Perubalsam eine Albuminurie, die zum Tode führte.

Göts-München.

Die Milbengänge und der *Acarus scabiei*, von G. S. (*Rivista medica*. 1904. Nr. 3.) Der Artikel bringt nichts Neues. Der Verfasser beschreibt die Form, Bildung, den Verlauf des Milbenganges in den verschiedenen Schichten der Epidermis, den histologischen Befund der befallenen Partien, die Lokalisation der Scabies usw.

C. Müller-Genf.

Die Intertrigo. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 17.) Aufzählung der bei der Behandlung der Intertrigo gebräuchlichen Medikamente.

Göts-München.

Erythema scarlatiniforme, von J. HAMILTON. (*Brit. med. Journ.* 12. März 1904.) Ein elfjähriges Mädchen erkrankte am Morgen mit Schüttelfrost, Schmerzen im Rachen, Spannung im Kieferwinkel. Am Nachmittage desselben Tages zeigte sich ein purpurroter Ausschlag im Gesicht, auf der Brust und an den Beinen. Als Verfasser die Patientin nach zwei Tagen sah, waren die Mandeln, die Halsdrüsen geschwollen und gespannt, die Temperatur erhöht. Nur die Beschaffenheit der Zunge entsprach nicht dem typischen Bilde der Scarlatina.

C. Berliner-Aachen.

Atypischer Fall von Psoriasis vulgaris diffusa, durch Kakodylinjektionen geheilt, von KLINGER-Serajewo. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 5.) Ein sehr ausgebreiteter Fall von Psoriasis vulgaris, welcher mit heftigem Jucken verbunden war und allen üblichen Behandlungsmethoden trotzte, wurde durch Injektionen von sterilisiertem Natr. kakodylicum geheilt. Im ganzen wurden 60 Injektionen à 0,05 gemacht mit einer zehntägigen Pause zwischen je zehn Injektionen.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Psoriasis und beginnende desquamative Dermatitis; Prurigo und pruriginöse Dermatosen nach modernen Begriffen, von Prof. R. CAMPANA. (*Rif. med.* 1904. Nr. 48.) Die Dermatosen die zu dieser Kategorie gehören, d. h. die Psoriasis mit Desquamation, das Ekzem, die Prurigo, stehen alle direkt oder indirekt in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Nervensystem. Während aber bei der eigentlichen Prurigo das Symptom Pruritus als ein direktes Symptom der Krankheit aufzufassen ist, das vom Nervensystem abhängt, gleichwie das andere Symptom, die Dystrophie der Haut, ist das Jucken bei der Psoriasis und dem Ekzem eine Folgeerscheinung besonderer anatomischer Zustände der Haut. Das Jucken ist hier nicht, wie bei der HERBASchen Prurigo, eine konstante und ausschließliche anatomische und pathogenetische Bedingung.

C. Müller-Genf.

Über den Einfluss von Hautreizen (besonders traumatischer) auf die Bildung von Psoriasis-effloreszenzen, von VERROTTI. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1904. Nr. 8.) Nach den Untersuchungen des Verfassers kann man nach Skarifikationen der Haut Psoriasisplaques auf scheinbar gesunder Haut produzieren. In solchen Fällen übt aber das Trauma stets nur einen sekundären Einfluss aus, indem die Erscheinung ausschließlich bei solchen Individuen beobachtet worden ist, welche entweder früher Psoriasis gehabt hatten oder zurzeit des Traumas noch hatten, oder aber hereditär beanlagt waren. Inokulationsversuche mit Psoriasismaterial sind stets negativ ausgefallen. Das Trauma spielt also nur die Rolle eines veranlassenden Moments, wodurch ein Locus minoris resistentiae erzeugt wird.

C. Müller-Genf.

Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den Ekzemtod, von E. FEER-Basel. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1904. Nr. 1.) F. hat 80 Fälle zusammengestellt, von denen die meisten aus dem Basler Kinderhospital stammen, in denen bei Kindern, welche mit ausgebreitetem Ekzem behaftet waren, plötzlich bei sonst gutem Befinden der Tod eintrat. Dadurch ist er veranlaßt, die Existenz eines Ekzemtodes anzuerkennen und zu bekräftigen, wobei die Bezeichnung „Ekzemtod“ nur soviel besagen soll, daß die Häufigkeit des plötzlichen Todes bei Ekzem Zufällig

keiten ausschließt und bestimmte Beziehungen voraussetzt. Er teilt denn eine Reihe Krankengeschichten mit und schließt aus ihnen, daß diese Todesfälle in ihrer Mehrzahl in Beziehung zum sog. Status lymphaticus stehen; sie besitzen somit keine Selbständigkeit, sondern reihen sich in die plötzlichen Todesfälle bei Status lymphaticus ein. F. ist der Ansicht, daß die Säuglingsekzeme auf eine Dyskrasie zurückzuführen sind, und bekämpft den modernen Standpunkt der Dermatologie, die von der Dyskrasienlehre längst abgekommen ist. Das Auftreten von Metastasen hält Verfasser bei der Behandlung der Säuglingsekzeme für wahrscheinlich; so ist er geneigt, asthmatische Bronchitiden bei Ekzemkindern als Metastasen aufzufassen. Daher sollte man bei allen ausgedehnten Ekzemen, besonders im Säuglingsalter, die Behandlung äußerst vorsichtig und milde einleiten; gestützt ist diese Ansicht F.'s auf den Standpunkt von HAGENBACH und WYSS in dieser Frage.

Putsler-Danzig.

Die Leukoplakia oris, von VIAU. (Aus *Guide pratique pour les maladies de la bouche et des dents*. (Nach *Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 18.) V. warnt davor, bei Leukoplakien der Mundschleimhaut irgendwelche kaustischen Mittel, wie Chrom- oder Milchsäure, Salicylsäure in konzentrierter Form, Höllenstein oder Jodtinktur, anzuwenden. Er verordnet nur ganz milde, erweichende, leicht antiseptische und leicht adstringierende Mundwässer, denen höchstens 1‰ ige Salicylsäure zugesetzt werden darf. Außerdem appliziert er Perubalsam und Kokain. Die beste Behandlung ist die Abtragung aller erkrankten und verdächtigen Partien.

Göts-München.

Über Acne vulgaris, von MAX JOSEPH-Berlin. (*Wien. klin. therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 14.) Aus dem im ärztlichen Fortbildungskurse gehaltenen Vortrage ist zu erwähnen, daß die hauptsächlichsten ätiologischen Momente der Akne vulgaris die Seborrhoe und die Pubertät sind. Die Menschen mit ausgesprochenem Zimmerberuf sind wohl besonders prädisponiert. Dagegen konnte J. die Behauptung GALEWSKYS von dem häufigen Vorkommen der Akne bei Bäckern nicht bestätigen. Unter 27950 Hautkranken der Poliklinik in einem Zeitraum von 16¼ Jahren waren 2264 oder 8% Aknefälle. Dem Berufe nach waren die Schlosser mit 25% obenan, die Bäcker rangierten erst an vierter Stelle mit 7%. Das 19. Lebensjahr wies die meisten Fälle auf. Therapeutisch ist die Diät zu regulieren. Verbot von Käse, Wurst, rohem, geräucherten und gepöckeltem Fleisch. Innerlich Arsen. Die Erfolge mit Nebenierensubstanz sind noch unbestimmt. Bierhefe ist wirkungslos. Die lokale Behandlung geschieht mit Schwefelsalicylpaste, dazwischen zur Herbeiführung einer stärkeren Schälung mit ZEISSLACHER PASTE (Lac. sulfur., Glycerin, Spiritus = 5,0, Acet. glacial. 1,0), welche abends mit einem Pinsel aufgestrichen und morgens mit heißem Wasser abgewaschen wird. Von Zeit zu Zeit Waschungen mit: Acid. acet., Tinct. benzoës, Spirit. camphor. = 6,0, Spirit. vini ad 100,0. Aknepusteln und -abscesse werden indiziert, stärkere Infiltrationen mit Hg oder Hg-Karbolpflastermull behandelt.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

b. *Cutis.*

Über Aktinomykose, von H. NEUKIRCH-Mühlhausen. (*Presse méd.* 1903. Nr. 98.) Kontroverse gegen DORS' Artikel in Nr. 74 über den Erreger der Aktinomykose. Er habe die Einreihung des Strahlenpilzes in die Klasse der Hyphomyceten nie bestritten.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Mycosis fungoides, von J. REID. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1904.) Es handelt sich um eine 38jährige, aus gesunder Familie stammende Patientin. Nur ein Onkel derselben litt längere Zeit an Pityriasis rubra. Vor Ausbruch der Affektion hatte die Patientin mehrere Jahre an Konstipation und Amenorrhoe gelitten. Das prämykotische Stadium war charakterisiert durch runde, scharf begrenzte,

erythematöse, leicht schuppende Plaques an beiden Wangen und Ohren. Jucken bestand auffallenderweise nicht. Nach einiger Zeit wurden die Stellen infiltriert, eine ähnliche knotige Beschaffenheit nahm schliesslich fast die ganze Körperhaut ein.

Im weiteren Verlaufe kam es im Gesicht und auf der Kopfhaut zur Bildung der charakteristischen, tomatoähnlichen, verschieden grossen Tumoren, von denen einige ulcerierten und ein stark übelriechendes Sekret absonderten. Der Geruch, den die unglückliche, völlig entstellte und entsetzlich aussehende Patientin verbreitete, war ein derart penetranter, dass er schon beim Eintritt in das Haus, in welchem sie wohnte, wahrgenommen wurde.

Die Behandlung mit Arsenik, später Jodkalium innerlich, mit antiseptischen Umschlägen äusserlich vermochte den rapiden Verlauf nicht mehr aufzuhalten. Die stark kachektisch gewordene Patientin verfiel plötzlich in einen komatösen Zustand, aus welchem sie nicht mehr erwachte.

C. Berliner-Aachen.

Mycosis fungoides, von JOHN C. HANCOCK-Dubuque. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 12. März 1904.) Bericht über einen typischen Fall von Mycosis fungoides, der nach sechsjährigem Bestehen unter Marasmus zum Tode führte. Die Autopsie hatte bezüglich der inneren Organe ein völlig negatives Ergebnis. Histologisch bestanden, wie WRIGHT-Boston berichtet, die Tumoren aus einem sehr zellreichen und stromaarmen Gewebe; die Zellen waren teils kleiner, teils grösser als Lymphzellen, hatten wenig Protoplasma und einen grossen, unregelmässig geformten Kern. An Schnitten von Hautstellen, die noch keine Tumorbildung zeigten, fanden sich die gleichen Zellanhäufungen im Corium und in der Umgebung der Schweissdrüsen. Wahrscheinlich sind diese kleinzelligen Infiltrationen die Vorstufe der Tumorbildung. Der histologische Aufbau des Tumorgewebes ist dem des Lymphosarkoms sehr ähnlich; nach WRIGHTS Ansicht ist die Neubildung als Sarkom aufzufassen.

A. Loewald-Kolmar.

Einige bakteriologische Untersuchungen beim Erysipel, von PAUL KRAUSE-Breslau. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXV. Nr. 6.) Bei 35 Erysipelkranken fand Verfasser weder mikroskopisch, noch kulturell, noch durch Tierversuch jemals Streptokokken in den Schuppen. Bei 14 Erysipelkranken mit febriler Albuminurie war der mit sterilem Katheter entnommene Harn stets steril, in zwei Fällen von hämorrhagischer Nephritis bei Erysipelas fanden sich einmal Streptokokken. In 16 Fällen wurde das Blut untersucht, und zwar wurde dasselbe in der Mehrzahl am ersten Krankheitstage entnommen, einige Male aber auch an späteren Terminen. Es gelang niemals, pathogene Keime nachzuweisen. Verfasser ist der Ansicht, dass zur Klärung dieser Frage noch weitere Untersuchungen nötig sind, jedenfalls sprechen die seinigen dafür, dass in leichteren und mittelschweren Fällen von Gesichtserysipel das Blut schon während des ersten Krankheitstages als frei von pathogenen Keimen bezeichnet werden muss.

Acht Fälle von Erysipelas bullosum gaben Gelegenheit, den Blaseninhalt und die Blasenhaut zu untersuchen. In den Fällen, wo der Blaseninhalt klar serös war, liessen sich keine Streptokokken nachweisen; in einem Falle, bei dem es später zu kutaner Abscessbildung kam, fanden sich in dem schon trüben Blaseninhalte reichlich Streptokokken. Die Blasenhaut war stets frei von Streptokokken und beherbergte meist nur weisse Staphylokokken.

Die Untersuchung der Luft in der Erysipelbaracke, welche durch aufgestellte Glycerinagarschalen bewerkstelligt wurde, hatte zum Ergebnis, dass bei einer Expositionsdauer von 3—24 Stunden sich in der ersten Versuchsserie einmal, in der zweiten dagegen dreimal mäusepathogene Streptokokken fanden. Es dürfte sich deshalb jedenfalls empfehlen, Zimmer, in welchen Erysipelkranke lagen, gründlich zu desinfizieren.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Erysipelas contra Nephritis, von NYROP-Kopenhagen. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1904. Nr. 15.) Verfasser rekapituliert den im Jahre 1901 von LANGBALLE publizierten, aber mit Milstrauen aufgenommenen Fall einer durch ein interkurrentes Erysipel geheilten, chronischen Nephritis, und beschreibt einen eigenen Fall einer schweren Nephritis, der fast ein Jahr lang beobachtet wurde. Starke Albuminurie bis zu $\text{ESBACH } 64\text{‰}$ (? D. Ref.), zahlreiche hyaline und körnige Cylinder, Ascites, Ödeme. Letztere wurden mit SOUTHERS Kanülen bekämpft, und wohl infolge dieser Maßnahme entstand ein Erysipel an beiden Beinen. Nach Ablauf desselben war der Eiweißgehalt des Urins beträchtlich zurückgegangen, einmal sogar bis auf $\text{ESBACH } \frac{1}{2}\text{‰}$, um freilich später wieder anzusteigen, da mittlerweile wohl der Übergang in Schrumpfniere stattgefunden hatte.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Das Gesichtserysipel, von ALBERT ROBIN. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 14.) R. empfiehlt, bei Erysipel des Gesichts und des Kopfes mittels Sprays 1‰ige alkoholische Sublimatlösung in zerstäubter Form auf die erkrankten Partien zu applizieren; die Zerstäubungen sind, aus einer Entfernung von ungefähr 50 cm und in einer Dauer von 20–30 Minuten, in den ersten drei Tagen alle drei Stunden (auch während der Nacht), später nur mehr alle 6–12 Stunden vorzunehmen. Daneben bekommen die Kranken innerlich Chinarinde und Alkohol, am besten zusammen in Form von Chinawein, und reine Milchdiät; Kranke, welche delirieren, werden wiederholt in Wasser von 28–22 Grad gebadet. In allen Fällen muß die Mund- und Rachenschleimhaut durch flüssige Spülungen mit einem antiseptischen Mundwasser, die Schleimhaut der Nase durch Applikation einer antiseptischen Salbe möglichst gut gereinigt und rein erhalten werden. R. hat, seitdem er diese Therapie anwendet, keinen Todesfall infolge von Erysipel mehr erlebt.

Götz-München.

Zur Ätiologie der Gasphegmone, von LUDWIG KAMEN-Wien. (*Centralbl. f. Bacteriol.* Bd. XXXV. Nr. 5 und 6.) Die Gasphegmone schließt sich mit Vorliebe an komplizierte Frakturen an, namentlich wenn eine Verunreinigung der Wunde mit Erdreich stattgefunden, zuweilen wird auch der puerperale Uterus zur Eintrittspforte des Giftes. Sie besteht hauptsächlich in einer rasch progredienten, mit Gasbildung im Gewebe einhergehenden Nekrose, die rasch unter dem Bilde einer schweren Intoxikation zum Exitus führt. Die Ätiologie ist keine einheitliche, verschiedene Mikroorganismen können diese Art von Gangrän erzeugen.

Verfasser hat sich das genaue Studium des „*Bacillus phlegmones emphysematosa*“ FRÄNKEL oder kurzweg „*Gasbacillus*“ angelegen sein lassen. Dieser Parasit kann anerkanntermaßen die Gasphegmone hervorrufen, doch gehen hinsichtlich seines Wesens die Meinungen auseinander. Er kann nicht nur den schweren Krankheitsprozents hervorrufen, sondern er findet sich auch als gelegentlicher Saprophyt, der in den Leichen das an eine postmortale Gasbildung gebundene Auftreten der sog. „Schaumorgane“ hervorruft.

Das Material zu seinen Untersuchungen gewann Verfasser von einem Patienten, der infolge Sturzes in eine Grube sich einen komplizierten Bruch des linken Vorderarmes zugezogen; die hinzutretende Gasphegmone hatte bereits nach fünf Tagen den Exitus letalis zur Folge. Es wurden Deckglasausstrichpräparate aus dem Blaseninhalt und Unterhautzellgewebesafte und aus dem während der Obduktion entnommenen Blute der Vena cava infer. der Leber, Milz und Niere hergestellt. Es fand sich ein Stäbchen von den Dimensionen des Milzbrandbacillus, jedoch mit abgerundeten Enden und selten in Fäden auswachsend, welches sich nach GRAM färben läßt. Schon hieraus geht hervor, daß es sich wahrscheinlich um einen *Bacillus phlegmones emphysematosa* FRÄNKEL (oder *Bacillus aërogenes capsulatus* WELCH) handelt. Kulturell zeigte sich, daß der Zuckeragar schon nach nicht ganz 24 Stunden durch Gasblasen völlig zer-

klüftet war. Auch in der Milch, durch welche Wasserstoff geleitet war, wächst das Mikrobion gut, in 24—48 Stunden wird die Milch unter lebhafter Gasentwicklung zur vollständigen Gerinnung gebracht.

Der Tierversuch beim Meerschweinchen ergab: 1. Haarausfall über der Brust und dem Bauche; 2. blasenartige Abhebung der Haut mit Ansammlung eines, massenhaft Bazillen enthaltenden Transsudates; 3. hochgradige Degeneration der angrenzenden Muskulatur, „zunderartiger Zerfall“.

Das Endergebnis der gesamten Untersuchungen fasst dann der Autor noch in folgende Sätze zusammen:

1. Der *Bacillus aërogenes capsulatus*, *Bacillus phlegmones emphysematosae* und der *Granulobacillus butyricus* sind identische Arten.

2. Der Gasbacillus kann auch ohne Hinzutreten anderer pyogener Mikroorganismen entzündlich-eitrige Prozesse hervorrufen.

3. Die Wirkung, welche er auf das Gewebe ausübt, ist eine entzündungserregende und nekrotisierende.

4. Der Gasbacillus bevorzugt das lockere Bindegewebe und die glykogenhaltigen Organe.

5. Für eine Vergärung der Eiweißkörper ohne Hinzutritt von Kohlehydraten bieten die Versuche keine Anhaltspunkte.

6. Der Prozess ist ein lokaler, die Vermehrung der Bazillen in den inneren Organen ist eine postmortale.

7. Energische Toxine bildet der Gasbacillus in den Kulturen nicht, wohl ist es aber möglich, daß im lebenden Körper eine wesentlich stärkere Giftbildung stattfindet als im künstlichen Nährboden. Das Gift hat hämolytische und leukocide Eigenschaften.

8. Bei der Immunisierung der Kaninchen mit dem Gasbacillus wurden im Blute dieser Tiere keine Agglutinine gebildet.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die gasbildende Gangrän, von JACOBELLI. (*Bef. med.* 1904. Nr. 11.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser Affektion, welche beide nach Schußwunden aufgetreten waren und zum Tode führten. In dem einen war der Arm, in dem anderen die Glutäalgegend befallen. Es kam bei beiden zu ausgedehntem subcutanen Emphysem mit gangränöser Zerstörung der Gewebe. Aus diesem Gewebe isolierte er einen in beiden Fällen identischen Bacillus, welcher mit demjenigen von LEGROS genau übereinstimmte (*Bacillus septicus aërobicus*): beweglicher Bazillus mit abgerundeten Enden, dessen Elemente sich kettenförmig anordnen und nach GRAM färben lassen. Meerschweinchen eingepflicht, erzeugt er wieder typische gasbildende Gangrän. Dieser von LEGROS und dem Verfasser kultivierte Bacillus stimmt mit demjenigen von WELCH nicht überein, welcher letztere ebenfalls gasbildende Gangrän erzeugt. Verfasser schließt hieraus, daß, wenn auch die meisten Fälle dieser Kategorie ihre Entstehung dem Bacillus von WELCH-FRÄNKEL verdanken, auch andere Bazillen den ätiologischen Faktor der Affektion bilden können.

C. Müller-Genf.

Milzbrandkarbunkel der Rachenschleimhaut, von E. R. JAHN-Erfurt. (*Neuer med. Generalanagr.* 1904. Nr. 4.) Ein 53jähriger Metzger erkrankte unter diphtherieähnlichen Symptomen: auf der stark entzündeten linken Tonsille zeigte sich ein grauweißer speckiger Belag, Schwellung der linksseitigen submaxillären Drüsen. Temp. 38,8. Puls klein. Anderen Tages trat inmitten des grauweißen Belages der linken Mandel eine bläulichschwarze Verfärbung und gangränöser Zerfall des Gewebes auf. Es stellte sich heraus, daß Patient eine auf Milzbrand verdächtige Kuh abgehäutet und bei der Arbeit wiederholt nach leidiger Metzgergewohnheit das Messer, um die Hände frei zu bekommen, zwischen die Lippen genommen hatte. Durch bakteriologische Untersuchung der Detritusmasse aus der Tonsille wurden Milzbrandbazillen

festgestellt. Nach vollständigem Zerfall der linken Mandel und des unteren Teiles des linken Gaumensegels verstarb Patient am vierten Behandlungstage.

Die Sektion wurde seitens der Witwe verweigert.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Behandlung der Pustula maligna, von ȘEBBANESCU. (*Revista de Chirurgie*. 1904 Nr. 3.) Der Verfasser hat vorzügliche Resultate erzielt mit der Behandlung des Milzbrandes mittels tiefer Kauterisationen mit dem Paquelin verbunden mit interstitiellen Injektionen von 2%iger Karbolsäurelösung in der Umgebung der Pustel.

C. Müller-Genf.

Über Lichen ruber pemphigoides, von FINGER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904 Nr. 4.) Typische Fälle von Lichen ruber planus mit Blasenbildung sind von verschiedenen Autoren beschrieben worden. Während jedoch in einzelnen Fällen die Blasenruption möglicherweise auf die Arsentherapie zurückgeführt werden konnte, gab es auch einige Beobachtungen, in welchen Arsen nicht gereicht wurde, und die Blasen demnach als Komplikation des Lichen angesprochen werden mußten (RÓNA, KAPOSI, BETTMANN). Der vom Verfasser beschriebene Fall ist in mancher Hinsicht bemerkenswert. Am Stamm der 27jährigen Patientin war typischer Lichen ruber planus ausgebreitet. An den Extremitäten, bes. an den Streckflächen unter Freilassung der Gelenkbugen, fleckenweises, stellenweise ödematöses Erythem mit erbsenbis wallnufsgroßen Blasen. Behandlung zunächst expektativ. Im weiteren Verlaufe stellte sich hohes Fieber ein mit starker Prostration, das Erythem ging auf den Stamm über, so daß die Lichenknötchen überall von erythematöser Haut eingeschlossen waren. Außer zahlreichen neuen Blasen traten am Stamm neue entzündliche Knötchen auf, welche mit Erythema papulatum am meisten Ähnlichkeit hatten, aber sonst schwer zu deuten waren. In den nächsten Wochen gingen unter der nunmehr eingeleiteten Arsenbehandlung die Erscheinungen allmählich zurück, die Lichenknötchen und das Erythem unter Zurücklassung starker Pigmentierung. Verfasser erörtert die Gründe, weshalb die Blasenbildung in diesem Falle weniger dem Erythema bullosum, als dem Pemphigus vulgaris entspreche, und weshalb der Fall als eine einheitlich verlaufene Krankheit und nicht etwa als zwei zufällig nebeneinander einhergehende Krankheiten aufzufassen sei.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Der Lichen planus und dessen Behandlung, von TRÉMOLIÈRES (*Gas. des Hôp.* 2. April 1904.) Enthält nichts besonders Bemerkenswertes; Anführung einer Anzahl von Formeln für Salben, antipruriginöse Lösungen und innere Medikamente.

C. Müller-Genf.

Das Rhinophym, von P. G. UNNA. (*Deutsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 25.) Die Behandlung des Rhinophyms, der gurkenartig verdickten, kolbig aufgewulsteten Nase ist eigentlich sehr dankbar und kommt doch relativ wenig zur operativen Behandlung. UNNA veröffentlicht zwei Fälle mit Photographien von vorher und nachher und macht in der Tat den armen „Nasensmenschen“ die größte Hoffnung, relativ leicht und sicher die Zielscheibe des Spottes loszuwerden. Wozu die Angst vor dem Schneiden? Man hat ja immer Deckmittel vor sich, überall, wohin man im Gebiete der Verdickung schneidet, ist Epithel, sofort ist eine glatte Vernarbung wieder vorgesehen! Denn es handelt sich um eine Epithelhypertrophie, wo man auch schneidet, man stößt wieder auf Epithel und erhält sich dessen Hilfe zur Deckung. Wegen dieser einzigartigen Hypertrophie und der Wucherung eines Zellgebietes muß man sich auch gefaßt machen, post operativum noch nachglätten und gewissermaßen noch nachheilen zu müssen, und dies erzielt man mit der Schälpastenbehandlung. Also die künstliche Schälung mit der 50%igen Resorcinpasta und die Behandlung der seborrhischen Symptome mit allnächtlichem Gebrauch von Zinkschwefelpasta

und Zinkichthyl- oder Zinkschwefelpuder passen nunmehr erst für die Nachbehandlung, während sie sonst zu ausschließlicher Behandlung nur bei einer seborrhoischen Rosacea bezw. geringem Rhinophym genügt. Hält man nun noch daran fest, daß nach der operativen Beseitigung des Rhinophyms und dessen Glättung mittels Schälpaste auch ein weiteres „gutes Halten“, namentlich das Vermeiden des Alkohols allerdings notwendig ist, dann wird man unter den neuen Gesichtspunkten sich sehr wohl zu einer solchen aktiven und erfolgreichen Behandlung des Rhinophyms entschließen können.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Staphylokokkeninfektion der Haut bei Typhuskranken, von DAVID L. EDSALL-Pennsylvania. (*Univ. of Penna. Med. Bulletin.* März 1904). Im April und Mai 1903 beobachtete EDSALL im Episcopal Hospital das nosokomiale Auftreten einer wie Spitzpocken beginnende, schließlich wie furunkelartige Indurationen treibende Staphylokokken Infektion der Haut, und zwar als zufällige Erscheinung bei Kranken, die wegen typhusähnlichen Fiebers oft gebadet und geduscht werden mußten. Die Übertragung von Kranken zu Kranken hatte durch das Pflegepersonal und durch Benutzung der gleichen Badegeschirre geschehen können, und erst seitdem eine genaue Desinfektion der Hände, der Badegeschirre und Utensilien, und seitdem zum Abreiben der Kranken einfach jedesmal besondere Mullstreifen genommen waren, erst damit ging die Endemie ohne nachteilige weitere Folgen wieder vorüber. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über die sogenannte menschliche Botryomykose, von J. FRÉDÉRIC-Straßburg. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15 und 16.) Die im Jahre 1898 von POWERT und DOR über „Botryomykose humaine“ gemachten Mitteilungen sind seither, soweit die klinischen Beobachtungen in Frage kommen, von vielen Seiten bestätigt worden. Gegen den von den beiden Autoren behaupteten ätiologischen Zusammenhang mit der tierischen Botryomykose sowie gegen die spezifische Bedeutung der aus den Geschwülsten gezüchteten Kokken wurden dagegen schwerwiegende Bedenken geäußert. Verfasser hat die Literatur eingehend geprüft und berichtet über drei in der Straßburger chirurgischen Klinik beobachtete Fälle; auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgendem Ergebnis: Es kommen beim Menschen an den Fingern und an den Händen, seltener an anderen Stellen, eigenartige, erbsen- bis nufsgroße, rote, weichelastische, leicht blutende, von Epidermis bedeckte oder oberflächlich ulcerierte, gestielte Geschwülste vor, die durchaus gutartig sind. Sie entwickeln sich meist einige Wochen oder Monate nach einer vorangegangenen Verletzung. Histologisch bestehen sie aus einem an neugebildeten Blutgefäßen sehr reichen Granulationsgewebe. Von ihrer Schnittfläche werden in der Regel, doch nicht immer, Kokken gezüchtet, die große Ähnlichkeit mit dem *Staphylococcus pyogenes aureus* aufweisen und nur in wenigen Punkten sich von ihm unterscheiden. Ihre bakteriologische Stellung ist vorerst nicht sichergestellt, ebensowenig wie ihre ätiologische Bedeutung für die Pathogenese der Geschwülste erwiesen ist. Inwiefern eine Beziehung zur Botryomykose der Tiere besteht oder nicht, muß durch weitere Untersuchungen eruiert werden. Die Prognose ist gut, die Therapie besteht in gründlicher Exzision der Geschwulst mitsamt dem Stiel. Die Diagnose ist leicht; differential-diagnostisch kommt das Hautsarkom in Betracht, die Entscheidung ist nur auf histologischem Wege zu treffen. Verfasser teilt einen Fall seiner Beobachtung mit, in dem nach dem klinischen Befund ein „Botryomykom“ angenommen wurde, während die histologische Untersuchung Fibrosarkom ergab.

A. Loewald-Kolmar.

Xeroform bei Ulcus molle, von A. W. BLANCHE DE LA ROCHE. (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 6.) Die Anwendungsweise des Xeroforms ist die des Jodoforms, nur muß man auch hier darauf achten, daß das Mittel mit dem Gewebe selbst in Berührung kommt und nicht erst mit dem Eiter, den Borken und nekrotischen Massen

der Wunde Veranlassung zum Zusammenkleben gegeben wird. Achtet man auf diese Vorsicht, so bleibt Xeroform dank seiner starken antiseptischen Wirkung stets keimfrei, und es vermag außerordentlich schnell die Entzündungserscheinungen zurückzubringen und die Vernarbung rasch zu begünstigen. Niemals hat der russische Autor Komplikationen erlebt, die ihm beim Jodoform häufig vorkamen. Aus den 29 Krankengeschichten läßt sich in der Tat erkennen, daß einige schon mit 10 bis 12 Tagen zur Abheilung kamen, daß auch sonst zur Anregung der Konstitution tonisierende Mittel, wie Eisenpräparate, Arsen, Lebertran und ähnliches, gegeben wurde, und daß die Heilung selbst bei Frauen flott und ohne Störung von statten ging.

Arthur Rahn-Coim (Sachsen).

Beobachtungen über klimatische Bubonen, von ZUR VERTH. (*Arch. f. Trop. Hyg.* 1903. Bd. 7.) Die klimatischen Bubonen bilden an Bord von Schiffen, die in den Tropen stationiert sind, eine äußerst häufige Erkrankung. So erkrankten auf der Vineta innerhalb eines Jahres 28‰ der Besatzung an dieser Affektion; diese Krankheitstage bildeten 80‰ aller Krankheitstage. Die Ansichten über ihre Entstehung sind ganz divergent. Einesteils wird dieselbe mit dem Wechselfieber in Verbindung gebracht, andererseits angegeben, daß sie als Sekundärinfektionen anzusprechen sind, die von den Mesenterialdrüsen nach Darmaffektionen ausgehen. SCHEUBE nimmt spezifische Erreger für diese Art Bubonen an. An der Hand einer Beobachtungsreihe von 26 Fällen tropischer Bubonen, glaubt ZUR VERTH, daß ihre Ursache die durch kleinste Hautverletzungen eindringenden, überall zu findenden Eitererreger sind. Die klimatischen Leistendrüsenentzündungen sind dem Gelenkrheumatismus und der Gruppe der septischen Affektionen eng verwandt. Die Krankheit verläuft recht langsam, unter oft sehr hohem Fieber, das Körpergewicht und Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt, Behandlung vorwiegend chirurgisch. Wichtig ist die Prophylaxe, bestehend in größter Sauberkeit, Schutz gegen Insektenstiche, vermeiden von Kratzen, sorgfältige Behandlung jedes Hautdefektes.

Hopf-Dresden.

Über Angina und Stomatitis ulcerosa, von TÖBBEN-Gelsenkirchen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Bericht über drei Fälle von Angina ulcerosa, bei allen dreien fanden sich VINCENTS Stäbchen und Spirillen.

Bernhard Schulse-Kiel.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Über das Carcinom der Knäueldrüsen, von G. LUSENA. (*Lo Sperimentale.* 1904. Nr. 1.) Faßt man die Resultate der Forschungen der verschiedenen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, zusammen, so lassen sich, wie für das Adenom, zwei Typen von Carcinom der Knäueldrüsen unterscheiden: 1. das (solitäre) Adeno-Carcinom: einzelner Tumor, rascher Verlauf, Fehlen von Schmerz oder wenigstens nur geringer Grad desselben, ziemlich beträchtliche Ausbreitung über die Hautoberfläche, ziemlich weiche Konsistenz, Fehlen von Lymphdrüenschwellung in der Nachbarschaft, Möglichkeit des Rezidivs, verhältnismäßige Gutartigkeit. Histologisch zeichnet sich dieser Typus aus durch das Vorhandensein von schlauch- oder cystenförmigen Bildungen, die mit hohem, in Proliferation begriffenem Zylinderepithel ausgestattet sind; 2. das infiltrierende (multiple) Carcinom: multiple Tumoren, mit Neigung zur Konfluierung in breite Plaques, rasche Ausbreitung in der Fläche und rasche Bildung neuer Tumoren, Schmerzhaftigkeit, Lymphdrüseninfiltration der Nach-

barschaft. Unter dem Mikroskop konstatiert man feste Schläuche und Nester von würfelförmigem Epithel, die sich im Bindegewebe infiltrieren und ein wahres Carcinom darstellen.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung des Carcinoms der Haut mit Röntgenstrahlen, von LEBEDDE. (*Med. Bl.* 1904. Nr. 18.) L. ist im Laufe der therapeutischen Untersuchungen der Radiotherapie zu der Technik gelangt, Doppelsitzungen von 20–25 Minuten Dauer, die durch einen Tag voneinander geschieden sind, bei Epitheliomen vorzunehmen, und er glaubt, auf diese Weise „ausgebildete Epitheliome“ in drei bis vier Sitzungen heilen zu können. Unter ausgebildeten Epitheliomen versteht L. Neubildungen der Haut, auf deren Höhe eine Ulceration besteht, die manchmal von einer Kruste bedeckt wird und von einem harten Wall umgeben ist. Gerade diese Epitheliome verlangen besonders nach der Radiotherapie; ein besonders auffallendes Symptom nach der Bestrahlung ist die oft sehr starke Sekretion an dieser Stelle; je stärker die Sekretion, um so rascher verschwindet die Infiltration. Ferner ist auffallend das Verschwinden der Schmerzen und des Foetors. Ein Vorzug dieser Behandlung ist auch die Schönheit der Resultate; endlich ist ein großer Vorteil der definitive Charakter der Heilung. Etwa vorkommende Rezidive sind die Folgen einer allzünftlichen Bestrahlung. Dennoch werden die chirurgischen Eingriffe ihre bestimmten Indikationen behalten. So wird man bei Epitheliomen mit Lymphdrüenschwellungen, ferner bei sehr trocknen, sehr harten, äußerst hornsatzreichen Epitheliomen zum Messer greifen müssen. Unter die Formen, die unbedingt die Radiotherapie erfordern, gehören die Lid-Epitheliome, da die chirurgische Technik hier immer zur Schrumpfung der Augenspalte führt. Infolge der elektiven Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Epithelgewebe könnten dieselben als Hilfsmethode nach blutigen Operationen verwendet werden, um etwa zurückgebliebene carcinomatöse Reste zu zerstören. Auch nach Anwendung von Kuretage, chemischer und thermischer Kautika könnte man mit Röntgenstrahlen auf Reste kranken Gewebes, das zu Rezidiven führt, günstig einwirken.

Putzler-Dansig.

Die Behandlung des Carcinoms mit Radiumbromid, von H. G. PLIMMER-London. (*Lancet.* 16. April 1904.) Das Ergebnis dieser an 17 Patienten mit meist vorgeschrittenem Krebs im Laufe eines Vierteljahres ausgeführten Beobachtungen ist ein durchaus negatives. Dabei stammte das Präparat direkt von Lord IVEACH; die verwendete Menge betrug 30 mg, und die Hülle bestand aus Kautschuk mit einer Talkumspitze, welche direkt auf die Knoten appliziert wurde. Es scheint, daß das Radium nur auf frische, schnell wachsende Zellen einen Einfluss ausübt, dagegen bei altem und namentlich bei hartem, fibrösem Gewebe versagt.

Philippi-Bad Salzschrif.

Ein Fall von Carcinom, das wahrscheinlich von einem nichtdezentrierten Hoden ausging, von W. S. DARBY-Harrow. (*Lancet.* 9. April 1904.) Die klinischen Erscheinungen bei dem zur Zeit des Todes 24jährigen Manne dauerten nur etwa 1½ Jahre und bestanden in Hinfälligkeit, Schmerzen an der Hinterfläche der Oberschenkel, Ödem der Beine, sowie dem Vorhandensein eines kokosnufgroßen Tumors im Abdomen, der Lendenwirbelsäule fest anhaftend. Die Diagnose intra vitam war auf Sarkom gestellt; post mortem ergab die mikroskopische Untersuchung ein weiches, aus polyedrischen Zellen bestehendes Carcinom, das von Psammomkörnern durchsetzt war. Wahrscheinlich handelte es sich um eine sekundäre Affektion der lumbalen Lymphdrüsen. Es war eine nur unvollständige Autopsie gestattet worden.

Philippi-Bad Salzschrif.

Ein Fall von Ulcus rodens durch X-Strahlen behandelt, von HUGH FRASER. (*Scottish Journ.* Mai 1904.) Wie die beigegebene Photographie zeigt, wurde in dem

beschriebenen Falle, einen 44jährigen Mann betreffend, bei welchem das Leiden vor vielen Jahren begonnen und allmählich den ganzen Nasenrücken und dessen Umgebung ergriffen hatte, durch die Anwendung der X-Strahlen — sechs Wochen lang tägliche Sitzung von zehn Minuten Dauer und dann vier Wochen hindurch von 15 Minuten — vollständig geheilt. Nach seinen Erfahrungen an diesen und weiteren drei Fällen würde Fr. künftig es vorziehen, zwei Tage hintereinander 20 Minuten lang die Patienten zu exponieren, dann zwei Tage damit zu pausieren und weiterhin sich je von den Umständen, besonders der lokalen Reaktion, leiten zu lassen.

Stern-München.

Ein Fall von Ulcus rodens behandelt mit Radium, von G. SICHEL. (*Brit. med. Journ.* 23. Jan. 1904.) Ein 65jähriger Mann litt seit sechs Monaten an einem Ulcus rodens der rechten Wange. Dasselbe wurde mit täglichen, 15 Minuten dauernden Applikationen von Radiumbromid, welches in einer kleinen, versiegelten Glasröhre enthalten war, behandelt. Nach der ersten Applikation konstatierte der Patient, daß der Schmerz geringer wäre, und daß er besser schlafen könnte. Nach fünf Sitzungen hatten die Neigung des Geschwürs zu Blutungen, ebenso der Schmerz und die Spannung aufgehört. Nach sieben Sitzungen waren die Granulationen blaß und glatter geworden.

C. Berliner-Aachen.

Bericht über zwei mit Radium behandelte Fälle von Ulcus rodens, von A. S. GREEN - Lincoln. (*Lancet.* 19. März 1904.) I. Eine 75jährige Frau mit Ulcus rodens der Ala nasi, des Septum und des vorderen Teils der unteren Muschel wurde in drei Wochen geheilt, indem Radiumbromid im Glasrohr einen Tag um den anderen während 5—20 Minuten in die Nase eingeführt wurde. Vorher war sie mit nur teilweise befriedigendem Erfolge dreimal operiert sowie mit Röntgenstrahlen und Strömen von hoher Frequenz behandelt worden. II. Bei einem 65jährigen Manne heilte ein marktstückgroßes Ulcus der Kopfschwarte innerhalb eines Monats bei siebenmaliger Radiumbestrahlung von 15—20 Minuten Dauer. Dieser Patient war auch vorher mit Röntgenstrahlen behandelt worden.

Philippi-Bad Salzschlief.

b. *Benigne.*

Über traumatische Epithelcysten (Epidermoide), von MAX M. KLAR-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 16.) Der Verfasser bespricht unter Zitierung der ganzen einschlägigen Literatur die traumatischen Epithelcysten, namentlich die Art ihrer Entstehung, und teilt einen von ihm selbst beobachteten Fall mit. Neues bringt der Artikel nicht.

Göts-München.

Papilläre Cyste einer Schweißdrüse der Achselhöhle, von H. B. ROBINSON - London. (*Brit. med. Journ.* 9. April 1904.) Eine 22jährige Frau bekam vor zwei Jahren in der Achselhöhle einen Knoten, der langsam wuchs, aber erst in den letzten 14 Tagen schmerzhaft wurde und die Patientin veranlaßte, den Arzt zu konsultieren. Die Untersuchung stellte in der rechten Achselhöhle einen etwa taubeneigroßen Knoten fest, über dem die Haut normal und bis auf einen, der Öffnung eines Schweißdrüsenausführungsganges entsprechenden Punkt leicht verschieblich war. Ein Einschnitt in den Tumor ergab, daß es sich um eine Hautcyste handelte, welche aus einer, eine dünne, wässrige Flüssigkeit enthaltenden Höhle bestand. Diese war an ihrer inneren Auskleidung im allgemeinen glatt; nur an einem umschriebenen Bezirk waren weiche, papilläre Gewächse angeheftet.

Histologisch ist das Bindegewebe der Cystenwand scharf abgesetzt von der epithelialen Auskleidung. Letztere besteht zum größten Teil aus zwei bis drei Schichten kubischer, durch Druck abgeflachter Zellen. Die papillären Fortsätze zeigen vielschichtiges Epithel; die oberflächlich gelegenen Zellen erscheinen geschwollen und

vakuolisiert. Dem Anscheine nach ist der Ursprung der Cyste in dem unterhalb der Epidermis gelegenen Teile des Schweißdrüsenausführungsganges zu suchen.

C. *Berliner-Aachen.*

Traumatisches Aneurysma auf der Stirn, von R. PARKER. (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1904.) Ein 19jähriger junger Mensch stürzte vor ca. fünf Jahren die Treppe herunter und blieb zwei Stunden bewußtlos liegen. Etwa einen Monat später zeigte er in dem oberen Teile der linken Stirnseite unter der Haut einen erbsengroßen Knoten, der langsam bis zur jetzigen Größe einer kleinen Orange wuchs. Die Haut über dem pulsierenden, stets schmerzlosen Tumor war bis vor einem Jahre noch normalfarbig, wurde jedoch später immer stärker rot, bis sie an der Stelle der stärksten Pulsation eines Tages eine kleine Öffnung zeigte, durch welche das Blut herausströmte. — Die Blutung wurde gestillt und später der Tumor operativ beseitigt. Es erfolgte vollständige Heilung.

C. *Berliner-Aachen.*

Keloidbildung im Anschluß an die Vaccination, von ROBERT BERTOU. (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1904.) Der Verfasser hat in den letzten Jahren die Wahrnehmung gemacht, daß relativ häufig sich im Bereiche der Vaccinationsnarbe ein Keloid entwickelt hat, welches durch Jodbepinselung günstig beeinflusst wurde. Die Frage, ob diese Art von Narbenbildung bei der Vaccination vielleicht dem Gebrauche von Kälberlymphe zuzuschreiben sei, läßt Verfasser unentschieden.

C. *Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Neurofibromatose, von SPITZMÜLLER - Bad Hall. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 9 u. 10.) Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß ein im ersten Lebensjahre verstorbener Bruder der neunjährigen Patientin angeblich an einer ähnlichen Neubildung am Halse gelitten hat. Die geistig normal veranlagte Patientin hat an der linken Halsseite einen großen, auf Druck sehr schmerzhaften Tumor von weicher, höckeriger Konsistenz, und einen kleineren von derselben Beschaffenheit an der linken Hüfte. Die Haut über den beiden Tumoren ist stark pigmentiert. Beide Geschwülste sind schon in den ersten Lebenstagen beobachtet worden. Außerdem findet man besonders am Rücken und an den Armen hunderte von stecknadelkopf- bis haselnußgroßen, verschiedengestaltigen, sehr harten Knötchen, die auf Druck intensiv schmerzen. Unabhängig von diesen Knötchen finden sich über den ganzen Körper zerstreut linsen- bis nagelgroße Pigmentflecke. Die größeren Nervenstämme und Plexus sind druckempfindlich. Die histologische Untersuchung des exstirpierten Tumors der linken Hüftgegend sowie mehrerer exzidiierter Knötchen ergab ödematöses Neurofibrom. Verfasser bespricht die klinischen Erscheinungen und Komplikationen der Neurofibromatose und bringt am Schlusse ein Verzeichnis der umfangreichen Literatur, bei welcher ich den bemerkenswerten Fall von ADRIAN (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. Nr. 32) und die schöne und erschöpfende Monographie desselben Autors über diesen Gegenstand (*Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1903. Nr. 13—19) vermisst habe.

Katzellenbogen - Düsseldorf.

Beitrag zum Studium des Molluscum contagiosum. Epithelioma molluscum (VIRCHOW). Epithelioma contagiosum (BOLLINGER-NEISSER), von MARULLO. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1904. Nr. 11.) Bei der ausführlichen histologischen Beschreibung eines Molluscumknötchens kommt Verfasser auch auf die vielbesprochenen parasitären Elemente zu sprechen. Für ihn sind dieselben weiter nichts als das letzte Stadium eines kolloiden Prozesses, welcher die ganze Zelle eingenommen hat. Einen ähnlichen Zustand hat der Verfasser in seiner Arbeit über die hyaline Degeneration beim Hautcarcinom beschrieben. Damit will er aber keineswegs die parasitäre Theorie, speziell des Epithelioma contagiosum, verwerfen, zugunsten welcher verschiedene andere Momente sprechen. In dem vorliegenden Falle fehlen drüsig

mente vollständig, so daß die Genese der Affektion wohl kaum mit den Talgdrüsen in Beziehung gebracht werden kann, wie dies KAPOSI, VIRCHOW, RENAULT getan, welche das Molluscum contagiosum als eine vom Follikel­epithel ausgehende Neubildung betrachten. Ihm scheint eine andere Hypothese glaubwürdiger, wonach die Tumoren einer primären Proliferation der Zellen der Epidermisschichten ihre Entstehung verdanken (GASPARI, BIZZOZZERO, TÖRÖK, UNNA). Die parasitäre Theorie von DARIER, LELOIR, NEISSEB usw. harrt noch ihrer Bestätigung. C. Müller-Genf.

Über einen neuen Befund bei Molluscum contagiosum, von H. HERZOG-Berlin. (*Virchows Arch.* 1904. 176. Bd.) Verfasser hat zusammen 13 Tumoren untersucht und sich zur Färbung der feinen Paraffinschnitte der PLEHNschen Methylenblau-Eosinmischung bedient. Die hiermit erzielten scharfen Bilder haben ihn zur Auffassung geführt, daß kein Gebilde in dem Körperchen vorhanden ist, das mit Sicherheit zur Klasse der Amöben, Coccidien oder Sporozoen zu rechnen wäre. Er stieß bei der histologischen Durcharbeitung nach zwei Richtungen hin auf einen neuen Befund: 1. Es handelt sich beim Molluscum contagiosum durchaus nicht nur um Wucherungs- bzw. Degenerationsprozesse des Epithels. Es finden sich flache Abhebungen der Hornschicht von der Schleimschicht durch ein zwischen beide eingelagertes feinkörniges, zellfreies Exsudat, stellenweise typische Vesikelbildungen. In einem Falle fand Verfasser, worauf er großen Wert legt, im Ausführungsgange des Tumors eine typische Impetigopustel; es verbindet sich also das Molluscum contagiosum mit den Effloreszenzen des Ekzems; 2. zeigte sich der Ausführungsgang bis in die Tiefe desselben massenhaft mit Mikroorganismen vom Habitus der Staphylokokken erfüllt. Die Kokken lagen in sämtlichen Fällen nur innerhalb des Lumens und des Ausführungsganges, sowie in der unmittelbaren Umgebung seiner Mündung. Verfasser nimmt an, daß eine Kausalitätsbeziehung zwischen der Ansiedelung und Wucherung von Staphylokokken in den die zelligen Elemente der Molluscumgeschwulst nach außen hin abschließenden Hornmembranen und dem Wucherungsprozess in der basalen Epithelschicht besteht. Es würde sich also um ähnliche Verhältnisse handeln wie bei der von UNNA gelehrten Entstehung des Ekzems, nur daß hier die parenchymatöse Entzündung in Form einer exzessiven Akanthose zum Ausdruck kommt.

HERZOG kommt somit zu der Annahme, daß es sich beim Molluscum contagiosum um ein gutartiges Acanthoma staphylogenes handelt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über einen Fall elephantiasischer Verdickung des Unterschenkels mit diffuser Knoten- und Warzenbildung, von ALEXANDER HAGENTORN-KOWNO. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 18.) Bei einer 42jährigen Frau fand H. den rechten Fuß und den rechten Unterschenkel bis etwa handbreit unterhalb des Kniegelenkes stark verdickt und dicht mit warzenähnlichen Knoten besetzt. Über dem Sprunggelenk und auf dem Fußrücken erreichten die Knoten Walnußgröße, nach oben vom Sprunggelenk wurden sie immer kleiner, an der obersten Grenze der Affektion war die Epidermis nur mehr diffus verdickt und leicht höckerig. Die großen und größten Knoten waren durch tiefe Furchen voneinander getrennt. Die Nägel waren aufgefasernt und verunstaltet; die Planta pedis war frei. Von der Oberfläche der erkrankten Partien, die im ganzen weißlich-rosa und nur stellenweise leicht violett gefärbt erschienen, wurde eine dünne, strohgelbe, übelriechende Flüssigkeit in großen Mengen (3000 g und mehr in 24 Stunden) sezerniert; das Sekret enthielt nahezu 4‰ Eiweiß, Detritus, vereinzelte Epithelien und eine große Menge von Mikroorganismen, besonders Streptokokken. Auch der Urin enthielt Albumen. Die Affektion hatte vor sieben Jahren im Anschluß an ein Erysipel begonnen und verursachte anfangs nur zeitweise, später fast ständig, mächtige Schmerzen. Da jede andere Be-

handlung aussichtslos erschien, wurde der Oberschenkel über dem Kniegelenk amputiert. Einige Tage nach der Operation entwickelte sich ein ziemlich starkes Ödem der rechten Schamlippe und der angrenzenden Teile des rechten Oberschenkels; wahrscheinlich war dieses Ödem, das fast zwei Wochen anhielt, eine vikariierende Erscheinung für das plötzliche Wegfallen der Ausscheidung so grosser Flüssigkeitsmengen, wie sie an der Oberfläche des erkrankten Gliedes stattgefunden hatte. Die Untersuchung des Präparates ergab, dass das subkutane Gewebe, Muskel und Knochen, an der Verdickung des Unterschenkels keinen Anteil hatte. Die Verdickung beruhte vielmehr auf einer gewaltigen Hypertrophie des Papillarkörpers und der ganzen Cutis, die eine mächtige, bis zu 6 cm dicke Schicht bildete. Sowohl die Papillen wie die ihnen zunächst liegenden Abschnitte der Cutis waren sehr gefässreich und an zahlreichen Stellen kleinzellig infiltriert. Es handelte sich demnach nicht um eine Elephantiasis, bei der ja stets auch das Unterhautzellgewebe verdickt ist, sondern, da die Verdickung ausschliesslich auf Kosten der Haut, speziell der Cutis, zustande gekommen war, um eine Dermatitis, für welche H. die Bezeichnung „Dermatitis tuberosa“ vorschlägt. Einen analogen Fall konnte H. in der Literatur nicht finden; dagegen wies die Erkrankung, von der Lokalisation abgesehen, sowohl makroskopisch wie mikroskopisch eine weitgehende Ähnlichkeit mit der von KAPOSI unter dem Namen „Dermatitis papillaris capilitii“ beschriebenen Affektion auf.

Göts-München.

Ein Fall von ausgedehntem Naevus pilosus verrucosus bei einem 2 $\frac{1}{2}$ -jähr. Mädchen, von АВОНИИМ-Gevelsberg. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 26.) Der Naevus ging von der Steifabeinspitze zu beiden Seiten der Wirbelsäule bis zu 5 cm unter der linken, 3 cm unter der rechten Schulterblattspitze nach den Leisten sich hinziehend. Die ganze Oberfläche des Naevus war dunkelschwarzbraun gefärbt, von warzenartiger, höckeriger Beschaffenheit, in ganzer Ausdehnung mit dichten, 5–6 cm langen, rötlichen Haaren besetzt. Zwei ebensolche, marktstückgrosse Naevi saßen zwischen den Schulterblättern. Das Pigmentmal war bei der Geburt vorhanden, die Haare entwickelten sich erst nach einem Jahre. Ätiologisch führt die Mutter es auf einen psychischen Affekt während der Schwangerschaft zurück. Die Therapie kann natürlich nur chirurgisch sein, was aber bei vorliegendem Falle wegen der grossen Ausdehnung unmöglich ist; man kann höchstens die Haare durch Kauterisation oder Röntgenstrahlen entfernen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Verchiedenes.

Subunguale Exostose an der grossen Zehe, von M. SAVARIAUD. (*Presse méd.* 1904. Nr. 29.) Die Abhandlung beschreibt einen seltenen Fall von Knochenwucherung bei einem Mädchen von 18 Jahren. Dasselbe bemerkte seit einem Jahr eine weifliche Stelle unter dem Nagel, die ihr Stechen verursachte, als sie eine anstrengende Tagesarbeit geleistet hatte. Der Fleck wurde grösser und bildete sich als eine weifliche Geschwulst heraus, welche an dem inneren Rand des Nagels, den letzteren in die Höhe hebend, zum Durchbruch gelangte. Seit sechs Monaten vermag die Kranke keinen Schuh mehr zu tragen, da die Stelle ulceriert ist und schmerzt. Radiographie. Operative Entfernung. Heilung.

Hopf-Dresden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

(Dermosyphilopathologische Klinik in Parma, geleitet von Prof. V. MIBELLI.)

Mykosis fungoides und Leukämie.

Abhandlung von

Dr. MARIO PELAGATTI,
Hilfsarzt und Privatdozent.

Mit zwei Abbildungen im Text und einer Farbentafel.

(Schluß.)

Um den Fall, von dem ich hier die Geschichte, die anatomischen, histologischen und hämatologischen Befunde berichtet habe, nach seiner vollen Wichtigkeit zu schätzen, halte ich es für angebracht, daß wir die in der Haut beobachteten Veränderungen, sowie die im Blute und die in den hämopoietischen Organen aufgefundenen einzeln für sich betrachten. Was den Hautprozeß betrifft, so glaube ich, daß kein Zweifel entstehen kann über die Diagnose von Mykosis fungoides, so charakteristisch ist das Bild der von mir beschriebenen Hautaffektion, und so völlig stimmt es in jedem einzelnen Teile überein mit der Beschreibung, welche die Autoren von ALIBERT bis zu den allerneuesten von der Mykosis fungoides gegeben haben. Was die Veränderungen des Blutes und der hämopoietischen Organe betrifft, so bin ich geneigt, dieselben als die einer myelogenen Leukämie aufzufassen. Die Elemente, auf welche ich diese meine diagnostische Auffassung gründe, sind: der hämatologische Befund, die myeloide Veränderung der Milz, der Leber und der Ganglien und die übergroße Umwandlung des Knochenmarks, nicht nur im funktionierenden, sondern auch im atypisch funktionierenden Mark. Was den hämatologischen Befund betrifft, so bin ich der erste, anzuerkennen, daß er nicht vollkommen der von den Autoren als charakteristisch für die myelogene Leukämie gegebenen hämoleukocytären Formel entspricht. Vor allem ist die Zahl der polynukleären Leukozyten mit neutrophilen Granulationen übermäßig groß; umgekehrt sind die polynukleären mit acidophilen Granulationen selten, auf deren Vermehrung soviel Wichtigkeit für die Diagnose der myelogenen Leukämie gelegt wird; es fehlen dann die Leukozyten in Karyokinese und die nukleären Blutkugeln.

Aber ich mache darauf aufmerksam, daß die hämoleukocytäre Formel der myelogenen Leukämie nicht beständig ist, daß sie von Fall zu Fall wechselt, und daß sie selbst in einem Individuum von einem Tage zum anderen sich modifizieren kann, daß man daher dem Fehlen der nukleären roten Blutkörperchen keine große Bedeutung zuschreiben muß — ein Mangel, den man nicht selten in chronischen Fällen findet — und auch nicht dem Überwiegen der neutrophilen polynukleären; und ich meine, daß die Anwesenheit der Myelocyten mit basophilen und neutrophilen Granulationen in einem Blute, in dem der Prozentsatz der weißen Blutkörperchen im Vergleich mit den roten so hoch ist, wie in meinem Falle, wohl genügt, um zu dem Gedanken zu berechtigen, daß es sich um eine myelogene Umwandlung der hämopoietischen Organe handelt. Anfangs, als mir noch andere Elemente fehlten, die ich erst bei der Autopsie habe bekommen können, glaubte auch ich, daß die starke Leukocytose, die bei meinem Patienten bestand, als ein besonderes Gepräge des Falles betrachtet werden müsse, ein nicht neues Gepräge, denn schon andere Autoren hatten, obwohl sie nicht in der hämoleukocytären Formel übereinstimmten, darauf aufmerksam gemacht, wie die im Blute zirkulierenden weißen Blutkörperchen sich besonders im vorgertückten Stadium der Krankheit sehr bemerklich vermehrten. Und so sehr auch die hämoleukocytäre Formel meines Falles der einer myelogenen Leukämie gleicht, so halte ich mich doch nicht für berechtigt, an eine Myelämie zu denken, denn es war mir bekannt, daß es andere, auch die Haut interessierende Krankheiten gibt, wie z. B. die Purpura und die Blattern, welche, obwohl sie nichts mit der myelogenen Leukämie zu tun haben, doch hämoleukocytäre Formeln bieten, welche mit denen der myelogenen Leukämie viele Berührungspunkte haben. Und da man wegen der kärglichen hämatologischen Studien, die Mykosis fungoides betreffend, noch nicht die hämoleukocytäre Formel dieser Krankheit hat bestimmen können, so war es noch nicht ausgeschlossen, daß nach vollständigeren Studien über die Materie man zu der Beweisführung gelangen könnte, daß in der Mykosis fungoides die hämoleukocytäre Formel viele Affinität mit der der myelogenen Leukämie hat. Die von mir in den hämopoietischen Organen gefundenen Alterationen haben mir jedoch jeden Zweifel benommen über die Deutung, welche dem hämatologischen Befunde meines Falles zu geben ist.

Denn die Umwandlung des Knochenmarks in atypisch funktionierendes Knochenmark und die Ersetzung des normalen Gewebes der Leber, der Lymphganglien und der Milz durch myeloides Gewebe sind Fakten, welche man nicht als sekundär zur als Hautprozess betrachteten Mykosis fungoides betrachten kann, sei es, daß man einen infektiösen, chronischen Zustand annimmt oder eine Evolution, ähnlich derjenigen gewisser bösartiger Geschwülste. Es ist wahr, daß man im Laufe gewisser

Infektionskrankheiten und gewisser Neoplasien eine Überaktivität des Knochenmarks und ein Wiedererwachen der Vitalität in den schon zum Fettzustande übergegangenen Punkten desselben haben kann, und man so eine Regeneration von Myelocyten, Megacariocyten und gekernten Blutkugeln hat. Aber in diesen Fällen hat man meistens nur eine partielle Umbildung, und schwerlich eine Umbildung in Masse des Knochenmarks, während dagegen in der myelogen Leukämie diese Umbildung in Masse häufiger und die Wucherung der Myelocyten ungeordnet ist, mit Stillstand oder Verlangsamung in der evolutionären Umbildung dieser Elemente; es sind dies Tatsachen, welche wir bei unserem Kranken bemerkt haben. In den Infektionskrankheiten dagegen und in gewissen Neoplasien vollführen die Wucherungselemente des funktionierenden Knochenmarks ihre ganze Evolutionsphase. Was großes Gewicht hat und was, ich möchte sagen, in bedingungsloser Weise für das Bestehen einer myelogenen Leukämie in dem oben von mir beschriebenen Fall zeugt, das ist die Entwicklung dieser atypischen Elemente des Knochenmarks in von ihren ursprünglichen Herden sehr entfernten Bezirken, nämlich in der Milz, in der Leber und in den lymphatischen Ganglien.

Es wäre also festgestellt, daß in meinem Kranken wir das gleichzeitige Vorhandensein einer Mykosis fungoides und einer myelogenen Leukämie vor uns haben, ein Faktum, das schon an und für sich höchst interessant ist, weil es zusammen mit einigen ähnlichen, kürzlich veröffentlichten Fällen das Vorhandensein eines Zusammenhanges zwischen diesen beiden Krankheiten darlegt; die Natur dieses Zusammenhanges hat man noch nicht genau bestimmen können, und von vielen wird er noch geleugnet. In meinem Falle aber ist etwas viel Wichtigeres als ein einfaches, zufälliges Zusammentreffen der beiden Prozesse; da ja die Hauteffloreszenzen, deren klinische Objektivität die Diagnose von Mykosis fungoides zur Folge gehabt hat, bei der histologischen Untersuchung derartige Merkmale boten, daß man sie für Metastasen des Krankheitsprozesses, der das Knochenmark befallen hatte, halten mußte. Ich sehe nun nicht wenige Einwendungen voraus. — Man wird sagen, daß die sehr große Vielgestaltigkeit der die mykotische Neoplasie bildenden Zellen die vielartigsten Deutungen zulasse. Es ist anzunehmen, daß diese verschiedenen Zellvarietäten sich nicht immer in jedem Fall in gleichen Proportionen im mykotischen Gewebe vorfinden, sondern daß bald die einen, bald die anderen vorherrschen, und daß die Zellen, welche in einem Fall die große Mehrheit bilden, in anderen Fällen sich in ganz kleiner Menge finden. Dieses Faktum, zusammen mit anderen von der Verschiedenheit der Technik abhängenden Umständen, erklärt, wie einige im mykotischen Gewebe das Granulom, einige das Sarkom und einige endlich ein adenoides Gewebe darin sehen; kein Wunder, wird man sagen, daß jemand glauben kann, in den Zell-

elementen des mykotischen Gewebes Analogien mit dem myeloiden Gewebe zu finden, ohne daß man deswegen berechtigt ist, von myeloiden Metastasen zu sprechen. Überdies wird man einwenden, daß diese Idee im Widerspruch stehe mit allem, was man bis jetzt über die leukämischen Alterationen der Haut weiß.

Die sog. Knochenleukämiden, die Hautmanifestation eines leukämischen Zustandes des Blutes und die hämopoietischen Organe werden in zwei Gruppen unterschieden. In einer ersten Gruppe sind die von Zirkulationsstörungen und von Sekretionsanomalien abhängigen, vorübergehenden Alterationen: Erytheme, Papeln, Blasenpapeln, ekzematöse Flecke, Flechten usw., begriffen. Eine zweite Gruppe begreift die neoplastischen Formen: Knötchen, kleine Geschwülste, welche nie die Größe einer Haselnuß überschreiten. Nun hat die erste Gruppe ihre Veränderungen gemeinsam mit der myelogenen Leukämie, mit der myelogenen Pseudoleukämie, mit der lymphatischen Leukämie und der lymphatischen Pseudoleukämie, während die neoplastischen Formen bis jetzt nur in Fällen von lymphatischer Leukämie gefunden worden sind. Dieser Umstand widerspricht scheinbar der von mir vorgebrachten Hypothese, daß die mykotischen Geschwülste Metastasen von myeloidem Gewebe seien. Dieser Einwand mag Wert haben für diejenigen, welche bei der Einteilung der leukämischen Vorgänge noch der klassischen Lehre folgen, die vier nosologisch unterschiedene Typen Leukämien annimmt, und für diejenigen, welche, obwohl sie anerkennen, daß zwischen Leukämie und Pseudoleukämie Unterschiede bestehen, doch noch als gesonderte Krankheitstypen eine lymphatische Leukämie und eine myelogene Leukämie annehmen. Aber diese Unterscheidung basiert sich besonders auf die histologische Analyse des Blutes und nicht auf die anatomisch-pathologischen Alterationen der hämopoietischen Organe, und ist heutigentags sehr erschüttert, und wird von einigen Pathologen nicht mehr zugelassen.

Die Ergebnisse der neuesten Studien führen dazu, annehmen zu lassen, daß alle einzelnen Varietäten der Leukämie myeloiden Ursprungs sind, und daß der Grund dieser Varietäten von der Tatsache abhängen kann, daß der hyperplastische Reiz das spezifische Gewebe oder das lymphatische Gewebe des Markes selbst befallen kann, oder aber auch alle beide Gewebe. Zugleich dann oder etwas später kann es geschehen, daß die Hyperplasie sich auch auf andere häma- und lymphopoietische Organe ausbreitet, und daß viel später neoplastisches Gewebe erscheint an anderen Stellen des Körpers, welche nichts mit den obengenannten hämalymphopoietischen Organen zu tun haben. Wenn man also diese Anschauung annimmt, gewinnen die Dinge ein anderes Aussehen, denn man hat es nicht mehr mit zwei nosologisch verschiedenen Krankheitsprozessen zu tun, die ihre Wirkungssphäre in bestimmten Organen und demnach einen ver-

schiedenen Evolutionskreis haben, sondern mit einer einzigen Krankheitsursache, die ohne Unterschied einen oder den anderen Teil desselben Organs befällt, oder beide gleichzeitig oder nacheinander und zu Erscheinungen Anlaß gibt, deren Unterschied ganz nebensächlich ist.

Möge man nun eine Theorie annehmen oder eine andere, soviel steht fest: in Fällen von myelogener Leukämie hat man auf dem Sektionstisch in dem zwischen den Lymphdrüsen belegenen Bindegewebe metastatische Knötchen von myeloidem Gewebe aufgefunden. Mir scheint daher, daß, wenn das myeloide Gewebe imstande ist, das Interganglien-Bindegewebe zu überschwemmen, so auch kein Hindernis bestehen kann, daß das myeloide Gewebe sich im Hautbindegewebe lokalisiere.

Den Beweisgrund übrigens, der nach meiner Ansicht überreichlich bestätigt, daß die mykotischen Geschwülste meines Patienten Metastasen des myeloiden Gewebes sind, findet man in dem histologischen Bau der Geschwülste selbst, ein Bau, der, wenn er Zweifel zuließe, solange der Vergleich mit den Präparaten des Knochenmarks noch nicht möglich war, nach diesem Vergleich meine Meinung aufs einleuchtendste als richtig erwies; denn die Morphologie, die tinktoriellen Eigenschaften der Zellelemente, alles in allem, die Alterationen, welche man in den mykotischen Geschwülsten trifft, sind dieselben, welche sich in dem Knochenmark finden, dessen myeloide Umbildung man ohne weiteres Besinnen behaupten kann.

Diejenigen, welche die Hypothese vorbrächten, daß die Alterationen des Knochenmarks und der hämopoietischen Organe Metastasen der Hautknötchen sein könnten, wie man es in gewissen Hautgeschwülsten hat — und nicht die letzteren Metastasen der ersteren —, mache ich darauf aufmerksam, indem ich die Morphologie der Zellelemente, die absolut dieser Anschauung widerspricht, ganz beiseite lasse, daß, während das Knochenmark und die hämopoietischen Organe weit davon entfernt sind, uns das Bild der Metastasen mit malignen Neubildungen zu liefern, wir dagegen bei der Haut finden, daß die Geschwülste die bekannten charakteristischen Merkmale der Metastasen des myeloiden Gewebes aufweisen. Der Verlauf des pathologischen Prozesses, der sich in der Haut des Kranken abgespielt hat, wie wir ihn uns auf Grund des mikroskopischen Befundes wieder aufbauen können, beweist uns diese Passivität der Epidermis und der Lederhaut. Aus der eingehenden Analyse der beobachteten oder beschriebenen Dinge entnimmt man in der Tat, daß der Hauptakt des Vorganges in dem Sichergießen der im Blute befindlichen anormalen Zellelemente in die Hautgewebe besteht; diese Zellelemente wandern zusammen mit dem Plasma durch Diapedese von den Gefäßwandungen aus, und überdies, einmal ausgewandert, wuchern sie emsig, wie die zahlreich beobachteten Mytosen beweisen. Eine derartige Zellauswanderung und -wucherung ge-

fährdet den Zusammenhang des vorher bestehenden Gewebes, übt auf dieses eine rein mechanische Wirkung aus, löst die einzelnen Elemente los, erstickt sie, ohne von seiten derselben irgendwelchen nennenswerten reagierenden Prozefs zu erzeugen. — Ich habe seinerzeit schon erwähnt, wie die Verdiokung der Oberhaut nicht der Zahlvermehrung der Epithelial-elemente zuzuschreiben ist, sondern verursacht wird durch die Erweiterung der interspinösen Räume. Diese Erweiterung bildet sich durch die gezwungene Entfernung der Epithelialzellen, zwischen die sich fremde Elemente eingekeilt haben. Ja, die Epithelialzellen werden sogar bei kleinem in die neoplastische Masse mit hineingezogen und werden daselbst modifiziert oder zerstört. Und was für die Epidermis gilt, läfst sich auch von der Unterhaut sagen. Auch die Faserbündel des Bindegewebes werden auseinandergezerrt und durch das langsame, aber fortschreitende Überfließen von fremden Zellelementen in die Unterhaut entfasert, ohne dafs ein bemerkenswertes Anzeichen von Reaktion zu erkennen wäre.

Angenommen also, dafs die Geschwülste, die Infiltrate und die anderen bei unserem Patienten existierenden Hautveränderungen nichts anderes sind als Metastasen des myeloiden Gewebes, und gesetzt, dafs diese Hautmanifestationen ihrer Objektivität wegen als charakteristische Merkmale der Mykosis fungoides zu betrachten sind, so ergibt daraus die logische Schlussfolgerung, dafs die Mykosis fungoides in diesem Falle durch eine Leukämie erzeugt worden ist, und dafs sie mithin kein lokaler Vorgang der Haut ist, sondern eine allgemeine Krankheit, welche ihren ursprünglichen Sitz im Innern des Organismus hat und von sekundären Hautmanifestationen begleitet wird. Dafs die Mykosis fungoides keine Krankheit mit ausschließlicher Lokalisation auf der Haut ist, ist keine neue Idee, und der von mir berichtete Fall bestätigt nur eine seit langem entstandene Anschauung, welche zu Recht besteht wegen der klinischen Beobachtung sehr vieler Fälle.

Der Verlauf der Krankheit, mit wenigen Ausnahmen, ist gleich dem einer den ganzen Organismus betreffenden Erkrankung und nicht derjenige eines nur auf die Hautdecke lokalisierten Prozesses. Schon vom Erscheinen der ersten vorderdeutenden Symptomie der Veränderungen an (prämykotische Periode) machen sich beim Patienten eine Schwäche in allen Körperteilen, ein allgemeines Unbehagen und Funktionsstörungen der Organe bemerklich. Die schwere Anämie, die starke Abmagerung, die Darmstörungen, welche die mykotische Periode begleiten, und die fortschreitende Kachexie, welche des Kranken Tod herbeiführt, sind eine Bekräftigung meiner Ansicht.

Was nun die Ansicht betrifft, die Krankheit selbst als einen besonderen Fall von Leukämie mit Hautmanifestationen zu betrachten, so wollen wir nicht verkennen, dafs schon seit einiger Zeit eine solche Meinung ausgesprochen worden war, und das besonders auf Grund der zwischen dem Lymphganglion und der mykotischen Geschwulst bestehenden Identität

des Baues. — Aber diese Identität besteht durchaus nicht, denn das viel besprochene und viel erörterte Netz wird unzweifelhaft durch das Entfasern des vorher bestehenden Bindegewebes gebildet und ist also kein Netz, wie man sich das Lymphdrüsennetz zu denken hat. Überdies ist in vielen Fällen die Morphologie der Zellelemente der mykotischen Geschwulst nicht derartig, daß sie uns berechtigte, dieselben unter die Lymphocyten zu klassifizieren. Es hatten also diejenigen, welche sich dieser Deutung der mykotischen Geschwülste widersetzen, leicht gewonnenes Spiel, besonders als, bis auf die letzten Zeiten, man weder klinische noch anatomisch-pathologische Konstatierungen über leukämische Alterationen in den lymphohämapoietischen Organen bei Fällen von Mykosis fungoides hatte, KAPOSI Fall abgerechnet, der als eine lymphatische, perniciose Hautaffektion dargestellt wurde und nicht als eine Mykosis fungoides, ein Fall, der erst jetzt von den meisten für eine Mykosis fungoides gehalten wird. In den letzten Jahren jedoch, da die hämatologischen Studien sich so sehr entwickelt haben, und dem Studium der Pathologie des Blutes eine ganz moderne Richtung gegeben worden ist, hat die Hypothese von der leukämischen Natur der Mykosis fungoides wieder Gunst gefunden. Die Beweisführung, daß in den mykotischen Geschwülsten kein Netz vorhanden ist, welches dem der Lymphganglien gleicht, entwertet die Anschauung von der leukämischen Natur dieser Geschwüre nicht, ja, nach meinem Dafürhalten bestätigt sie dieselbe, denn aus den in der letzten Zeit über die leukämischen Metastasen gemachten histologischen Forschungen geht hervor, daß diese Metastasen nicht den normalen Bau des lymphohämapoietischen Gewebes wiedererzeugen, sondern vielmehr ein ganz atypisches Gewebe. Es handelt sich nicht um die Hyperplasie eines schon am Orte vorher bestehenden Gewebes, wie man bis jetzt glaubte, sondern um echte, eigentümliche metastatische Neubildungen. Im Falle der Metastase einer sog. lymphatischen Leukämie fehlt daher zuweilen dieses Netz, und wenn es vorhanden ist, unterscheidet es sich durch die Größe und Stärke der Fasern von dem in den normalen Lymphganglien beobachteten Netze. In Fällen von myeloider Anämie kann, wie leicht begreiflich, in den Metastasen nicht der Bau von Lymphganglien bestehen, denn in diesen Fällen geben die vom Blute gebrachten und in die Gewebe eingewanderten Zellen Gelegenheit zur Bildung eines Gewebes, welches mehr oder weniger atypisch den Bau des funktionierenden Knochenmarks reproduziert. Denselben Wert hat man der anderen Einwendung beizulegen, daß in vielen Fällen von Mykosis die die Geschwulst bildenden Zellen ihrer Morphologie wegen nicht als lymphatische betrachtet werden können, da es doch nicht gesagt ist, daß in Fällen von Leukämie die Metastasen sich gerade immer in adenoidem Lymphgewebe reproduzieren müssen. In der Tat stehen die Metastasen in direkter Abhängigkeit von dem sich in

atypischer und übertriebener Bildungstätigkeit befindenden Gewebe, und wenn der hyperplastische Reiz auf das Knochenmark wirkt, so wird ein myeloides Gewebe in den Metastasen selbst erzeugt. — So erregt auch die andere Beweisführung, auf welcher besonders die Gegner der leukämischen Natur der Mykosis fungoides fußen, nämlich, daß man bei dieser Krankheit nirgendwo im Organismus leukämische Alterationen antreffe, nunmehr nur noch ein mitleidiges Achselzucken, denn in den letzten Jahren hat man Beobachtungen von Mykosis fungoides mit derartigen Alterationen gemacht. Lassen wir auch die Fälle von Erythrodermie mit Mykosis fungoides von BESNIER und HALLOPEAU außer acht, in denen man sehr große Adenopathien hatte, und den Fall von HALLOPEAU und JEANSELME, in dem man Lymphome am weichen Gaumen, am Kehlkopf und am Zungengrund getroffen hat — alles Fälle, in welchen die Diagnose „Leukämie“ zweifelhaft und anfechtbar ist —, so gibt es doch solche, in denen die klinisch und anatomisch konstatierte Leukämie nicht in Zweifel gezogen werden kann. PHILIPPSON hat einen Fall veröffentlicht, in dem eine Mykosis fungoides und eine Pseudoleukämie vereinigt waren. ZUM BUSCH hat bei der Obduktion eines Falles von Mykosis fungoides in der Leber und in der Milz Alterationen gefunden, welche histologisch einem leukämischen Prozeß zuzuschreiben waren. So haben auch LEREDDE und VRIEL bei einem Kranken HALLOPEAUS, der starb, Nierenlymphadenom und in einem anderen Falle ein Lymphadenom der Leber gefunden.

Zu allen diesen Fällen ist hinzuzufügen, daß in den letzten Zeiten es keinen Fall von Mykosis fungoides gegeben hat, in welchem der ihn Erläuternde die Aufmerksamkeit des Lesers nicht auf die bemerkenswerte Zunahme der weißen Blutkörperchen gelenkt hätte, eine in manchen Fällen wahrhaft staunenerregende Hyperleukocytose, wie die z. B. von DAULOS, in welcher 112500 weiße Blutkörperchen beobachtet wurden; und die von zwei anderen noch unbeschriebenen Fällen, in deren einem, von Dr. BERTARELLI im Mailänder Krankenhause beobachteten, Dr. PASINI mehr als 100000 weiße Blutkörperchen gefunden hat. In dem anderen Falle, der noch in der hiesigen dermosyphilopathischen Klinik in Behandlung ist, ist das Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen gegenwärtig gleich 1 : 7, mit der Neigung, noch zu wachsen. Dieser Bericht spricht für eine Leukämie, wie auch die hämoleukocytäre Formel für eine solche zeugt, aber für jetzt will ich mich hiermit nicht beschäftigen, denn, sollte eine Obduktion möglich sein, werde ich sie zum Gegenstand einer anderen Abhandlung machen. Wenn es nun beim Falle PHILIPPSONS möglich war, anzunehmen, daß die Mykosis fungoides und die Pseudoleukämie, wegen der im histologischen Befund der Veränderungen der Haut und der lymphohämapoetischen Organe bestehenden Verschiedenheit, zwei voneinander unabhängige Vorgänge sind, die aber von derselben Ursache ab-

hängen, so ist diese Hypothese in meinem Falle nicht möglich wegen der Identität des Baues zwischen den Veränderungen der Haut und denen der inneren Organe.

Um jedoch seinen Fall in dieser Weise deuten zu können, mußte PHILIPPSON annehmen, daß die Ursache, welche die Mykosis fungoides erzeugt, obwohl sie vorwiegend den Hautumkreis trifft, in seltenen Fällen ihre Wirkung auch auf den lymphatischen Apparat erstrecken, und so eine Hyperplasie aller Lymphgewebe erzeugen kann. Diese Anschauung wäre in Erwägung zu ziehen, wenn bewiesen wäre, wie PHILIPPSON es glaubt, daß die Pseudoleukämie von verschiedenerlei infektiösen Reizen hervorgerufen werden kann, wie z. B. von dem Tuberkelbacillus, von dem *Staphylococcus pyogenes aureus* und von den besonderen, von VERDELLI und anderen in Fällen von Pseudoleukämie kultivierten Kokken. Aber inbetreff dieser Meinung, mache ich darauf aufmerksam, daß die als Ursache der Pseudoleukämie vorgebrachten Mikroorganismen jetzt jeglichen pathogenetischen Wert verloren haben; da es bewiesen ist, daß in den Fällen, wo sie gefunden wurden, es sich um einen zufälligen Befund handelte.

Auch die verschiedenen, in mykotischen Geschwülsten gefundenen Mikroorganismen haben durchaus keine Wichtigkeit; solche Mikroorganismen habe auch ich in diesem meinen Falle aufgesucht und kultiviert, habe sie aber dann beiseite lassen müssen, als etwas, das nichts mit dem Prozeß zu tun hatte. PHILIPPSONS Ansicht über die Genesis der Pseudoleukämie dürfte schwerlich noch Anhänger unter den Pathologen haben. Dagegen besteht eine sehr ausgesprochene Strömung unter ihnen, die Genesis der leukämischen Prozesse als einzig dastehend zu betrachten; außerdem gibt es einige, die, obwohl sie die infektiöse Natur derselben nicht leugnen, doch die Leukämie als einen sarkomatösen Prozeß betrachten, dessen ursprünglicher Sitz in den lymphohämapoietischen Organen sei, und sekundäre Metastasen in den anderen Organen habe. Diese Anschauung von der sarkomatösen Natur der Leukämie würde, was die Mykosis fungoides betrifft, die Ideen derjenigen, welche die Mykosis fungoides für einen leukämischen Prozeß mit Lokalisationen in der Haut halten, in Übereinstimmung bringen mit der Meinung derer, welche den mykotischen Tumor für ein Sarkom ansehen. Ich will nicht auf die Frage eingehen, ob die Natur der Leukämie sarkomatös ist oder nicht, dazu fehlt mir die Kompetenz; ich begnüge mich, darauf hingedeutet zu haben, weil sie wohl verdient in Erwägung gezogen zu werden, die leukämische Natur der Mykosis fungoides vorausgesetzt. Dies festgestellt, muß ich sagen, daß ich mit PHILIPPSONS Deutung seines Falles durchaus nicht einverstanden bin; denn der oben angeführten Gründe wegen kann ich nicht anerkennen, daß die Pseudoleukämie von verschiedenen pathogenen Agentien erzeugt

wird, sondern ich glaube, daß in jenem Falle die Beziehung zwischen den beiden Prozessen viel tiefer liegend ist, als PHILIPPSON zu glauben geneigt ist, und es sich nämlich, alles wohl überlegt, um eine Mykosis fungoides handelt, die direkt durch den pseudoleukämischen Prozeß bedingt wird. Die histologischen Unterschiede zwischen den Hautknötchen und den Alterationen der lymphohämopoetischen Organe hängen wahrscheinlich von der Verschiedenheit der Lage und von anderen Ursachen ab, die ich jetzt nicht erforschen will.

Diese Frage beiseite gelassen, ist es mir für den Zweck dieser Arbeit nur vor allem darum zu tun, klar darzulegen, was mir aus dem Studium meines Patienten als aufs deutlichste bewiesen hervorgegangen zu sein scheint; nämlich, daß die Mykosis fungoides nur ein besonderer Fall der Leukämie ist.

Es ist bekannt, daß seit einigen Jahren die Aufmerksamkeit der Dermatologen sich auf das Studium gewisser Hautalterationen gelenkt hat, welche unzweifelhaft von einem primären, leukämischen Prozeß abhängig sind. Diese Hautalterationen von verschiedenartiger Objektivität, die eine besondere Gruppe unter der Benennung Leukämiden bilden, müssen, scheint es mir, mit der Mykosis vereinigt werden. Diese meine Idee wird vielen sehr gewagt erscheinen, aber wenn man den Krankheitsprozeß in den verschiedenen Fällen, seien es nun die sogenannten Leukämiden, oder sei es die klassische Mykosis fungoides, wohl erwägt, so wird es nicht an Schlusfolgerungen fehlen, um sie zu rechtfertigen. Wenn wir Beobachtungen anstellen über die Hautmanifestationen der Leukämie, die bis jetzt für solche anerkannt wurde, so finden wir unter denselben ein besonderes, charakteristisches Merkmal, das nie fehlt, nämlich das eines heftigen Juckens, und dies Jucken steht in keiner Beziehung zu der Schwere der Hautveränderungen; wir finden, daß es gewöhnlich die Eigentümlichkeit einer regelmäßigen Intermittenz bietet, und daß es in gewissen Fällen vorhanden ist, ohne von Hauteffloreszenzen begleitet zu sein. Wenn wir nun eine Abhandlung über die Dermatologie zur Hand nehmen und lesen, was darin über die klinische Objektivität der prämykotischen Veränderungen geschrieben steht, so werden wir sehen, daß die darüber gemachte Beschreibung vollkommen mit dem übereinstimmt, was von den Leukämiden gesagt ist. Auch vom anatomisch-pathologischen Gesichtspunkt aus besteht kein Unterschied. In der Tat, sowohl in den Hautalterationen der Leukämie, wie in denjenigen Alterationen, welche prämykotisch genannt werden, seien sie nun durch Ekzemflecke, durch Juckpapeln, durch Nesselquaddeln charakterisiert, haben wir histologisch nicht den Bau, der dem Ekzempläschen, der Papel des Juckausschlages und der Quaddel der Nesselkrankheit eigen ist, sondern den spezifischen Bau der mykotischen Geschwulst oder den der leukämischen Neubildung. Und

wenn man die Beschreibung des histologischen Befundes in den beiden Fällen genau prüft, so wird man sie so ähnlich finden, daß man keinen Grund findet, der eine abweichende Pathogenese in den beiden Fällen rechtfertigt.

Ich enthalte mich für jetzt irgendwelchen absprechenden oder billigen Urteils über die Frage nach der Morphologie der Zellen und der Genesis der das Infiltrat bildenden Elemente in den beiden Fällen, weise jedoch darauf hin, daß in den beiden Fällen die Passivität des vorher bestehenden Gewebes charakteristisch ist, die der Oberhaut, die nicht wuchert, und die der Lederhaut, die sich auseinander zerren läßt. In dem einen wie in dem anderen Vorgang bildet sich das Infiltrat zuerst um die Gefäße. In jedem ist eine Diapedese der Gefäßwänden, sowohl von Blutplasma, als von roten Blutkörperchen, welche sich eine Zeitlang in den Geweben so verhalten, als ob sie noch in ihrer natürlichen Umgegend zirkulierten. In dem einen, wie in dem anderen Falle kann die Neigung zur spontanen Rückbildung bestehen; die Folge, meiner Meinung nach, eines Ausgleichs zwischen der Ausscheidung der aus den Gefäßen herausgetretenen Zellelemente und dem Zuflusse neuer Elemente; dieser Zufluß kann gänzlich aufhören, und dann kehrt das vorher bestehende Gewebe in seine ursprüngliche Verhältnisse zurück.

Mir will auch nicht scheinen, daß die Anschauung, die beiden Vorgänge seien identisch, dem Umstande widerspreche, daß die Dermatosen, welche bis jetzt der Gruppe der Leukämiden zugezählt worden sind, von Alterationen vertreten sind, die einen sehr beschränkten Umfang haben im Vergleich mit der Größe, welche eine mykotische Geschwulst erreichen kann. Denn man muß beachten, daß in allen den Fällen, in welchen die sogenannten Leukämiden beschrieben wurden, es sich um Fälle von Pseudoleukämie und Leukämie handelte, die schon vor dem Erscheinen der Hautaffektionen da waren und ihren Lauf nahmen, und man so vermuten darf, daß der Tod — denn die Krankheit hat immer einen tödlichen Verlauf — die weitere Ausbildung des Hautübels verhindert hat. Und dann ist es doch auch nicht gesagt, daß bei der Leukämie die Metastasen vorher bestimmte Phasen durchlaufen müssen, die auf keinen Fall außer acht gelassen werden dürfen. Das anatomisch-pathologische Studium der in den inneren Organen lokalisierten Metastasen beweist uns, wie von Beobachtung zu Beobachtung große Unterschiede vorhanden sind; denn es gibt Fälle, in welchen ein Organ stark von zahlreichen Metastasen befallen ist, und dasselbe Organ ist in anderen Fällen immun oder zeigt sehr wenige Alterationen, und umgekehrt dasjenige Organ, welches man im ersten Fall fast als normal betrachten konnte, ist stark verändert. Außerdem kann man nicht absolut leugnen, daß zwischen den verschiedenen Metastasen eine Art von Ausgleich bestehen kann, d. h. wenn im Gewebe gewisse Organe

große metastatische Tumoren haben, die Metastasen notwendigerweise in anderen Organen einen kleinen Umfang haben. Hieran liefs mich der Umstand denken, daß in den Fällen von Leukämiden die Leukämie wegen der Alterationen der inneren Organe immer vor dem Erscheinen der Hautveränderungen konstatiert wird, während dagegen in Fällen von Mykosis, in welchen ein leukämischer Prozeß diagnostiziert wurde, dieser sich einstellte, wenn der Hautprozeß schon im Gange war. Es liegt mir dann auch daran, darauf die Aufmerksamkeit zu lenken, wie es nicht richtig wäre, als leukämische Hauttumoren nur diejenigen gelten zu lassen, in denen die Anwesenheit einer echten Leukämie ausdrücklich im Patienten konstatiert wird. Dies angenommen, ist es gewiß, daß bei dem gegenwärtigen Stande der Dinge, ein sehr geringer Teil der Fälle von Mykosis fungoides als zu dieser Gruppe gehörig zu betrachten ist; aber diese, welche unzweifelhaft Fälle von Mykosis fungoides sind, wie kann man diese von den anderen trennen, für welche dieselbe Diagnose gemacht wurde, und in denen die Anwesenheit einer Leukämie nicht konstatiert worden ist? Eine Leukämie übrigens, die in der großen Mehrzahl der Fälle man aufzusuchen vernachlässigt hat. Und dann ist es nicht gesagt, daß man, ohne Zuhilfenahme des anatomisch-pathologischen Befundes der lymphohämopoetischen Organe und ohne die histologische Untersuchung besagter Organe, immer klinisch einen leukämischen Zustand feststellen kann. Ich habe gesagt anatomisch, aber ich hätte sagen sollen hämatologisch; denn auf den hämatologischen Befund sich stützend, haben viele — was die Mykosis betrifft, wohl verstanden — diese Möglichkeit ausgeschlossen; dieser Befund ist dann in vielen Fällen auf die Zahl der im Blute zirkulierenden Leukocyten beschränkt, ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit dieser Leukocyten. Nun wissen wir, daß in der sogenannten lymphatischen Pseudoleukämie es möglich ist, daß die Zahl der zirkulierenden Leukocyten normal und manchmal auch vermindert ist, nur die hämoleukocytäre Formel ist nicht normal, da die mononukleären (besonders Lymphocyten) in Zunahme und die polynukleären in Abnahme sind, was man nicht durch die einfache Zählung der Globülen bemerken kann, sondern was eine eingehende Untersuchung erfordert nach vorausgehender Färbung der weißen Blutkörperchen nach der gebräuchlichen Technik. Die lymphatische Pseudoleukämie wird besonders gekennzeichnet durch lokalisierte oder generalisierte Ganglientumore, dies ist ein Faktum, das in vielen Fällen von Mykosis fungoides bemerkt wurde; in einigen derselben wurde nur auf Grundlage der Zählung der weißen Globülen irgendwelcher leukämischer Prozeß ausgeschlossen. Ein anderer leukämischer Zustand, in dem die Zahl der weißen Blutkugeln aus der Zählung sich fast normal ergibt, abschon die hämoleukocytäre Formel abnormal ist, ist die myeloide Pseudoleukämie. In dieser ist die Alteration auf das

Knochenmark oder auf irgendein anderes hämopoietisches Organ lokalisiert und kann nur auf dem Sektionstisch festgestellt werden.

So habe ich, scheint mir, durch das eingehende Studium eines typischen Falles von klassischer Mykosis fungoides bewiesen, daß diese Krankheitsgattung eine besondere Form der Hautleukämie ist, und daß die Hautalterationen der prämykotischen Periode sich histologisch nicht von denjenigen Dermatosen unterscheiden, welche heute als echte und eigenartige leukämische Manifestationen der Haut unter dem Namen „Leukämiden“ betrachtet werden.

Nun scheint es mir nicht unangebracht, hervorzuheben, wie diese Weise, die Mykosis fungoides aufzufassen, außerordentlich dienlich ist, nicht wenige Tatsachen, die bis heute in offenem Widerspruch mit einander zu stehen schienen, zu erklären und miteinander in Einklang zu bringen.

Ich habe schon dargetan, wie in der Mykosis fungoides, die weißen Elemente, das Blutplasma und die roten Blutkörperchen wegen Alterationen der Gefäßwänden aus den Gefäßen auswandern, sich zwischen die Fugen des Hautgewebes lagern und dann durch ihre wuchernde Fähigkeit Anlaß geben, zuerst zu den prämykotischen Veränderungen, dann zu den flachen Infiltraten und in der Folge zu Knötchen und Geschwülsten. Nun zeigt uns die Morphologie dieser die Infiltrate und die Hautgeschwulste bildenden Elemente, daß das Verhältnis der verschiedenen Zelltypen zu einander nicht beständig ist, sondern von Fall zu Fall wechselt, da ja von Fall zu Fall die Beschaffenheit der weißen, im Blute zirkulierenden Zellen wechselt; weil die bildende Tätigkeit entweder das lymphatische Gewebe oder das Markgewebe oder beide Gewebe befallen kann und sich auch sogar auf die Milz, die Leber und die Lymphganglien ausdehnen oder aber auch diese Organe verschonen kann. Dieser Tatsache, daß die Zellelemente, die je nach dem Teile oder dem kranken lymphohämopoietischen Organe verschieden sind, zirkulieren und sich dann in die Haut ergießen, schreibe ich die Verschiedenheit der Deutungen zu, die man den die mykotische Geschwulst bildenden Zellelementen gegeben hat. Denn es ist natürlich, daß in dem Falle, in welchem die Zunahme der zirkulierenden, weißen Elemente von den Lymphocyten geliefert wird, sich nur Lymphocyten in die Haut ergossen, sich daselbst angehäuften, und so Anlaß zur Bildung einer mykotischen Geschwulst gegeben haben, deren Aussehen histologisch sehr verschieden sein wird von dem Fall, in welchem die Zunahme von den Myelocyten geliefert wird, und von dem Fall, in welchem eine Mischform besteht und also Lymphocyten zirkulieren: Man muß noch beachten, daß diese in dem Blute eines Leukämischen zirkulierenden Lymphocyten und Myelocyten immer mehr oder weniger atypisch sind. Und diese Atypia ist nicht immer die gleiche, sondern auch sie wechselt

je nach den Fällen. Und dann muß man auch in Anschlag bringen, daß es verschiedene Typen von Lymphocyten und Myelocyten gibt, und daß der Prozentsatz besagter Typen im Blute, je nach den Fällen, nicht wenigen Schwankungen unterliegt, welche nicht geringe Verschiedenheiten in dem Bau des metastatischen Hautinfiltrats herbeiführen können. Man füge noch hinzu, daß, wie passiv sich auch das Hautgewebe gegen die Infiltration der aus den Gefäßen herkommenden Zellelemente verhalten möge, man doch, und besonders im Anfang, ein wenig Reaktion annehmen muß, welche Reaktion die Anwesenheit von Plasmazellen erklären würde, die einige Forscher in den mykotischen Infiltraten konstatiert haben. Wenn man die Mykosis fungoides als ein Ergebnis von leukämischen Metastasen in der Haut betrachtet, so erklärt sich die Reabsorbierung der Infiltrate besser, als wenn man sie einer Vernichtung der Gefäße durch hyaline Entartung zuschreibt.

Denn es ist festgestellt, daß die Geschwülste sich beständig durch hämatogene Metastasen bilden, außer in wenigen Fällen von lymphadenoider Wucherung, wo die Tumoren sich auf lymphatischem Wege bilden können. Damit diese hämatogenen Metastasen stattfinden können, bedürfen sie einer direkten Verbindung zwischen den Gefäßen und den lymphadenoiden oder myeloiden Herden. Nun kann diese Verbindung mit den Gefäßen plötzlich aufhören aus einer Unmasse von Gründen, die es unnütz ist aufzuzählen. Indem also der Zufuß fehlt und dagegen die Ausstoßung der vorher eingewanderten Zellen fort dauert, hat man als Folge davon die Abnahme der Neubildung und auch das gänzliche Verschwinden derselben, trotzdem daß die im Gewebe abgelagerten hämatischen Zellen eine ausgesprochene Neigung zur Wucherung haben.

Die Anwesenheit von Riesenzellen in den mykotischen Geschwülsten zeugt sicher nicht gegen ihre leukämische Natur, denn Riesenzellen finden sich auch in den sekundären, leukämischen Herden der Eingeweide; Riesenzellen, welche von einigen für direkt aus dem Knochenmark herkommende Megacariocyten gehalten werden, von anderen als nicht von direkter, hämatogener Abstammung, sondern als die Folge einer fortschreitenden Evolution aus den Gefäßen ausgewandelter mononukleärer Zellen betrachtet werden:

Die von mir aufgestellte Hypothese, daß die Mykosis fungoides die Hautlokalisierung eines leukämischen Prozesses des ganzen Organismus sei, erleichtert es ungemein, die sogenannten Mycosen d'emblée zu begreifen, deren Existenz, besonders nach den neuesten Veröffentlichungen über diesen Gegenstand, man nicht umhin kann zuzugeben.

Es ist nunmehr unumstößlich bewiesen worden, daß nicht alle leukämischen Prozesse einen langen Verlauf haben, da man nicht wenige Fälle von Leukämie beobachtet hat, die in akuter Form, ohne Vorzeichen

auftraten und in kurzer Zeit ihren ganzen Evolutionskreis durchmachten. Und so ist es per Analogie augenscheinlich, daß die eventuell durch Metastasen an der Haut hervorgerufenen Hautalterationen, auch rasch und vorzeitig mit den schweren Symptomen der klassischen, mykös-fungoiden Periode auftreten können, um so mehr als die sogenannten, prämykotischen Alterationen so flüchtig sind, daß sie vom Arzte übersehen werden können. Aus allen diesen Gründen scheint es mir klar, daß die Mykosis fungoides nicht als eine ausschließlich auf der Haut lokalisierte Krankheit, sondern als eine allgemeine Krankheit, als eine Leukämie mit sekundären Hautlokalisationen, zu betrachten ist, die für unsere Kenntnisse über diese Krankheit einen großen Fortschritt darstellt, besonders, was die veraltete Anschauung über das Granulom betrifft, und das nicht nur, weil diese Anlegung besser der Analyse der Fakten entspricht, sondern weil sie sich auch besser zu deren Deutung eignet. Ich glaube, mich nicht zu irren, wenn ich annehme, daß vielleicht in Zukunft das in diesem Sinne fortgeschrittenere Studium der Mykosis fungoides uns das bessere Verständnis für gewisse, jetzt noch schwer erklärbare Fakten eröffnen wird.

Erklärung der Figuren.

- Fig. 1.* Infiltrierter Fleck von erythematösem Aussehen. Färbung nach UNNA: Hämatein- und Tannin-Elianthinlösung. ZEISS Oc. 2, Obj. c.
- A. Rote Blutkörperchen zwischen der Hornschicht und der granulösen Schicht.
 - B. Epithelialzellen, welche sich in Faserzellen umwandeln.
 - C. Rote Blutkörperchen in den interspinösen Zwischenräumen.
 - D. Myelocyt mit acidophilem granulösen Protoplasma.
 - E. Myelocyt mit basophilem granulösen Protoplasma.
 - F. Myelocyt mit neutrophilem granulösen Protoplasma.
- Fig. 2.* Flaches Infiltrat. Färbung wie oben. ZEISS Oc. 1, Obj. d.
- A. Myelocyt mit homogenem Protoplasma und Kern in Karyokinese.
 - B. Bindegewebsbüschel, das im Begriffe steht, sich in sehr viele Fäserchen zu teilen.
 - C. Bindegewebsnetz.
 - d. Myelocyt mit acidophilen Granulationen.
 - D. Rote Blutkörperchen.
- Fig. 3.* Mykös-fungoide Geschwulst. Färbung wie oben. ZEISS Oc. 3, Obj. 1 m Homog. $\frac{1}{15}$. Hämogene.
- A. Myelocyt mit acidophilem Granulationsplasma.
 - B. Myelocyt mit neutrophilem Granulationsplasma. Kern in Karyokinese.
 - C. Myelocyt mit basophilem Granulationsplasma und mit quersackförmigem Kern.
 - D. Myelocyt mit homogenem Protoplasma.
 - E. Hypertrophische Bindegewebszellen.
 - F. Polynucleär mit neutrophiler Granulation.
 - H. Rote Blutkörperchen.
 - M. Megacariocyt.
 - N. Kleines Lymphocyt.

Fig. 4. Knochenmark. Färbung wie oben. Zeiss Oc. 3, Obj. 1 m Homog. $\frac{1}{12}$.

- A. Myelocyt mit acidophilem Granulationsprotoplasma.
- B. Myelocyt mit neutrophilem Granulationsprotoplasma.
- C. Myelocyt mit basophilem Granulationsprotoplasma.
- D. Myelocyt mit homogenem Protoplasma.
- M. Megacariocyt.
- N. Kleines Lymphocyt.
- V. Rote Blutkörperchen mit Kern.

Versammlungen.

Krakauer dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Mai 1904.

(Nach dem Originalbericht in *Przeglad lekarski*. 1904. Nr. 31.)

I. Bozżęcki stellt vor:

1. Eine Patientin mit **Gingivitis** und vereinzelt Blasen am Stamm. Da die Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches der Patientin das Essen erschwerte und infolgedessen der Ernährungszustand ein sehr schlechter geworden ist, wurden der Kranken mehrere Zähne extrahiert, wonach eine wesentliche Besserung eingetreten ist und auch die Blasen am Stamme allmählich zurückgegangen sind. B. schwankt in der Diagnose zwischen Pemphigus und einem infektiösen Prozesse. Reiss schließt den Pemphigus in Anbetracht der Besserung nach der Zahnextraktion aus.

2. Zwei Fälle von **Lues hereditaria tarda**, einen 16jährigen Burschen und ein 17jähriges Mädchen.

II. Reiss stellt vor:

1. Einen neunjährigen Knaben mit **Sklerodermie en bandes**, auf der linken Körperhälfte lokalisiert (*Skleroderma hemilateralis*): ein kleiner Herd sitzt auf dem Oberlide des linken Auges, ein größerer in der Gegend der linken Mamilla, mehrere ausgebreitete Effloreszenzen über dem linken Ober- und Vorderarm zerstreut. B. will in diesem Falle innerlich As anwenden, äußerlich Elektrolyse (modo Bacc) mit nachträglicher Applikation von Hg-Pflastern.

2. Einen Fall von **Favus** auf der Streckseite des rechten Vorderarms (zwei Herde); **Achorion Schönleini** wurde mikroskopisch nachgewiesen.

3. Einen vierjährigen Knaben mit **Hyperkeratosis palmarum et plantarum congenita**.

4. Einen Fall von **Erythema exsudativum multiforme** der beiden unteren Extremitäten und der Mundschleimhaut.

5. Einen Fall von **Ichthyosis serpentina universalis** bei einem zwölfjährigen Knaben.

6. Einen Fall von **Lupus tumidus** mit Brom behandelt. Das Resultat ist sehr gut: nach dreimonatlicher Beobachtung keine Knötchen, keine Infiltration der angrenzenden Partien.

Leon Feuerstein-Bad Hall.

Fig. 1.

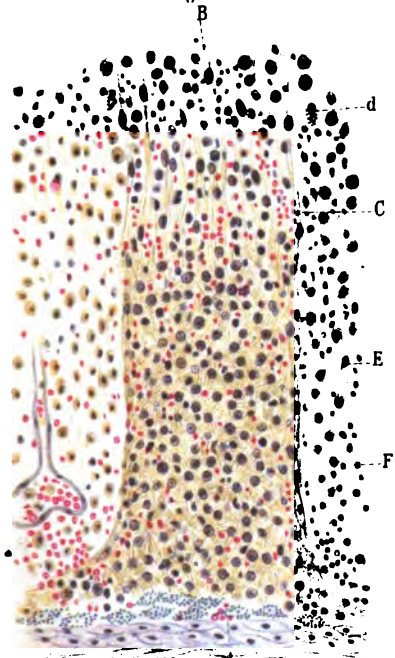


Fig. 2.

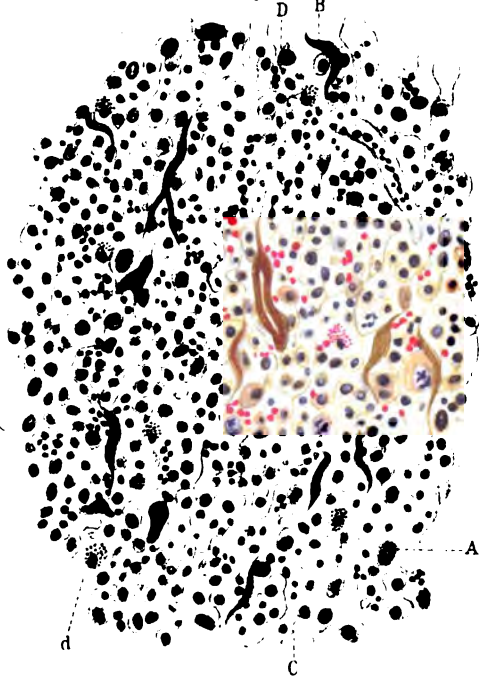


Fig. 3.

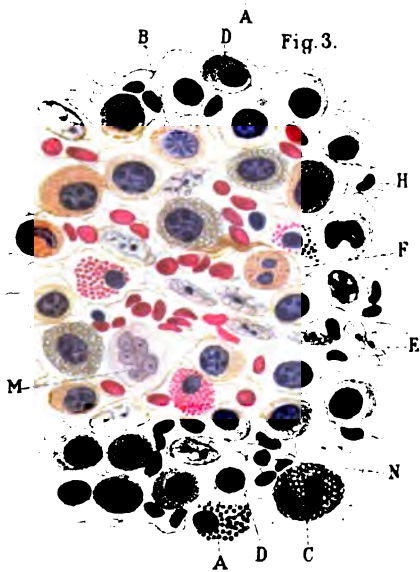
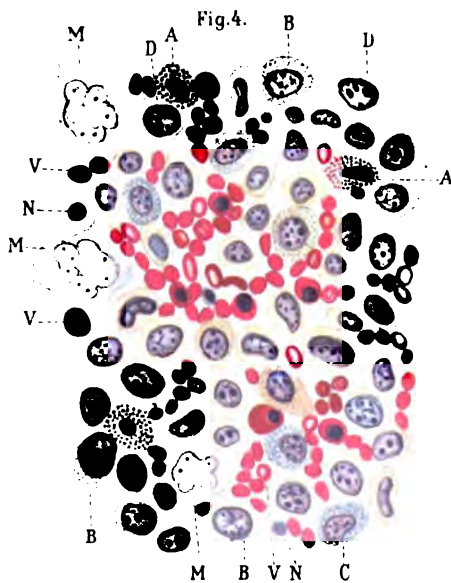
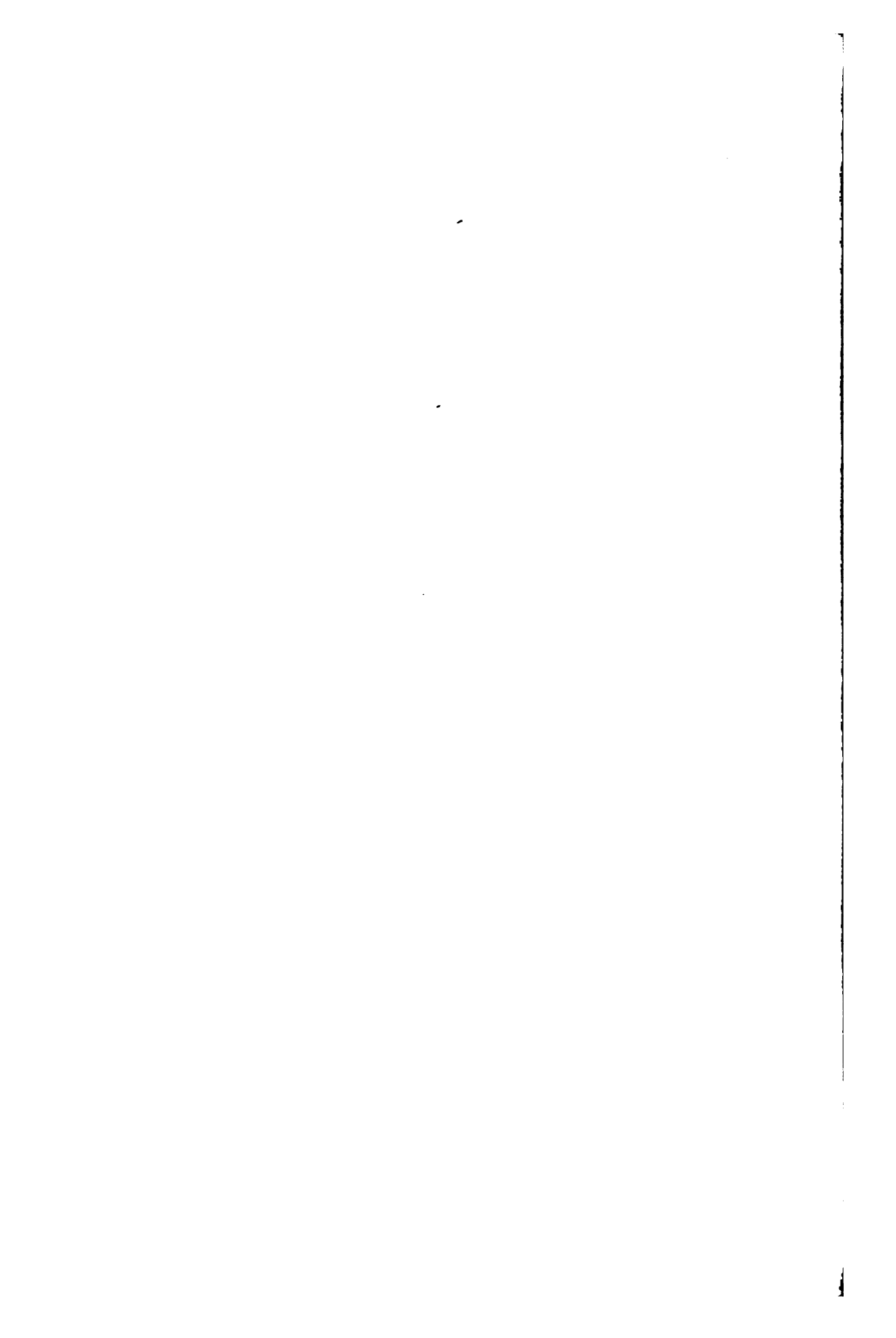


Fig. 4.





Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XV, Heft 5—7.

Die Behandlung der Blennorrhoe der Harnröhre beim Manne mittels Spülungen ohne Katheter, von J. JANET. In der für OBERLAENDERS Lehrbuch, „Die chronische Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes“, bestimmten Arbeit schildert der Verfasser die von ihm angegebene Behandlungsmethode, die er, gestützt auf eine reiche Erfahrung, als eine wirksame Waffe gegen die akuten und chronischen Affektionen der Harnröhre ansieht. Die Vorteile seines Verfahrens sieht JANET in der gründlichen Säuberung der Schleimhaut von allem Sekret; dadurch findet eine gute antiseptische Wirkung statt, die wegen der durch die Spülung bedingten Dehnung der Harnröhre alle Teile der Schleimhaut trifft. Ferner findet eine Behandlung sowohl der Urethra anterior als der posterior und der Blase statt. Das Eindringen von Flüssigkeit in die Blase ist nie von Nachteil. Die Spülungen sollen nur vom Arzt gemacht werden. Das Instrumentarium ist sehr einfach: ein Irrigator, ein Gummischlauch mit Klemme und eine besondere Kanüle mit konischer Spitze. Der Kranke soll liegen, doch kann er, falls er sich die Spülungen selbst macht, auch sitzen oder stehen. Zur Spülung der vorderen Harnröhre genügt eine Druckhöhe von 60 cm, zur Spülung der gesamten Harnröhre und der Blase nimmt man 70—100 cm und kokainisiert vorher, weil dies das Eindringen der Spülflüssigkeit in die Blase erleichtert. Man macht die Spülungen anfangs 1—2mal täglich, später seltener, und nimmt Lösungen von Kalium permanganicum, im allgemeinen nicht stärker als 2‰ig.

Der Dauerkatheter als Hilfsmittel bei ambulanter Behandlung einzelner Blasenkrankheiten, von FELSKI. Obwohl die Anwendung der Dauerkatheter bei sehr vielen Kranken indiziert ist und von vielen Ärzten gern verwendet wird, sieht man doch in manchen Fällen wieder gern davon ab, um den oft geschwächten Kranken nicht der früher notwendigen längeren Bettruhe auszusetzen. Verfasser gibt nun eine Befestigungsmethode des Dauerkatheters an, die einfach und aseptisch ist und den Patienten das Herumgehen gestattet. Ein durchlöcheretes Gummiband wird um den Penis geknüpft; in den Löchern stecken kleine Kragenknöpfe, an welche die in üblicher Weise am Katheter befestigten vier Fäden angebunden werden. Verschluss des Katheters durch eine Klemme.

Ein Luftpethroskop, von WASSERTHAL. Verfasser hat das OBERLAENDER-VALENTINSCHES Urethroskop in der Weise modifiziert, daß der Lichtträger luftdicht in den Tubus eingeschliffen ist; letzterer trägt seitlich einen Hahn, durch den mittels Schlauch und Stempelspritze Luft eingeblasen werden kann. Die Dehnung der Schleimhaut ermöglicht die Besichtigung größerer Schleimhautpartien und das bessere Hervortreten von Drüsen, Polypen usw.

Ein Fall von isolierter blennorrhöischer Affektion eines paraurethralen Ganges, von VOSS. Der Patient erkrankte einige Tage nach einem Coitus im purus mit Brennen an der Spitze der Eichel; bei der Untersuchung fand man die Harnröhre gesund, dagegen liefs sich aus einem 0,3 cm vom oberen Rande des Orificium externum gelegenen Gange ein Tröpfchen Eiter ausdrücken, der Gonokokken enthielt. Verödung des Ganges galvanokaustisch und glatte Heilung, ohne daß die Harnröhre miterkrankte.

Ein Fall von Stricture urethrae infolge kongenitaler Phimose, von ORTMANN. Der 15jährige, nie geschlechtskranke Patient hatte von Jugend auf an Verengerung der Vorhaut und zahlreichen Entzündungen derselben gelitten; später war die Dorsalinsision gemacht; Patient konnte immer nur in feinem Strahle Wasser lassen. Bei der Untersuchung fand sich das Orificium externum überaus eng, die Reste des inneren Präputialblattes fest mit der Eichel verwachsen. Abtragung der entzündeten, schürzenförmig herabhängenden Präputiumspitze und Spaltung des Orificium externum; bei der Sonderuntersuchung fand sich 2 cm hinter dem Orificium externum eine 2—3 cm lange harte Striktur, die erst auf energische Dehnung nachgab. Verfasser nimmt an, daß die Striktur ihre Entstehung einer eitrigen (staphylokokkenhaltigen) Urethritis verdankte, die vom Präputium resp. Vorhautsack aus auf die Harnröhre übergegriffen hatte.

Beiträge zur Kenntnis der Blennorrhoe des Mannes, insbesondere der Prostatitis und Epididymitis, von GASSMANN. Verfasser schildert auf Grund seiner Erfahrungen einige noch strittige Punkte der Blennorrhoefrage.

Die Kapazität der Harnröhre beträgt 10,6 cm; er plädiert für große, 20 ccm haltende Tripperspritzen. In etwa der Hälfte der Fälle ist beim Einspritzen mit gewöhnlicher Spritze der Kompressor leicht überwindbar. Eosinophile Zellen und Mastzellen wurden im Sekret nur selten gefunden. Die von CRIPPSsche Methode zur Gewinnung des Sekrets der Urethraldrüsen mittels einer GUYONSchen Knopfsonde ist beachtenswert, ergibt aber kein sicheres Resultat. Die komplizierende Prostatitis, die in neuerer Zeit von manchem als so sehr häufig angesehen wird und für die Hartnäckigkeit der Blennorrhoe verantwortlich gemacht wird, konnte Verfasser nur recht selten einwandfrei nachweisen. Spermatocystitis fand Verfasser in den nicht durch Epididymitis komplizierten Fällen nur einmal. In dem exprimierten Sekret des entzündeten Nebenhodens fanden sich Eiterzellen, auch Gonokokken ließen sich nachweisen. Auffallend ist die Häufigkeit der Epididymitis, 5 auf 44 Fälle = 11,5%; dieser schlimme Prozentsatz wird vom Verfasser selbst auf die vielen Prostata- und Samenblasenmassagen zurückgeführt.

F. Hahn-Bremen.

The British Journal of Dermatology.

Band 16. September 1904.

I. Ein Fall von DARIERScher Krankheit, von ORMEROD und MAC LEOD-London. Die Affektion bei der 36jährigen, sonst gesunden und aus völlig gesunder Familie stammenden Patientin begann vor einem Jahre ohne ersichtliche Ursache mit juckenden, verschieden großen, zuerst schwach roten, später braun werdenden Papeln am Halse, am Abdomen, zuletzt an den Vorderarmen. Sie sind bedeckt mit dunkelbraunen Krusten, nach deren Entfernung eine kraterförmige Vertiefung zurückbleibt. Obwohl die Papeln stellenweise sehr dicht stehen, konfluieren sie dennoch nicht.

Die ganze Verteilung am Körper ist auffallend symmetrisch. Einzelne der Effloreszenzen fallen mit den Haarfollikeln zusammen. Im allgemeinen jedoch ist dies nicht die Regel.

Die Mund- und Rachenhöhle, die Zehennägel sind normal. Die Fingernägel zeigen longitudinale Streifung, sind vielfach brüchig. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurden einige kleine, fettige, hirsekorngroße, mit schmutzigen Krusten bedeckte Papeln exzidiert, in Alkohol gehärtet und nach verschiedenen Methoden gefärbt, um die Epidermiszellen, das Vorhandensein cellulärer Degenerationen und die Beschaffenheit der fibrösen Elemente des Coriums zu demonstrieren.

Die histologischen Befunde werden ausführlich mitgeteilt und dann an der Hand

des vorliegenden Falles wie der einschlägigen Literatur ein übersichtliches Bild der Ätiologie, Symptome, des Verlaufes, der Pathologie, Differentialdiagnose, Behandlung und Nomenklatur der DARIERSCHEN Dermatose gegeben.

II. Ein Fall von Lupus vulgaris, behandelt mit Tuberkulin, von E. G. LITTLE-London. Der 16jährige Patient erfreute sich bis vor 15 Monaten einer guten Gesundheit, bis er sich eines Tages durch einen Unfall an einem Spinnrade in die Oberlippe schnitt. Die Wunde wollte nicht vollkommen heilen. Wiederholte Ansätze zur Besserung waren von einer Verschlimmerung des Zustandes und einer Ausdehnung der Affektion nach oben hin gefolgt. Im Mai 1903 hatte der Patient ein tief infiltriertes, waziges Gewächs, welches die Oberlippe und den ganzen knorpeligen Teil der Nase in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die Oberfläche zeigte eine grobkörnige Beschaffenheit und war von einem stark übelriechenden Eiter bedeckt. Die Diagnose lautete auf Lupus vulgaris verrucosus. Unter Umschlägen mit Borsäure-, später mit Chinosol-lösung, innerlichen Gaben von Thyreoidextrakt reinigte sich einigermaßen die Geschwürsfläche. Hierauf wurde der Patient in täglichen Sitzungen mit X-Strahlen behandelt. Die Besserung machte stetige und zufriedenstellende Fortschritte, als durch einen heftigen Schlag auf die Nase eine bedeutende Verschlimmerung eintrat, welche den bisher angewandten Mitteln hartnäckigen Widerstand entgegensetzte, so daß man sich entschloß, den Patienten mit Kochs Tuberkulin T. R. zu behandeln. Dr. A. E. WRIGHT führte die Injektionen aus und beobachtete dabei genau die agglutinierende Wirkung des Serums vom Patienten auf eine mit Tuberkelbazillen bestäubte Emulsion. Man begann mit einer Dosis von $\frac{1}{100}$ mg am 7. Dezember. Vor der Injektion wurde vollständige Agglutination bei 2-, 4-, 8- und 16facher Verdünnung des Serums konstatiert. Am 14. Dezember wurde eine zweite Inokulation mit $\frac{1}{100}$ mg ausgeführt und komplette Agglutination bis zu 32-, noch wahrnehmbare Agglutination bis zu 64facher Verdünnung erzielt.

Während der Inokulationsperiode vom Dezember bis Februar wurde kein bemerkenswertes Zeichen von Besserung beobachtet. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. September 1904.

I. Affektionen der Schleimhäute in Beziehung zu Hautkrankheiten, von J. A. FORDYCE - New York. Der große Reichtum an Nerven-, Blut- und Lymphgefäßen, welche die Schleimhäute versorgen, machen die letzteren empfänglich für zahlreiche infektiöse Agentien, wobei es leichter zu allgemeinen, konstitutionellen Störungen kommen kann, als wenn die Haut allein der Sitz derselben Krankheit ist.

Die Diagnose der Schleimhautaffektionen ist oft schwierig, weil bei ihnen die charakteristischen Merkmale nicht so deutlich ausgesprochen sind wie bei den reinen Hautkrankheiten. Die Farbenunterschiede und Farbennuancierungen sind viel weniger prägnant; Bläschen, Blasen und Pusteln dauern als solche nicht lange und gehen, ebenso wie die papulösen Effloreszenzen und die Infiltrationen, wegen der Feuchtigkeit der Epitheldecke rasch Veränderungen ein, welche das eigentliche Krankheitsbild verdunkeln oder entstellen. Nur das gleichzeitige Bestehen der Affektion auf der äußeren Haut ermöglicht in vielen Fällen erst die Diagnose, so beim Lichen planus oder dem Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, ebenso bei manchen syphilis-ähnlichen Erscheinungen derselben.

Zum besseren Verständnis der den Schleimhäuten eigentümlichen Affektionen gibt Verfasser einen kurzen Abriss der Entwicklung und der histologischen Struktur der Schleimhäute und erörtert dann speziell unter Berücksichtigung der einschlägigen

Literatur den *Lupus erythematosus*, *Lichen planus*, die *Leukokeratosis*, *Psoriasis*, prä-cancerösen *Keratosen*, den *Lupus vulgaris*, die *Syphilis* und die *Arzneiausschläge* auf der Schleimhaut. Wo das klinische Bild für eine einwandfreie Diagnose nicht ausreicht, werden in vielen Fällen die *histopathologischen* Befunde aus der Verlegenheit helfen.

II. Affektionen der Schleimhäute in Beziehung zu Hautkrankheiten, von M. F. ENGMANN-St. Louis. Der Verfasser behandelt dasselbe Thema unter folgender, der Bequemlichkeit halber aufgestellter Einteilung:

1. Diejenigen Krankheiten, welche sowohl die Schleimhaut wie die äußere Haut durch direkte Übertragung von der einen auf die andere befallen.

2. Solche Affektionen, welche auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen sowohl die Haut wie die Schleimhaut treffen.

Der ersten Gruppe gehören an:

A) Die ekzematoide Dermatitis. Darunter versteht Verfasser eine durch Inokulation und Autoinokulation mit einer Varietät des *Staphylococcus* hervorgerufene und mit infektiösen, eiterigen Prozessen oder katarrhalischen Zuständen der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Ohres oder des Auges zusammenhängende, wohlcharakterisierte Krankheit.

Die Initialläsion dieser Dermatitis ist ein Bläschen oder erythematöser Fleck. Er dehnt sich rapide peripher aus und bildet verschieden große ekzematoöse Plaques. In den letzteren, wie in der Initialläsion, findet man *Staphylokokken* in Reinkultur von serotaktischer Virulenz. Auch die katarrhalischen Schleimhäute enthalten in vielen Präparaten Reinkulturen von *Staphylokokken*, bisweilen vermischt mit *Streptokokken* oder einem *Bacillus*, der wahrscheinlich als *Pseudo-Diphtheriebacillus* anzusehen ist. Experimentelle Inokulationen mit dem Sekrete der katarrhalischen Schleimhäute ruft die ekzematoide Dermatitis hervor.

B) Die bullöse Impetigo und weniger häufig andere Formen von Impetigo sind oft vergesellschaftet mit Schleimhautkatarrhen. Mit Rhinitis beispielsweise stehen nicht selten in Verbindung Ekzem, Furunkulosis, die kokkogene Sykosis der Oberlippe, der Wangen.

In 100 Fällen von Rhinitis wurden von VASSANT 58 mal *Streptokokken*, 26 mal *Diphtheriebazillen* gefunden. BOUCHERON versichert, daß es eine *Streptokokken-Rhinitis* gibt, welche durch Infektion von einer Impetigo oder einem Erysipel des Gesichts entsteht. TODD beschreibt eine Rhinitis bei Kindern nach Soharlach, vergesellschaftet mit einer Dermatitis der Lippen und Pusteln auf den Wangen und Fingern. In den Effloreszenzen fand er *Pseudo-Diphtheriebazillen* von schwacher Virulenz.

Unreinlichkeit des Mundes, Gingivitis und ähnliche Zustände geben durch Autoinfektion oft Anlaß zu Affektionen auf den Lippen und benachbarten Hautpartien.

C) Gleichzeitiges oder aufeinanderfolgendes Auftreten von Ekzem und Katarrhen der Bronchial- und Blasenschleimhaut wird von verschiedenen Autoren berichtet.

D) Der *Bacillus coli communis* kann durch lokale Autoinfektion Hautläsionen hervorrufen. So erwähnt MANTEGAZZA zwei Kinder mit Diarrhoe, durch welche varicellenartige Läsionen am Perineum, an den Genitalien und an der inneren Fläche der Oberschenkel entstanden. Die bakteriologische Untersuchung ergab Reinkulturen eines virulenten *Kolonbacillus*.

E) *Gonococcoderma*. PAULSEN behauptet, daß eine lokale Infektion der Haut bei Neugeborenen auftreten kann, deren Mütter blennorrhöisch infiziert sind.

BAUDOUIN und GASTOU berichten von impetiginösen und ekzemartigen Ausschlägen in der Pubikal- und Genitalgegend, in denen sie dieselben Organismen wie im Urethral- oder Vaginalsekrete vorfanden.

Zweite Gruppe. Sehr eingehend bespricht Verfasser die Haut- und Schleimhautaffektionen, welche toxischen oder embolischen Ursprungs sind.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphillographie.

1904. Heft 5—7.

Die Anwendung der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten, von BELOR. BELOR hat sich der dankenswerten Mühe unterzogen, dasjenige Gebiet zu umschreiben, das sich die Röntgenstrahlen seit ihrer Entdeckung in der Therapie von Hautkrankheiten erobert haben. Er geht dabei so zu Werke, daß er die in Frage kommenden Krankheitsformen einzeln vornimmt, das Eindringen der Röntgenbehandlung in das jeweilige Gebiet schildert, ihre Technik, ihre Vorteile und Nachteile gegenüber den anderen Behandlungsarten entwickelt, ihre Erfolge und die zu beobachtende Technik angibt. Der in Literatur und Praxis gleich erfahrene Verfasser unterläßt es auch nicht, bei jeder einzelnen Krankheit auf die Mißerfolge und die Gefahren, die eventuell mit der Radiotherapie verbunden sind, ausdrücklich hinzuweisen. Die umfangreiche Abhandlung, der ein seitenlanges Literaturverzeichnis beigegeben ist, wird dadurch für den praktischen Dermatologen zu einem wertvollen Nachschlagebuch, während das reiche Wissen und die staunenswerte Belesenheit des Verfassers auch allen theoretischen Ansprüchen genügen.

Aus der allgemeinen Einleitung hebe ich nur einen, für deutsche Leser besonders interessanten Punkt hervor: Die anfängliche Begeisterung für die X-Strahlen erhielt in vielen Ländern alsbald einen Dämpfer, indem die Ärzte durch allerlei Schädigungen (Reizung, Verbrennung usw. der Haut) ihrer Patienten in unliebsame Berührung mit den Gerichten kamen. Als Ausnahmeländer werden Deutschland und Amerika genannt, wo die Ärzte, „plus libres, moins timorés“, die Versuche mit Röntgenstrahlen ununterbrochen fortsetzten.

Bei der Epilation hat sich die Radiotherapie als wichtiges Hilfsmittel erwiesen, wenn auch nicht alle an sie geknüpften Hoffnungen verwirklicht wurden. So hat sie bei der Hypertrichosis die elektrolytische Behandlung noch nicht zu verdrängen vermocht, denn der endgültige Erfolg, das dauernde Wegbleiben des unerwünschten Haarwuchses ist bei ihr, trotz aller Feinheiten des Verfahrens, immer zweifelhaft. Dagegen hat sie sich bei der Bekämpfung der Trichophytiasis durch die Schmerzlosigkeit ihrer Anwendung und die Schnelligkeit ihrer Wirkung allen anderen Methoden überlegen erwiesen. SABOURAUD hatte bei der Behandlung der Trichophytie mit X-Strahlen nur 5—10% Mißerfolge zu verzeichnen. Beim Favus scheint sie nur als Epilatorium zu wirken und verdient in dieser Beziehung keinen Vorzug vor anderen Mitteln; dagegen hat sie sich bei der Behandlung der Sykosis und der Follikulitis barbae bewährt, ebenso bei der Blepharitis, wobei als auffallend von B. hervorgehoben wird, daß in den bis jetzt vorliegenden Fällen ein Ausfallen der Augenwimpern nicht beobachtet wurde. Andererseits ist die Radiotherapie auch erfolgreich verwendet worden, um in Fällen von Alopecia areata und Herpes tonsurans den Haarwuchs zu befördern; doch soll man nur in verzweifelten Fällen, wenn alle anderen Mittel im Stich lassen, von ihr Gebrauch machen.

Auch bei Akne vulgaris und Akne rosacea sind die Röntgenstrahlen nach den bisher vorliegenden Erfahrungen nur von zweifelhaftem Wert, günstiger sind dagegen die Erfolge, die mit ihnen bei der Psoriasis erzielt wurden. Entschieden günstig war ihre Wirkung bei großen Narbenkeloiden und bei Sklerodermie. Ihre Anwendung empfiehlt sich ferner bei allen pruriginösen Dermatosen

(Pruritus, Neurodermitis, Prurigo, Ekzem, Lichen), indem sie nicht nur das lästige Jucken rasch mildern oder ganz beseitigen, sondern auch das Exanthem günstig beeinflussen. In zwei Fällen von Lepra hatte Oudin einigen Erfolg mit den X-Strahlen; andere Forscher hatten nur Misserfolge zu verzeichnen. Ein recht langer Abschnitt ist den Erfahrungen gewidmet, die über die Lupusbehandlung durch X-Strahlen vorliegen; sie lauten zum Teil recht günstig, scheinen aber in ihrer Gesamtheit doch noch nicht dazu zu berechtigen, dem neuen Verfahren vor alten, bewährten Heilmethoden den Vorzug zu geben. Der Lupus erythematosus erwies sich den Röntgenstrahlen gegenüber ebenso unzugänglich wie anderen therapeutischen Maßnahmen.

Geradezu wunderbar sind die Erfolge bei der Mykosis fungoides, alle anderen Verfahren werden dadurch in den Schatten gestellt. Auch beim Hautsarkom leistet die Aktinotherapie gute Dienste, steht aber selbstredend dem Messer des Chirurgen nach. Beim Hautepitheliom erzielte B. mit dieser Behandlung unter 26 Fällen 14 Heilungen, sechs wesentliche Besserungen, während bei sechs der Erfolg noch aussteht. Die Narben sind so ideal wie möglich, und Rückfälle scheinen seltener zu sein. Nicht ganz so günstig lauten seine Erfahrungen beim Zungenkrebs; auch bei Rezidiven des Brustkrebses — über die Erfolge beim primären Carcinoma mammae liegen keine Mitteilungen vor — ist die Methode nicht sonderlich zu empfehlen. Bei den Naevi verdient die Elektrolyse den Vorzug. Bei Warzen wird ein günstiger Einfluss gemeldet, dagegen scheint die Radiotherapie auf die Hautneubildungen der Syphilis von nur geringer Einwirkung zu sein.

Die Radiotherapie der Alopecie, von R. SABOURAUD. Diese Arbeit greift auf einen früheren, in den *Annales de l'Institut Pasteur* (Januar 1904) erschienenen Aufsatz des Verfassers zurück, bestätigt und erweitert die dort mitgeteilten günstigen Heilerfolge und läßt sich namentlich über die Technik des Verfahrens aus. Der Inhalt gipfelt in dem Satze, daß jede Radiodermatitis bei Behandlung des Herpes tonsurans oder des Favus vermeidbar ist.

Türkheim-Hamburg.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 9.

Die Radiotherapie bei den Hautepitheliomen, von LEREDDE.


Die Behandlung des Hautcarcinoms mit X-Strahlen, von LEREDDE. L. hat die Radiotherapie bisher in 24 Fällen von Hautcarcinom angewendet, 11 Fälle können als geheilt betrachtet werden. L.'s Verfahren ist ein sehr energisches: er bestrahlt jeden zweiten Tag 20—25 Minuten lang bei nur 2 cm Röhrenabstand; dabei verwendet er eine weiche VILLARDSche Röhre. Man kann auf diese Weise in drei oder vier Sitzungen „ausgewachsene“ Epitheliome zur Heilung bringen. „Ausgewachsene“ Epitheliome nennt L. solche, bei welchen eine offen daliegende oder von einer Kruste bedeckte, von einem harten Wall umgebene Ulceration vorhanden ist; in diesem Stadium stellen die Hautcarcinome ein besonders dankbares Objekt für die Radiotherapie dar. Die Bestrahlung bewirkt in erster Linie ein Aussickern seröser Flüssigkeit aus den erkrankten Partien; je mehr aussickert, desto schneller verliert sich die Induration. Die Schmerzen und der schlechte Geruch, der Hautcarcinomen oft anhaftet, verlieren sich unter dem Einflusse der Bestrahlung sehr schnell, und das ästhetische Resultat ist ein vorzügliches: die entstehenden Narben sind viel schöner als die Narben, die wir bei Anwendung anderer Methoden zu sehen gewöhnt sind. Die Heilung ist bei richtiger, insbesondere nicht zu zaghafter Technik eine vollkommene; das Auftreten von Rezidiven ist, wenn energisch genug bestrahlt worden

ist, sehr unwahrscheinlich, doch ist ein sicheres Urteil gerade bezüglich dieses Punktes zurzeit noch nicht möglich. Kontraindiziert ist die Radiotherapie in den Fällen, in denen bereits Drüenschwellungen bestehen; diese Fälle erfordern chirurgisches Eingreifen. Auch im Anfangsstadium der Epitheliome, solange sie sehr hart und reich an verhornter Substanz sind, ist die Radiotherapie nicht am Platze; die Epitheliome, die von einer dicken Hornschicht bedeckt sind, widerstehen, wie L. selbst erfahren hat, der Einwirkung der Strahlen. Amerikanischen Ärzten zufolge ist die Behandlung mit Röntgenstrahlen außerdem auch bei den Carcinomen der Unterlippe meist erfolglos, manchmal sogar direkt schädlich; L. empfiehlt daher, diese Carcinome von vornherein chirurgisch zu behandeln. Dagegen sind die Resultate der Radiographie bei den Epitheliomen der Augenlider vorzügliche, denn die Bestrahlung bewirkt nicht, wie der chirurgische Eingriff, eine Verengerung der Lidspalte, oder doch keine so beträchtliche Verengerung. Nach Beseitigung von Epitheliomen durch Kurettement oder kautische Mittel empfiehlt sich die Bestrahlung als Nachbehandlung, damit etwa zurückgebliebene Reste kranken Gewebes noch zerstört werden.

Göts-München.

Bücherbesprechungen.

Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder. II. Band, 3. und 4. Heft. (Ang. Hirschwald, Berlin 1904.) Heft 3 ist vollständig dem Ergebnisse des Preisausschreibens gewidmet, welches der Ausschuss der D. Ges. f. Volksbäder im Juli 1903 für „ein kurzgefasstes und gemeinverständliches Plakat über die Notwendigkeit und Nützlichkeit des regelmässigen Badens“ erlassen hat. Es sind im ganzen 172 Arbeiten rechtzeitig eingegangen, davon 17 mit bildlichen Darstellungen. Den ersten Preis (im Betrage von 200 Mk.) trug ein Münchener Kunstmaler HANS HAMMER davon. Das außerordentlich packende Plakat trägt im oberen Abschnitt die Zeichnung eines mit einem Fusse im Bade stehenden Kindes, von folgenden Worten umrahmt:

<p>Ein Bad, ein Fortschritt. — Je reinlicher, je gesünder. — 10 Pfg. für ein Bad sind 100 für die Gesundheit.</p>		<p>Wasser reinigt die Poren, stählt die Haut, macht unerschrocken, lebensfroh, arbeits- tüchtig.</p>
---	---	--

Den unteren Teil des Plakats bilden folgende treffende Sätze:

Das Baden, (stark aufgetragen)
Quelle Deines Lebens, erhält
und stärkt Deine Gesundheit, schützt
gegen Krankheiten, stählt den Charakter,
macht fröhlich und frei.

Reinlichkeit (stark aufgetragen)
ist die beste Grundlage zur
Erziehung zum Leben.

Das Plakat, welches ja dazu bestimmt ist, vervielfältigt zu werden, dürfte, an geeigneten Stätten und möglichst vergrößert angeschlagen, wohl kaum seinen Zweck verfehlen, und macht diese Entscheidung dem Preisrichterkollegium, aus hervorragenden Ärzten (Prof. LASSAR und Obermedizinalrat PISTOR), Verwaltungsbeamten und Bauachverständigen bestehend, alle Ehre. Der zweite Preis wurde einem Arzte, Stabsarzt a. D. Dr. APPELIUS in Wilmerdorf-Berlin, der dritte einer Dame, Fräulein ELFRIDE BERGMANN-Berlin, der vierte (im Betrage von 50 Mk. von der Firma Gebr. Stollwerck gestiftet) Herrn HANS SCHMIDT in Borna i. S. zuteil. Drei Plakate, denen noch ein besonderer Preis von je 100 Mk. zuerteilt worden war, sind rein bildliche Darstellungen. Außerdem sind noch eine Reihe vortrefflicher Arbeiten eingegangen, welche jedoch nicht ganz den Bedingungen des Ausschreibens entsprachen, aber eine Fülle anregender Gedanken enthalten und (neben obigen preisgekrönten in der Anzahl von 36) hier veröffentlicht werden. Ärzte aus allen Gegenden Deutschlands, aus Wien und New York sind dabei beteiligt.

Das vierte Heft ist wieder außerordentlich reich an Beiträgen, welche von großem Interesse für das Badewesen sind und Zeugnis ablegen, auf wie fruchtbaren Boden die Bestrebungen der Gesellschaft bereits gefallen sind. In einzelnen Artikeln sind beschrieben die städtische Badeanstalt in Quedlinburg von Oberbürgermeister BANI daselbst, das Volksbad zu Giefßen von Direktor OTTO BERGMANN daselbst, welche beide Aufsätze die Möglichkeit zeigen, auch in kleineren Städten prächtige und zweckmäßige Badeanstalten einzurichten; der Artikel „Volksbäder in Rußland“ von Prof. Dr. O. v. PETERSEN belehrt uns über die zahlreichen, oft in ganz kleinen Orten dort vorhandenen Badestuben, allerdings oft recht primitiver Art. Von Interesse sind die Artikel: „Badezellenzwischenwände aus beiderseitig glasierten Verblendsteinen“ von Stadtbaumeister LUTHARDT, „Berechnung der Kosten für die technische Einrichtung des Volksbades D. . . .“, ein Gutachten von Ingenieur HERM. BOHNE, „Die öffentlichen Badeanstalten auf der deutschen Städteausstellung in Dresden 1903“, nach welcher Übersicht das Müllersche Volksbad in München mit zu den bedeutendsten Anstalten aus neuerer Zeit gehört. Eine kurze Nachweisung und Zusammenstellung (nach den verschiedenen Arten von Bädern) über die von ihm in den letzten zehn Jahren verabfolgten Bäder bringt der Berliner Verein für Volksbäder. Die Chronik führt der Reihe nach alle in Deutschlands Städten (in den letzten Jahren) neu entstandenen Badeeinrichtungen an, wovon eingehender das zu Dülken dem verstorbenen Kaiser Friedrich III. an Stelle eines Denkmals (was wohl vielerorts zu beherzigen wäre! Ref.) zu Ehren errichtete Volksbad und jenes zu Solingen beschrieben werden; im Vergleich zu diesen Bädern, welche rund auf 100000 resp. 300000 Mk. veranschlagt sind, erscheint der Kostenpunkt für das von der Stadt Gelsenkirchen zu erbauende Bad im Betrage von 745000 Mk. ein ganz ungewöhnlich hoher. Kurze Angaben folgen noch über Badeneubauten in Österreich-Ungarn (Aufsig, Graz, Innsbruck, Prag, Wien), in der Schweiz (St. Gallen), in den Niederlanden, in Dänemark (Kopenhagen), Amerika und über das Badewesen in Japan. Verschiedene kurze, auf das Badewesen im allgemeinen bezügliche Artikel und Literaturangaben beschließen diesen inhaltsreichen Band.

Stern-München.

Erbsyphilis und Nervensystem, von JOHANNES BRESLER-Lublinitz. (S. Hirschel, Leipzig 1904.) B.s kleines Werk, als Übersicht für SCHMIDTS Jahrbücher geschrieben und dort bereits veröffentlicht, ist ein Sammelreferat über die ganze bisher erschlossene, umfangreiche Literatur der hereditären Syphilis des Nervensystems; es bringt im Texte, dem die einzelnen klinischen Krankheitsbilder als Einteilung dienen, Auszüge aus den wichtigsten Publikationen und enthält außerdem ein ausführliches Literatur-

verzeichnis. Über eigene Beobachtungen und Anschauungen berichtet B. nur bei Besprechung der Epilepsie und der Idiotie. Unter den Kranken mit sog. idiopathischer Epilepsie gibt es nach seinen Erfahrungen eine Gruppe, die sich durch rasche Verblödung, erhebliche Sprachstörungen, Tremor der Finger und Ataxie der Hände und Beine bei stark gesteigerten Kniesehnenreflexen auszeichnet; die Kranken gehen verhältnismäßig frühzeitig an gehäuften Anfällen oder — infolge ihres Marasmus — an interkurrenten Affektionen zugrunde. B. glaubt, daß es sich bei dieser Gruppe um eine hereditäre, metasymphilitische Erkrankung handelt. — Unter syphilitischer Idiotie will B. nur diejenige Geisteschwäche der Kinder verstanden wissen, die nicht direkt durch syphilitische Infektion oder Intoxikation des wachsenden Gehirns verursacht, sondern durch allgemeine Schwäche des Nervensystems, durch eine metasymphilitische, konstitutionelle Entartung bedingt ist. Was sonst noch als „syphilitische Idiotie“ beschrieben worden ist, gehört zur Gehirnsyphilis.

B.s Arbeit, die mit größtem Fleiße durchgeführt ist und keine nennenswerte Lücke aufweist, wird ihrer Aufgabe, „dem Facharzte eine literarische Grundlage bei ferneren Beobachtungen und Forschungen, dem praktischen Arzte eine schnelle und ausreichende Orientierung zu bieten“, in vollem Maße gerecht werden.

Göts-München.

Über die Prinzipien für die Behandlung der venerischen Krankheiten, von EDVARD WELANDER-Stockholm. (Wilhelm Bille, Stockholm.) Die kleine Arbeit, die im Original für ein schwedisches therapeutisches Handbuch bestimmt ist, enthält eine Aufzählung und Beschreibung der Mittel und Methoden, die W. selbst bei der Behandlung der venerischen Krankheiten anwendet. Neues bringt der Aufsatz nicht; denn die Neuerungen, die der verdiente schwedische Syphilidologe in die Therapie der venerischen Krankheiten eingeführt hat, sind durch seine zahlreichen früheren Publikationen bereits bekannt. In dem beigegebenen Literaturverzeichnis sind diese Veröffentlichungen, sowie auch die Arbeiten anderer Autoren, auf die sich W. bei seinen therapeutischen Methoden stützt, aufgeführt. — Von Einzelheiten sei nur erwähnt, daß nach W.s Erfahrungen die Massage bei blennorrhöischen Entzündungen der Prostata und der Samenblasen kaum einen wirklichen Nutzen ergibt.

Göts-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

c. Pigmentanomalien.

Über einen Fall von sogenanntem Bronzediabetes, von HAUCK-Breslau. (*Medico.* 27. April 1904.) Als Diabète bronzé s. La cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré u. ä. wurde zuerst von HAUCK 1882 ein mit Lebercirrhose und Melanodermie einhergehender Diabetes beschrieben. ANSCHÜTZ stellte bisher 20 derartige Fälle zusammen.

Als erstes Symptom beobachtete HAUCK die Hämochromatose s. Siderosis der Haut; sogar die Konjunktiven waren befallen, nur die Mundschleimhaut blieb frei, fast so wie bei den Verfärbungen der Malariakachexie und wie bei perniziöser Anämie! Das Pigment ist eisenhaltig, der eine Kranke hatte schon als Schulknabe

wie ein Mulatte ausgesehen, und die hypertrophische Lebercirrhose war bald zum Ausdruck gekommen. Es fanden sich 0,5 % Zucker; im Epigastrium traten häufig krampfartige Schmerzen auf, wie sie für eine Pankreaserkrankung gedeutet werden konnten.

Bei der Diät bekam Hafermehl, Reis und Kartoffeln, auch Milch und Butter gut, namentlich auch Pflanzeneiweiß; daneben wurden Pankreastabletten gut vertragen, die auch schon vorher in zwei Fällen von Fettdiarrhoe sich gut bewährt hatten.

Arthur Rahn-Colln (Sachsen).

Angeborener Mangel der Pigmentation bei Negerinnen, von MORRISON. (*Brit. med. Journ.* 13. Febr. 1904.) Der Verfasser berichtet über eine Negerfamilie, in der die Mutter sowie neun Kinder seit der Geburt am Stamm, Kopf und an den Beinen blonde, des schwarzen Pigments ermangelnde Hautstellen aufwiesen. Eine gewisse Symmetrie war nicht zu verkennen. Die hellen, mit den schwarzen Partien kontrastierenden Stellen verliehen den Patienten ein eigentümlich scheckiges Aussehen.

C. Berliner-Aachen.

Urticaria pigmentosa bei einem drei Monate alten Säugling, von JULIUS HELLER - Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) Vorführung eines Falles von Urticaria pigmentosa, der anfangs für luetisch gehalten wurde und Ähnlichkeit mit Pemphigus syphiliticus hat. Solche Fälle sind meist von langer Dauer und trotz jeglicher Therapie, bis sie schließlich meistens von selbst in Heilung übergehen. Das Kind bekam das Leiden bereits fünf Wochen nach der Geburt; die Eltern sind gesund.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von einseitiger Lentigo, von JOHN IRVINE Mc KELWAY-Binghamton. (*New York Journ.* 30. Juli 1904.) Bei der 37jährigen Patientin war die ganze linke Seite vom Kopf bis zu den Knien mehr oder weniger dick mit Sommersprossen bedeckt, welche von stecknadelkopf- bis erbsengroß waren; am meisten waren befallen linke Brust- und Halsseite, dann Wangen, Arm und Oberarm; von der Mittellinie an war keine Spur der Hautaffektion mehr, die rechte Seite also völlig verschont. Bemerkenswert waren für Verfasser an diesem Falle außer dieser Verteilungart das Vorkommen bei einer Person mit ganz dunklem Teint, dunklen Haaren und Augen, welche zudem noch wenig in freier Luft sich aufhielt, also der Sonne nicht viel ausgesetzt war, und schließlich die Dauer der Affektion (wenigstens 9¹/₂ Jahre).

Stern-München.

Über die Addisonsche Krankheit in Schweden, von E. O. HULTGREN. (*Nord. med. Arkiv.* 1904. Abt. II. Heft 1. Nr. 1.) H. gibt ein Sammelreferat über die in Schweden in den Jahren 1875—1902 beobachteten Fälle dieser seltenen Krankheit. Es handelt sich um 79 Fälle, von denen die meisten schon anderweitig veröffentlicht sind, und denen er einige neue hinzufügt. Die Krankengeschichten werden ausführlich angeführt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Striae patellares nach Typhus, von Gg. FISCHER - Stuttgart. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 11.) F. hat vor vielen Jahren bei einem 14jährigen, typhuskranken Knaben an beiden Beinen oberhalb der Kniescheiben mehrere horizontal-parallele braungefärbte Striae von 3—4 cm Länge entstehen sehen: sie erinnerten an frische Schwangerschaftsnarben und blafsten genau wie diese während der Rekonvaleszenz ab. In den folgenden Jahren hat dann F. bei etwa zehn Erwachsenen alte Narben gefunden, die in ihrem Aussehen und ihrer Anordnung den bei dem typhuskranken Knaben entstandenen vollständig gleichen; all diese Leute hatten, meist in ihrer Jugend, Abdominaltyphus durchgemacht, einige gaben bestimmt an, daß „die Einrisse in der Haut“ während des Typhus sich gebildet hätten. F. glaubte bisher, daß diese bei Typhösen, und zwar anscheinend nur bei jugendlichen Typhösen, ent-

stehenden Striae auf eine Inkongruenz des Wachstums der Knochen und der Weichteile während der Krankheitsdauer zurückzuführen seien. Neuerdings nun wurde bei Typhuskranken mehrfach Fehlen der Patellarreflexe beobachtet, und diese Erscheinung ist vielleicht als Ausdruck einer peripheren Neuritis aufzufassen. Das brachte F. auf den Gedanken, daß die während eines Typhus sich bildenden Striae trophoneurotischen Ursprungs sein könnten.

Götz-München.

Regressive Ernährungsstörungen.

Hautteleangiektasien und ihre Ätiologie. Vergleichung mit der Ätiologie der Hämorrhoiden und varikösen Venen, von F. PARKES WEBER - London. (*Edw. med. Journ.* April 1904.) Wie die Hämorrhoiden und die Varicen oft durch Stauung im Pfortadersystem oder durch Verstopfung entstehen, so gibt es auch schon Teleangiektasien, die durch Stauung der Lunge und der Leber oder auf Grund des Alkoholismus und der Lebercirrhose oder angeboren entstehen, und die sogar die Anzeichen dafür sind; so z. B. bei Asthma und chronischer Bronchitis gibt es gleich einen Kranz von Teleangiektasien, der um den Zwerchfellansatz herumgeht, oder es kommt auch oft zu einem gehäuften Auftreten auf dem Rücken oder im Gesicht, oder bei Varicen treten in der Umgebung derselben und an den Beinen auch Teleangiektasien auf. Jedenfalls also können Hämorrhoiden, Varicen und Teleangiektasien die gleichen Ursachen haben und daher zusammen vorkommen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen.)

Alopecia areata nach Trauma, von SPRECHER. (*Bif. med.* 1904. Nr. 5.) Ein sechsjähriges Mädchen hatte eine Verletzung der rechten Scheitelgegend durch einen Steinwurf erlitten. Die Verletzung heilte ohne weitere Komplikationen nach etwa sechs Tagen. 17 Tage nach dem Unfall bemerkte man an der gleichen Stelle ein Spärlichwerden der Haare, und nach weiteren acht Tagen war sie vollständig kahl. Am Ende des dritten Monats nahm die kahle Partie eine 11 cm lange und 9 cm breite Fläche ein und lokalisierte sich auf die rechte und teilweise linke Scheitelbein-gegend mit dem längeren Durchmesser quer zur Längsachse des Schädels. Bei näherer Untersuchung der Haare ergab es sich, daß beide Typen von Haaren, die als charakteristisch für die Alopecia areata angesehen werden, vertreten waren: lange Haare mit Atrophie der Wurzel und beinahe vollständiger Integrität des Schaftes (von UNNA als typisch bei schnell verlaufender Alopecia angesehen) und die kurzen abgestumpften, ausrufungszeichenartigen Haare, die nach BERNERS sehr zahlreich bei der akuten Alopecia areata angetroffen werden. Die ersteren wurden ausschließlich in der Peripherie, die letzteren im Zentrum der Plaques gefunden. C. Müller-Genf.

Idioneurosen.

Über Jucken: 1. als Begleiterscheinung und Krankheitsursache; 2. dessen Therapie, von EDW. BENNET BRONSON - New York. (*Med. News.* 18. April 1903.) Zusammenfassende Darstellung über die essentiellen Formen des Juckens (*Pruritus senilis, Pruritus ani, vaginae u. s. f.*) und all die Hautkrankheiten, bei welchen Jucken als Begleiterscheinung vorkommt. Dieser erste Teil bringt nichts wesentlich Neues, der zweite (Therapie) dürfte wohl identisch mit dem von demselben Autor im *St. Louis med. Journ.* April 1903 erschienenen und bereits in dieser Zeitschrift (1903. Bd. 37. S. 418) referierten Artikel sein.

Stern-München.

Saprophyten und Fremdkörper.

Myiasis cutanea tropica beim Menschen, von J. LEE ADAMS - Washington. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 9. April 1904.) Gelegentlich eines längeren Aufenthaltes auf dem Isthmus von Panama war Verfasser in der Lage, an sich und anderen die Entstehung und den Verlauf der dort vorkommenden Myiasis cutanea zu beobachten. Die Erkrankung ist in jener Gegend gewöhnlich durch die zu den Oestriden gehörige *Dermatobia noxialis* verursacht. Mensch und Hund sind die bevorzugten Wirte. Obwohl die *Dermatobia noxialis* ihre Angriffe nicht auf den Menschen allein beschränkt, kann sie doch nicht als gelegentlicher Schmarotzer des Menschen bezeichnet werden, da sie jeden angreift, der sich ihrer Annäherung aussetzt. Die weissen Rassen sind empfänglicher für die Krankheit als die dunklen. Die Inkubationszeit schwankt zwischen 16 und 28 Tagen. Die Larven haben verschiedenes Aussehen, je nachdem sie sich an Hautstellen, die muskelreiche Partien bedecken, oder an Hautstellen, die nur Knochen bedecken, befinden; im ersteren Falle verschmälern sie sich vom Kopfende zum Afterende allmählich, im letzteren Falle besteht eine ausgesprochene Kopfanschwellung und ein in die Länge gezogenes Schwanzstück. Die Made oder Larve macht, sich selbst überlassen, keine schwereren Erscheinungen. Abszesse und Ulcerationen sind die Folge von Beseitigungsversuchen ohne die richtige Vorbehandlung. Die wachsende Larve verursacht — namentlich nachts — sehr intensive, bohrende Schmerzen. Die Vorbehandlung vor der Entfernung besteht in der Verklebung der zentralen Tumoröffnung mit einem Pflaster oder Kollodium oder dergleichen, wodurch der Larve die Luftzufuhr abgeschnitten wird. Ist sie asphyktisch, so genügt ein leichter Druck, um sie in toto zu beseitigen.

A. Loewald-Kolmar.

Bemerkungen über die Ixodidae, von L. G. NEUMANN - Toulouse. (*Arch. de parasit.* 1904. Bd. VIII. Nr. 3.) Rein fachwissenschaftliche, d. h. zoologische Abhandlung über die auch für die Dermatologie interessanten Ixodidae (Zecken). Die drei Abschnitte der Arbeit handeln von der Klassifikation der Ixodinae, einer Unterabteilung der Ixodidae, von den bisher bekannten und von den neu entdeckten Arten von Zecken.

Göts-München.

Über einen Fall von *Cysticercus cellulosae* der Zunge, von L. DE GAETANO. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1904. Nr. 8.) Es handelt sich um einen zehnjährigen Knaben, in dessen Familie Hunde gehalten wurden, und welcher selbst Schweinefleisch genoß. Als der an der Zunge, ca. 6 cm von der Spitze, seit zwei Jahren bestehende Tumor entfernt wurde, war er ca. bohngroß, hart, nach allen Seiten beweglich und von normaler Schleimhaut überzogen. Bei der Eröffnung wurde in der dicken fibrösen Kapsel der typische Kopf eines *Cysticercus cellulosae* konstatiert.

C. Müller-Genf.

Einige klinische Erscheinungen in Verbindung mit dem Guinea-Wurm, von D. C. KEMP. (*Brit. med. Journ.* 23. Januar 1904.) Ein Patient kommt mit einer Urticaria fast am ganzen Körper ins Hospital. Das Gesicht ist gedunsen, die Augenlider geschwollen, der Ausschlag ein papulöser, bisweilen nur ein erythematöser. Gleichzeitig stellen sich Magenschmerzen, Magenkrämpfe und Erbrechen ein. Irgendeine Speise, welche diese Erscheinungen hervorgerufen hätte, ist nicht genossen worden. Die Temperatur ist um diese Zeit normal, eher subnormal. Bald treten Dyspnoe, unregelmäßiger, kleiner, rascher Temperaturanstieg auf. Die akuten Allgemeinerscheinungen des ersten Stadiums lassen nach, die Urticariaquaddeln werden weniger deutlich. Um diese Zeit bemerkt man häufig auf der Vorderfläche der beiden Tibiae oder auch nur über einer Ödem. Der Guinea-Wurm zeigt sich sehr bald als

eine kleine, lokalisierte, harte Stelle in dem Gewebe des Unterschenkels. Das Ödem und die abnorme Temperatur persistieren noch eine Zeitlang, nachdem alle anderen Symptome verschwunden sind, und der Patient vom Guinea-Wurm befreit worden ist.

Die Haut macht nach dem Schwinden des Exanthems ein Desquamationsstadium durch.

C. Berliner-Aachen.

Ist „Craw-Craw“ bei uns eingeschleppt? Von J. DENNER WHITTLES-Birmingham. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. XV.) Craw-Craw ist eine von W. mehrfach beobachtete, wahrscheinlich aus den indischen Kolonien eingeschleppte Tropenkrankheit, hervorgerufen durch das Eindringen von Nematoden durch Magen- oder Darmwandung in das Blut. Das die Infektion vermittelnde Medium war die Milch, in der W. die Parasiten bei verschiedenen Gelegenheiten gefunden hatte. Eins der allgemeinen Symptome ist häufiges, unerträgliches Hautjucken, das am meisten auftritt auf der Schulterhöhe, der Flexorensseite des Armes, der Flexorensseite der Schenkel, der Hüften, der Brust, auf den Fingerrändern, der Rückenfläche und auf dem Gesicht, insbesondere an Nase und Augen, so daß das Reiben der Nase oder der Augen auf der StraÙe genügte, die Krankheit festzustellen. Vorherrschend war die papulöse Form der Krankheit, welche auftritt, sobald die Entzündung sich in Form kleiner, knötchenartiger Anschwellungen von etwa der Größe eines Schrotkornes Nr. 8 unter der Haut im subcutanen Gewebe gezeigt hatte. Die Anschwellung und entzündlichen Reizungen nehmen zu durch Kratzen; bei Einwirkung von Hitze oder Kälte auf die Körperoberfläche folgt Prurigo in schwerer Form. Die Parasiten wurden im Blut nachgewiesen, ein Exemplar war 56μ lang. Auf die papulöse Form folgt die vesikuläre, die letztere scheint die seltenere zu sein. Verwechselt wurde die Krankheit mit Blattern. Nach England ist die Krankheit anscheinend durch Truppen eingeschleppt, die aus Südafrika heimkehrten und sich dort vorher durch infiziertes Wasser angesteckt hatten. Therapeutisch ist man noch nicht imstande, die Krankheit zu beeinflussen.

Putzler-Dansig.

Mißbildungen.

Hypertrichosis und Galvanodepilation, von F. S. GALIANI (*Med. Bl.* 1904. Nr. 5.) G. gibt in dem Artikel eine kurze Übersicht über Ätiologie und Histologie der Hypertrichosis und schildert dann die operative Technik, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Putzler-Dansig.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein kurzer Bericht über die vierjährige Tätigkeit an der zweiten chirurgischen Abteilung des Mount Sinai-Hospitals, von HOWARD LILIENTHAL-New York. (*Med. News.* 18. und 25. Juni 1904.) Die Totalsumme der in den vier Jahren am Urogenitalsystem ausgeführten Operationen betrug 186, wovon 23 = 12,3% früher oder später mit Tod abgingen. Was die Krankheiten der Nieren betrifft, so wurden fast in jedem Falle, wo eine Nierenaffektion vermutet wurde, Cystoskopie und Katheterisierung der Ureteren vorgenommen, jedoch ist L. der Ansicht, daß Katheterisierung der vermeintlich gesunden Seite Schaden stiften könnte; die X-Strahlen haben nur wenig genützt, um das Nichtvorhandensein von Steinen zu konstatieren. Die Gesamtsumme der Prostataoperationen betrug 26, wovon zwei Todesfälle (einer nach dem oberen Blasenschnitt und Curettage, einer nach der BOTTINISCHEN Operation); in dem letzten Jahre waren es nur sechs Operationen an der Prostata und ohne

Todesfall, in allen diesen Fällen wurde die Prostataktomie mit oberem Blasenschnitt ausgeführt. L. wird daher vorläufig diese Methode bei Prostatahypertrophie beibehalten und beschreibt die Art und Weise, wie er sie zur Ausführung bringt, näher; die perineale Drainage hält er für unnötig, ja sogar für schädlich. Anführung von vier auf diese Weise operierten Fällen, denen drei nicht operierte, aber mit Tod abgegangene Fälle gegenüberstehen. Tabellarische Zusammenstellung der an den verschiedenen Organen (Nieren 44, Blase 30, Prostata 26, Urethra 24, Penis 8, Skrotum und Hoden 53) vorgenommenen Operationen mit Angabe der einzelnen Erkrankungen und des schließlichen Erfolges. Eine Reihe der Nierenoperationen (wegen Stein, Cysten, Abscess, tuberkulöser Pyonephrosis, Wanderniere u. s. f.) sind genauer beschrieben.

Stern-München.

Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen, von ARNEMANN-Großschweidnitz. (*Reichs-Med. Anzgr.* 1904. Nr. 9.) Bezüglich der widernatürlichen Unzucht, welche in Deutschland, sofern sie zwischen Männern ausgeübt wird, harter Strafe verfällt, verweist der Verfasser auf die Petitionen des wissenschaftlich-humanitären Komitees, deren sich bedeutende Männer angeschlossen haben. Ihr Ziel geht dahin, den § 175 des Strafgesetzbuches zu ändern und sexuelle Handlungen zwischen Homosexuellen nur dann zu bestrafen, wenn sie durch Gewalt erzwungen worden sind, an Personen unter 16 Jahren vorgenommen worden sind, oder wenn ihre Ausübung öffentliches Ärgernis erregt. Die romanischen Staaten bestrafen die Homosexualität nicht, die germanischen und slavischen tun es. Die Bewertung von Sittlichkeitsdelikten ist nicht immer einfach. Mancher Verbrecher schneidet den Frauen ihre Zöpfe aus Gewinnsucht ab, ohne ein Fetischist zu sein, mancher mordet ein Wesen, an dem er einen Geschlechtsakt erzwungen hat, aus Angst, dafs er verraten werden könnte, ohne dafs er stets im Morden die Befriedigung seines sexuellen Bedürfnisses zu finden braucht. Der Zusammenhang zwischen sexueller Sphäre und Verbrechen ist also vorerst jedesmal genau zu erweisen. Nunmehr ist festzustellen, ob bei dem Täter Geistesstörungen vorliegen, bei welchen bekanntlich allerlei Formen sexueller Befriedigung vorzukommen vermögen. Die Mittelstufe zwischen geistig Gesunden und geistig Kranken bilden die Entarteten. Diese finden wir zahlreich unter den sexuellen Personen. Wie gerade in diesen Fällen die sexuelle Tat zu beurteilen ist, darüber gehen die Ansichten auseinander. Man verlangt dafür die Einführung des Begriffs einer verminderten Zurechnungsfähigkeit in die Gesetzgebung und fordert eine dementsprechende Änderung des Strafvollzugs, nämlich eventuelle Internierung für die Dauer des genannten Zustandes. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung der Tuberkulose des Harntractus, von H. FENWICK. (*Brit. med. Journ.* 2. April 1904.) Verfasser hat in Fällen, in denen die Blasenschleimhaut allein tuberkulös erkrankt, und Tuberkelbazillen im Urin mit Sicherheit nachgewiesen worden waren, das im Jahre 1896 eingeführte Kocmsche Neutuberkulin verwendet und zufriedenstellende Resultate erzielt. Läßt sich durch das Cystoskop und das Mikroskop rechtzeitig eine tuberkulöse Erkrankung eines Ureters und der zugehörigen Niere diagnostizieren, so wird man mit Erfolg die Nephrektomie ausführen. Verfasser hat in 25 Fällen, bei denen die Nephrektomie wegen Tuberkulose vorgenommen, nur einen letalen Fall zu verzeichnen gehabt.

Sollte das Cystoskop ein vereinzeltes Geschwür in der Blase zeigen, was übrigens selten vorkommt, so empfiehlt es sich, dasselbe durch den suprapubikalen Schnitt zu exzidieren, anstatt Tuberkulin zu gebrauchen. Tuberkulös erkrankte Testikel, Vasa deferentia, Samenbläschen sind am besten operativ zu entfernen, immer vorausgesetzt, dafs die Tuberkulose möglichst lokalisiert und nicht sekundär von anderen Organen aus entstanden ist.

C. Berliner-Aachen.

Über den Gebrauch des Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harnwege, von M. FISCHER-BONN. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 14.) Die Methylenblauprobe hat zwar die Erwartungen, die man für die funktionelle Nieren-diagnostik auf sie gesetzt, nicht erfüllt, trotzdem wäre es nach F.'s Überzeugung unrichtig, sie ganz fallen zu lassen. Sie ist zum mindesten imstande, die cystoskopische Untersuchung wesentlich zu erleichtern, indem durch die Blaufärbung des Urins die Ureterenmündungen deutlich markiert, aber auch Veränderungen in der Funktion einer Niere besser sichtbar gemacht werden. Auch für die Betrachtung der übrigen Blasenoberfläche kann die Anwendung von Methylenblau von Nutzen sein; wenn nämlich durch eine gründliche Spülung der Blase der Farbstoff aus ihr beseitigt ist, so bleiben doch Farbstoffpartikelchen an allen Unebenheiten der Blasenoberfläche hängen, es treten dadurch Ulcerationen, Fremdkörper und Tumoren plastischer und leichter erkennbar hervor. Die Methylenblauprobe kann auch in Fällen, in denen aus irgendeinem Grunde die Cystoskopie nicht zugänglich ist, die Diagnose fördern: so konstatierte F. bei einem Patienten im Abdomen einen Tumor, der, durch Laparotomie zugänglich gemacht, sich als Cyste erwies und als Pankreascyste angesprochen wurde; Blaufärbung des Cystensekrets nach Verabreichung von Methylenblau bewies jedoch, daß es sich um eine Hydronephrose handelte. — In analoger Weise wird man bei Fisteln unklarer Genese in der Inguinal- und Lumbalgegend durch die Methylenblauprobe der Diagnose näher kommen, und auch zur topischen Diagnose schwer sichtbar zu machender Blasencheidenfisteln läßt sich das einfache Verfahren benutzen.

Göts-München.

Die Wirkungen der Caspar Heinrich-Quelle zu Driburg bei Krankheiten der Harnorgane, von L. LÜNNERMANN. (*Theor. Monatsh.* 1904. Nr. 6.) Die Quelle weist eine ähnliche Zusammenstellung auf wie die Georg Viktor-Quelle in Wildungen; sie ist aber reicher an freier Kohlensäure, doppeltkohlen-sauren Erden, Kochsalz, Kieselsäure und schwefelsaurem Kalke, dagegen ärmer an doppeltkohlen-saurem Eisenoxydul und schwefelsauren Alkalien. Sie wirkt stark diuretisch und bewährt sich bei chronischer Nierenentzündung, chronischem Blasenkatarrh, Phosphaturie, Prostatahypertrophie und Harnkonkrementen.

Bernhard Schulze-Kiel.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Neuer Aëro-Urethroskop, von WASSERTHAL-Karlsbad. (*Przegląd lekarski.* 1904. Nr. 20.) Beschreibung eines neuen Aëro-Urethroskops, das Verfasser unabhängig von dem v. ANTAL'schen Instrumente konstruiert hat.

Sein Instrument hat vor dem letzten den Vorzug einer guten Beleuchtung, da er in einer sinnreichen Modifikation des bekannten OBERLAENDER-VALENTIN'schen Urethroskops besteht.

Eine der Notiz beige-schlossene Zeichnung erklärt die Konstruktion und die Anwendungsweise des Apparates.

Leon Feuerstein-Bad Hall.

Über den Gebrauch des Oxygengas zur Ausweitung der Blase bei der Cystoskopie, von A. G. FAULDS. (*Brit. med. Journ.* 5. März 1904.) Um das Innere der Blase mittels des Cystoskops gut zur Anschauung zu bringen, ist es nötig, sie in einen gewissen Füllungszustand zu versetzen. Zu diesem Zwecke injiziert man für gewöhnlich Karbol- oder Borsäurelösungen oder auch sterilisiertes Wasser. Bei manchen Vorteilen besteht auch ein empfindlicher Nachteil, daß die Lösungen sich gern mit irgendwelchen Niederschlägen in der Blase, mit Blut, Eiter usw. verbinden und trübe werden, wodurch das Bild verdunkelt und unklar wird. Diesem Übelstande wird abgeholfen, wenn man, wie es Verfasser tut, Oxygengas, das man in einem mit einem Hahn versehenen Gummibehälter verschlossen hält, durch einen mit diesem Behälter

verbundenen Katheter in die Blase einbläst. In Fällen von vergrößerter Prostata mit überliechendem, eiterhaltigem Residualurin besserte das Oxygengas auch die Cystitis und trug zur Klärung des Urins bei. Jedoch muß das Verfahren mit großer Vorsicht geübt werden. Das Gas muß völlig rein sein und langsam in die Blase hineingelassen werden. Besteht Cystitis, so wird vielleicht ein lokales Anästhetikum notwendig sein. Das Oxygen kann ohne üble Folgen und zum Vorteil des Patienten in der Blase verbleiben.
C. Berliner-Aachen.

Die Balanitis, von LEBEDDE. (Aus *Thérapeut. des maladies de la peau*, Masson 1904. Nach *Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 15.) Kurze Beschreibung der Behandlung der Balanitis. Der kleine Artikel enthält nichts Neues.
Göts-München.

Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung, von ORLIPSKI-Halberstadt. (*Ther. d. Gegengew.* Mai 1904.) GIBSON benutzte bisher die Pinzette zur mechanischen Dehnung der Vorhaut; dies genügt aber nur dazu, sich einen Weg durch die Vorhautmündung zu schaffen. Zur weiteren Dehnung langt das Verfahren nicht aus, vielmehr bedarf es schon eines schaufelartigen Instrumentes, um gefahrlos und doch energisch eine nachhaltige Dehnung zustande zu bringen. Bei Kindern benutzt ORLIPSKI ein nach Art der gefensternten Nasenspekula konstruiertes Dilatorium; und zur Phimosendehnung bei Erwachsenen gehören sogar vier Branchen, die durch Schraubendrehung auseinander gespannt werden können und somit erst eine allseitige Dehnung gestatten.
Arthur Rahn-Cölm (Sachsen).

Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Phimose, von STENZEL-Wien. (*Der Militärarzt.* 1904. Nr. 7 und 8.) Die Operation ist eine Kombination der Circumcision und des Dorsalschnitts. Es wird nur das äußere Blatt circumcidiert, darauf das innere Blatt durch den Dorsalschnitt gespalten, der phimotische Teil desselben durch einen Ovalärschnitt abgetragen und zum Schluss werden beide Blätter der Vorhaut längs ihrer Schnittlinien durch die Naht vereinigt. Der Hauptvorzug dieser Methode ist, daß die Glans von der Vorhaut bedeckt bleibt, da vom inneren Blatt viel, vom äußeren Blatt fast nichts weggenommen wird.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Die Penis-Skrotumfisteln der Urethra, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 11.) Die Penis-Skrotumfisteln der Urethra sind sehr selten; sie sitzen in dem Winkel, welcher den Penis vom Skrotum trennt, und sind fast stets die Folge von Harnabscessen, die ihrerseits meist durch traumatische oder blennorrhische Harnröhrenstrikturen verursacht werden. G. beschreibt zwei Fälle von solchen Penis-Skrotumfisteln. Der eine Fall betraf einen jungen Mann, der vor drei Jahren an Blennorrhoe erkrankt war, aber keine Striktur hatte; ohne nachweisbare Ursache trat bei ihm eine Anschwellung in dem Winkel zwischen Skrotum und Penis auf; es wurde inzidiert und ein Verweilkatheter eingelegt, trotzdem bildete sich eine Fistel. G. wird bei dem Patienten die Urethrorraphie und eine Urethroplastik ausführen. — Bei dieser Gelegenheit weist G. darauf hin, daß bei Leuten, bei denen ein Verweilkatheter eingeführt ist, das Urinal nicht zwischen die Oberschenkel gelegt werden darf, sondern seitlich über einem Oberschenkel befestigt werden muß. Wird nämlich das Urinal unten befestigt, so wird der Penis stark nach abwärts gezogen, der Katheter wird an die Harnröhrenwände angepreßt und kann dann leicht eine Verletzung der Urethral-schleimhaut erzeugen; eine solche Verletzung aber kann zur Bildung einer Striktur führen.
Göts-München.

Bakteriologische Bemerkungen über einen Fall von periurethralem Abscess, von N. GIANNETTASIO. (*Bif. med.* 1904. Nr. 22.) Es hatte sich bei dem Patienten nach einer Blennorrhoe in der Gegend der Raphe penis ein Abscess gebildet, in welchem der Verfasser einen Diplococcus nachwies, der dem Gonococcus in mancher

Hinsicht ähnlich sah, aber doch nicht mit ihm identifiziert werden konnte; auch war er nicht mit anderen Mikroorganismen vergesellschaftet. Unter anderen verflüssigte er die Gelatine nicht, was beim Gonococcus nach einigen Tagen regelmässig geschieht; nach GRAM war er konstant färbbar. Bei der Klassifizierung dieses Mikroorganismus kamen folgende Spezies in Betracht: der graulich-weiße Diplococcus von LEGRAIN, der Mikroccoccus ochroleucus von PROVE, der Mikroccoccus lacteus faviformis, der Mikroccoccus albicans amplus, mit welchen er denn auch einzelne Merkmale teilte, ohne mit ihnen ganz übereinzustimmen. Verfasser meint deshalb, daß höchst wahrscheinlich zwischen allen diesen Spezies und Varietäten eine ganze Reihe von Zwischenstufen bestehen, zu welchen der von ihm gefundene und kultivierte Diplococcus gehören dürfte. Durch den Gonococcus dürften ihm besondere pathogene Eigenschaften verliehen worden sein, die ihm unter gewöhnlichen Verhältnissen fehlen. *C. Müller-Genf.*

Zur Komplikation der Urethritis, von JAHN-Erfurt. (*Medico.* 1904. Nr. 25.) J. bespricht hier als seltene Komplikation einen Fall von paraurethralen Abscess (oder Blindgang mit Eiterabsonderung), was aber nach des Referenten Erfahrung eine keineswegs seltene Komplikation der Harnröhrenblennorrhoe ist. *Stern-München.*

Prognose und Behandlung der Harnröhrenstriktur, von EDWARD L. KEYS-New York. (*Med. News.* 9. Juli 1904.) Mag es sich um eine durch Blennorrhoe oder durch Trauma verursachte Striktur handeln, ihre Prognose hängt vollständig von ihrer Dehnbarkeit ab. Starre Strikturen sind diejenigen, welche auf Dilatation nicht zurückweichen und nach der Sondierung immer ihre frühere Enge wieder einnehmen; in den tieferen Teilen der Urethra sind solche Strikturen gewöhnlich, wenn nicht immer, traumatischen Ursprungs. Die äußere Urethrotomie wird in solchen Fällen das letzte Hilfsmittel sein. Bei spastischer Striktur ist Anwendung eines milden elektrischen Stromes — 5—10 M.-A. — zuweilen von gutem Erfolg, auch ist derselbe manchmal imstande, sehr starre Strikturen zu lockern. Die Prognose der Strikturen hängt auch von ihrem Sitze ab — nach der Ansicht K.s haben die am bulbösen Teil und an der Pars bulbomembranacea sitzenden eine viel schlechtere Prognose als die weiter vorne befindlichen —, ferner von ihrer Ausdehnung, ihrer Kontraktionsfähigkeit u. a. f. Aber eine Hauptsache ist genügend ausgeführte Dilatation; das ist allerdings für K. ein sehr weiter Begriff: sie muß nämlich bis auf 27—32 Ch. gehen und in diesem Maße drei Monate hindurch Bestand haben. Aber wenn auch dies Ziel erreicht ist, so muß der Patient für lange Zeit noch einmal alle halbe oder wenigstens ganze Jahre die Sonde von dieser Weite sich einführen lassen; in dieser Nachbehandlung liegt die einzige Sicherheit für die Zukunft. Nach derartiger vieljähriger Behandlung kann möglicherweise die Neigung der Striktur zur Verengung endlich bekämpft sein, aber als ganz sicher möchte dies K. in keinem Falle angeben.

Stern-München.

Traumatische Harnröhrenstriktur, von JOVIN ABELL-Louisville. (*Louisville Journ.* Juli 1904.) Verfasser berichtet in der Louisville medical Society (Sitzung vom 2. Mai 1904) über eine Striktur, welche durch das längere Tragen eines Silberkatheters, von einem Arzte wegen sehr engem Meatus verordnet, entstanden sei und bei dem 46jährigen Patienten das ganze Corpus spongiosum in Narbengewebe verwandelt habe; da anamnestisch keinerlei Anzeichen einer Geschlechtskrankheit vorhanden sei, so müsse die Striktur durch den Druck und folgender Gewebsnekrose von Seite des Katheters, welchen Patient im Alter von 15 Jahren mit Intervallen viele Monate hindurch bis zur Erweiterung des Meatus getragen habe, entstanden sein. Perineale Urethrotomie mit entsprechender Nachbehandlung (Dilatation) behob das Übel. In der folgenden Diskussion wurde ebenfalls die Seltenheit des Falles und das auffallend günstige und rasche Heilungsergebnis hervorgehoben. *Stern-München.*

Neue kombinierte Methode zur Behandlung von Verengerungen und chronischen Entzündungen der Harnröhre, von PAUL PHILIPPE. (*Presse méd.* 1904. Nr. 38.) Der Verfasser empfiehlt die Verbindung der elektrolytischen Behandlung von Harnröhrenverengerungen mit einer Gasbehandlung des Urethralkanals mit Kohlensäuregemischen. Er knüpft an die guten Erfahrungen an, die man bei Otitis und Ozaena durch derartige Durchblasungen erzielt hat. Der erste, welcher diese Gasbehandlung chronischer Urethralprozesse empfahl, war GAUTHIER (1900). Er benutzte dazu auf 45° erhitze Kohlensäure, welche er mit Nelken- und Zimmetessenz sättigte, deren bakterizide Wirkung er hoch anschlägt. Der Verfasser wendet eine ähnliche Methode an, abwechselnd Spülungen der Harnröhre mit dem Gas und die negative Elektrolyse der chronischen Prozesse. Das Verfahren ist schmerzlos, die erhitze Kohlensäure wirkt stark antibakteriell und dringt in die tiefsten Falten der Schleimhaut ein.

Hopf-Dresden.

Technik und Indikationen der zirkulären Elektrolyse bei Harnröhrenverengerungen, von H. MINET und J. AVERSENG. (*Presse méd.* 1904. Nr. 38.) Unter kreisförmiger Elektrolyse versteht man die elektrolytische Einwirkung auf gewisse Prozesse der Urethra durch zylindrische oder olivenförmige Elektroden, und zwar auf die ganze Peripherie des Harnröhrenkanals. Es sind nur schwache Ströme zu verwenden, die eine allmählich Zerstörung der Verengung zur Folge haben. Starke Ströme setzen Ätzweschwüre, deren Vernarbung langsam erfolgt und deren Narben wiederum zu Strikturen werden. Die Verfasser verwenden Ströme von 3—5 Milliampère, nachdem sie in die Verengung ein Beniqué von möglichster Stärke eingeführt haben. Dann steigern sie die Intensität des Stromes, bis die Sonde vorwärts geht. Die Spitze derselben wird leicht gegen die verengte Stelle gedrückt. Nach einiger Zeit wird der Widerstand geringer, bis endlich die Sonde gut durchgleitet. Man läßt sie vier Minuten liegen und schiebt nur ganz schwache Ströme durch. Die Sitzungen sind in der Woche einmal, in besonderen Fällen zweimal vorzunehmen. In Frage kommen bei dieser Behandlung Fälle, in denen man schnelle Wirkungen erzielen will.

Hopf-Dresden.

Urethrotomie mit Hilfe kombinierter Anwendung einer vorderen und einer hinteren Leitsonde, letztere eingeführt auf dem Wege prävesikaler Punktur mit einer besonders gekrümmten Troicarkanüle, von G. W. FERR-HUMBOLDT. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 9. Januar 1904.) In einem Falle von impermeabler Striktur nach Harnröhrenzerreißung, in dem es bereits zu Fistelbildungen und narbigen Verziehungen gekommen war, waren die Aussichten der erfolgreichen Ausführung einer Urethrotomie externa sehr ungünstige. Da vollkommene Harnretention bestand und dringende Indikation zur Entleerung der Blase vorlag, führte Verfasser mit einer gekrümmten Kanüle den Blasenstich aus und versuchte, nach Entleerung und Auswaschung der Blase einen Katheter von gleicher Krümmung durch die Kanüle in die Harnröhre zu bringen. Der Versuch gelang und nun konnte, nach Einführung einer Sonde durch das Orificium externum bis zur Striktur, die Urethrotomie ohne Schwierigkeit ausgeführt werden. In einem zweiten ähnlichen Falle kam Verfasser auf die gleiche Weise zum Ziele. Er glaubt, bei der Einfachheit und Leichtigkeit des Verfahrens hätte es entschieden den Vorzug vor der Epicystotomie, die zur Ausführung des Katheterismus posterior in ähnlichen schwierigen Fällen gewöhnlich in Anwendung käme. (Das Verfahren des Verfassers ist keineswegs neu; von erfahrenen Chirurgen wird ausdrücklich davor gewarnt, statt der Epicystotomie die Blasenpunktur zu machen, da diese wiederholt die Ursache von Mißerfolgen und ungünstigem Ausgang des Katheterismus posterior gewesen ist. Ref.)

A. Loewald-Kolmar.

Verengerungen der Harnröhre des Weibes, von H. L. E. JOHNSON-Washington. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 2. April 1904.) Verengerungen der Harnröhre beim Weibe sind sehr selten. Sie sind angeboren oder erworben, die letzteren sind traumatischer oder nicht traumatischer Natur. Unter den nicht traumatischen Ursachen kommen Blennorrhoe, weicher und harter Schanker in Betracht. Unter sechs vom Verfaesser in zwölf Jahren beobachteten Fällen war die Verengerung einmal wohl auf Blennorrhoe zurückzuführen.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Os penis im Röntgenbilde, von BROHL-Cöln a. Rh. (*Fortschr. f. Röntgen.* VII. Heft 3.) Ein 74jähriger Mann hat seit 50 Jahren dicht unterhalb der Schamfuge im Rücken des Penis einen nur fühlbaren, nicht sichtbaren harten Körper; er sitzt unter der leicht verschieblichen Haut den Corpora cavernosa penis fest auf, ist etwa 4 cm lang, 1 cm breit, 2 mm dick, an seinem oberen Ende abgerundet, an dem unteren mehr spitz, dem Rücken der Corpora cavernosa der Form nach angepaßt und hat mehrere seitliche Fortsätze. Er fühlt sich knochenhart an. Dafs es sich um einen Knochen handelt, zeigt auch das Röntgenbild. Bernhard Schulze-Kiel.

Penissuspensorium, von BERNSTEIN-Kassel. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1904. Heft 9.) B. empfiehlt zur ambulanten und klinischen Behandlung ein neues mit Abbildungen geschildertes, praktisches Penissuspensorium, welches nicht gerade bei Blennorrhoe, sondern bei Ödemen der Vorhaut, Operationen am Präputium, Balanitis, Ulcera praktisch zu sein scheint. Dasselbe wird von J. Schwarz-Mainz und Evens & Pistor-Kassel geliefert.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Trigonum vesicae; dessen Anatomie und Physiologie, von BYRON ROBINSON. (*St. Louis Courier.* Juli 1904.) Nach den Untersuchungen ROBINSONS ist die physiologische Bedeutung des Trigonum vesicae eine sehr vielseitige: 1. Verhindert es Zurückfließen des Urins in die Ureteren durch die klappenartige Beschaffenheit der Schleimhaut an deren Einmündung. 2. Dient es als Befestigungsapparat der beiden Ureteren. 3. Dadurch, dafs diese in den Grund der Blase einmünden, sind sie während der Zusammenziehung oder Ausdehnung der Blase auf einen bestimmten Raum beschränkt und bei Trauma oder Lageveränderung geschützt. 4. Das Trigonum ermöglicht, dafs sich die Blase unabhängig von der Funktion der Ureteren erweitert und zusammensieht. 5. Das Trigonum erleichtert die Füllung der Blase, indem es als eine Art fixierte Gieskanne wirkt. 6. Erleichtert es durch seine glatte, faltenlose Oberfläche die völlige Entleerung der Blase. 7. Es dient dazu, die Blase zu schliessen, besonders durch seine infolge reicher Blut- und Lymphgefäfszufuhr ermöglichte Ausdehnungsfähigkeit. 8. Das Trigonum ist praktisch eine faltenlose Schleimhaut, weshalb hypertrophische Schleimhautfalten den Ein- oder Austritt des Urins nicht verstopfen können. 9. Das Trigonum enthält die wichtigsten sensiblen Nerven der Blase. 10. Trigonum und Blase sind zwei getrennt funktionierende Organe und je gröfser der hydrostatische Druck innerhalb der Blase, desto vollkommener ist der Schlufs der Blasenureterenklappe. R. fand an wiederholten Schnitten, dafs der Ureter, wie er schräg durch die Blasenwand hindurch zieht, seine eigenen Muskelschichten hat und von der Blasenmuskelschicht durch eine Bindegewebsseide getrennt ist, wodurch unabhängige Funktion von Blase und Ureter (Trigonum) gesichert ist. 11. Während der Systole und Diastole der Blase dehnt sich das Trigonum durch seine eigene feste fibromuskuläre Struktur aus und zieht sich in weit geringerem Mafse zusammen als die übrigen Teile der Blase.

Das cystoskopische Bild des Trigonum stellt sich beim lebenden Weibe folgendermaßen dar. In der Mehrzahl der Fälle erscheint die Ureterenmündung rötlich, was R. auf den Gefäfsreichtum des hier wohl gelegenen Sphinkters (oder etwas ähnlichem) zurückführt. Die innere Mündung der Urethra erscheint braunrot, das Trigonum

mahagonibraun. Das cystoskopische Bild des typischen Mechanismus der intermittierenden Urinentleerung aus den Harnleitern ist ein individuell wechselndes. Die Projektion des Urinstrahles aus denselben geschieht in Intervallen von ca. 25 Sekunden (im Durchschnitt); beide Ureteren kontrahieren sich gewöhnlich gleichzeitig, wozu sie durchschnittlich fünf Sekunden gebrauchen. Exstirpiert man einem Hunde den Ureter und legt ihn sofort in warme physiologische Kochsalzlösung, so wird er auf mechanische Reizung hin einige Zeit lang noch peristaltische Bewegungen machen. Beim Cystoskopieren muß man darauf achten, daß alle Teile des Trigonum durch anliegende Exsudate (Peritonitis) und durch Schwangerschaft verlagert sein können. Einige recht übersichtliche Zeichnungen veranschaulichen die interessanten Untersuchungsergebnisse ROBINSONS.

Stern-München.

Die Behandlung der Inkontinenz bei Kindern, von GÉNOUVILLE und COMPAGN. (*Presse méd.* 1904. Nr. 38.) In 55 % der Fälle erzielt die Faradisierung der M. sphincter urethrae, welche auf urethralem Wege vorzunehmen ist, Heilung und in ferneren 25 % Besserung. Es bleiben etwa 20 % rebellische Fälle übrig, die selbst durch mehrmonatliche Behandlung dieser Art nicht zur Heilung kommen. Die Suggestivtherapie ist oft in solchen Fällen von Erfolg.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Urininkontinenz der Kinder mittels Faradisation des Sphincter urethrae, von G. B. (*Rivista critica di Clinica med.* 1904. Nr. 22.) Die Methode, welche allen anderen vorzuziehen ist, gibt einen Prozentsatz von 80 % Heilungen. Eine genaue Beschreibung des Verfahrens findet man in vorstehendem Artikel.

C. Müller-Genf.

Epidurale Injektionen bei Incontinentia urinae, von CATHELIN-Paris. (*Presse méd.* 1904. Nr. 25.) Der Verfasser blickt auf eine Zahl von 2000 epiduralen Injektionen zurück, die er vorgenommen hat, und gibt im vorliegenden einen Überblick über die günstigen Erfahrungen, welche man anderwärts mit dieser Behandlungsmethode erzielt hat. Die zwei Hauptindikationen dafür sind die Inkontinenz des Harnes und die unterhalb der Regio mammaria des Körpers sitzenden Schmerzen, wie Ischias, Lumbago, Interkostalneuralgien, Bleikoliken, Herpes zoster, Blasen- und Magenkrise bei Tabes u. a. CATHELIN empfiehlt die Methode nachdrücklich. Er vollführt jetzt die Punktion in zwei Zeiten. Bei diesem Vorgehen ist das Verfahren einfach und unschädlich.

Hopf-Dresden.

Die Wichtigkeit der ätiologischen Faktoren bei der Behandlung der Cystitis, von WILLIAM O. LOWER-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* Vol. III, Nr. 2.) Die Cystitis kann viele Ursachen haben, und im Harn können vielerlei Mikroorganismen dabei vertreten sein. Die Entstehung zur Cystitis bieten: Harnröhrenverengungen, Prostataanschwellungen, zentrale Lähmungen, Giftstoffe, Geschwülste, Geschwüre und Steine, und dabei oder außerdem können alle möglichen Mikroorganismen — LOWER zählt etwa 30 Arten — mit im Spiele sein. Nach den verschiedenen und zahlreichen Ursachen muß sich die Behandlung richten; die hauptsächlichste Aufklärung gibt weniger die Sonde als vielmehr heutzutage das Cystoskop. Wie wichtig dasselbe ist, lehren nicht bloß die Steine, nicht bloß die Geschwüre und Nierenleitererkrankungen und die tuberkulöse Erkrankung der Blase, auch z. B. die eitrigen Erkrankungen können oft ganz versteckt liegen, in kleinen Buchten und Taschen, und ihr lokaler Herd muß darum erst mit dem Cystoskop ausgekundschaftet werden.

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Über hartnäckige Blasenkatarrhe (Cystitis rebelles), von GEORG BEBO-Frankfurt a. M. (*Ther. d. Gegenv.* April 1904.) Vor dem VII. Französischen Urologenkongress gab IMBERT auf Veranlassung der Französischen Gesellschaft für Urologie ein ausführliches Referat über die Cystitis rebelles, die er einteilte a) in Cystitis

rebelles ohne klinisch wahrnehmbare Läsionen, und b) in Cystites rebelles mit klinisch erkennbaren Läsionen; letztere wieder trennt er in 1. ulceröse Cystitis, 2. auf Leukoplasmie beruhende Cystitis und 3. in pseudomembranöse Cystitis. Dazu rechnet BERG nach dem Beispiele von PASTEAU die tuberkulöse Cystitis und schliesslich noch das bullöse Ödem der Blase, die irritable Bladder, die Blasen neuralgien und die Cystitis infolge Erkrankung des Genitalapparates oder der oberen Harnwege. Alle diese Formen zeichneten sich durch die Machtlosigkeit jeglicher Behandlung aus — wenigstens bis zur Zeit des tieferen Eindringens in die Cystoskopie. Erst das Cystoskop brachte uns Aufschluss darüber, ob es sich um einfache Cystite rebelle handelt, oder ob sie kompliziert ist durch Ulcera der Blase, bullöses Ödem, Leukoplasmie usw. Wo kein Eiter die Besichtigung der Schleimhaut oder der Ulcera oder der Ureterenmündungen stört, ist die Diagnose oft leicht zu bewerkstelligen; beschwerlich für die Differentialdiagnose ist die Beimengung von Eiter. Aber dort kann schliesslich mal die Radiographie eingreifen, sobald man einen Stein oder einen Fremdkörper, z. B. eine Haarnadel, vermutet. Die Hauptursache der Cystite rebelle, die meist bei Frauen sich geltend macht, ist die schon lange von GUYON dafür angegebene Blennorrhoe, die Schwangerschaft oder Geburt und der oft damit einhergehende Katheterismus.

Die Hauptrolle in der Behandlung spielt die chirurgische, sogar oft blutige Operation. Zunächst ist auf Hygiene und Diätetik zu halten; gute reine Luft, Körperpflege, gewisse Diät, aber nicht gerade einseitige Milchdiät, und Mineralwässer. Von Medikamenten kommen Belladonna, Opium zur Schmerzstillung in Betracht. Sonst ist zunächst die Hauptsache die topische Behandlung in Gestalt der GUYON'SCHEN Instillation von Arg. nitr. in 2–5%iger Lösung. Auch Guajacol 10% mit Olivenöl oder 5% mit 1%iger Jodoformlösung in Olivenöl, auch Sublimat 1–5000–20000. Als Blasenanalgetikum gelten Morphin, Cocain, Antipyrin und allenfalls das von NOCVIS empfohlene Orthoform in 1–5%iger Konzentration. Die Hauptsache, sagt BERG, nur sich nicht scheuen vor starken Lösungen, schliesslich 5% Höllestein- und 15% Guajacol-Lösungen! Hilft das nicht, dann gilt die Operation! Das Cystoskop sagt uns erst: Ist die Entzündung genau begrenzt oder ausgebreitet, liegt ein Ulcus oder eine Leukoplasmie oder liegen Pseudomembranen vor. Nötigenfalls auch Ureteren-Katheterismus! Als die erprobten Operationen haben zu gelten: die Auskratzung der Blase bei der Frau (das Curettement ist genau beschrieben), oder Auskratzung mit Vaginalsehnitt; bei beiden Geschlechtern die cystoskopische Behandlung für sich allein oder mit dem hohen Blasenschnitt (dabei ist aber wohl zu beachten, dass nach Eröffnung der Blase leicht ein Ulcus übersehen werden kann wegen des Zurückgehens der vorher hyperämischen Schleimhaut), und schliesslich beim Mann der Perinealschnitt.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Untersuchung über den Wert des Helmitols bei Cystitis, von G. KELEMEN. (*Die Heilk.* Mai 1904.) Verfasser prüfte das Helmitol sowohl bei Cystitis blenn. als auch bei durch andere Infektionen entstehender Cystitis. Es wurde als ausgezeichnetes Desinfizien- und harntreibendes Mittel befunden. Gerühmt wird auch seine beruhigende Wirkung.
A. Straufs-Barmen.

Demonstration eines palpablen Blasendivertikels, von OSKAR PIBLICKER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 19.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 27. April 1904 stellte P. einen 34jährigen Patienten vor, der seit einem halben Jahre an Beschwerden im Unterleib leidet. Man fühlt bei ihm oberhalb der Blasengegend einen rundlichen Tumor von Kleinapfelgrösse, den man von oben deutlich umgreifen kann. Auch nach Entleerung der Blase fühlt sich der

Tumor so derb an, daß man an einen soliden Tumor denken kann. Verfasser stellte die Diagnose Divertikel, was die cystoskopische Untersuchung bestätigte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über perineale Litholapaxie, von A. HOOTON - Indien. (*Brit. med. Journ.* 9. April 1904.) Der Verfasser stellt an einem aus verschiedenen britisch-indischen Hospitälern gesammelten Material von 458 Fällen über die perineale Litholapaxie, ihre Indikationen, über den Gang der Operation und die erzielten Heilresultate Betrachtungen an. Seine eigenen Erfahrungen stützen sich auf sechs an Kindern ausgeführte Steinoperationen, denen in durchschnittlich wenigen Tagen Heilung folgte.

C. Berliner-Aachen.

Partielle Blasenresektion wegen Tumors, von ARCOLLO. (*Rif. med.* 1903. Nr. 50.) Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines 52jährigen Mannes, bei dem auf Grund anhaltender Blasenblutungen, verbunden mit heftigen Schmerzen, ein maligner Tumor diagnostiziert wurde. Bei der Operation wurde diese Diagnose bestätigt und ein mandarinengroßes, kleinzelliges Sarkom, das von der Muskelschicht der Blase ausgegangen war, konstatiert. Es wurde ein Stück aus der Blasenwand exzidiert mit dem Tumor. Nach vierzehn Tagen konnten 70 cm³ Wasser, ohne Schmerzen zu verursachen, in die Blase injiziert werden. Nach zwei Monaten wurde oberhalb der vernarbten Operationswunde ein wahrscheinlich maligner Tumor nachgewiesen und eine Nachoperation vorgeschlagen, der sich aber der Patient, wohl zufrieden mit dem Erfolge, nicht unterziehen wollte.

C. Müller-Genf.

Betrachtungen über die Tuberkulose der Harnblase, von ALEX. B. JOHNSON - New York. (*Med. News.* 14. Mai 1904.) Tuberkulose der Harnblase kommt gewöhnlich kombiniert mit Tuberkulose anderer Organe des Urogenitalsystems vor und sind daher ihre Symptome meist entsprechend kompliziert. Im allgemeinen sind Harndrang und Schmerzen bei tuberkulöser Cystitis ziemlich heftig, so daß meist zu Morphium gegriffen werden muß. Als Folge der lokalen Reizung, besonders wenn die Prostata mitergriffen ist, zeigen die Patienten häufig einen abnorm starken sexuellen Trieb, dem sie oft noch bei sehr vorgerücktem Stadium der Erkrankung fleißig huldigen. In fast allen Fällen können Tuberkelbazillen im Urin bei der ersten oder wiederholten Untersuchung nachgewiesen werden. Tuberkulose des Urogenitalsystems ist eine Erkrankung des jugendlichen und höchstens mittleren Lebensalters, selten kommt sie nach dem 50. Lebensjahre vor, bei Männern häufiger wie bei Frauen. Was die Behandlung betrifft, so warnt JOHNSON vor lokalen Einspritzungen, auch vor den so sehr beliebten mit Sublimatlösung oder den Instillationen von Jodoform-Emulsion, ebenso vor den inneren sogenannten Harnantiseptica, während die allgemein-hygienische Behandlung, wie Aufenthalt in frischer Luft (gleichmäßig trockenes Klima), gute Ernährung u. s. f., noch die beste Aussicht auf Genesung bieten. Dieser Freiluftkur sollte aber, wo irgend möglich, operative Entfernung der tuberkulösen Herde in Nieren, Nebenhoden, Prostata, Samenbläschen — vorausgesetzt, daß solche vorhanden und der Patient in leidlich gutem Kräftezustand sich befindet — vorhergehen. In jenen seltenen Fällen, wo die Blase allein affiziert ist, und zwar nur in einem beschränkten Umkreise — daher stets cystoskopische Untersuchung — kann operative Entfernung oder (kaustische) Zerstörung des kranken Gewebes von Besserung und sogar Heilung gefolgt sein.

Stern-München.

Die Frühdiagnose der Blasentuberkulose, von GUYON. (*Journ. d. prat.* 1904. Nr. 16.) Kurzer Hinweis auf die Bedeutung der Cystoskopie für die Frühdiagnose der Blasentuberkulose. In zahlreichen Fällen äußert sich der Beginn der Erkrankung lediglich durch eine Vermehrung der Miktionen, die Erscheinungen der Cystitis und Hämaturien treten oft erst später auf; in solchen Fällen kann die

Diagnose im Anfangsstadium nur mit Hilfe des Cystoskops gestellt werden. Auch zur Unterscheidung zwischen einfacher Ulceration der Blase und Blasentuberkulose ist, wie ein mitgeteilter Fall beweist, die cystoskopische Untersuchung unerlässlich.

Göts-München.

b. Hoden und Samenbläschen.

Vorübergehende Lageveränderung des Hodens, von WANSER-Stadtamhof. (Aus „Zwei bemerkenswerte Fälle aus der Praxis“. *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 17.) Bei einem Manne mit, linksseitigem äußerem Leistenbruch verschob sich, während er in gebückter Stellung arbeitete, das Bruchband. Als der Mann sich aufrichtete, verspürte er heftige kolikartige Schmerzen im Leib. Die Untersuchung ergab, daß der Bruchkanal für den Daumen durchgängig und vollständig leer war; dagegen konnte der linke Hoden nirgends gefunden werden. Erst als der Kranke stark presste und W. gleichzeitig von oben her massierte, trat der Hoden von oben her in den Leistenkanal ein, passierte ihn und glitt schließlich in den Skrotalsack hinab. Jedenfalls war bei dem Mann der Processus vaginalis offen; beim Bücken hatte sich die Pelotte verschoben und, als der Mann aufstand, den Hoden mit in die Höhe gezogen und in den nach der Bauchhöhle zu trichterförmig sich erweiternden Leistenkanal hineingepresst.

Göts-München.

Ein Fall von nicht herabgestiegenem Hoden, von FRANK EUGENE PILCHER-Detroit. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Febr. 1904.) Ein 28jähriger Mann war seit seiner Pubertätszeit ohne Erfolg wegen schwerer Magenstörungen und Störungen von seiten des Nervensystems behandelt worden. Der Zustand verschlimmerte sich mehr und mehr, es traten schwere deliriöse Zustände auf, die psychischen Fähigkeiten ließen nach, der Patient wurde immer mehr menschenscheu. Endlich stellte eine genaue Untersuchung fest, daß beiderseitiger Kryptorchismus vorlag; die Operation wurde ausgeführt und wie mit einem Schlage waren alle körperlichen und psychischen Störungen beseitigt.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Behandlung der Impotentia virilis mit Yohimbin auf Grund eigener Beobachtungen und Erfahrungen, von L. JAKOBSON. (*Allg. med. Centralstg.* 1904. Nr. 11.) JAKOBSON verordnet das Yohimbin, gewöhnlich in einer 5%igen Lösung dreimal täglich 10—15—20 Tropfen zu nehmen, und zwar meist nebenher, das heißt neben der Behandlung mit Elektrizität oder neben der Behandlung der chronischen Blennorrhoe. Nur bei mangelhafter Erektion oder bei vorzeitiger Ejakulation, nicht etwa bei mangelnder Libido sexualis, wurde es gegeben. Er ließ zunächst erst jedesmal 10 Tropfen der obigen Lösung nehmen, um nicht anfangs Blutwallungen zum Kopfe, Magenstörungen usw. hervorzurufen. Im ganzen genügten 3 dg; übrigens wirkte das Yohimbin meist schon sehr rasch.

Arthur Rahm-Collm (Sachsen).

Zur Ätiologie der Orchitis fibrosa, von FRITZ LESSER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 12.) Während bis vor kurzem die Orchitis interstitialis s. fibrosa als eine ausschließlich durch Syphilis verursachte Affektion galt, wird neuerdings auch die Blennorrhoe für die Entstehung der Erkrankungen verantwortlich gemacht. Nach den Untersuchungen Ls kann die Orchitis fibrosa, die er unter 2979 Leichen erwachsener Männer 133 mal, also in 4,5 % fand, nur in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen durch Blennorrhoe hervorgerufen sein. In den weitaus häufigsten Fällen ist Syphilis die Ursache, nur in einzelnen, ganz seltenen Fällen kommen Traumen, insbesondere Kontusionen, Parotitis epidemica, Tuberkulose, Influenza und Typhus als ätiologische Momente in Frage. Bei Befund einer Orchitis fibrosa kann man, wenn der Nebenhoden nicht miterkrankt ist und die Entstehung der Affektion durch eine der zuletzt genannten Ursachen sich anamnestisch nicht er-

weisen läßt, die Hodenveränderung mit Sicherheit auf Syphilis zurückführen, auch wenn keine weiteren syphilitischen Manifestationen vorhanden sind.

Götz-München.

Einige Betrachtungen zur Behandlung der Hodentuberkulose, von JOSEPH A. BLAKE - New York (*Med. News.* 14. Mai 1904.)

Nach der, allerdings etwas geringen, auf acht operierten Fällen beruhenden Erfahrung BLAKES ist die Operation der Wahl bei Tuberkulose des Hodens die Kastration, ausgenommen, wenn beide Seiten erkrankt sind, in welchem Falle womöglich ein Hoden erhalten bleiben sollte. Die infizierten Samenbläschen sollten ferner in jedem Falle exziiert werden, wo die Krankheit noch auf die Urogenitalorgane beschränkt ist. Für diese nicht ganz leichte Operation gibt BLAKE seine, von der BÜNGERSchen abweichende Methode des näheren an.

Die Behandlung der Hodentuberkulose, von JOSEPH B. BISSELL - New York (*Med. News.* 16. Juli 1904.)

BISSELL verfügt über nahezu 120 Fälle und erklärt auf Grund seiner Erfahrungen, die er hier mit acht Fällen illustriert, die Epididymektomie für das beste Operationsverfahren. Dieselbe kann mit der Erwartung vollständigen Erfolges, wenn frühzeitig in Angriff genommen, ausgeführt werden. B. hält es nicht immer für nötig, auch höher gelegene Krankheitsherde (Samenbläschen) zu entfernen, um ein günstiges Resultat zu erzielen. Die Orchiectomie ist indiziert, wenn der Hoden in ausgesprochener Weise oder ganz allein (was sehr selten ist) befallen ist, oder wenn er zerfallen ist und dies für das Leben des Patienten eine Gefahr bedeutet, im allgemeinen aber nur dann, wenn eine Kontraindikation gegen die Epididymektomie besteht. Explorativer Einschnitt in den Hoden (Orchidotomie) ist als der Epididymektomie folgende Operation dann angezeigt, wenn einzelne Herde oder einige wenige Knoten gefunden werden oder wenn man solche vermutet. Ist aus irgendwelchen Gründen die radikale (operative) Behandlung nicht möglich, so muß man sich mit der sogenannten palliativen begnügen; dieselbe besteht der Hauptsache nach in Ruhe und Stütze der erkrankten Teile, Reinigung von eventuell offenen Herden, Eröffnung und Drainage von Abszessen u. s. f. In allen Fällen ist aber die allgemeine konstitutionelle Behandlung, wie sie nun für Tuberkulose allseitig anerkannt ist, einzuleiten, und BISSELL hat bei manchen derartigen Kranken durch diese hygienisch-diätetischen Maßnahmen allein bedeutende Erfolge gesehen. Als Bestandteil der Palliativbehandlung hebt er übrigens auch Anwendung der X-Strahlen, des Radiums und der fluoreszierenden Lösungen, von welchen Mitteln er sich für die Zukunft noch viel verspricht, hervor.

Stern-München.

Klinische Studie über die bösartige Entartung des Hodens, von CAVAZZANI. (*II Morgagni.* 1904. Nr. 4.) Verfasser macht zunächst auf die Unvollständigkeit der Statistik in bezug auf diese Frage aufmerksam und erwähnt die bedeutenden Verdienste von PORTA in dieser Richtung. Er gibt dann eine Übersicht der neuesten Publikationen und kommt zum Schlusse, daß die malignen Tumoren des Hodens (mit Ausschluß der gemischten Neubildungen, der Spindelzellensarkome, der reinen Enchondrome usw.), d. h. die medullären Sarkome und Carcinome, wahre Endotheliome sind und meist vom Lymphapparate des Hodens ausgehen. Dieser Umstand erklärt denn auch die bedeutende Bösartigkeit dieser Tumoren, welche nach den prävertebralen Lymphgefäßen verschleppt werden, noch bevor der Patient das Vorhandensein seines Übels ahnt.

C. Müller-Genf.

c. Prostata.

Die Prostatakrisis, von SAMUEL H FRIEND-Milwaukee. (*New York Journ.* 14. Mai 1904.) FR. sucht den Nachweis zu führen, daß eines der frühesten Symptome der Tabes, der Perinealschmerz, seinen eigentlichen Sitz in der Prostata hat und deshalb Prostatakrisis genannt werden sollte. Diese krisenartigen Schmerzanfälle stellten sich bei den drei, viele Jahre hindurch von FR. beobachteten Patienten dreibis viermal im Jahre ein, und zwar meist entweder nach einem sexuellen Akte oder einer Pollution, nahmen allmählich an Intensität ab und verschwanden nach Ablauf von sechs Jahren vollständig. Bei allen Patienten ging nach dem zweiten Jahre die Stelle des größten Schmerzes vom Mastdarm auf die Länge des Perineum über und schien sehr tief zu sitzen; die Dauer des Schmerzes betrug drei bis fünf Minuten. Durch die Selbstbeobachtungen seiner Patienten scheint die Ansicht F.s über den Sitz dieser Schmerzanfälle bestätigt zu sein. *Stern-München.*

Betrachtungen über die Chirurgie der Prostatahypertrophie, von JOHN G. SHELTON-Telluride, Color. (*Med. News.* 23. April 1904.) Verfasser teilt die Fälle von Prostatahypertrophie in zwei Gruppen: 1. solche, welche bereits in dem letzten Stadium ihres Zustandes sich befinden, 2. solche, welche noch genügend Widerstandsfähigkeit zu einer Radikaloperation besitzen. Im letzteren Falle macht er die perineale Prostatektomie, wobei die ganze Prostata mit Ausnahme jenes Teiles, welcher vor der Harnröhre liegt, enukleiert wird. Art der Anästhesie (Chloroform, $\frac{1}{2}$ Stunde vorher Morphium-Atropininjektion), Einführung des Katheters, Länge des Hautschnittes (ca. 4 cm genügend, median gelegen), Enukleation der Drüse und Verband werden der Reihe nach beschrieben, wie sie SH. in seinen elf Fällen mit vollständigem Erfolge ausgeführt hat. Von weiteren sechs Fällen wurden bei vier die Prostatektomie mit oberem Blasenschnitt — nur einen Erfolg und drei Todesfälle — und bei zwei letzterer kombiniert mit der perinealen Methode — ein Erfolg und ein Todesfall — ausgeführt. Im allgemeinen schließt SH. aus seinen Erfahrungen, daß bei allen Prostatikern die Infektion vor allem in Betracht zu ziehen ist, daß die Drainage der Blase gegen das Perineum zu (nach der Operation) den Patienten große Erleichterung gewährt, aber nur in desperaten Fällen und bei ganz geschwächten Patienten, bei welchen Zerstückelung der Prostata und erst sekundäre Entfernung derselben (nochmalige Operation) angezeigt ist, notwendig ist und daß schließlich derartige Patienten lang ausgedehnten Operationen oder Narkosen nicht gewachsen sind. *Stern-München.*

Die Prostatahypertrophie und ihre Behandlung nach FREYERs Methode, von G. BARLING. (*Brit. med. Journ.* 30. Jan. 1904.) An der Hand von zehn Fällen stellt Verfasser Betrachtungen über den Wert, die Indikationen der FREYERschen Methode und über die Technik der Operationen an und zieht folgende Schlüsse:

1. Es ist möglich, die Prostata zu enukleieren.
2. Die Pars prostatica urethrae muß dann fast immer mit dem Organ entfernt werden.
3. Geschieht dies nicht, so pflegt Nekrose derselben wegen mangelhafter Blutversorgung einzutreten.
4. Striktur folgt nicht auf die Schädigung der Urethra.
5. Die Operation gibt ausgezeichnete Resultate, indem die Funktionen der Blase auf einen absolut normalen Zustand wieder hergestellt werden.

C. Berliner-Aachen.

Über die moderne Chirurgie der Prostata, von W. BANKS. (*Brit. med Journ.* 6. Febr. 1904.) In dem medizinischen Institut zu Liverpool leitete Verfasser eine sehr

lebhaftes Diskussion über das obige Thema ein, an der sich unter anderen P. FREYER, D. CRAWFORD, R. PARKER beteiligten. Es wurden alle modernen Methoden von operativen Eingriffen der Prostata besprochen.
C. Berliner-Aachen.

Die Prostata und Prostatektomie, von J. W. Th. WALKER. (*Brit. med. Journ.* 26. März 1904.) Der Verfasser bespricht die Anatomie der normalen Prostata und ihrer Umgebung, die Veränderungen derselben bei Vergrößerung des Organs und schließlich die Prostatektomie nach FREYER.
C. Berliner-Aachen.

Eine anatomische Kritik des als totale Prostatektomie bekannten Verfahrens, von C. S. WALLACE. (*Brit. med. Journ.* 30. Jan. 1904.) Der Verfasser resumiert seine Betrachtungen in folgenden Schlusssätzen:

1. Die gewöhnliche Form der Prostatavergrößerung ist eine adenomatöse.
 2. Das adenomatöse Gewebe kann die Urethra umgeben oder Massen in den seitlichen Teilen des Organs bilden, hinter der Urethra oder in allen drei Teilen.
 3. Die operativ entfernten Teile können aus den von den lateralen Partien herührenden adenomatösen Massen bestehen oder von dem die Urethra vollständig umgebenden adenomatösen Gewebe.
 4. Zurück bleibt immer eine Hülle, welche drüsiges, von dem äußeren Teile der Prostata herrührendes Gewebe enthält.
 5. Die Dicke der Hülle hängt von der Tiefe ab, in welcher der enukleierende Finger den Prostatatumor von seiner Umgebung lostrennt.
 6. Die rectovesikale Fascie wird nicht eröffnet, noch der prostatiche Venenplexus verletzt.
 7. Obwohl es möglich ist, ein kleines Adenom vom Zentrum des lateralen Teils der Prostata zu entfernen, ohne daß die Urethra in ausgedehntem Maße verletzt wird, wird diese doch in toto entfernt, wenn adenomatöse Gewächse in ihrer Hülle extirpiert werden.
- C. Berliner-Aachen.

Die Indikationen und die Technik der Prostatektomie, FRANK LYDSTON-Chicago. (*New York Journ.* 6. August 1904.) L. erklärt in erster Linie, daß die Operation, sobald als eine Vergrößerung der Prostata konstatiert wird, ausgeführt werden muß; je länger man zuwarte, desto mehr treten die schlimmen Folgen der Retention auf, mit allen möglichen Komplikationen müsse man auch bei Spätoperationen rechnen, und dieselben müßten häufig in einem septischen Gebiete ausgeführt werden. Patienten im mittleren Lebensalter, bei welchen ernstliche Nierenstörungen vorhanden, rät L. palliativ, entweder mit dem Katheter oder mit einfacher suprapubischer Drainage, zu behandeln; ebenso verbietet sich bei Prostatikern im Alter von 55—70 Jahren, bei welchen Blase und Nieren schwerer affiziert sind, die Operation. Was nun die Patienten im Alter von über 70 Jahren betrifft, so kommt hier nur dann die radikale Operation in Frage, wenn das „Katheterleben“ mit Beschwerden verbunden ist; in vielen Fällen jedoch ist die einzig rätliche Operation die Incisio suprapubica und permanente Drainage. Prostatektomie in höherem Alter ist eben oft mit schweren Komplikationen verbunden. Bezüglich der Prostatektomie selbst wählt L. stets zuerst die perineale Methode, ohne behaupten zu wollen, daß sie in allen Fällen ausführbar ist; wo es eben nötig ist, muß noch die suprapubische angefügt werden. Im allgemeinen führt die perineale Incision am allerwenigsten zu Komplikationen und ermöglicht am besten die Drainage. Die Cystoskopie erklärt L. für die Mehrzahl der Fälle von Prostatahypertrophie zu deren Diagnose als zum mindesten entbehrlich, ja sogar als oft gefährlich. Die Technik seiner Operationsmethode kann hier in den Einzelheiten nicht wiedergegeben werden; zur Narkose wählt er natürlich Chloroform, nur für Ausnahmefälle Äther; Impotenz sah er selten auf die Prostatektomie folgen; Incontinentia urinae

blieb aber in mehr oder weniger hohem Grade bei den meisten Patienten noch bestehen, was sich ja leicht durch den Zustand, in welchem Blase und Nieren bei den größtenteils alten Leuten sich befinden, erklären ließe. *Stern-München.*

Bericht über eine erste Serie von 25 perinealen Prostataktomien, von RAYN. (*Lyon méd.* 1904. Nr. 14.) Von den 25 perinealen Prostataktomien, über die R. hier berichtet, führten zwei zum Tode; ein Kranker starb am vierten, der andere am 40. Tage nach der Operation, die Todesursache ließe sich in beiden Fällen nicht mit Sicherheit feststellen. Bei einem Manne ist die Prostataktomie nicht wegen Prostatahypertrophie gemacht worden, sondern als letzter, verzweifelter Versuch wegen einer Harnröhrenstriktur, die, mehrfach erfolglos operiert, zu chronischer Retention geführt hatte; ein Erfolg wurde bei diesem Patienten nicht erzielt. In den übrigen 22 Fällen dagegen war das Resultat insofern ein gutes, als nach der Operation der Urin wieder spontan entleert werden konnte, und zwar in neun Fällen vollständig, in 13 Fällen bis auf eine unbedeutende Menge Residualharns. Retention trat innerhalb der 2—12 Monate, die seit der Vornahme der Operation vergangen sind, nicht wieder auf. Dagegen blieb bei den meisten Operierten die Zahl der Miktionen andauernd vermehrt und die abgesonderte Harnmenge vergrößert; die Polyurie, die sich insbesondere auch bei Nacht äußerte, ist nach R. zweifellos verursacht durch sklerotische Veränderungen im Harnapparat. Zwei Kranke, bei denen es sich um ein Carcinom der Prostata bzw. ein epitheloides Adenom gehandelt hat, wurden nach der Operation inkontinent und blieben es bis zum Tode, der nach 4 bzw. 8 $\frac{1}{2}$ Monaten erfolgte. — Zum Schlusse seiner Arbeit meint R., daß die malignen Neubildungen der Prostata von der Prostataktomie auszuschließen sind, und daß man sich deshalb bemühen muß, diese malignen Tumoren womöglich klinisch von der gutartigen Prostatahypertrophie zu unterscheiden. Es wäre aber doch wohl richtiger, eine möglichst frühzeitige Diagnose der Prostatacarcinome usw. anzustreben, um noch rechtzeitig und radikal operieren zu können. *Göts-München.*

Ein Fall von Prostatotomia infrapubica, von HEUSNER. (Barmen. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 8.) Die technischen Details der Operation, welche bei einem 74jährigen Patienten wegen prostatistischer Beschwerden und jauchiger Cystitis mit gutem Erfolge ausgeführt wurde, sind im Original nachzulesen. Die Methode hat vor dem oberen Blasenschnitt die bessere Übersichtlichkeit und Zugängigkeit des Operationsfeldes, sowie die günstigeren Abflußverhältnisse, vor der Prostatotomia perinealis die größere Entfernung der Wunde von der Infektionsquelle des Afters und die leichtere Vermeidbarkeit von Verletzungen des Ductus ejaculatorii und des Rektums voraus.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Über die suprapubikale Prostataktomie, von TH. STOKER. (*Brit. med. Journ.* 30. Jan. 1904.) Der Verfasser hat zwar oft den suprapubikalen Schnitt ausgeführt, aber nur in drei Fällen zum Zwecke der Prostataktomie. Der ausführlichen Krankengeschichte dieser drei Fälle werden Bemerkungen zur Technik der Operation, insbesondere der Anlegung einer sachgemäßen Naht, ferner zur Nachbehandlung der Operierten vorausgeschickt. Nach den Beobachtungen des Verfassers gibt es drei Zustände der senilen Prostatavergrößerung:

1. Die echte Hypertrophie der Drüse ohne interstitielle Gewächse;
 2. die Anwesenheit von einem eingekapselten Tumor oder mehreren Tumoren auf der oder innerhalb der Substanz der Prostata, die entweder myomatöse oder adenomatöse und von der letzteren wohl unterschieden sind. Beide Formen von Neoplasmen können gleichzeitig vorhanden sein;
 3. Mischgeschwülste von echter Hypertrophie und interstitiellem Wachstum.
- Dieser Zustand ist der häufigste. *C. Berliner-Aachen.*

Vasektomie wegen vergrößerter Prostata, von TH. A. BUCK. (*Brit. med. Journ.* 30. Jan. 1904.) Der Verfasser hatte im Jahre 1901 einen 63jährigen Mann, welcher seit langer Zeit an allen bekannten Erscheinungen einer vergrößerten Prostata litt, in der Weise operiert, daß er vom rechten Vas deferens ein etwa 1 Zoll langes Stück exzidierte. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Von jener Zeit an war der Patient von seinen sämtlichen Beschwerden befreit und ist es bis jetzt, wo er 66 Jahre alt, geblieben.

Verfasser glaubte, an diesen Fall erinnern zu müssen, um den Wert der Vasektomie nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. C. *Berliner-Aachen.*

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die Schätzung des spezifischen Gewichtes des Urins, von MALLANMAR. (*Brit. med. Journ.* 23. Jan. 1904.) Wenn die Urinquantität für die Untersuchung mittels Urinometers zu klein ist, so verdünnt man den Urin mit 1, 2, 3, 4, 6 oder mehreren Teilen Wassers und sucht das spezifische Gewicht des unverdünnten Urins in der Weise, daß man die beiden letzten Stellen des spezifischen Gewichtes des verdünnten Harns mit der Anzahl der die Verdünnung zusammensetzenden Teile multipliziert und die gleiche Anzahl hinzuaddiert; z. B. ist 1 Teil Urin mit 3 Teilen Wasser verdünnt worden, und beträgt das spezifische Gewicht dieser Verdünnung 1004, so wird das des unverdünnten Urins 1020 betragen: $(04 \times 4) + 4 = 20$.

C. *Berliner-Aachen.*

Untersuchungen des Harns bei Beri-Beri, von H. E. DURHAM. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1904.) Aus den Beobachtungen des Verfassers ergibt sich, daß der Metabolismus bei Beri-Beri ernsthaft vermindert ist. Der Gehalt des Urins an Harnstoff, Phosphor- und Schwefelsäure ist stark reduziert und läßt auf eine schwere Erkrankung der beteiligten Organe, u. a. der Leber, schließen. Tatsächlich klagen die Patienten bereits über allgemeines Unwohlsein, noch ehe es recht eigentlich zum Ausbruch der ausgesprochenen Erscheinungen einer peripheren Neuritis bei Beri-Beri gekommen ist.

C. *Berliner-Aachen.*

Über Harnretention, von FERD. C. VALENTINE und TERRY A. TOWSEND-New York. (*Med. News.* 18. Juni 1904.) Kurze Anführung der verschiedenen (13) Krankheitszustände, bei welchen Urinretention in der Blase vorkommt, und von welchen Strikturen der Harnröhre und Prostatahypertrophie wohl die wichtigsten sind. Ist keine Lebensgefahr und kein mechanisches Hindernis für die Harnverhaltung vorhanden, so können die gewöhnlichen Mittel, wie heiße Sitz- oder allgemeine Bäder, plötzliches Eintauchen einer oder beider Hände in kaltes Wasser usw., das Übel beheben; diuretische, antispasmodische und diluierende Mittel sind kontraindiziert; Opiate und Allgemeinnarkose sind nur unter gewissen Umständen zweckmäßig, letztere besonders dann, wenn ein heißes Bad nicht zu haben ist. Die Behandlung der Striktur ist natürlich bei der damit verbundenen Urinverhaltung die Hauptsache und in der vorliegenden Abhandlung entsprechend gewürdigt. Wenn alle Katheterversuche mißglückt sind, so raten Verfasser zu folgendem Verfahren mit den filiformen Bougies: Drei derselben werden in Bajonettform, drei korkzieherförmig und drei weitere in verschiedenen Formen an ihrem Ende gestaltet, durch Eintauchen in Kollodium erhält sich die resp. Form. Die Harnröhre wird mit 10%igem Jodoformglycerin angefüllt und dann werden so viele fadenförmige Bougies eingeführt, als möglich ist; wenn sie nicht mehr weiter — bei sachtem Verschieben — gehen, dann versucht man mit jedem einzelnen das Hindernis zu überwinden, und zwar in letzter Linie mit den korkzieherförmigen. Erhält man auch bei dieser Methode keinen Urin, so bleibt kein anderes Mittel mehr als der obere Blasenschnitt. In den meisten Fällen, glauben

jedoch Verfasser, genügen die einfacheren Mittel, und geben wiederholt den Rat, wo immer auch die primäre Ursache liege, die Blase nicht plötzlich (wegen der Gefahr der Haemorrhagie ex vacuo), sondern allmählich zu entleeren und immer nach Entleerung von etwa 60 ccm Urins 30 ccm warmer 4%iger Borlösung durch den Katheter einzuspritzen (mit Spritze oder Irrigator), bis die letztere klar abfließt.

Stern-München.

Anmerkungen über die Harnsylinder, von PADOA. (*Rivista critica di Clinica med.* 1904. Nr. 21.) Der Verfasser hat eine Reihe von Farbstoffen zum Färben der Urinzylinder untersucht und gefunden, daß unter denselben folgende am meisten zu empfehlen sind: Das Magentarot gibt sehr gute Resultate; ebenso das Hämatoxylin; das Alaun-Hämatoxylin schlägt aber das Eiweiß nieder, so daß es nur verwertet werden kann, wenn das Sediment zuerst reichlich mit einem Strome von Kochsalzlösung gewaschen worden, wenn es sich um stark eiweißhaltige Harne handelt. Jodtinktur und Kaliumbichromat schlagen das Mucin nieder, so daß auch hier reichlich Waschungen vorgenommen werden müssen; das Jod färbt aber das Amyloid in charakteristischer Weise. Sehr gute Farbstoffe sind ferner das Methylenblau und das Eosin. Osmiumsäure zur Fettfärbung ist nicht zu empfehlen, da es schmutzige, undeutliche Präparate liefert; an dessen Stelle läßt sich vorteilhaft Sudanrot III verwerten. Sehr zu empfehlen ist eine Mischung von Methylenblau (0,5%) mit einer verdünnten alkoholischen Lösung von Sudanrot III; das Fett wird dabei gelb-orange, alles übrige blau.

C. Müller-Genf.

Untersuchung eines Falles von grünem Urin nach Gebrauch von Methylenblau in einem Geheimmittel, von JAMES M. COOPER - Ann Arbor. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 5. März 1904.) Eine an Ischias leidende alte Dame hatte von einem Patentmedizinbureau eine Schachtel mit Pillen zur Probe zugeschickt bekommen. Die Pillen, als „Magic Regulators“ bezeichnet, hatten blaßrote Farbe; es sollte vor jeder Mahlzeit eine Pille mit einem Glase heißen Wassers genommen werden. Beigefügt war eine Bemerkung, daß man, um die Wirkung des „Magic Regulators“ auf die bei Rheumatismus stets erkrankten Nieren festzustellen, auf die Farbe des Urins aufpassen solle; werde der Urin nach Gebrauch der Pillen blau oder grün, so könne man sicher sein, daß die Pillen ordentlich wirken. — Verfasser bekam eine Probe grünen Urins und die Pillen zur Untersuchung und stellte fest, daß die grüne Farbe durch Methylenblau verursacht sei. Die Pillen hatten äußerlich alle das gleiche Aussehen; es zeigte sich aber, daß von den untersuchten Pillen die meisten in ihrem Innern eine dunkelblaugrüne Substanz enthielten, während eine einen graugelblichen Inhalt hatte. Die blaugrüne Masse erwies sich als Methylenblau, der Inhalt der einen Pille war vermutlich ein leichtes Abführmittel. — Verfasser macht auf diese neue Art des Schwindels aufmerksam, der vermutlich noch öfter zur Beobachtung kommen wird. Fast in jedem Falle von blauem oder grünem Urin ist die Ursache die Einführung einer Anilinfarbe, gewöhnlich von Methylenblau; deshalb soll man in solchen Fällen stets zunächst die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt richten.

A. Loewald-Kolmar.

Beobachtungen über Eiweißproben, von CH. MURRAY. (*Brit. med. Journ.* 16. April 1904.) Bei den üblichen Eiweißproben kann häufig ein Mucin oder Nukleo-Protein enthaltender Urin für eiweißhaltig angesehen werden. Um solche Irrtümer zu vermeiden, empfiehlt Verfasser, einem kleinen Quantum (20—30 Tropfen) Urin einige Tropfen einer gesättigten, wässrigen Salicyl-Sulphonsäure in einem sehr kleinen Reagensrohr zuzusetzen, ohne zu kochen. Bei Anwesenheit von Mucin bildet sich ein Niederschlag, welcher sich beim Kochen auflöst, während vorhandenes Albumen koaguliert. Keine andere Substanz im Urin, abgesehen von den Proteidsubstanzen,

reagiert in dieser Weise auf Salicyl-Sulphonsäure. Um eine gesättigte Lösung zu erhalten, nimmt man 25 g Salicyl-Sulphonsäurekristalle und löst sie in 10 cm Wasser auf.

Verfasser hat sich dieser sehr empfindlichen Eiweißprobe seit mehreren Jahren bedient und findet sie den anderen überlegen und einwandsfreiere Ergebnisse zeitigend.

C. Berliner-Aachen.

Gibt es eine physiologische Albuminurie? von A. OSWALD-Zürich. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15.) Im ersten Teile seiner Arbeit bespricht O. die Argumente, die vom klinischen Standpunkt aus gegen die Existenz der „physiologischen“ Albuminurie geltend gemacht werden. Dann weist er ausführlich darauf hin, daß bei der sog. physiologischen Albuminurie wie auch bei der orthostatischen oder zyklischen oder Pubertätsalbuminurie sehr häufig Nukleoalbumin, das ist ein Gemisch von Fibrinoglobulin (Fibrinogen) und dem als Euglobulin bezeichneten Teile des Serumglobulins, entweder allein oder mit Globulin zusammen im Harn enthalten ist, daß also bei den genannten Formen von Albuminurie sehr oft das schwerer diffundierbare Eiweiß (Euglobulin) zur Ausscheidung kommt, während das leichter diffundierbare (Serumalbumin) zurückgehalten wird. Von einer einfachen Diffusion oder Filtrierung des Eiweißes durch das Nierengewebe infolge größerer Porosität des Nierenfilters kann demnach nicht die Rede sein, denn sonst müßte das leichter diffundierbare Eiweiß stets zuerst erscheinen und das schwerer diffundierbare Eiweiß könnte nie ohne das leichter diffundierbare auftreten. — Den Beobachtungen mehrerer Autoren zufolge wird Euglobulin-Fibrinoglobulin in größerer Menge zumeist nur bei parenchymatösen Krankheitsprozessen in der Niere ausgeschieden. Daraus folgert O., daß das Auftreten von Euglobulin-Fibrinoglobulin mit parenchymatöser Entzündung in besonderem Zusammenhang steht, und er hält es für möglich, daß auch bei den nichtnephritischen Albuminurien die Ausscheidung von Euglobulin-Fibrinogen auf einen wahrscheinlich durch Zirkulationsstörungen verursachten Reizzustand in den Nierenzellen zurückzuführen sei. Bestätigt sich das, dann darf man die „physiologische“ Albuminurie, wenigstens die mit Ausscheidung von Euglobulin-Fibrinogen einhergehende, durchaus nicht als gleichgültig betrachten. — Eine prinzipielle Trennung der physiologischen Albuminurie bei Erwachsenen von der orthostatischen oder Pubertätsalbuminurie hält O. für absolut ungerechtfertigt.

Göts-München.

Über die Pubertätsalbuminurie, von FREIBAM-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 8.) (Siehe S. 56.) Die Prognose ist günstig, sie hängt jedoch von den Begleiterscheinungen ab und darf nur vorsichtig nach längerer Beobachtung gestellt werden. Maßgebend ist das Fehlen von Zylindern, das Verschwinden des Eiweißes in der Ruhelage und das spezifische Gewicht des Harns. Die Therapie besteht hauptsächlich in der Liegekur. Falls nach vorsichtigen Steh- und Gehversuchen die Albuminurie wieder auftritt, muß die Ruhelage fortgesetzt werden. Bei nicht bestehender Nephritis soll gemischte Kost empfohlen, vor Alkohol, Arsen und kalten Bädern unter allen Umständen gewarnt werden.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Ein interessanter Fall von Cystinurie und Cystinsteinen, von E. RIBOLLE-Jassy. (*Med. Blätter.* 1904. Nr. 3.) Der vorliegende Fall war deshalb interessant, weil die Cystinurie in Begleitung von Cystinsteinen eine sehr seltene Erkrankung ist; im ganzen sind bisher einige 60 Fälle in der Literatur verzeichnet. Die Abstammung des Cystins aus den Eiweißkörpern ist zweifellos, die Art der Entstehung noch nicht festgestellt. Dieser Fall weist auf einen Zusammenhang zwischen Cystinurie und gastro-intestinalen Störungen auf, die bei der Patientin im Vordergrund der Erscheinungen standen. Die gleichzeitig vorhandene Diaminurie läßt auf fermentative Prozesse im Darmkanal schließen, die entstanden sind unter dem Einfluß gewisser

Bakterien. Vielleicht ist die Cystinurie als Infektionskrankheit aufzufassen und in Fällen von langdauernden gastro-intestinalen Störungen an Cystinurie zu denken.

Putzler-Dansig.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie, von MATTIROLI und TEDESCHI-Turin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904, Nr. 6—13.) Fall A, ein 31jähriger Bergmann, bekam seine Anfälle von Hämoglobinurie durch starke Kälteeinwirkung, Fall B, ein siebenjähriger Schüler, mit *Lues congenita* behaftet, durch Anstrengung. Beide wurden mit Sublimat-injektionen behandelt. Die Verfasser erhielten bei ihren eingehenden Untersuchungen folgende Resultate:

1. Rote Blutkörperchen: In beiden Fällen war außerhalb des Anfalles eine leichte Verminderung, während des Anfalles eine beträchtliche Abnahme der roten Blutkörperchen nachzuweisen. Die Untersuchung des Blutes im frischen Zustande und in gefärbten Präparaten außerhalb des Anfalles bei Fall A keine Veränderung der roten Blutkörperchen, bei Fall B Poikilocytose, während des Anfalles war letztere auch bei Fall A vorhanden.

2. Weiße Blutkörperchen: Vor dem Anfalle leichte Leukocytose, nach dem Anfalle war die Zahl der weißen Blutkörperchen im Vergleich zur früheren Zählung eine geringere.

3. Hämoglobin: Außerhalb des Anfalles leicht vermindert bei A, stark bei B (*syphilitische Dykrasie*). Während des Anfalles Abnahme des Hämoglobins direkt proportional den roten Blutkörperchen.

4. Isotonie, d. i. die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen nach Zusatz von Chlornatriumlösungen progressiv steigender Konzentration (0,2—0,6%): Bei A bleibt die Resistenz innerhalb der physiologischen Grenzen, bei B ist sie außerhalb des Anfalles vermindert, während des Anfalles fast unverändert.

5. Spezifisches Gewicht des Blutes und des Serums: Bei A ist das spezifische Gewicht des Blutes normal (1055—1060), während des Anfalles in beiden Fällen herabgesetzt, entsprechend dem Hämoglobinverluste. Das spezifische Gewicht des Serums bei A physiologisch (1028—1030), bei B niedriger als normal, während des Anfalles in beiden Fällen konstant.

6. Die Asche des Blutes und des Serums: Bei A außerhalb des Anfalles physiologisch, während des Anfalles Asche des Blutes stark, des Serums leicht vermindert. Bei B ist Asche außerhalb des Anfalles gering, während desselben noch geringer.

7. Krioskopie des Serums: Bei A nur während des Anfalles leicht herabgesetzt, bei B ist der Gefrierpunkt des Serums vor dem Anfalle und während desselben 0,57, was noch als normal betrachtet werden muß.

8. Farbe des Serums: Bei A außerhalb des Anfalles zitronengelb. Spektroskopisch ist ein schwacher, diffuser Absorptionstreifen in Grün und Blau zu sehen, der wahrscheinlich dem Streifen von Urobilin entspricht. Während des Anfalles ist das Serum rubinrot. Die Spektroskopie zeigt zwei Absorptionstreifen des Oxyhämoglobins, die auch bei dreifacher Verdünnung des Serums bestehen bleiben. Bei B ist das Serum zwischen den Anfällen blaßgelb, während des Anfalles etwas stärker gelb, ist also nicht hämoglobinhaltig. Spektroskopisch kein Absorptionstreifen.

9. Gerinnung: In beiden Fällen, besonders bei A, gerinnt das Blut während des Anfalles viel schneller.

Es wurde auch das Verhalten der roten Blutkörperchen gegenüber 1. der Gefäßstauung, 2. den Traumen und 3. der Kältewirkung untersucht. Bei der venösen Stase durch Einschnürung des Armes wurde bei A schon nach fünf Minuten eine heftige,

bei B dagegen erst nach 15 Minuten eine schwache Hämoglobinurie erzeugt. Ad 2 wurde frisch entnommenes Blut in einem Fläschchen geschüttelt, welches kleine Glasplitter enthielt. Schon nach wenigen Minuten war das Blut von A hämoglobinhaltig, das von B dagegen nicht. Ad 3 wurden die Eproutetten mit frischem Blut in Eis getaucht. Von A war das Serum schon nach 5—6 Stunden, von B nicht einmal nach 24 Stunden hämoglobinhaltig.

Einen breiten Raum nimmt die Besprechung der lytischen und agglutinierenden Eigenschaften des Blutes der Hämoglobinuriker ein. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Zur Frage über den Erreger der toxischen Hämoglobinurie bei dem Vieh in Kuban (Rußland), von E. DJATSOBENKO-St. Petersburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXV. Nr. 6.) In Kuban wird unter dem Schlachtvieh manchmal eine fieberhafte Krankheit beobachtet, bei der sich blutiger Harn zeigt; die Ähnlichkeit dieses Harnes mit dem dortigen Rotwein, „Tschischir“ genannt, hat die Bewohner bewogen, auch der Krankheit denselben Namen zu geben. Verfasser hat nun einen Ochsen, der auf der Höhe der Erkrankung geschlachtet wurde, untersucht und aus der Milz und Leber Strichkulturen angelegt. Er fand ein Spirillum mit mehr oder weniger lebhaft fortschreitender Bewegung, das er für den Erreger der Krankheit hält. Eine Überimpfung auf andere Tiere gelang nicht, doch erklärt dies Verfasser aus dem Umstände, daß die Kulturen auf der Überführung (sie wurden bis Petersburg gebracht) gelitten. Für das neu entdeckte Spirillum schlägt Verfasser den Namen Spirillum Tschischir vor.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über das Vorkommen von Pentosurie als familiäre Anomalie, von H. BIAL-Kissingen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Verfasser beobachtete in einer Familie drei Fälle von Pentosurie, denen er noch einen vierten Fall anreihet. Sonst nichts Neues.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über den heutigen Stand der Lehre von der Lävulosurie, von LUDWIG LABAUD. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 11.) Bei Anomalien des Kohlehydratstoffwechsels finden sich außer der Glykose noch andere Kohlehydrate, wenn auch in geringen Mengen, so z. B. die Pentosen, die Glykuronsäuren und die Lävulose, welche letztere nur deshalb so selten nachgewiesen wurde, weil die Untersuchungsmethoden noch mangelhaft waren. In den meisten Fällen von Lävulosurie war gleichzeitig auch Glykose in mehr oder minder hohem Grade nachzuweisen, und nur in wenigen Fällen war isolierte Lävulosurie beobachtet worden, in einem bemerkenswerten Falle bestand sogar gleichzeitig Lävulosämie. Im Blutserum des Diabetikers können sich so erhebliche Mengen von Lävulose finden, daß ihr Drehungsvermögen dasjenige des Traubenzuckers bei weitem zu übertreffen vermag. Man unterscheidet zwei Gruppen von Lävulosurie, die eine ohne bedeutende Glykoseausscheidung, die andere stellt die Fälle von Diabetes mellitus dar, bei denen neben Glykose auch Lävulose in nicht unerheblichem Grade im Blute kreist, dort sogar Linksdrehung erzeugt und gleichzeitig auch im Harn zur Ausscheidung gelangt, ohne hier die Rechtsdrehung auszulöschen oder in Linksdrehung zu verwandeln. Die Lävulosurie wird nicht als eine dem Diabetes mellitus analoge Stoffwechselstörung angesehen. Versuche, durch Eingabe von Lävulose oder Glykose eine alimentäre Lävulosurie zu erzeugen, führten nicht zum Ziel, im Gegenteil wurde sogar eine rätselhafte Abnahme der Linksdrehung nach Lävuloseeinnahme beobachtet. Dagegen wird vermutet, daß die Erzeugung einer alimentären Lävulosurie mit Erkrankungen der Leber in Zusammenhang stehe. Die mit Lävulosurie verbundenen Fälle von Diabetes mellitus zeigen gegenüber den von reinem Diabetes mellitus keinen besonderen Verlauf. Die isolierte Lävulosurie hat im ganzen einen milderen Charakter als der Diabetes mellitus, da es sich dabei um relativ geringe Mengen von Kohlehydraten handelt. Die Behandlung der Lävulosurie ist wie beim

Diabetes mellitus eine rein diätetisch-symptomatische. Zum qualitativen Nachweis des Fruchtzuckers dient die SCHWANNSCHE Probe (feuerfeste Färbung nach Erhitzen von gleichen Teilen Harnes, rauchender Salpetersäure und einigen Körnchen Resorcin), jedoch ist diese Probe nur dann positiv, wenn bei saurer Reaktion des Harns nach kurzem Kochen der typische Niederschlag in Form roter, in Alkohol mit roter Farbe sich lösender Flocken erscheint. Über die Ursache der Lävulosurie wissen wir nichts Sicheres. Wahrscheinlich stammt die Lävulose aus dem mit der Nahrung aufgenommenen Fruchtzucker, teils wird sie selbständig im Organismus gebildet; wir wissen jedoch nicht, an welcher Stelle im tierischen Organismus diese Ausscheidung vor sich geht.

Kaisenellenbogen-Düsseldorf.

Ölinjektion in den Ureter mit nachfolgendem spontanen Abgang eines Uretersteines, von LOUIS E. SCHMIDT-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 12. März 1904.) Eine 35jährige Dame litt seit sechs Jahren an kolikartigen Schmerz Anfällen in der rechten Niacalgegend. Die Röntgendurchleuchtung hatte das Vorhandensein eines Steines im Ureter ergeben. Verfasser stieß bei der Katheterisation des Ureters auf ein Hindernis, das sich aber leicht überwinden ließ. Vor Entfernung des Katheters injizierte er in Nierenbecken und Ureter 20 ccm Öl. Es traten darauf sehr heftige Schmerzen auf, bis nach acht Tagen plötzlich der Abgang des Steines erfolgte.

A. Loewald-Kolmar.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Im naturhistorisch-medizinischen Verein Heidelberg (Sitzung vom 1. Dez. 1903; nach *Münch. med. Wochenschr.*, 1904, Nr. 13) sprach ERB zur Statistik des Trippers. Er fand unter 600 Männern der höheren Stände 300 = 50%, die eine blennorrhöische Infektion haben; nach dieser Statistik ist die Häufigkeit des Trippers doch nicht so exorbitant, wie vielfach behauptet wird. Um die Wirkungen der blennorrhöischen Infektionen auf die Familien und Ehefrauen festzustellen, empfiehlt er die Durchführung einer genauen und wohl vorbereiteten Statistik der durch den Tripper ihrer Ehemänner erkrankten und siech gewordenen Frauen. Dafs, wie mehrfach behauptet worden ist, zwischen Tripper und Tabes ein ursächlicher Zusammenhang besteht, bestreitet E. entschieden; dagegen hält er die Frage, ob etwa die Kombination von Syphilis und Tripper besonders wirksam für die Entstehung der Tabes sei, für weiterer Untersuchung wert.

In der Diskussion spricht sich v. ROSTHORN dahin aus, dafs auch die Häufigkeit der durch Blennorrhoe verursachten Frauenkrankheiten zurzeit entschieden überschätzt werde. Am gefährlichsten für die Frauen sind die latenten chronischen Tripper der Männer; über die Häufigkeit dieser latenten Blennorrhoe wissen wir gar nichts. SACK vermutet, dafs die Tripperstatistik ERBs deswegen eine verhältnismäfsig niedrige Zahl ergeben habe, weil seine Klientel alle Altersstufen bis zum achten Lebensjahrzehnt umfasst, die Blennorrhoe aber gerade in den letzten Jahrzehnten besonders stark an Verbreitung gewonnen zu haben scheint; es ist daher natürlich, dafs sehr viele von den älteren Patienten ERBs niemals Blennorrhoe gehabt haben. BETTMANN hält es noch für zweifelhaft, ob wirklich die Blennorrhoe in den letzten Dezennien eine so bedeutende Ausbreitung erfahren hat, oder ob die Angaben der Kranken über frühere venerische Infektionen mit dem Wachsen des Alters an Zuverlässigkeit verlieren. Übrigens gaben ihm von 240 Hautkranken nur 41% eine blennorrhöische Infektion zu. CERNY glaubt ebenfalls, dafs zurzeit zu viele Erkrankungen der weiblichen Genitalien auf Blennorrhoe zurückgeführt werden. BRAUER betont die Unzulänglichkeit

der „Eintagsstatistiken“. In seinem Schlusswort bestreitet ERB die Richtigkeit der Tripperstatistik BLASCHKOS, der bei seinem Krankenmaterial 100% Trippermorbidität konstatiert haben will.

Göts-München.

Blennorrhoe, von A. NEISSER-Breslau und W. SCHOLTZ-Königsberg. (*Handb. d. pathog. Mikroorgan.* 1908. 18. u. 14. Liefg.) In der NEISSERSchen Klinik ist diese Arbeit entstanden, von NEISSER in ihrem Plane aufgestellt und von SCHOLTZ ausgearbeitet worden. Es handelt sich um die Auffassung der Blennorrhoe — Pathologie und Pathogenese — vom bakteriologischen Standpunkte aus. Dem Gonococcus gilt die höchst exakte, an Literatur überaus reiche und 2 $\frac{1}{2}$ Druckbogen umfassende Darstellung. Der Gonococcus beherrscht den Plan und auch die SCHOLTZsche Auffassung. Wo Gonokokken sind, ist eine Blennorrhoe, wo keine Gonokokken sind, ist keine Blennorrhoe, und wie WERTHEIM und andere annehmen, Degenerationsformen haben keine Bedeutung, höchstens, daß man hier und da erst mal die Methode der Provokation anwenden müßte, um gewissermaßen abgekapselte oder latente Gonokokkenherde zu neuer Wucherung anzuregen.

Andererseits heißt es, die Blennorrhoe — die Gonococcus! Selbst bei der Nebenhodenentzündung, an den Sehnenscheiden, Herzklappen und in den Gelenken müssen sich die Gonokokken finden. Abgesehen von der Zuhilfenahme obigen Provokationsverfahrens genügt für die Diagnose meist schon die einfache mikroskopische Färbung bezw. das verbesserte GRAMSche Verfahren; nur die Differentialdiagnose zwischen Meningococcus intracellularis und dem Gonococcus, und event. die Entscheidung bei Rektalblennorrhoe und Vulvovaginitis kleiner Mädchen, machen die Heranziehung der Kulturmethode nötig, und dieser entspricht der WERTHEIMSche Serumagar (Ascitesagar).

Schule und Kritik sind hier brauchbar und sachlich vereint. Für das bakteriologische Arbeiten ist die SCHOLTZsche Abhandlung infolge ihrer Übersichtlichkeit und Reichhaltigkeit ein höchst nützlicher und wertvoller Behelf.

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Zur Abwehr der blennorrhöischen Infektion beim Manne, von G. NOB-Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkrankh.* 1904. Nr. 1 u. 2.) Verfasser empfiehlt angelegentlich die prophylaktischen Einträufelungen in das Orific. externum post coitum. Drei bis fünf Tropfen genügen; ein Teil des Medikaments soll aber auch auf die Urethralöffnen und die angrenzende Glandaroberfläche ausgebreitet werden, um auch etwa hier haftende Keime abzutöten. Verfasser motiviert diesen Vorschlag damit, daß mitunter erst durch das nachträgliche Eindringen von an der Eichel und Vorhaut klebenden virulenten Sekretspuren die Urethralinfektion erfolgt, Fälle mit ungewöhnlich langer Infektion scheinen den sprechenden Beweis hierfür zu liefern. Andererseits können die an der Glans haftenden Gonokokken auch zur Infektion der paraurethralen Gänge führen, aus diesem Grunde muß neben der Instillation auch stets eine ausgiebige Waschung der Glans und des Präputialsackes einhergehen.

Als Flüssigkeit sind neben den 2%igen Lapsilösungen, die nach den Erfahrungen des Verfassers weder von subjektiven Beschwerden begleitet zu sein pflegen, noch schließen sich an dieselben namhaftere Reizungen in Form von Ausfluss und Ödem an, sehr das Protargol und Albargin zu empfehlen. Das Protargol wird in Form der 20%igen Protargol-Glycerinlösung, das Albargin in 6–8%iger Glycerinlösung verwandt. Weniger empfehlenswert sind konsistentere in die Harnröhre einzustreichende Fettverbindungen.

Neben den Silberpräparaten ist aber auch in der Prophylaxis und Therapie der Blennorrhoe dem salicylsauren Quecksilber eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, dessen hohes parasitizides Vermögen Gonokokken gegenüber in jüngster Zeit dar-

getan worden ist. Das schwer lösliche Salz wird durch ein besonderes Verfahren in eine klare gallertartige Masse verwandelt und kommt in Tuben eingefüllt unter dem Namen „Protector“ als Blennorrhoeophylaktikum in den Handel.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Mikroskopische Präparate von isolierter blennorrhöischer Infektion präputialer Gänge demonstriert BRUHNS in der Sitzung der Gesellschaft der Charité-ärzte am 28. Juli 1903 (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1904, Nr. 19), die nichts Neues zeigen. B. macht auf die klinische Wichtigkeit dieser Gänge aufmerksam, besonders deshalb, weil die Kranken diese kleine Affektion, die äußerlich harmlos erscheint, gar nicht zu beachten pflegen. Und doch sind diese Gänge genau so infektiös wie eine blennorrhöisch erkrankte Urethra. Der Patient aber weiß es nicht, und trägt in dem gutem Glauben, daß er gesund sei, die Infektion immer weiter. Die beste Therapie ist, wenn ausführbar, immer die Exstirpation. Sonst kommt die elektrolytische Verödung oder auch die Spaltung und Ausätzung in erster Linie in Betracht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine Untersuchung über Gonokokkenmetastasen; Mitteilung eines Falles, von JAMES MC COLGAN - Grass Lake und JAMES M. COOPER - Ann Arbor. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 2. April 1904.) Nach einem kurzen Überblick über die Literatur von Gonokokkenmetastasen berichten die Verfasser über einen Fall, eine 40jährige Frau betreffend, die an einer eiterigen Sehnenscheidenentzündung der Hand (Beugesehne des Zeigefingers) zur selben Zeit erkrankte, als ihr Mann wegen eines floriden Trippers in Behandlung war. Ob sie selbst tripperkrank war, wurde nicht festgestellt. Im Eiter wurden Diplokokken gefunden, die mikroskopisch in jeder Beziehung Gonokokken glichen; kulturell liefs sich nur soviel nachweisen, daß sie auf den gewöhnlichen Nährmedien nicht wuchsen. Die Verfasser weisen auf die Gefahr hin, die solche Kranke für sich und ihre Umgebung bedeuten, da die Möglichkeit einer Übertragung auf die Augen eine viel gröfsere ist, als beim Harnröhrentripper.

A. Loewald-Kolmar.

Über Stomatitis blennorrhöica beim Erwachsenen, von JÜRGENS - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 24.) Verfasser beobachtete bei einem Blennorrhöiker eine starke Stomatitis. Das Zahnfleisch war stark entzündet, die Wangenschleimhaut hatte einen schmutziggroßen, leicht abwischbaren Belag bei großer Neigung zum Bluten ohne Bildung von Membranen und Ulcerationen. Die Untersuchung des Belages ergab die Anwesenheit zahlreicher Spirochaeten und fusiformer beweglicher Basillen, sowie einzelner Gonokokken. Die kulturellen Untersuchungen ergaben zahlreiche Gonokokken.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beckenabscess im Gefolge der Blennorrhoe, von ROBERT TURNER. (*Brit. med. Journ.* 26. März 1904.) Ein 21jähriger junger Mann litt an chronischem Tripper, bekam später kleine Geschwüre auf der Glans und der inneren Vorhautfläche und einen großen Bubo in der linken Leistengegend. Eines Tages klagte der Patient über einen dumpfen Schmerz in der rechten Iliakalgegend nahe der Spina anterior superior. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Schwellung, die inzidiert wurde. Der palpierende Finger konnte den Abscess bis gegen die Fossa iliaca hin verfolgen. Nach Entleerung des Eiters und gründlicher antiseptischer Behandlung wurde Heilung erzielt. Verfasser teilt nicht mit, ob eine mikroskopische Untersuchung des Eiters stattgefunden und einen Zusammenhang des Abscesses mit der Blennorrhoe erwiesen hat.

C. Berliner-Aachen.

Febris blennorrhöica acutissima, von Z. BLINDREICH - Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 10.) Im Verlauf eines völlig unkomplizierten Trippers trat bei einem sonst gesunden jungen Manne in der dritten Woche plötzlich unter schweren

Schüttelfrösten hohes Fieber (40,2°) auf. Nach acht Stunden war der Patient wieder völlig fieberfrei; er hatte vier Salolpulver à 1,0 zur Bekämpfung des Fiebers bekommen. Weitere Folgen hatte das Fieber nicht. Da jede andere Erklärung fehlt, nimmt Verfasser als Ursache des Fiebers eine ganz akute, durch Gonokokken hervorgerufene Intoxikation an.

A. Loewald-Kolmar.

Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nachweis der Gonokokken im Blute bei Lebzeiten der Patienten, von PAUL KRAUSE-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 19.) Der erste Fall betraf einen 28 Jahre alten Schlosser, welcher im Anschluß an eine Blennorrhoe Gelenkschwellungen, Kreuz-, Brust- und Rückenschmerzen hatte, die sich sehr steigerten. Im Blute wurden Gonokokken gefunden. Es traten Herzercheinungen auf, die zum Tode führten. Die Sektion ergab Pericarditis fibrinosa, Endocarditis ulceroosa der Aortenklappe, Pneumonie. Der zweite Fall war eine Patientin mit Blennorrhoe, die ebenfalls Gelenkschmerzen, Fieber, Pyosalpinx, Exsudat im Becken aufwies, die aber geheilt wurde. Auch bei ihr fanden sich im Blute Gonokokken.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zum Stadium der Epididymitis blennorrhoeica, von SPANZA. (*Bif. med.* 1904. Nr. 20.) Es handelt sich um einen Studenten von schwächlicher Konstitution, der eine zuerst ganz regelmäßig verlaufende Blennorrhoe der Urethra anterior akquirierte. Nachdem der Patient stehend einer drei Stunden langen Gerichtsitzung beigewohnt hatte, komplizierte sich die Blennorrhoe unter außerordentlich heftigen Erscheinungen mit Epididymitis sinistra, Prostatitis, Deferentitis. An allen diesen Stellen kam es zur Eiterung, und wurde im Eiter der Gonococcus ohne Beimengung anderer Bakterien konstatiert. Bei der Entstehung dieser schweren Komplikationen kommen offenbar verschiedene Momente in Betracht, welche die Vitalität und Virulenz des Gonococcus erhöht haben: der Allgemeinzustand des Patienten und die geringe Sorgfalt, die er bei der Behandlung seiner Krankheit an den Tag legte (mangelhafte Ausführung der vorgeschriebenen Maßnahmen, Coitus etc.).

C. Müller-Genf.

Über blennorrhoeische Gelenkerkrankungen, von E. WENZ-Pistyan. (*Med. Blätter.* 1904. Nr. 13.) Nachdem W. am Eingang der Arbeit auf die Häufigkeit der blennorrhoeischen Gelenkerkrankungen und die Differentialdiagnose hingewiesen hat, geht er auf die Behandlung dieser Erkrankung über. In allen akuten Fällen oder frischen Rezidiven ist die Behandlung der Urethra auszusetzen. Die Salicylpräparate, sowie die anderen Antirheumatika, wie Antipyrin, Aspirin usw. sind wirkungslos, manchmal tut Eis gute Dienste. Schmerzlindernd wirkt oft die Bismasche passive Hyperämie, besonders wenn einzelne Gelenke befallen sind. Radikal wirkend ist die Fixation der Gelenke, wobei auf die Gefahr der Ankylosenbildung hingewiesen ist; auch darf der Verband nicht zu lange liegen. Bei Hüftgelenkskontrakturen leistet manchmal einfache Gewichtsextension gute Dienste. Schmerzstillend wirken noch Alkoholverbände, Pinselungen mit Jodtinktur, Ichthyol- oder Naphtalansalben. Wo Verdacht auf Eiterung, sollte frühzeitige Probepunktion und chirurgischer Eingriff erfolgen. Nach Schwinden der akuten Erscheinungen völlige Ausnützung der balneophysikalischen Heilmethoden so früh wie möglich. Massage in sorgfältigster und ausgiebigster Weise, Heißluftbäder, Thermophore, heiße Umschläge, Schlammumschläge, Schlamm-bäder. Bei akutem Hydrops empfiehlt sich absolute Ruhe, bei längerer Dauer ist eine Resorption ohne Bäder und Massage kaum zu erwarten. Nach dem Schwinden des Hydrops Schonung des Gelenkes, Anlegung von Binden, Gummistrümpfen usw. Kontrakturen und Steifigkeiten sollen mit Rücksicht auf die durch reichliche Granulationsbildung entstehenden festen Verwachsungen und Kontrakturen möglichst früh und energisch behandelt werden. In leichten Fällen manuelle passive Bewegungen,

in schwereren Extensionsbehandlung mit Maschinen und Apparaten, event. das Brise-ment forc  in Narkose; daneben Bäder, Massage, Faradisation. *Putzler-Danzig.*

Phlebitis blennorrhoea, von **FRIEDRICH SASSERATH**. (Inaug.-Diss., Berlin 1904.) Bericht über 28 Fälle von Venenentzündung bei Tripper. Auffallend häufig sind es Männer, die erkrankten. Von 24 Fällen, in denen das Geschlecht ersichtlich war, waren 18 Männer und 6 Weiber. Erklärung ist wohl vor allem die Anstrengungen im Berufe des Mannes, wobei das Venennetz besonders mitgenommen wird. Fast alle Fälle kommen in den Jahren 20—30 des Lebens vor, was sich aus der Häufigkeit des Trippers in dieser Lebenszeit erklärt. Von obigen 28 Fällen sind 16 wohl als rein blennorrhoeisch anzusehen, insofern als bei ihnen vorausgegangener Rheumatismus oder Syphilis nicht vorliegen. Die Symptome der Affektion machen sich örtlich und allgemein bemerkbar. Der Beginn braucht nicht febril zu sein, meist tritt das Leiden aber mit hohem Fieber und Schttelfrosten auf, die übrigens auch später hinzutreten können. Der örtliche Schmerz tritt meist ganz plötzlich auf und lokalisiert sich bald um ein bestimmtes Gefs. Dann schwillt das betreffende Glied an, entweder zuerst an der Stelle der Erkrankung oder an einem herabhängenden Teile der Extremität. Das Odem ist weich, teigig, selten, bei tiefen Phlebitiden härter. Die Ausdehnung des Ödems ist ebenfalls ganz verschieden. Das entzündete Gefs ist oft als Strang sichtbar (farbiger Streifen) und fühlbar. Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen zwei Wochen und zwei Monaten. Die Prognose ist günstig, die Diagnose nicht schwer.

Hopf-Dresden.

Über Phlebitis blennorrhoea, von **JULIUS HELLER**-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 23.) H. behandelte einen 30jhrigen Regierungsbaumeister an Urethritis blennorrhoea anterior und posterior, Urethrocystitis, doppelseitiger Prostatitis. Nach Schwinden aller Symptome stellte sich eine Phlebitis blennorrhoea der Vena saphena minor ein, die unter Hochlagerung der Extremitäten, feucht-warmen Umschlägen und vorsichtiger Anwendung grauer Salbe schnell schwand. Die seltene Kombination findet sich meist nur bei Männern, und zwar wurde sie nur bei Individuen von 20—30 Jahren beobachtet, meist bei Erstinfektion im subakuten Stadium. Fast immer befällt die Phlebitis nur ein Venensystem. Das klinische Bild ist im allgemeinen einförmig. Ein plötzlicher Schmerz, starke Schwellungen, das Ödem ist in großer Entfernung von der phlebitisch erkrankten Stelle weich, während der Sitz der Erkrankung hart ist, Fieber ist verschieden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe des Auges, von **G. HIASCH**-Halberstadt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 11.) H. hat bei einem Kranken mit Blennorrhoe eines Auges am vierten Krankheitstage, als die Cornea bereits schwer affiziert war und Ätzungen mit 3% iger Höllensteinlösung, sowie Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung wirkungslos blieben, eine subkonjunktivale Injektion von Sol. Hydrarg. oxycyan. 1:500 mit Akoinzusatz (1%) gemacht. Die durch die Injektion verursachten, heftigen Reizerscheinungen, starke Schwellung der Lider, Ödem, Erweiterung der Konjunktivalgefse und Blutungen in das Bindehautgewebe, nahmen im Verlaufe der nächsten drei Tage wieder ab, der Krankheitsprozess machte während dieser Zeit keine weiteren Fortschritte. Eine zweite Injektion war ebenfalls von starken Reizerscheinungen gefolgt, bewirkte aber einen definitiven Stillstand der Hornhautaffektion. Der Patient konnte am 16. Behandlungstage mit etwa ein Drittel Sehvermögen auf dem vollständig reizlosen Bulbus die Klinik verlassen. Wie H. nachträglich ersah, ist die gleiche Methode schon vor ihm von **SPEYER** und **DUFOUR** mit Erfolg angewendet worden. Der außerordentlich günstige Effekt der subkonjunktivalen Injektionen bei Blennorrhoe des Auges ist nach H. nicht als direkte antiseptische Wirkung aufzufassen, es handelt sich vielmehr um starke chemische Reizung des injizierten Gewebes mit bedeutender Erweiterung der

Blutgefäße, Beschleunigung der Zirkulation, Durchtränkung des infizierten Gewebes mit dem die Schutzstoffe führenden Serum und dadurch verursachte Abtötung der Gonokokken.

Göts-München.

Blennorrhische Conjunctivitis, von BRONNER. (*Brit. med. Journ.* 20. Febr. 1904.) Eine 82jährige Frau zeigte seit zwei Tagen ein stark entzündetes Auge. Die Augenlider waren geschwollen und ein profuses, gonokokkenhaltiges Sekret vorhanden. Es wurden Umschläge von Sublimatlösung, 5%iger Protargollösung verordnet und alle vier Stunden einige Tropfen einer 3%igen Lösung von Hydrogenium peroxydatum eingeträufelt. Letzteres namentlich wirkte vorzüglich, so daß der sehr schwere Fall von blennorrhischer Ophthalmie, bei der es auch schon zur Ulceration der Cornea gekommen war, mit einer unbedeutenden Narbe in der Hornhaut völlig abheilte.

C. Berliner-Aachen.

Über Mißerfolge bei der Blennorrhoebehandlung von E. FINGER-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1904. Nr. 17 u. 18.) F. warnt in diesem, vor praktischen Ärzten gehaltenen Vortrag vor der exspektativen Behandlung der Blennorrhoe und rät, so schnell wie möglich zu gonokokkentötenden Mitteln zu greifen, die mit besonderer Sorgfalt anzuwenden sind. Genaue Vorschriften für den Gebrauch einer 10–12 cm haltenden, guten Spritze, eine detaillierte Verordnung des entsprechenden Verhaltens sind absolut erforderlich. Ferner seien Mißerfolge fraglos darauf zurückzuführen, daß der Arzt versäumt, die hintere Harnröhrenblennorrhoe rechtzeitig festzustellen und zu behandeln, ebenso wie häufig die Beteiligung der Prostata an dem blennorrhischen Prozeß nicht frühzeitig genug beobachtet wird. Denn gerade die hintere Harnröhre und Prostata spielen bei der Blennorrhoe eine große Rolle, Übersehen dieser Lokalisationen verursacht die folgenschwersten Mißerfolge in der Trippertherapie.

Putzler-Dansig.

Über die interne Behandlung der Blennorrhoe von WALTER SCHWEDER-Berlin. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 12 u. 13.) Die interne Behandlung der Blennorrhoe kann wohl ein Adjuvans der lokalen sein, vermag aber diese niemals zu ersetzen. Die von anderer Seite mit den internen antiblennorrhischen Mitteln Hetralin und Arhovin gemachten günstigen Erfahrungen konnte Verfasser keineswegs bestätigen. Der Einfluß auf das Verschwinden der Gonokokken, der Sekretion, der subjektiven Beschwerden, sowie auf die Klärung des trüben Urins war kaum nennenswert. Das Ol. Sant. ostind. hält Verfasser noch für das beste interne Mittel, wenn es auch nicht so gut vertragen wird wie Hetralin und Arhovin.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Arhovin, ein neues Antiblennorrhikum für den innerlichen und äußerlichen Gebrauch von MANASSE-Karlsruhe. (*Theor. Monatsh.* 1904. Heft 7.) Das Arhovin stellt ein Additionsprodukt des Diphenylamins und der esterifizierten Thymylbenzoesäure dar, und zwar eine Flüssigkeit von aromatischem Geruche, schwach kühlend-brennendem Geschmack, spez. Gew. 1055, in geringem Maße mit heißen Wasserdämpfen, auch an sich beim Erhitzen flüchtig, fast unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Äther, Chloroform. Siedepunkt 218°. Es wird vom Magen sehr schnell resorbiert und verursacht keine ungünstigen Nebenwirkungen, es wirkt bakterizid. Es ist bei Urethritis, Cystitis blennorrhischer oder nichtblennorrhischer Natur zwar kein Spezifikum, verdient aber wegen seiner desinfizierenden und antiseptischen Eigenschaften bei innerlicher oder Schleimhautwirkung Anwendung. Innerlich wendet man es in Kapseln, äußerlich als Urethralstäbchen (Arhovin 0,1–0,5 Ol. cacao 10,0, M. f. bazill. urethral. Nr. X) dreimal täglich an oder als Globuli vaginales bei Frauen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zur Kenntnis des Gonosan und dessen Wirkung von J. SCHMIDT-Mons. (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 7.) Im Gegensatz zu Sandelöl und den übrigen Balsamicis fand das Gonosan bei allen Patienten SCHM. eine absolute Verträglichkeit; es hatte höchstens eine milde purgative Wirkung und meist schon am dritten Tage eine reichliche Diuresis zur Folge, bot aber keinerlei Kontra-Indikationen. Die Erektionen wurden weniger frequent und weniger schmerzhaft und der Ausfluss weniger purulent; in Fällen von Cystitis übte Gonosan eine bedeutend schmerzstillende Wirkung aus, und einmal war es von entscheidend günstigem Einfluss bei blennorrhöischer Kniegelenksentzündung. Darum gilt für SCHMIDT das Gonosan als ein gutes Adjuvans bei akuter Blennorrhoe und auch bei Fällen von blennorrhöischer Intoxikation.

Arthur Bahn-Collin (Sachsen).

Zur Injektionstherapie der Blennorrhoe von ROBERT LUCKE-Magdeburg. (*Munch. med. Wochenschr.* 1094. Nr. 13.) L. hat erst vor kurzem in der *Munch. med. Wochenschr.* (1904. Nr. 2.) auf die Unzuverlässigkeit des Abschlusses der Urethra posterior gegenüber prolongierten Druckinjektionen in die Urethra anterior hingewiesen. Nunmehr behauptet er, dass bei Leuten, die zum erstenmal an Blennorrhoe erkrankt sind, der Abschluss der hinteren Harnröhrenpartie während der ersten 14 Tage der Erkrankung im allgemeinen fest und zuverlässig ist, und infolgedessen die Pars posterior bei ihnen fast nie vor der dritten Krankheitswoche infiziert wird. Daher sind bei solchen Kranken, soweit sie nicht erst in der dritten Woche in Behandlung kommen, die üblichen prolongierten Druckinjektionen durchaus zu empfehlen. Sind durch dieselben die Entzündungserscheinungen wesentlich gebessert und die Gonokokken von der Oberfläche der Schleimhaut beseitigt, dann wird auch weiterhin die Pars posterior intakt bleiben, wenn nur stark antiseptische Flüssigkeit zu den Einspritzungen verwendet wird. Bei Leuten mit akutem Tripper, die bereits früher einmal an Blennorrhoe gelitten, erkrankt die Pars posterior oft schon innerhalb der ersten 14 Tage. Bei ihnen ist nämlich der Abschluss zwischen vorderem und hinterem Harnröhrenteil kein fester und sicherer mehr; prolongierte Druckinjektionen sind deshalb bei ihnen zunächst zu vermeiden, man wird statt derselben Spülungen der Pars anterior mittels Katheters oder nach der JANZERSCHEN Methode vornehmen oder, wo das aus äusseren Gründen nicht möglich ist, Einspritzungen ohne Druck und ohne Verschluss der Harnröhrenmündung machen lassen. Erst wenn die Entzündungserscheinungen verschwinden und die auf der Oberfläche der Schleimhaut befindlichen Gonokokken beseitigt sind, darf man auch bei den mehrfach infizierten zu prolongierten Druckinjektionen übergehen.

Göts-München.

Die Behandlung der Blennorrhoe mit Argyrol von J. S. PURDY-London. (*Scott. Journ.* Mai 1904.) P. hält das Argyrol, eine Verbindung von Silber (30%) und Vittelin, für das wirksamste aller Silber-Eiweiss-Verbindungen, deren in den letzten Jahren so zahlreiche empfohlen werden. Auf Grund eines intensiven Gebrauchs an 64 Fällen zögert er nicht, zu erklären, dass es sicher ein bakterientötendes Mittel ist und die Gonokokken tötet, ohne die Schleimhaut zu verletzen. Während die Behandlung mit Argyrol ebenso wirksam ist wie die Irrigationsmethode, ist erstere durch den viel geringeren Zeitaufwand sowohl für Arzt wie für Patienten angenehmer. Neben der hohen Wirksamkeit kommt als grosser Vorteil noch die absolute Schmerzlosigkeit bei der Anwendung des Argyrol in Betracht, was bei anderen Silberosalzen, welche nur in viel geringerer Konzentration als das Argyrol (2 $\frac{1}{2}$ —5%) gebraucht werden können, nicht zutrefte. Anführung einiger Fälle, bei welchen allerdings gleichzeitig innere Mittel (Pulv. Cubebae) angewendet worden sind.

Stern-München.

Zur Frage der Behandlung des blennorrhöischen Prozesses der Uterusschleimhaut mit Silberpräparaten von RUDSKI. (*Russki Wratsch.* 1904. S. 1013.)

Durch genaue Gonokokkenuntersuchungen suchte Verfasser sich zu überzeugen von dem Wert lokaler Blennorrhoebehandlung mit Protargol (5—15%) und Iothargan (0,2—3%) bei Frauen. Er fand, daß der blennorrhoeische Prozeß auf diese Weise in 7 Fällen unter 19 wirklich schwand, in allen übrigen nur gebessert wurde. Von einer Heilung kann nach Ansicht des Verfassers nur gesprochen werden, wenn vielfache mikroskopische Untersuchungen während und nach der Behandlung Fehlen der Gonokokken ergeben, wenn die klinischen Zeichen des Trippers im Laufe längerer Zeit nicht wiederkehren.

Arth. Jordan-Moskau.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Das Absorptionsvermögen der Haut, von ALFRED SCHWENKENBECHER. (Leipzig, Veit & Co. 1904, Habilitationsschrift.) Auf Grund weitgreifender experimenteller Untersuchungen kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß eine ganze Anzahl von Stoffen durch die Warmblüter-Haut absorbiert wird. Diese Substanzen, wie Äthyl- und Amylalkohol, Äther, Chloroform, Cyankalium, Paraldehyd, Aceton, Phenol, Lysol, Resorcin, Salicylsäure, Anilin, Antipyrin, Strychnin, Kohlensäure, Ammoniak, Schwefelwasserstoff und andere, sind meist in Wasser und Öl löslich, was ihre Absorption in Übereinstimmung mit den Gesetzen der Osmose der Zellen bringt. Unklar bleibt nach wie vor nur die Aufnahme des roten Blutlaugensalzes. Die Haut des Warmblüters weist in ihren Epidermiszellen wahrscheinlich gewisse „Schutzfette“ auf, die als „varierte“ Lipoide anzusehen sind. Möglicherweise bildet ein Cholesterinester, das Lanolin, dieses Mittel. Daneben waren in der Haut auch andere Fettkörper nachweisbar. So fand RANVIER Eleidin im Stratum granulosum und lucidum. Nach LIEBRICH stellt dasselbe ein Gemisch von Cholestearin Fett mit einem albuminoiden Stoff dar. RANVIER fand auch in den Zellen der Hornlage ein eigentümliches „Wachs“. Die Versuche des Verfassers wurden an weißen Mäusen vorgenommen, doch dürften sie auch für die menschliche Haut Geltung haben.

Hopf-Dresden.

Untersuchungen über das Haarpigment, von SPIEGLER. (*Pharmaz. Centraltbl.* 1904. 4.) S. stellte verschiedene Pigmentsäuren dar. Schwarzes Bosshaar wurde zunächst mit 0,5% iger Sodalösung gewaschen, dann mit 5 Teilen 5% iger Kalilauge bis zur völligen Lösung gekocht, was unter starker Entwicklung von Schwefelwasserstoff und Ammoniak geschieht. Nach dem Erkalten wird ein großer Überschuss von konzentrierter Salzsäure zugesetzt, wodurch sich eine teigige Masse abscheidet, die abkollert, gut gewaschen und mit Salzsäure acht Stunden am Rückfluschkühler gekocht wird. Das dabei sich abscheidende feine, braune Pulver wird heiß abfiltriert und auf dem Wasserbade getrocknet. Dann wird es mit konzentriertem wässrigem Ammoniak in einer Reibschale verrieben, abfiltriert und das Filtrat mit Salzsäure gefällt und der Pigmentkörper gewaschen. Nach Wiederholung dieser Operation wird er noch mehrmals durch Auflösen in konzentrierter Schwefelsäure und Ausfällen mit Wasser gereinigt. Noch vorhandener elementarer Schwefel wird durch Auswaschen mit Alkohol, Schwefelkohlenstoff und Äther entfernt. Die Pigmentsäure ist ein schwarzbraunes, in Wasser und organischen Lösungsmitteln unlösliches, aber in Ammoniak, fixen Alkalien und konzentrierter Schwefelsäure lösliches Pulver, das beim Erhitzen mit Zinkstaub Pyrrrolreaktion liefert. Weiterhin wurde die Pigmentsäure aus schwarzer und weißer Schafwolle dargestellt.

A. Strauß-Barmen.

Der Ursprung der Plasmazellen, von LEO EHRLICH-Petersburg. (*Arch. path. Anat.* 175. Bd. 1904.) „Es giebt bisher nur eine sicher bewiesene Entstehungsart der UNNASCHEN Plasmazellen, und diese ist die Entstehung aus hypertrophischen Binde-

gewebszellen mittels eigenartiger Übergangszellen.“ Der Verfasser hat in der vorliegenden Abhandlung, welche durch eine Reihe vortrefflicher, kolorierter Abbildungen aufs beste erläutert wird, die Geschichte der Lehre von den Plasmazellen und ihren Verwandten übersichtlich und prägnant behandelt. *Hopf-Dresden.*

Bakteriologie.

Association des Pseudodiphtherie-Bacillus mit dem NEISSERSchen Gonococcus, von MACCONE. (*Rif. med.* 1904. Nr. 7.) Bei einem 24jährigen Mann stellte sich ein purulenter Urethralausfluß ein, der nach Unterbrechung des geschlechtlichen Verkehrs mit seiner Frau nach wenigen Tagen spurlos und spontan verschwand, um dann nach Wiederaufnahme des Coitus wieder zu erscheinen. Im Eiter wurden erst nach wiederholtem Suchen spärliche Gonokokken konstatiert, dagegen viel leichter und in reichlicheren Mengen Pseudodiphtherie-Bazillen. Bei der Frau selbst konnte nichts Abnormes gefunden werden. Da sich der Gonococcus in einem nicht virulenten Zustande befand, läßt sich die Affektion kaum als eine spezifische betrachten, und muß sie auf die Wirkung des Pseudodiphtherie-Bacillus zurückgeführt werden. Es läßt sich also mit Sicherheit feststellen, daß sich dieser Bacillus auch in der Urethra lokalisieren kann. *C. Müller-Genf.*

Hygiene.

Zur Frage der sexuellen Aufklärung, von ALBERT FLAUCH-Moinesti. (*Zeitschr. f. Schulgesundh.* 1904. Nr. 7.) Der Verfasser wendet sich gegen eine summarische, kollektive Form sexueller Aufklärung, wie sie ein Pädagog neuerdings empfohlen habe, der seinen erwachsenen Schülern über die Geschlechtesphäre und ihre Gefahren in ernster nachdrücklicher Weise vorträgt. Der Verfasser glaubt, daß die zur Zeit der nahenden Geschlechtsreife entstehenden Gefahren mehr in dem neuen sich regenden Drange als in der Unkenntnis der das Geschlechtsleben umgebenden Fährnisse liegen. Auch die Mädchen erleiden mit der beginnenden Menstruation eine energische somatische wie psychische Wandlung. Allein sie leiden weniger an Folgen, wie sie der geweckte Trieb der Knaben mit sich bringt, weil ihnen eine viel strengere Beaufsichtigung und Einschränkung auferlegt wird. Seit letztere eine weniger aufmerksame geworden ist, hat man auch unter den Mädchen die Onanie überhand nehmen sehen. Unsere Aufgabe soll es sein, den Eintritt der Geschlechtsreife bei den jungen Männern thunlichst aufzubalten, was durch moralische, geistige und körperliche Hygiene und Überwachung möglich wird. Eltern und Erzieher müssen als moralisches Beispiel vorangehen. Kein das Geschlechtsleben berührendes Wort soll von ihnen in Gegenwart der Kinder gesprochen werden. Letzteren hat man die Teilnahme an der Gesellschaft Erwachsener nur mit Vorsicht zu gestatten. Auch die Verderbung durch Dienstboten ist unmöglich zu machen. Der Umgang mit Spielgenossen, die Lektüre zu kontrollieren. Aufregende Theaterstücke soll der Knabe nicht besuchen. Verderblich wirken die Schaufenster mancher Buchhandlungen. Als Ablenkung ist die Sammelnsucht des jungen Schülers zu unterstützen, körperliche Ausarbeitung in jeder Richtung und Art zu fördern. Die Kleidung sei nicht zu warm, das Wohnzimmer temperiert, der Schlafraum kühl. Auf hartes Lager, gute Verdauung, Verbot des Alkohols, Verbot des Lesens im Bett u. a. m. ist größter Wert zu legen. Erst wenn die Natur des Jünglings die deutlichsten Zeichen der Geschlechtsreife der Umgebung offenbart, erst dann soll die Aufklärung einsetzen, also wenn eine direkte Veranlassung eintritt. Jeder Knabe, jedes Mädchen soll unter vier Augen diese Aufklärung empfangen. Der Lehrer darf nie ohne Wissen der Eltern vorgehen. *Hopf-Dresden.*

Die Kontrolle der Prostitution und die Verhütung der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Januar 1904.) Seit drei Jahren hat man in Cincinnati versuchsweise die Reglementierung eingeführt mit polizeilicher Überwachung, regelmäßiger Untersuchung, zwangsweiser Krankenhauseinweisung bei Feststellung geschlechtlicher Erkrankung usw. Von irgendwelcher Verringerung der Zahl geschlechtlicher Erkrankungen seit Einführung des Systems kann nach des Verfassers Erfahrungen nicht die Rede sein. Auch die Zahl der durch eingeschriebene Prostituierte hervorgerufenen Infektionen ist keineswegs geringer geworden. Aus diesem Grunde und bei den dem System sonst anhaftenden Mängeln, über die sich Verfasser, ohne Neues zu bringen, verbreitet, ist die Reglementierung zu verwerfen. Wie die Bestrebungen zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten sich ein gesetzliches und wirksames Tätigkeitsfeld schaffen könnten, deutet Verfasser in folgenden Punkten an: sorgfältige Erziehung der Jugend, Belehrung über individuelle Prophylaxe, schärfstes Vorgehen gegen die Leute, die aus der Kindesabtreibung geradezu ein Gewerbe machen, Maßnahmen zur Besserung der sozialen Lage der Arbeiterinnen, gesetzliche Verfügungen, betreffend die Absonderung von öffentlichen und heimlichen Prostituierten und Anwendung von Zwangsmitteln innerhalb der Grenzen von Recht, Gesetz und Sitte. Die gemeinsame Benutzung von Trinkgefäßen und Geschirr sollte bekämpft werden, das Volk sollte über die Gefahren bei Verwendung unsauberer chirurgischer Instrumente jeder Art (zahnärztlicher Instrumente, sowie solcher, deren sich Manicuren und Hühneraugenoperateure bedienen) belehrt und über die lange Dauer der Übertragbarkeit von Geschlechtskrankheiten aufgeklärt werden.

A. Loewald-Kolmar.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Der Zusammenhang von Mundhöhlen-Erkrankungen mit Dermatosen, von M. JOSEPH-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1904. I. Jahrg. Nr. 10 u. 12.) Hier kommt zunächst der extragenitale Primäraffekt in Frage, der sich auf der Ober- und Unterlippe, am Mundwinkel, der Zunge, der Tonsillen und der Nase finden kann. Verfasser hat unter 7111 syphilitischen Personen 121 extragenitale Primäraffekte beobachtet. Weitans die meisten Sklerosen fanden sich an den Lippen, und zwar 42,6 % aller extragenitalen Initialaffekte an der Unterlippe.

Eine Mundhöhlenerkrankung, die sehr oft mit Lues in Zusammenhang gebracht wird, ist die Leukoplakie, deren Ätiologie jedoch eine ganz andere sein dürfte. JOSEPH konnte unter 23 Patienten mit Leukoplakie nur sechsmal Lues nachweisen, während LISSAUER an der JOSEPHschen Poliklinik unter 50 Psoriatikern zehnmal Leukoplakie konstatieren konnte. Die wichtigste Rolle dürfte bei der Leukoplakie entschieden das Rauchen spielen. Von der Psoriasis ist dieselbe völlig zu trennen, da es eine unzweifelhafte Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut gibt.

Zwei weitere Zungenerkrankungen werden ebenfalls viel mit Lues in Zusammenhang gebracht oder mit der Leukoplakie verwechselt, das sind die Lingua geographica und die Glossitis superficialis chronica.

Von den selteneren Dermatosen, die zuweilen mit Mundhöhlenerkrankungen vergesellschaftet sind, führt dann noch Verfasser den Lichen ruber planus, die Pupura und den Pemphigus an.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Einiges über die Haare und den Haarschwund, von W. SCHIELE-St. Petersburg. (*Petersb. Med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15 und 16.) Der Aufsatz ist vorwiegend referierender Natur und enthält nur Bekanntes.

A. Loewald-Kolmar.

Das Verhalten der Haut bei inneren Krankheiten, von R. LEDERMANN-Berlin. (*Deutsche Klinik*. 1904.) Der Verfasser bespricht die vielfachen Beziehungen der Haut zu den inneren Krankheiten und die während des Verlaufs derselben auftretenden Erscheinungen auf der Haut. Die Mitteilung darf als zusammenfassende Schilderung der Wechselwirkungen zwischen Hautsymptomen und inneren Prozessen betrachtet werden.

Hopf-Dresden.

Kosmetische Fehler der Hautgebilde und ihre Behandlung, von MATTHIAS HIRSCHBERG-Biga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 12.) Der Vortrag enthält nur Bekanntes.

A. Loewald-Kolmar.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

E. Mercks Jahresbericht 1903.

Acid. kakodylicum und seine Salze Hydrarg. kakodylicum. Dieses Präparat, das nach früheren Angaben dieser Berichte verschiedene Beurteilung gefunden hat, verwandte G. GIUFFO bei Syphilis in 2,5, zuweilen sogar 5%iger Lösung zu subcutanen Injektionen, indem er den Patienten 15—30 Tage lang täglich eine PRAVAZsche Spritze voll verabreichte und während dieser Zeit jede Woche damit einen Tag pausierte. Befriedigende Ergebnisse ohne störende Nebenerscheinungen.

Hydrarg. jodo-kakodylicum. Das Präparat wird intramuskulär injiziert, in der Menge von 1 ccm, namentlich bei kachektischen und anämischen Individuen mit ulcerösen und gummösen Formen im Früh- oder Spätstadium, auch dann, wenn andere Arten der Quecksilber- und Jodtherapie keinen Erfolg zeitigten. Es tritt sowohl lokale Heilung als auch eine günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes ein. Das Jodquecksilberkakodylat kommt außerdem in Betracht bei den polymorphen Früh- als auch den späteren papulo-squamösen, krustösen und Lichenformen, ferner bei Kombinationen von Syphilis und Psoriasis, ist dagegen ohne Wirkung in Fällen leichter Syphilisformen bei sonst gesunden und gut genährten Personen.

Natrium kakodylicum. In einer Reihe von Versuchen hat LEFEBRE bei gewissen Formen von Phosphaturie mit Natriumkakodylat sehr gute therapeutische Erfolge aufzuweisen. Die von ihm verabreichten täglichen Dosen von 0,03—0,10 cg waren stets von unstreitiger Wirkung.

Acid. osmicum. In der Mikroskopie hat sich C. POSNER die Färbung mit Osmiumsäure in Substanz bewährt, besonders bei der Untersuchung von Objekten, wie sie die urologische Praxis darbietet. So fixieren sich z. B. die Urethralfäden, ein sonst etwas widerspenstiges Material, auf die angegebene Art überraschend schnell und färben sich tadellos, wie auch die sonst schwierige Färbung des Prostatasekretes durch genanntes Verfahren erleichtert wird. Bei der Darstellung der Harnsedimente wird die Zellform in den Leukocyten vortrefflich konserviert.

Acid. picricum. Über einige neue Indikationen für die Anwendung von Pikrinsäure berichtet V. MILWARD. Man verwendet die Pikrinsäure in gesättigter, wässriger Lösung, mit welcher man Kompressen und Bäusohchen von Watte tränkt, besonders bei ekzemartigen, stark nässenden Hautaffektionen, wobei die Pikrinsäure eine Eiweißagerinnung hervorruft und so die Bildung einer schützenden Haut veranlaßt. Gute Dienste leistet dieses Verfahren auch bei schmerzhaften Entzündungen, die durch Perionychie, eingewachsene Nägel usw. verursacht wurden, indem Verhärtung und Unempfindlichkeit der schmerzenden Stellen eintritt. Bei Intertrigo sind mit Pikrinsäurelösung getränkte Kompressen der Behandlung

mit Pikrinsäurepulver vorzuziehen, weil die antiseptische Wirkung durch das bessere Eindringen der Lösung mehr zur Geltung kommt, ohne eine so starke Reizung wie viele andere Antiseptika zu bewirken.

Acidum salicylicum. Man verwendet dieses Mittel nach AUFRECHT mit Erfolg gegen Pityriasis versicolor in 4%iger, alkoholischer Lösung. Letztere wird jeden Abend eingerieben. Die Salicylsäure soll sich besser bewähren als alle anderen bisher angewandten Mittel, die entweder von zweifelhaftem oder doch erst nach längerem, intensivem Gebrauch von gutem Erfolge begleitet sind. Letzterer ist bei Verwendung von Salicylsäure innerhalb 14 Tagen ein vollkommener.

Acidum vanadicum hat sich besonders bei verschiedenen Wunden tuberkulöser und syphilitischer Art, bei Ekzem, Schanker und Entzündungen der Vagina bewährt.

Albargin. FUCHS hatte ausgezeichnete Erfolge bei Abortivbehandlung der Blennorrhoe, bei der er 2%ige Albarginlösung in Anwendung brachte.

Ammonium benzoicum. BRETONNEAU empfiehlt das Präparat zur Heilung des Hydrargyriismus und Jodismus. Man gibt es in Kapseln oder als Tabletten zu 0,25 g, vier- bis achtmal des Tages. Auch als prophylaktisches Mittel kann das Ammonbenzoat bei den genannten Krankheitserscheinungen gebraucht werden.

Anthrasol ist nach SACK bei chronischen Hautaffektionen mit starker Verdickung entweder unverdünnt oder in 10–30%iger Lösung indiziert. Für Ekzeme, mit Ausnahme akuter Reizekzeme, verwendet man es in Form von Glycerinleim oder Salbe, ebenso bei Skabies, Trichophytie, Sykosis und mykotischen Ekzemen mit WILKINSONScher Salbe gemischt. Von günstigem Einfluss auf Pruritus ani ist eine 10%ige, alkoholische Anthrasollösung. Neben der kräftigen Wirkung des Mittels geht eine überraschende Reizlosigkeit einher, was sich besonders bei der Behandlung vesikulärer, nicht infiltrierter, pruriginöser Ekzeme angenehm bemerkbar macht. Beabsichtigt man eine recht milde Einwirkung des Mittels, so verordnet man das Präparat mit Paraffin oder Vasogen gemischt. Anthralolsalbe oder Anthrasolglycerinleim bereitet man nach folgenden Vorschriften:

℞ *Anthrasoli* 2,0—10,0
Vaselin. flav.
Lanolin. m. ad. 30,0

Arheol, ein aus dem Santelöl gewonnener Alkohol. Zu verordnen bei Blennorrhoe usw. in Kapseln à 0,2, 6–12 täglich. Die Wirkung zeigt sich daran, daß die Häufigkeit der Harnentleerung und die Schmerzen nachlassen, der gelbe, gonokokkenhaltige Tropfen vermindert sich nach einigen Tagen und wird zum Zeichen der vor sich gehenden Genesung weißlich und glasig durchsichtig. Der vorher durch Eiter stark getrübbte Harn wird zuweilen schon nach 24 Stunden hell. Auch bei Cystitis hat sich das Arheol gut bewährt, wozu noch die vorteilhafte Eigenschaft des Präparates kommt, daß es fast immer gut vertragen wird.

Atoxyl. F. BIRINGER äußert sich sehr günstig über die Wirkung des Atoxyls bei Psoriasis, Pityriasis rosea, Lichen ruber planus, Alopecia areata und Dermatitis herpetiformis. Nach Ansicht BIRINGERS werden die subcutanen Injektionen im ganzen besser vertragen als die intravenösen. Noch ist zu bemerken, daß bei Lichen ruber planus wohl meistens eine Besserung, aber auch nach längerer Zeit und trotz großer Arsenmengen nicht immer eine vollständige Heilung zu erzielen war, daß ferner bei chronischem Ekzem die Dauer der Heilung nicht günstig beeinflusst wurde und daß die Behandlung von Urticaria perstans ohne jeglichen Erfolg verlief.

Über einen Fall von *Acne vulgaris* und einer solchen von Lues, die bei der Atoxylobehandlung ohne Intoxikationserscheinungen gute Ergebnisse zeitigten, berichtet v. ZISSL, der auch *Psoriasis vulgaris* und *Lichen ruber* mit Atoxylobehandlung zur Heilung brachte.

Da Atoxylobehandlung innerlich verabreicht, sehr schwer verdaulich ist, empfiehlt B. RONDEN das Mittel in Kombination mit Ichthyolsalicyl in Form von Pillen zu geben. Es wird so vorzüglich vertragen. Die innerliche Verordnungsweise soll der hypodermatischen vorzuziehen sein, da sie bequemer und schmerzlos ist, und ihre Wirkung von der Hebung des Allgemeinbefindens und dem Schwinden der Lokalsymptome begleitet ist.

Crurin. Das Mittel hat bei Blennorrhoe gute Dienste geleistet, auch in solchen Fällen, in denen die Albargin- und Ichthargantherapie völlig versagt hatte. Infolge seiner Reizlosigkeit und seiner prompten Wirkung auf die Gonokokken ist das Crurin ein gutes Mittel zur Bekämpfung der Blennorrhoe. 0,5–1%ige Emulsionen werden zumeist ohne Beschwerden ertragen, und nur in einem sehr akuten Falle war einen Tag lang ein schwaches Brennen hervorgerufen worden.

Dymal. Dymal, das sich als mildes Antiseptikum erwiesen hat, wurde von SELLEI in Form von 5-, 10- und 20%iger Salbe bei Ekthyma nach Skabies, Ekzema seborrhoicum, bei verschiedenen Fällen von Dermatitis als ein vorzügliches Mittel befunden. Besonders gute Dienste leistete es bei akuten, papulösen Ekzemen. Außerdem bewährte es sich in einem typischen Fall von Pyodermitis, bei dem die Haut am Knie und an den Schenkeln gerötet, aufgedunsen und mit eitergefüllten Pusteln stark bedeckt war. Mit 10%iger Dymalsalbe konnte die Entzündung wesentlich gebessert und die Eiterung vollständig gehoben werden.

Empyroform. Das Empyroform ist ein Kondensationsprodukt von Teer und Formaldehyd. Es stellt ein braunes Pulver dar, das in Wasser unlöslich, dagegen leicht löslich ist in Aceton, Chloroform und Ätzalkalien. Das Präparat zeichnet sich durch seine juckstillende und trocknende Wirkung aus, ruft weder lokale Reizungen noch Intoxikationen hervor und besitzt keinen lästigen Teergeruch. Der schwache, ihm eigentümliche Geruch verliert sich in Mischung mit Salben oder in Lösung.

Nach A. KRAUS bewährte sich das Präparat in Form von Salbe, Liniment, Pflaster und Lösung in Chloroform oder Aceton bei Ekzemen, bei welchen es auch den stärksten Juckreiz beseitigte. Auch bei rezenteren Formen des Ekzems, die Rötung, Epithelläsionen und Nässen zeigen, kann es verwendet werden, ohne daß, wie bei anderen Teerpräparaten, Reizerscheinungen auftreten. Das Empyroform ist nach KRAUS ferner indiziert bei *Psoriasis*, *Lichen urticatus*, *Prurigo* und *Pityriasis rosea* und *versicolor*, wogegen B. SKLAREK bei *Psoriasis*, *Prurigo* und *Trichophytie* keine befriedigende Ergebnisse konstatieren konnte.

Man ordiniert das Präparat in 1–5%iger Lösung in Chloroform oder Aceton, 1–50%iger Salbe oder Pasta, oder als Streupulver.

Epithol. Die Bronzepulvertheorie ist von A. STRAUSS auch auf den Menschen übertragen und auf seinem Spezialgebiet, der Dermatologie, in einer großen Zahl von Fällen eingehend geprüft worden. Nach seinen Untersuchungen bewährt sich das Epithol, auf Wunden mittels eines Pulverbläasers in nicht zu dicker Schicht aufgetragen, als ein ausgezeichnetes Deckmittel, unter welchem die Heilung sicherer verläuft als bei Anwendung der meisten Antiseptica. Man drückt das Pulver nach dem Aufstreuen am besten mit einem aseptischen Spatel auf die Wundfläche und verleiht ihm eventuell durch eine Mullbinde einen festeren Halt. Noch vorteilhafter appliziert man das Präparat mit einem Firnis, der schnell trocknet und einen geschmeidigen, gut haftenden Überzug bildet.

(Ich brauche das Epithol fortgesetzt namentlich als Wunddeckmittel. Es bewährt sich vortrefflich. Die einfachste Form des Gebrauches bei nicht sezernierenden Wunden ist die folgende: Man streut Epithol auf, pinselt mit Camphor-Collodium, bedeckt mit Watter und pinselt und streut abermals. Es ergibt sich dann ein schöner, fest haftender Verband. Bei sezernierenden Wunden wird das Epithol am besten wie jedes andere Pulver benutzt, indem man es aufstreut und darüber einen Verband anlegt. D. Raf.)

Euguforn. Nach WEIL ist das Präparat auch bei Ekzemen indiziert, die von einem lästigen und unausstehlichen Juckreiz begleitet sind. Letzterer wird durch genanntes Mittel in prompter Weise beseitigt, was besonders bei Kindern von großem Werte ist, da sich dieselben leicht blutig kratzen. Auch nässende Ekzeme hat der Autor mit Erfolg behandelt und zur Heilung gebracht. Man pudert das Euguforn am besten mit einem großen Tuschepinsel auf die betreffenden Stellen, nachdem man letztere von etwa vorhandenen Borken befreit hat. Die heilende Wirkung des Präparates kommt besonders bei nässenden, nicht trockenen Ekzemen zur Geltung.

Gonosan. Aus allen Arbeiten ergeben sich als die Hauptmomente der Gonosabehandlung zunächst die anästhesierende und antiseptische Wirkung, wodurch die Blennorrhoe ohne unangenehme Empfindungen verläuft. Das Mittel wirkt ferner diuretisch, es klärt den Urin auf und beschränkt die Sekretion. Die Heilungsdauer wird abgekürzt und bei geeigneter Diät und Ruhe erübrigt sich in manchen Fällen eine Injektionstherapie.

Helmitol. Das Helmitol, eine Verbindung des Hexamethylentetramins mit der Anhydromethylenzitronensäure, hat sich nach dem übereinstimmenden Urteil von E. HEUSS, H. SCHWERIN, D. SIGMUNDT, A. STRAUSS, S. GOLDSCHMIDT, J. MÜLLER und SEIFERT bei verschiedenen Blasenleiden als ein gutes Blasenantiseptikum bewährt. Es ist indiziert bei Cystitis non blennorrhoeica, Pyelitis, septischer Bakteriurie, Phosphaturie und als Prophylaktikum bei intravesikalischen Operationen. Außer einem geringen diuretischen Effekt besitzt das Präparat stark desinfizierende Eigenschaften, in denen es sogar das Formin übertreffen soll. Ferner wirkt es prompt schmerzstillend, klärt den Harn, der saure Reaktion annimmt, wird sehr gut vertragen und hat keinen unangenehmen Geschmack. Man verordnet es in Dosen von 1 g dreimal täglich, eventuell bis zu 6 g pro die. Bei Blennorrhoea posterior ist das Helmitol nicht imstande, die Gonokokken zu vernichten. Alte, bakteriurische Abscesse und Urethralabscesse gehen unter der Helmitoltherapie einer bedeutenden Besserung entgegen, indem Eiterungen oft sofort gehoben werden. Wenn die innerliche Verabreichung des Mittels keine genügenden Erfolge zeitigt, so kann man es vorteilhaft in 1—2%iger, erwärmter Lösung direkt in loco in Mengen von 100—200 ccm in die Blase injizieren und dort 2—8 Stunden belassen.

Tritt bei Gebrauch von Helmitol im Halse ein Trockengefühl auf, das oft nach Einnahme von Formaldehydpräparaten der Fall sein soll, so ist ein reichlicher Konsum von kohlensaurem Mineralwasser zu empfehlen.

Heroinum hydrochloricum. Das Heroin wurde, wie im Vorjahre berichtet, von HEINS und STRAUSS als Anaphrodisiakum in Vorschlag gebracht. Von BRUNN konnte der therapeutische Wert des Heroins in genannter Beziehung bestätigt werden, nur sind nach seinem Befund zur Erzielung der anaphrodisierenden Wirkung etwas höhere Dosen von 0,01—0,02 g nötig. Bei längerem Gebrauch tritt eine Gewöhnung an das Präparat ein. ENGELN hat bei sexueller Neurasthenie durch Verabreichung von Heroinsuppositorien die Erektionen schon nach drei Nächten vermindern können und mit dieser Medikation nach fünf Nächten das völlige Ausbleiben derselben erreicht. Dabei konnte er das Allgemeinbefinden als Suggestivwirkung günstig damit beeinflussen.

Hydrargyrum cyanatum. DARIER und BONZITAT empfehlen dieses Präparat in Form intravenöser Injektionen bei Syphilis. BONZITAT verwendet 1%ige Lösungen, die er einen um den anderen Tag in Dosen von 1 ccm am Ellenbogen injiziert, wobei er eine Glasspritze mit Platiridiumnadel gebraucht. Bei schweren Fällen kann täglich eine Injektion appliziert werden, doch muß dieselbe bei Eintritt von Diarrhoe oder Speichelfluß einige Zeit ausgesetzt werden. Diese Behandlung soll sich besonders bei tertiärer Syphilis sehr gut bewährt haben. DARIER begann bei seinen Versuchen zur Bekämpfung schwerer syphilitischer Angenerkrankungen mit intravenösen Einspritzungen von 1—2 mg, steigend bis zu 5 mg pro die. Nach 12—15 Applikationen fügte er noch subkonjunktivale Quecksilbereinspritzungen hinzu.

Hydrargyrum amidato-bichloratum. Von der Erwägung ausgehend, daß weißes Quecksilberpräzipitat weniger schmerzhaft ist und vom Organismus leichter resorbiert wird als in Paraffin suspendiertes Quecksilberchlorür (Kalomel), verwendet DANLOS das erstere zur Behandlung von Syphilis in Form intramuskulärer Injektionen. Das Präparat muß aber zu genanntem Zwecke frei von Sublimat sein, weshalb der Autor vorschlägt, dasselbe vor Gebrauch mit Äther und siedendem Wasser auszuwaschen, bei 110° C. zu sterilisieren und dann in ebenfalls sterilisiertem, gewöhnlichem Sirup zu suspendieren. Die Sterilisation des Sirups muß selbstverständlich für sich, also vor dem Zusatz des Quecksilberpräparates, geschehen. Diese Injektion war nach den Versuchen des Autors schmerzloser als Kalomel, und es konnte keine oder doch nur sehr geringe Knotenbildung beobachtet werden.

Hydrargyrum sulfuricum aethylen (Sublamin). Für subcutane Injektionen 1:50, für intramuskuläre 3,4:100,0.

Jodipin. Zur Behandlung der Syphilis mit Jodipin äußern sich im günstigen Sinne V. D'AMATO, B. DUHOR, RAVASINI, J. T. MOORE und WOLFSON. Innerlich mit einem Gehalt von 10% und subcutan mit einem Gehalt von 25% in Anwendung gebracht, war die günstige Wirkung des Präparates immer unverkennbar, auch bei den Spätformen der Syphilis. Bei der subcutanen Verwendung treten nur selten unangenehme Nebenerscheinungen ein, so daß sie selbst ein Tabiker sehr gut vertragen konnte, der schon nach einigen Dosen Jodkalium mit Tränenfluß und Kopfschmerzen reagierte. In einem anderen Falle hatte eine Patientin innerhalb drei Wochen 500 ccm Jodipin ohne wesentlich unangenehme Nebenerscheinungen vertragen können, wobei aber nicht nur die Geschwüre abheilten und vernarben, sondern auch das Allgemeinbefinden einer raschen Besserung entgegenging.

Kaliumpermanganat. Eine besondere Rolle spielt das Kaliumpermanganat in der Therapie des Lupus. Bei diffusem und multiplem ulcerierendem Lupus kann man die Krusten abnehmen und nach Anästhesierung der betreffenden Stelle durch Kokain Kompressen auflegen, die mit 10%iger Permanganatlösung getränkt sind und ca. $\frac{1}{4}$ Stunde aufliegen bleiben. Nach 14tägiger Behandlung werden dann Verbände mit Borsalbe angelegt. Bei hypertrophierenden, vegetierenden und circumskripten Formen des Lupus ist ein chirurgischer Eingriff der genannten Behandlung vorzuziehen. Bei offenen, eiternden, tuberkulösen Wunden leistet das Permanganat in 1—2%iger Lösung nach BAYEUX sehr gute Dienste, ebenso bei Behandlung von Fissura ani unter Zuhilfenahme von Ichthyolsuppositorien nach S. LEWIS. Überraschend günstige Erfolge erzielte ferner E. MARZINOWSKY bei Erysipelbehandlung mit 0,1%iger Lösung, die er mittels leinener Kompressen auf die erkrankten Körperteile auflegte.

Mesotan bewährte sich bei Hyperidrosis, sowie bei Pruritus cutaneus; zuweilen treten Ekzeme bei der Behandlung mit Mesotan auf. Dieselben lassen sich durch Bestreuen mit Protargolamylum (1:20) wirksam bekämpfen oder dadurch eventuell

ganz vermeiden, daß man das Mesotanöl nicht einreibt, sondern nur aufpinselt. Diese Hautreizung ist eine individuelle.

Methylenblau. Bei akuter und chronischer interstitieller Nephritis zeitigte Methylenblau nach RAWLS gute Erfolge. Es regt die Nierenfunktion noch an, wenn alle anderen Mittel fehlschlagen. Am besten verabreicht man es alle vier Stunden und nach erfolgter Wirkung noch so lange als nötig, 2—3mal des Tages in Kapseln von 0,12—0,18 g Inhalt.

A. BIARLOBRZESKI verwendete das Methylenblau mit Erfolg bei akuten und chronischen Affektionen der Harnwege, bei katarrhalischen Entzündungen der Blase, bei blennorrhoeischen Erkrankungen und Blaseninsuffizienz. Bei tuberkulösen Affektionen der Blase konnten Schmerzen und das häufige Harnen gehoben werden, während der tuberkulöse Prozeß selbst durch das Mittel nicht beeinflusst wurde.

Nafalan. In diesem neuen Heilmittel liegt ein Präparat vor, welches mit dem früher beschriebenen Nafalan seiner chemischen Zusammensetzung nach identisch ist.

Organotherapeutische Präparate. Adrenalin-Suprarenin. Alle Autoren waren mit der kombinierten Kokain-Adrenalininjektion zufrieden, einige sehen in ihr sogar ein ideales Anästhesierungsmittel.

Das Suprarenin verwendete MARSCO in Lösung von 1:50000 bis 1:25000 in Mengen von 150 g zu Injektionen in die Blase und erzielte damit bei Blasenatonie sehr gute Resultate. Nicht minder erfolgreich war W. JENNER bei Purpura haemorrhagica und Haematuria renalis im Gefolge von Typhus mit Adrenalinlösung 1:1000, wovon vierstündlich vier Tropfen verabreicht wurden.

Protargol. Nach MARKOWICZ hat das Protargol als 10%ige Lösung in Glycerin in Form von Einpinselungen und Dunstverbänden bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren gute Dienste geleistet. Bei sehr großen und tiefen Geschwüren wurde folgende Pasta verwendet, die sich durch rasches Trocknen auszeichnet:

B Protargoli	10,0—15,0
Terrae siliciae	5,0
Glycerini	65,0
Magnesi carbonici	15,0

W. ORLOW hat sich dahin geäußert, daß Einpinselungen von 3—15%iger Protargollösung bei blennorrhoeischen Affektionen der Cervical- und Uterinschleimhaut ein gutes und wirksames Mittel seien. Auch HIRSCHL berichtet von günstigen Erfolgen bei der Behandlung von blennorrhoeischer Vulvovaginitis in der Kinderpraxis, die sich ohne Reizerscheinung bei Anwendung von 1—2%iger Lösung erzielen ließen. Beiträge zur Behandlung von Blennorrhoea neonatorum haben A. ROSNER und J. VEVERKA geliefert.

Radium. Bewährt hat sich die Bestrahlungsmethode bei Behandlung von subcutan gelegenen Metastasen und inoperablem Carcinom, ferner konnte bei Psoriasis vulgaris das Verschwinden der schuppenbedeckten Infiltrate und das Abfallen der Schuppen beobachtet werden, ein Erfolg, der nach relativ kurzer Bestrahlung eingetreten war. Bei Lupus vulgaris genügt eine 3—5 Minuten lange Bestrahlung mit Radiumbromid, um das Schrumpfen des Gewebes bis zur normalen Höhe zu bewirken. Auch bei Kranken mit Epitheliom der Haut wurden günstige Ergebnisse erzielt, wobei die infolge der Behandlung immer beobachtete Dermatitis der gesunden Haut einen typischen Verlauf nahm. Interessant dürfte die von HOLZNECHT geschilderte Heilung der flachen Telangiectasie sein, ein Resultat, das als eine Folge der Radiumdermatitis zu betrachten ist. Um tiefliegende, pathologische Prozesse ohne schädliche Beeinflussung der Haut zu bestrahlen, hat STREBEL eine intratumorale

Applikation in Vorschlag gebracht, die darauf beruht, daß die Radiumsubstanz in die ausgebohrte Spitze eines Aluminiumstäbchens gegeben und diese Spitze in den betreffenden Tumor eingestossen wird. Bei diesem Verfahren ist nur das erkrankte Gewebe der Belichtung und ihrer Wirkung ausgesetzt.

Subcutin. BECKER verwendete das Subcutin in Form der SCHLIMMERSchen Infiltration in einer „Subcutol“ genannten Lösung folgender Zusammensetzung:

B Subcutin	0,8—1,0
Natr. chlorat.	0,7
Aqu. destil.	100,0

Theocin. Von allen Autoren wird das Theocin als ein gutes, schnell wirkendes Diuretikum angesprochen, wenn man auch nicht leugnen kann, daß es wie alle Diuretika gelegentlich einmal im Stiche läßt. Wie das Coffein, zeigt auch dieses Präparat die dem Theobromin fehlenden, das Nervensystem erregenden Wirkungen, die sich aber dadurch sehr mildern lassen, daß man das Mittel in Kombination mit Hedonal verabreicht, was sich besonders bei zu Erregung neigenden, neuropathischen Personen von vornherein empfiehlt.

Thiosinamin. Dieses Präparat verdient nach A. LEWANDOWSKY eine ausgiebigere Verwendung, als dies bisher der Fall war. Seine spezifische Wirkung zeigt sich in einem erweichenden und lösenden Einflusse auf Narbengewebe, wobei es ganz gleich ist, was für ein pathologischer Prozeß die Narbenbildung veranlaßt hat. Man verwendet das Präparat in 10—15%iger, alkoholischer oder glycerinwässriger Lösung in Form subcutaner Injektionen. LEWANDOWSKY schlägt vor, alkoholische Lösungen zu applizieren, da keine Lokalreaktionen beobachtet werden können und nur an der Injektionsstelle ein leichtes, kurzdauerndes Brennen bemerkbar ist. Am besten beginnt man mit einer halben PRAVAZschen Spritze voll, um bei 2—4 Injektionen pro Woche rasch auf eine ganze Spritze zu steigen. Es ist indiziert bei allen narbigen Zuständen der äußeren Haut und des inneren Körpers, bei allen Hautnarben, Verbrennungen, Lupus, Carcinom, ferner bei Keloiden, Sklerodermie und Rhinophym. Es dient auch als narbenerweichendes Mittel nach Operationen, wo die Narbe die Ursache der postoperativen Beschwerden ist.

Urotropin (Hexamethylentetramin). Über günstige Resultate mit Urotropin bei Behandlung chronischer interstitieller Nephritis berichtet F. FENTON, der bei viermal täglicher Darreichung von 0,6 g innerhalb sechs Tagen das Verschwinden des Eiters aus dem Urin beobachtete. Dagegen hat KURKOWSKI bei Verwendung von 1,5 g Urotropin pro die, allerdings nur in einem Falle, eine schädliche Nebenwirkung konstatiert und ist deshalb der Meinung, daß genannte Dosis nicht immer gut vertragen wird und zuweilen eine schwere Hämaturie, begleitet von Schmerzen im Blasenhals und in der Harnröhre, hervorrufen kann. Er hält es bei Gebrauch von Urotropin für unumgänglich notwendig, alle Tage den Zustand der Blase und Harnröhre durch Urinuntersuchungen sorgfältig zu überwachen.

Neuerdings haben J. WIDOWITZ und WATTEFF darauf hingewiesen, daß sich Urotropin vorteilhaft als ein Prophylaktikum gegen Nephritis im Gefolge von Scarlatina verwenden läßt, da die desinfizierende Eigenschaft des Präparates die Tätigkeit der Scharlachbakterien unterdrückt und so in den Nieren eine Entstehung anatomischer Veränderungen verhindert werden kann.

Das „Neu-Urotropin“, das 40,7% Urotropin enthält, bringt wie das Urotropin die Erscheinungen des Blasenkatarrhs schnell zum Schwinden, es klärt den Harn, verleiht ihm eine saure Reaktion und beseitigt die Schmerzen. Es soll nach den bisherigen pharmakologischen Versuchen im Harn etwas mehr Formaldehyd abspalten

als Urotropin. Man verabreicht das Präparat dreimal täglich in Dosen von 1 g, in Wasser gelöst. Kinder erhalten pro die 2—3 g auf 4—5 Dosen.

Wasserstoffsuperoxyd. Fest anklebende Verbände lassen sich nach Durchfeuchtung von 3%iger Lösung leicht und schmerzlos entfernen.

Von besonders günstiger Wirkung zeigte sich das Präparat in 3%iger Lösung bei der Behandlung von phagedänischem Schanker am Penis oder der Eichel, bei dessen Heilung auch die desodorierende Eigenschaft des Mittels zur vollen Geltung kam.

Gute Erfolge erzielte W. SCHOLTZ mit der Wasserstoffsuperoxydtherapie bei verschiedenen Gangränformen. Man kann die gangränösen Partien getrost mit der verdünnten Lösung 1:20 bis 1:50 verbinden. Gewöhnlich erfolgt die Abstofung der gangränösen Massen sehr bald und die Geschwüre reinigen sich, worauf eine gute Granulationsbildung vor sich geht. Um der erweichenden und auflösenden Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds eine stärker desinfizierende oder ätzende Kraft zu verleihen, empfiehlt SCH. Pinselungen mit einer Mischung von reinem Wasserstoffsuperoxyd mit gleichen Teilen von 10—20%iger Höllensteinlösung.

Über einige Fälle von Naevi pigmentosi und ihre Beseitigung mittels 30%igem Wasserstoffsuperoxyd berichtet C. COOK. Die Naevi wurden täglich zweimal mit einem Tropfen Wasserstoffsuperoxyd betupft, den man auf der Haut eintrocknen liefs, eine Behandlung, die keine nennenswerten Schmerzen auslöste und deshalb der Salicylbehandlung vorgezogen zu werden verdient. Das Wasserstoffsuperoxyd (30%) ist ein vortreffliches Mittel, um Pigmentmäler in verhältnismäfsig kurzer Zeit zum Schwinden zu bringen, und gestattet die relative Ungefährlichkeit des Mittels, dafs sich der Patient dasselbe selbst applizieren kann.

Yohimbinum hydrochloricum. Die therapeutische Wirkung des Yohimbins bei nervöser, funktioneller und paralytischer Impotenz illustriert eine Reihe von Abhandlungen. Es läfst sich aus den Mitteilungen ersehen, dafs das Yohimbin ein sehr brauchbares Aphrodisiakum ist, dessen Verwendung ohne schädliche Nebenwirkung sogar bei neurasthenischer Impotenz noch gute Ergebnisse zeitigt, wo hydro- und elektrotherapeutische Mafsnahmen im Stiche lassen.

A. Straufs-Barmen.

Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik, von E. SPINOLA-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 2.) Die meisten kosmetischen Übel beruhen keineswegs auf einer fehlerhaften Beschaffenheit der äufseren Hautdecke allein, sondern stehen in inniger Beziehung zum Gesamtorganismus und dessen Funktionen. So sind die meisten Akne-Patienten anämisch, die Hautfarbe blafs, häufig etwas pastös. Meist besteht Obstipation, die fraglos Akneeruptionen begünstigt. Zweckmäfsig ist daher Eisen, Arsen zur Beseitigung der Anämie; gegen die Obstipation Massage des Unterleibes und Abführmittel, welche eine leichte Desinfektion des Darmes bewirken, z. B. der Pulvis Liquiritiae compositus und Menthol. Ferner Vermeidung der Fleischkost, wie überhaupt von scharf gewürzten Speisen und besonders Käse. Die Hauptaufgabe bei der lokalen Behandlung der Akne vulgaris liegt in der Bekämpfung der Seborrhoe; bekanntermassen spielt auch hier der Schwefel die Hauptrolle. SP. bespricht dann die Akne rosacea, ihre Behandlung und Prophylaxe, ferner die verschiedenartigen Pigmentationen der Haut, die Pflege des Haares beim Haarausfall, die Beseitigung der Hypertrichosis und erwähnt zum Schluss die Trichorrehxis nodosa, die Scissura pilorum, den Lichen pilaris, die abnorme Trockenheit der Handteller und Fusssohlen sowie die Hyperhidrosis der Hände und Füfsse.

Putzler-Dausig.

Lichttherapie nach Professor v. TAPPEINER, von JESIONEK-München. (*Müch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 19, 22 und 23.) J. hat mit der Lichttherapie nach TAP-

FRINKE (Bestrahlung nach Applikation fluoreszierender Stoffe) in neun Fällen von Hautcarcinom therapeutische Versuche vorgenommen und schildert im ersten Teil seiner Arbeit die allgemeine Technik, die bei diesen Versuchen in Anwendung gekommen ist. Die mit einer fluoreszierender Lösung bepinselten Hautstellen werden durch Stunden hindurch dem Lichte, und zwar am besten den Sonnenstrahlen, und nur soweit das nicht möglich ist, dem zerstreuten Tageslichte oder dem Licht einer offenen elektrischen Bogenlampe ausgesetzt. Sonnenlicht wie Bogenlicht können mittels geeigneter Linsen konzentriert werden. Von den fluoreszierenden Stoffen kommt hauptsächlich Eosin in 0,01–0,1 %iger wässriger Lösung in Anwendung. Vor dem Gebrauch konzentrierter, 4–5 %iger Lösungen, wie sie anfänglich verwendet wurden, ist J. ganz abgekommen; unter ihrer Einwirkung bilden sich nämlich auf der Oberfläche der erkrankten Partien dicke, dichte Krusten, und die Reaktionserscheinungen seitens der kranken Gewebe kommen unter diesen Krusten vollständig zum Stillstand. Diese Beobachtung zusammen mit der Tatsache, daß im Experiment stark eosintingierte Borken und Schuppen das Passieren fluoreszenzerrgender Strahlen verhindern, schwach tingierte Borken und Schuppen aber sie passieren lassen, ist ein strikter Beweis dafür, daß beim Zustandekommen der Reaktion die fluoreszenzerrgenden Strahlen eine hervorragende Rolle spielen. Die Bepinselung der kranken Stellen muß während der Bestrahlung sehr oft wiederholt werden, um das Eintrocknen der Lösung zu verhindern; damit aber dabei nicht allmählich eine starke Tinktion entsteht, wird zum Nachpinseln eine ganz dünne Lösung, die eben noch Farbe und Fluoreszenz erkennen läßt, oder reines Wasser oder physiologische Kochsalzlösung verwendet. Injektionen an Stelle der Bepinselungen macht J. höchstens, wenn wallartige Infiltrationszonen vorhanden sind, welche die periphere Ausbreitung des neoplasmatischen Prozesses kennzeichnen; auch zu den Injektionen verwendet er 0,01 bis 0,1 %ige Lösungen, um nicht durch Einspritzung reichlicher Farbstoffmassen eine für fluoreszenzerrgende Strahlen impermeable Schicht zu bilden. — Während der Nacht und zu Tageszeiten, in denen die Patienten aus äußeren Gründen der Lichteinwirkung nicht ausgesetzt werden können, werden die kranken Hautstellen durch Borwasserverbände, Zinkpflaster, Xeroformpuder und Xeroformsalben vor den Einwirkungen von Schädlichkeiten geschützt.

Der zweite Teil der Arbeit bringt ausführliche Mitteilungen über die neun, auf die angegebene Weise behandelten Fälle von Hautcarcinom. Aus den Schilderungen ergibt sich, daß die Eosinlichttherapie in der Tat eine mächtige Wirkung auf carcinomatöse Krankheitsherde in der Haut ausübt. Unbeeinflusst blieb gar kein Fall, wenn auch bei einem Kranken die Behandlung lediglich eine teilweise Involution der vorhandenen mächtigen Infiltrate herbeiführte, ohne aber weitere Veränderungen zu bewirken. In den anderen Fällen kam es nicht nur zur Involution von Infiltraten und zur Abflachung der wallartigen, derben Ränder der carcinomatösen Partien, sondern es zeigte sich auch eine unverkennbare Tendenz zur Epidermisierung der Geschwürsflächen, und in mehreren Fällen trat sogar eine vollständige Überhäutung der Ulcerationen ein. Freilich zeigten sich in einigen Fällen noch während oder bald nach Abschluß der Behandlung Rezidive, und nur bei einem Kranken, bei dem ein ausgedehntes, tiefgreifendes, geschwürig zerfallenes Carcinom der Gesichtshaut durch zweimonatliche Behandlung zu völliger Epidermisierung und Heilung gekommen war, war nach drei Monaten noch der erzielte Effekt unverändert. Bei einem anderen Kranken, bei dem sich die Geschwürsflächen ebenfalls vollständig überhäutet halten, war „die Konsistenz dieser übernarbten Fläche noch in deutlicher Weise gegenüber der Umgebung vermehrt, so daß wir einstweilen noch nicht von einer definitiven Heilung uns zu reden getrauen“.

Irgendwelche zusammenfassende Bemerkungen an die Schilderung der einzelnen Fälle zu knüpfen oder Schlüsse aus den gemachten Beobachtungen zu ziehen, unterläßt JESIONEK.

Göts-München.

Die Entwicklung der Lichttherapie und ihre Bedeutung für die Behandlung der Hautleiden, von H. E. SCHMIDT-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1904. I. Jahrg. Nr. 4.) Nach einleitenden Bemerkungen über die Geschichte der Lichttherapie schildert Verfasser eingehend die FINSKENSche Behandlung des Lupus vulgaris mit besonderer Berücksichtigung des notwendigen Instrumentariums. Die Hautpartie, welche belichtet werden soll, wird mit Alkohol und Äther gereinigt und mit dem Dermatographen umrandet. Die Belichtung dauert ein bis zwei Stunden. Borken und Schuppen müssen durch Salbenverbände vorher entfernt werden, Lupusherde mit besonders tiefer Infiltration oder geschwulstartigen Wucherungen werden zweckmäßig mit einer 10%igen Pyrogallosalbenbehandlung voraus behandelt. Die Reaktion tritt in der Regel erst nach einigen Stunden in Form von Rötung und Blasenbildung auf, die 10—20 Tage zur Heilung benötigen. Am meisten geeignet für die Finsentherapie sind oberflächliche, nicht vorbehandelte und nicht in narbiger Haut gelegene Lupusherde. Von den zum Zwecke der Verbilligung des Verfahrens angegebenen Ersatzlampen hält Verfasser nur die von FINSSEN und RAYN konstruierte für zur Behandlung geeignet. Während die Finsentherapie sich in der Hauptsache auf die Bekämpfung des Lupus vulgaris beschränkt, steht der Behandlung mit Röntgenstrahlen ein größeres Gebiet offen. Und zwar sind es hier namentlich erstens die sog. Haarkrankheiten: Hypertrichosis, Favus, Sykosis und Trichophytie, und zweitens die epithelialen Neubildungen: Warzen, Kankroide und inoperable Carcinome, bei denen die Röntgenstrahlen mit Nutzen angewandt werden. Die Technik ist nicht so leicht und soll die Behandlung nur von erfahrenen Spezialisten vorgenommen werden, da bei Überexpositionen schwere Schädigungen der Kranken eintreten können. Ähnlich den Röntgenstrahlen in ihren Wirkungen sind die BROUQUERESchen und das Radium. Die Radiumstrahlen sind an Penetrationskraft den Röntgenstrahlen überlegen und wirken stark bakterizid. Vereinzelt therapeutische Versuche bei Lupus vulgaris, Kankroiden, Carcinomen und Sarkomen liegen bereits vor. Doch sind derartige Experimente wegen der deletären Wirkung der Strahlen auf die Haut, welche zu torpiden Ulcerationen führen kann, sehr gefährlich und haben daher die Radiumstrahlen vorläufig lediglich ein wissenschaftliches Interesse.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Kokain und Adrenalin, von H. BRAUN-Leipzig. (*Berliner Klinik.* 1904. Nr. 187.) Nach einigen Bemerkungen über Kokain und SCHLEIENSche Infiltration zur Lokalanästhesierung bespricht Verfasser das neu hinzugekommene Adrenalin. Reine Adrenalinlösungen wirken auf Schleimbäute so stark ein, daß sie eine grauweiße Farbe annehmen und beim Einschneiden kein Tropfen Blut herausfließt. Es zeigt sich, daß ein Zusatz sehr kleiner Mengen Adrenalin die örtlich anästhesierende Fähigkeit von Kokainlösungen enorm steigert; diese Mischungen sind das beste lokale Anästhetikum, auch findet die toxische Wirkung des Kokains in dieser Kombination eine bedeutende Abschwächung. Meist genügen zum Erfolg 3—5 Tropfen Adrenalin als Zusatz zu der zu injizierenden Kokainlösung. Diese ist auch bei der Anästhesierung der Harnröhre anwendbar und wirkt länger als Kokain allein, ebenso bei Analoperationen.

Bernhard Schulse-Kiel.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Zur Technik der Urethralinjektionen.

Von

Dozent Dr. VAJDA-Wien.

In einem in *dieser Zeitschrift*, Bd. 37, Nr. 1, erschienenen und „Technik der Urethralinjektionen usw.“ betitelten Aufsätze des Herrn Dr. C. ENGELBRETH-Kopenhagen werden insbesondere auf Intra-urethraldruck und Kapazität bezügliche summarische Daten von ca. 50 — zwecks der Sicherung gewisser Injektionsgebiete — unternommenen Untersuchungen mitgeteilt, welche den Autor in weiterer Folge zur Angabe und Empfehlung einer nur einen bestimmten nach Band 37 nur für die Pars anterior,¹ nach Band 38 auch für die sogenannte Pars posterior hinreichenden Druck von $\frac{1}{10}$ Atmosph. zulassenden Ventilspritze führten, und schliesslich, wie mir von seiten Industrieller gemeldet wird, laut *Chir.-techn. Korr.-Bl.*, 1904, Nr. 7, das Eigentumsrecht an letzterer bzw. an der jenem Instrumente zugrunde liegenden Idee durch ein internationales Patent zum Ausdruck zu bringen veranlassten.

Ich glaube, nicht nur in berechtigtem Interesse der beteiligten Industriellen, deren einer, der renommierteste Österreichs, Herr Josef Leiter in Wien, auf meinen Auftrag und nach meinen Angaben seit sieben Jahren mit der Fabrikation derartiger Ventilspritzen sich befasst, sondern auch noch mehr im Interesse der Sache, der gewiss nicht glänzenden Situation der Trippertherapie, zu handeln, wenn ich auf die Frage, welcher Wert eigentlich der Ventilspritze hinsichtlich der Urethralinjektion beizumessen sei, noch einmal zurückkomme.

Diese Frage ist nicht loszulösen von einer zweiten Vorfrage, welche lautet: hat es einen Sinn, dem Injektionsdruck eine feste Grenze zu ziehen? Auf dem Gebiete der Therapie hat eine Sache nur dann einen Sinn, wenn sie dem Kranken einen gewissen Vorteil gewährt, sei es, dass sie ihn vor einer Gefahr schützt, sei es, dass sie ihm durch Sicherung

¹ Band 37, S. 16, heisst es noch: „Die Injektionen in die Pars posterior sind vorzunehmen, indem man das Ventil mit dem Daumen schliesst.“

einer bestimmten Wirkung Nutzen bringt. Diesbezüglich wären hier in Betracht zu ziehen: das Forcieren — unbeabsichtigtes Vordringen der Injektion in die sogenannte Pars posterior — zu verhindern; das Forcieren, Öffnen und besonders über die den Injektionsakt reichende Reizung Schädigung des Blasenostiums zu verhüten, bezw. die Wirkung der Injektion, das eine Mal für die Pars anterior, das andere Mal für die Pars anterior und die sogenannte Pars posterior, zu sichern, schliesslich die Divulsion der Urethra unter allen Umständen unmöglich zu machen.

Der zuerst genannte mechanische Effekt des Injektionsdruckes, das Vordringen der Injektionsflüssigkeit in die sogenannte Pars posterior, kann mitunter unerwünscht sein bezw. die Beschränkung dessen auf die Pars anterior angezeigt erscheinen. Derartige Fälle bezw. Indikationen sind aber einerseits so selten, andererseits auch nicht so über jeden Zweifel erhaben, dass sie vorläufig zum Prüfstein der Berechtigung der fraglichen Idee sich eignen würden.

Um so geeigneter hierzu und wichtiger, weil nahezu allgemein anerkannt und häufig wiederkehrend, ist die Indikation, dem Forcieren des Blasenostiums entgegenzutreten bezw. die Injektion auf die kranke Urethra allein zu beschränken. Einer solchen Eventualität vis-à-vis empfiehlt sich die Fixierung der Druckgrenze — wie von vornherein einleuchtet — nur insofern, als eine Beständigkeit des Wirkungsrayons für gewisse Druckhöhe zu konstatieren wäre.

In dieser Beziehung konnte naturgemäss nur eine grössere Anzahl von Untersuchungen, welche nebst Messung des Druckes der Kapazität sich auch auf die Besichtigung des Wirkungsrayons der Injektionen erstreckten — verlässlichen Aufschluss geben. Derartige, bis nun die einzigen, durch Spiegelbefunde gestützte Daten (von L. VAJDA in der *Wien. med. Wochenschr.*, 1897, Nr. 25—29) lehren, dass einem und demselben Druck nicht immer der gleiche Effekt hinsichtlich der Tragweite der Injektionen entspricht, sondern dass das Vordringen der Injektionen bis in die Pars prost. urethrae bei verschiedenen Druckintensitäten, und zwar in 41 % der Fälle einer 77—100 cm, in 59 % einer 100—201 cm hohen Wassersäule entsprechend, erfolgt. Eine Sicherung der Wirkung auf irgendeine bestimmte Partie, insbesondere auf die Pars prost. urethrae, kann hiermit durch Festlegung der Druckgrenze weder im allgemeinen noch im speziellen erwartet werden, denn der dazu nötige Injektionsdruck ist nicht nur von Individuum zu Individuum verschieden, sondern es ereignet sich mitunter, dass bei einer und derselben Person nach einer kurzen Spanne Zeit der für die Pars prostatica erforderliche Druck sich ändert; in einer grösseren Anzahl von (32 : 34) Fällen allerdings 150 cm Wasserhöhendruck dazu hinreicht. Eine Sicherung gegen Eintritt der Injektionsflüssigkeit in die Blase, etwa durch Einhaltung der für die Füllung der Pars prostatica ermittelten Grenzen, wäre

aber auch nicht in allen Fällen möglich, denn es fehlte nicht an allerdings seltenen zwei Ausnahmefällen, wo schon innerhalb jener Schranken — bei 83 cm Wasserhöhendruck — die Blase entriert wurde.

Über Festlegung der Druckgrenze zum Behufe der Verhinderung der zu dritt genannten Eventualität bei Harnröhreninjektionen, nämlich der Divulsion der Urethra, können nur Vermutungen angestellt werden. Nur soviel steht fest, daß in meinen diesbezüglichen Versuchen selbst beim höchsten Ausmaße des von mir angewendeten Druckes (nämlich 201 cm Wasserhöhendruck) und bei genauest durchgeführten, auf alle Teile der Urethra sich erstreckenden Spiegeluntersuchungen, unter Anwendung Läsionen aller Art markierender Chemikalien, auch nicht eine Spur von Kontinuitätstrennung zu beobachten war. Nach der maximalen Seite hin ist aber unser Horizont unklar; die Druckgrenze, wo die Divulsion beginnt, kann natürlich an Lebenden nicht der Gegenstand eines entsprechenden Versuches sein. Die einzigen derartigen, an toten Harnröhren in querer Richtung einsetzenden Zerreißungsproben (L. VAJDA, Über Urethrokaliromanometer usw., *Wien. med. Wochenschr.*, 1901, Nr. 2—6) geben nur der Vermutung Raum, daß die dazu erforderliche Gewalt viel größer, als der letztgenannte Maximaldruck ist, sein müsse.

Aus all den hier angedeuteten Daten, welche — wie erwähnt — unter Kontrolle des Auges zustande kamen, folgt, daß bei den großen individuellen und temporären Schwankungen des Intraurethraldruckes die Sicherung irgendeines Wirkungsrayons nicht durchführbar ist, daß eine Limitierung des Druckes etwa mit 150 cm Wasserhöhendruck, wie dies anderweitig durch entsprechende Lagerung des Injektionsflüssigkeitsreservoirs geschieht, nur insofern Sinn hätte, als dadurch wohl die Möglichkeit (aber nicht die Sicherheit) des Vordringens der Injektionsflüssigkeit in die Pars prostatica für die Mehrzahl der Fälle gegeben wäre.

Die Festlegung der Druckgrenze mit 200 cm Wasserhöhendruck hätte dafür nach zwei Richtungen Sinn und Wert, indem eine, solch einen Maximaldruck zulassende Vorrichtung, Spritze, zur Entrierung der tiefsten Partien der Urethra zumeist ausreichte, eine Läsion aber ausschloß und auf diese Weise auch dem ersten Prinzip jedes medizinischen Beginnens „nil nocere“ Rechnung tragen würde.

Hiermit wäre die Frage nach dem Werte und der Beschaffenheit einer mit Sicherheitsventil versehenen Spritze beantwortet, nicht aber das Bedürfnis nach größerer Sicherheit der Injektionstechnik befriedigt, welches es erfordert, den Wirkungsrayon in welchem Zustande des Kranken immer bestimmen zu können.

Hier kommt uns eine gewisse Erfahrung zu Hilfe. Im Wechsel der Erscheinungen bei derartigen Encheiresen an verschiedenen Kranken muß das einzige konstante Bild auffallen, nämlich, daß nahezu in allen Fällen

(d. i. bis auf $1\frac{1}{2}\%$), in welchen der Spiegelbefund deutliche Spuren des stattgehabten Vordringens der Injektionsflüssigkeit in die Pars membranacea und prostatica aufwies, bei dem Injektionsakt Reiz bzw. Zwang zum Urinieren gemeldet wurde. Dieser Umstand legt den Gedanken nahe, den Injektionsakt — sofern dieser Eingriff nur auf die Urethra in toto abzielt — mit dem Momente, wo infolgedessen Harnzwang auftritt, abzuschließen, und es wäre derselbe als absolutes Terminalzeichen zu betrachten und zu beachten. Das von manchen empfohlene Terminalzeichen — Ansteigen des Spritzenwiderstandes erfordert ein so sorgfältig gearbeitetes und, wie die Folge lehrte, leicht verderbliches, dabei so kostspieliges Instrument — mit minimalem Reibungswiderstand und überdies einen geübten stark entwickelten Tastsinn, das schon aus praktischen Gründen von diesem Terminalabzeichen kein Gebrauch gemacht werden kann. Ein bestimmtes Ausmaß des Injektionsquantums ist nach dieser Richtung hin noch weniger zu verwerten. Als absolut möge also das obige Zeichen gelten, denn wie vielfältige Beobachtungen lehren, ist all das, was darüber hinausgeht, von Übel, sei es, das die Injektionsflüssigkeit in die Blase übertritt und unerwünschte chemische Reaktion daselbst bewirkt, sei es, das die darüber hinaus fortgesetzte Injektion mechanisch einen bleibenden Reizzustand der Urethra und Blase, Tenesmus, schafft oder das event. der ganze nicht unbedeutende Druck der Hand, weder durch Rücksicht auf Druckmaximum, noch auf Terminalzeichen beschränkt, die Integrität der Gewebe gefährdet. Die wirkliche, ernste Gefahr für die Harnröhre, die Divulsion, kann aus dieser Quelle stammen. Gegen solche Zufälle leistet für alle Fälle die Ventilspritze mit obiger Begrenzung das vorzüglichste.

Hierin liegt aber auch eine weitere Erledigung der eingangs des genaueren geschilderten neuaufgeworfenen Ventilspritzenfrage.

Es wäre nur zu wünschen, das diese die letzte oder die wichtigste Frage der Trippertherapie wäre, was aber leider nicht der Fall ist.

Bemerkungen zu BRANDWEINERS Fall von neurotischer Hautgangrän.

Von

Prof. Dr. KREIBICH.

Mit einer Abbildung im Text.

In Nr. 5 des vorliegenden Bandes *dieser Zeitschr.* veröffentlicht BRANDWEINER einen Fall von neurotischer Hautgangrän, der, wenn man von den ab und zu größeren Blasen und Schorfen absieht, in seinen spontan-klinischen Erscheinungen mit den von uns publizierten identisch zu sein scheint. Wir haben in unserer ersten Publikation die bei unserem Falle experimentell erzeugten Phänomene als Reflexwirkung dargestellt und in ziemlich dezidiert Form die Vermutung ausgesprochen, daß die Nekrose bei dieser Erkrankung wohl vorwiegend auf dem Wege des Reflexes zustande kommt. Weitere Versuche, über welche wir auf dem V. internationalen Dermatologenkongress in Berlin berichteten, scheinen unsere erste Ansicht zu bestätigen. Nach den von uns wieder zunächst nur für unseren Fall aufgestellten Thesen lassen sich durch faradische und galvanische Ströme, ferner durch warme Bäder vasomotorische Phänomene erzeugen, die in Hyperämie von verschieden langer Dauer, in Hyperämie mit Ödem, in entzündlichen Erythemen (8—10 Tage Dauer) und in Erythemen mit Ausgang in Atrophie bestehen. Bei starker Reizung konnten wir endlich das aus Hyperämie, Quaddel-Bläschenbildung und Nekrose sich zusammensetzende Bild des Zoster hystericus erzeugen, ein Versuch, der seither schon wieder viermal mit Erfolg vorgenommen wurde. Mit Rücksicht darauf, daß die Phänomene bei Reizung des linken Armes auch auf dem ungereizten rechten Arm auftreten, weiter mit Rücksicht auf die durch warme Bäder erzeugten Veränderungen sind wir neuerdings und energischer für eine Beteiligung des Zentralnervensystems eingetreten. Zugleich konnten wir über einen zweiten Fall von Zoster hystericus berichten, bei welchem sich unsere Vermutung, daß die Hautveränderung auch in anderen Fällen durch Reizung vom Nerv aus zu erzeugen ist, bestätigte. Eine Frau, die nach einem Trauma durch drei Monate an einem Zoster hystericus des linken Vorderarmes litt, bekam nach schwacher Faradisation (Pinselelektrode) zwei Gruppen von Zoster hystericus auf dem bis dahin normalen rechten Arm.

Mit Rücksicht darauf, daß auch bei unserer Kranken, namentlich bei öfterer Wiederholung oder aus Gründen, die wir heute noch nicht voll-

ständig genau kennen, besonders die mit *Urtica urens* ausgeführten Versuche nicht so selten negativ verliefen, weiter mit Rücksicht darauf, daß auch die elektrische Reizung, die im großen und ganzen promptere Resultate liefert, z. B. bei schwacher Anwendung keine Phänomene hervorbringt, führten wir aus, daß wir in Zukunft in negativen Versuchen keinen Gegenbeweis gegen unsere Resultate und Schlüsse erblicken können, denn die wechselnde Erregbarkeit in unserem Falle ließe eine durchaus schwächere Erregbarkeit in einem anderen Falle möglich und naheliegend erscheinen. Gegen diese mögliche Verschiedenheit der Fälle müßten unsere Resultate ein- für allemal geschützt werden.

Wenn wir aber auch unsere Vermutung, daß sich andere Fälle von neurotischer Hautgangrän, wenn schon nicht vollkommen gleich, so doch ähnlich verhalten werden, angesichts des Falles BRANDWEINER nicht ohne weiteres aufgeben, so hat dies, abgesehen davon, daß wir bereits über den oben zitierten zweiten Fall verfügen, mehrfache Gründe. Zunächst glauben wir, daß die Versuche doch nicht so vollkommen gleich, wie von uns, ausgeführt wurden. Wir machten die meisten Versuche am Arm und ließen Stellen, welche keine Resultate lieferten, später sofort aus; BRANDWEINER macht sie besonders an den unteren Extremitäten, wo wir mit *Urtica urens* ebenfalls nichts erzielten. Weiter wurde *Urtica urens* erst zuletzt angewendet, während wir mit einer Ausnahme dieselbe regelmäßig verwendeten und manchmal zu dem stärkeren Reiz einer Formalinlösung griffen. Jedenfalls werden jetzt im Falle BRANDWEINER die elektrischen Reizungen mit der Pinselelektrode zu versuchen sein, wobei die Erfahrung verwertet werden kann, daß warme Bäder und Alkohol die vasomotorische Erregbarkeit steigern. Erst nach dem negativen Ausfall dieser Versuche wird man sagen können, daß scheinbar in diesem Falle nichts zu erzielen ist.

Wir sagen scheinbar, weil wir die Meinung, daß die positiven Versuche, die BRANDWEINER mit den Injektionen von Blaseninhalt erzielte, positive Reflexversuche sind, noch nicht vollkommen aufgeben können.

Um ein Zustandekommen auf letzterem Wege auszuschließen, müßten die Versuche vom Anfang bis zum Auftreten der Blasen unter ständiger Beobachtung gewesen sein, da zu berücksichtigen ist, daß die Hyperämie, welche das Phänomen einleitet, oft von geringer Ausbreitung und Dauer ist. Während Reiben und zartes Stechen nicht zum Ziele führt, würden die schmerzhaften intracutanen Injektionen den ausreichenden sensiblen Reiz abgeben. Voraussetzung für diese Annahme ist allerdings, daß die durch die Injektion entstandenen Blasen echte gruppierte Zoster hystericus-Blasen und Schorfe darstellen. Die fehlende Einzelaufzählung und Beschreibung der Versuche BRANDWEINERS verhindert leider ein genaues Eingehen. Vielleicht könnte zur Kontrolle die Injektion nach

Anästhesierung der Einstichstelle oder an dem gestauten oder anämisierten Arm gemacht werden, denn nach der Annahme BRANDWEINERS müßten die Versuche auch in dieser Anordnung positiv ausfallen.

BRANDWEINER führt nämlich die Nekrose auf Giftwirkung zurück; da um die Schorfe kollequative (?) Blasen entstehen, so muß die Giftwirkung eine erhebliche sein.

Einmal entstand dieselbe Wirkung nach Injektion von Blutserum, es müßte sich somit dasselbe Gift, wenigstens zeitweise, in ähnlicher Konzentration in der Blutbahn finden; ob dies ohne sonstige Störung möglich ist, muß einstweilen dahingestellt bleiben. Der Ausfall der Ovarialfunktion könnte für unseren Fall und den BRANDWEINERS zwar zur Erklärung der Vasoneurose, aber nicht als Quelle eines so schweren Toxins herangezogen werden; aber auch daran hindern uns Fälle, wie unser zweiter, die vollkommen normale Funktionen aufweisen.

Nehmen wir mit BRANDWEINER an, daß das Toxin in den Blasen in höherer Konzentration vorhanden sei, so bleibt noch immer die Tatsache zu erklären, warum das Gift nur bei derselben Kranken wirkt; auf jeden Fall würden wir vor der bemerkenswerten Tatsache stehen, daß ein anscheinend gesunder Organismus auf dem Wege einer angioneurotischen Entzündung ein so schweres Toxin exsudiert.

Wir müssen gestehen, daß wir anfangs ebenfalls an eine chemische Schädigung des Gewebes dachten, nur konnten wir hierfür keine ausreichenden Beweise erbringen. Die früher und jetzt zum Zwecke der Nachprüfung erzeugten Blasen lieferten zu wenig Inhalt, und die großen Schorfe machen eine öftere Wiederholung der Versuche fast unmöglich. Auch die zweite Patientin bekommt jetzt nur noch stecknadelkopfgroße Bläschen, so daß eine gegenseitige Überimpfung unmöglich ist. Wir können sonach, was allerdings gegen die Befunde BRANDWEINERS direkt nichts beweist, nur berichten, daß das Blutserum der Patientin, auf sie überimpft (zwei Versuche), ein negatives Resultat gibt; das gleiche gilt vom Inhalt der Herpes zoster-Blasen, wenn er auf den betreffenden Kranken intracutan überimpft wird (drei negative Versuche). Der Mangel an positiven Ergebnissen im Sinne einer Toxinwirkung, die histologischen Verhältnisse beim Zoster hystericus, bei Urticaria und Prurigo führten uns dazu, die Nekrose durch Zirkulationsstörung zu erklären, und wir haben seither bei unserer Kranken immer wieder größeren Schorfen das anämische Ödem vorausgehen sehen. Weitere Untersuchungen BRANDWEINERS werden ja zeigen, ob sich die Unterschiede in den beiden Fällen werden aufrecht erhalten lassen, wir werden uns andererseits weiter bemühen, Blaseninhalt zu bekommen und ihn auf seine Toxizität zu prüfen.

In einem eventuell nachgewiesenen Toxin könnten wir allerdings nur den Effekt eines chemischen Vorganges am Ort der angioneurotischen

Effloreszenz erblicken; hingegen erscheint es uns schon heute unmöglich, unseren beiden Fällen jene pathogenetische Deutung zu geben, die BRANDWEINER für seinen Fall annimmt. Ein wechselseitiges Sehen der Kranken würde allerdings am raschesten Klarheit schaffen.

Zum Schlusse sei noch ein Versuch beschrieben, der in den letzten Tagen ausgeführt wurde, und der wegen der Lokalisation der Veränderungen Interesse verdient.

Versuch: Elektrode a wird über der Lendenwirbelsäule, Elektrode b rechts seitlich davon aufgesetzt. Die dazwischen gelegene Stelle wird mit Watte und Pflaster zugedeckt. Stärkere Reizung. Nachmittags oberhalb des Pflasters ausgebreitetes Erythem, unter dem Pflaster Erythem schwächer (Ähnliches beobachteten wir auch schon in früheren Versuchen). Am nächsten Tage ist neben dem Erythem unter dem Pflaster ein talergroßer Zoster hystericus mit größerem Schorf entstanden. Schon während der Reizung verspürte Patientin den Strom besonders stark in der gesamten rechten unteren Extremität. 24 Stunden nach der Reizung findet sich an der hinteren Fläche des rechten Oberschenkels eine handtellergroße, stark entzündete, ödematöse Stelle, die dicht mit kleinsten Bläschen bedeckt ist, in dieser Stelle ein elevierter, anämischer Streifen, der später zum Schorf einsinkt. Die histologische Untersuchung zeigt kleinste kollequative Bläschen mit bereits deutlicher Infiltration in der Cutis.



Zu gleicher Zeit mit diesem Herde trat am rechten Unterschenkel eine schmale, scharfrote Linie auf, welche etwas nach einwärts von der Mitte der Kniekehle nach innen und vorn gegen den Maleolus internus verläuft, über demselben aber an dem festanliegenden Schulten aufhört. Die Linie ist hyperämisch, glänzend, anscheinend mit mortifizierter Hornschicht bedeckt, wie wir dies nach Rückbildung von Ödem öfter gesehen. Nun werden auf die Vorderfläche des Oberschenkels noch einmal beide Elektroden aufgesetzt (schwacher Strom), eine Stunde später verspürt Patientin leichtes Brennen, und es zeigt sich fast die ganze obige Linie in einen oberflächlichen, graugrünen Schorf verwandelt, der an manchen Stellen durch hyperämische Partien verbreitert ist. (Vergleiche Abbildung). In einem

früheren Versuch trat nach warmen Bädern an der hinteren Fläche des linken Oberschenkels eine ähnliche Linie auf, welche von der Mitte der Glutälfalte etwas nach innen abwärts gegen die Mitte der Kniekehle zog und ziemlich weit medial davon von einer zweiten, schwächeren begleitet wurde. Wir bezogen anfangs diese Linien auf den Verlauf cutaner Nerven, wir sind aber heute geneigt, ihnen eine andere Deutung zu geben. Beide Linien entsprechen nämlich vollkommen jenen Grenzlinien, wie sie heute bereits durch viele strichförmige Erkrankungen bekannt geworden sind (vide BLASCHKO, „Die Nervenverteilung in der Haut“, z. B. Tafel XIV, Fig. 7, oder Tafel XVIII, Fig. 1, Fig. 5). Wir glauben somit nicht fehlzugehen, wenn wir die erzeugten Linien mit jenen identifizieren. Damit erscheint aber auch das eigenartige Verhalten der Haut in diesen Linien durch das Experiment bewiesen.

Graz, 28. September 1904.

Versammlungen.

Bericht über den V. internationalen Dermatologenkongress in Berlin vom 12.—17. September 1904.

Von Dr. med. HOFF, Arzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Zum erstenmal wurde Deutschland die Ehre zu teil, den internationalen Dermatologenkongress in seinen Grenzen begrüßen zu können, und die feierliche Eröffnung desselben im Langenbeckhause, die Begrüßung durch die höchsten Reichs- und Staatsbehörden, sowie die städtischen Behörden der Reichshauptstadt waren ein deutlicher Beweis, welche Bedeutung von den maßgebenden Stellen unserer blühenden Fachwissenschaft und deren von den berufenen Vertretern besuchten Beratungen beigelegt wurde. Standen doch auch Themen auf der Tagesordnung, welche für die Menschheit aller Staaten von der höchsten volkswirtschaftlichen Wichtigkeit sind, die Bekämpfung der Lepra, des Lupus, des Epithelioms, der Syphilis. LESSER-Berlin, welcher die Leitung des Kongresses in den Händen hatte, wies auf die Ehre hin, welche der noch verhältnismäßig jungen deutschen Dermatologie durch die Berliner Tagung widerfahre. Zumeist, welche in Frankreich und England schon blühende dermatologische Schulen gesehen hätten, wäre bei uns dieser Zweig der Heilkunde noch gar nicht vorhanden gewesen, und erst die letzten drei Jahrzehnte hätten eine eigene Fachdisziplin der Hautkrankheiten sich entwickeln gesehen. Nur zwei Namen hätten sich schon Mitte der fünfziger Jahre des verflossenen Jahrhunderts auf dermatologischem Gebiete unsterblich gemacht, BÄRNSPRUNG und SIMON. Nachdem aber neuerdings die Dermatologie auch in Deutschland vortreffliche Heimstätten gefunden habe, sei sie bei uns schnell erblüht und habe alles früher Versäumte nachgeholt. Heute sei sie aus der Empfangenden eine Gebende geworden. — Der Reichskanzler entschuldigte sein Fernbleiben vom Kongresse brieflich mit einer Urlaubsreise, sandte jedoch seine besten Wünsche für ein gutes Gelingen der Tagung. Im Namen des Reichsamtes des Innern

begrüßte der Unterstaatssekretär Exzellenz Dr. HOFF den Kongress. Er betonte besonders, daß zwei Fragen auf der Tagesordnung dieser Beratungen ständen, welchen die Regierung nach wie vor die ernsteste Beachtung schenke, die Lepra und die Geschlechtskrankheiten; die erstere sei zwar keine für Europa endemische Seuche, allein es sei jeder einzelne Fall genau zu eruieren und in Beobachtung zu halten, damit sich von ihm aus keine kleinen Epidemien entwickeln können, und kleine bestehende Epidemien auf ihr Gebiet beschränkt und eingedämmt werden können. Anders liegen die sozialen und sanitären Gefahren bei der Syphilis. Hier sei das Übel endemisch derart im Volke verbreitet, daß es der unablässigen Bemühung der Regierungen, der Ärztwelt und sozialetischer sowie moralischer Faktoren der Gesellschaft bedürfe, um eine Besserung zu erzielen, welche dringend not tut. Hoherfreuliche Worte, die im Namen der deutschen Bundesregierungen dem Kongress entgegen klangen! Geheimrat KIRSCHNER, der Medizinalreferent des preussischen Kultusministeriums, verwies auf den Segen, den die angewandte Dermatologie gelegentlich der Memeler Lepraepidemie gestiftet hat. Hatte Ende der 90er Jahre das Publikum eine allgemeine Besorgnis erfaßt, daß von Memel aus die schreckliche Krankheit sich auf weitere Gegenden ausdehnen könne, so sind jetzt dank der von den berufensten Dermatologen vorgeschlagenen Maßnahmen, wie sie 1897 auf der internationalen Leprakonferenz zur Besprechung gekommen sind, die größten Hoffnungen zu hegen, daß die Lepra in Ostpreußen und damit im Reiche überhaupt in absehbarer Zeit gänzlich verschwinden wird. Die nächste Begrüßungsansprache hielt der Berliner Oberbürgermeister KIRSCHNER, welcher darauf hinwies, daß es gerade die großen Städte sind, welche durch die geschlechtlichen Erkrankungen am meisten verseucht werden, und daß gerade sie darum die Arbeiten, welche auf Bekämpfung derartiger Leiden hinzielten, also auch die Beratung dieses Kongresses, mit Freude und Teilnahme begrüßen. Namens der Berliner Universität sprach Geheimrat Professor SCHWARTZ, namens der medizinischen Fakultät Professor VON BERGMANN, Exzellenz, von der Versammlung durch demonstrativen Beifall ausgezeichnet. Er erklärte, sich mit Stolz einen Schüler HEBRAS zu nennen. Vor dessen Zeit habe auch er als Student Hautkrankheiten gehört. Ihr Gebiet war damals, so führte er weiter aus, sehr beschränkt. Scabies spielte eine Hauptrolle. Seitdem aber SCHÖNLEIN die Ätiologie des Favus studiert hatte und BÄRENSPRUNGS grundlegende Arbeiten über den Zusammenhang von Hautaffektionen mit Nervenkrankheiten erschienen waren, seit HEBRAS Lehrtätigkeit ist aus den kleinen Anfängen ein blühender Zweig der Heilkunde geworden, dem die Wissenschaft viele Förderungen verdankt. ROSENTHAL-Berlin begrüßt als Generalsekretär des Kongresses die Erschienenen, ferner überbringen GAUCHER-Paris, POSPELOW-Moskau und ZENOVSKI-Odessa Grüße ihrer Landsleute. Nachdem hierauf die Wahl der Kongressleitung mit LESSER-Berlin als Präsident und BESNIER-Paris als Ehrenvorsitzenden vorgenommen worden war, begann die erste wissenschaftliche Sitzung.

Erster Sitzungstag.

HALLOPEAU-Paris spricht über die pathogenetische und immunisierende Wirkung der Toxine bei Syphilis. Die Syphilisgiftstoffe sind zwar unbekannte Erzeugnisse eines ebenso unbekanntem Lebewesens, aber gleichwohl müssen sie in Rechnung gestellt werden, da sie das Bindeglied zwischen dem Erreger der Lues und deren Erscheinungen repräsentieren. Von den jeweiligen Entwicklungsperioden des Syphiliskeims wird naturgemäß auch das Auftreten von solchen Toxinen abhängen. Während der Inkubationszeit und der Latenzperioden der Krankheit ruht die krankmachende Wirkung der Giftstoffe. Die bald nach der Ansteckung zu beobachtende Immunität gegen weitere Ansteckungen beweist, daß Impfstoffe, welche von den Toxinen verschieden sind, in die Blutzirkulation gelangt sein müssen. Die Einwirkung

der Toxine vermag sich zu generalisieren oder um die Infektionsherde herum zu begrenzen. Ihre unmittelbare örtliche Wirkung zeigt sich in dem Primäraffekt, den Drüsen, den Effloreszenzen, den Gummibildungen, Arterienentzündungen und in den embryonalen Dystrophien. Diese verschiedenen Krankheitsentwicklungsprozesse hängen zum großen Teil auch von dem Boden ab, den das erkrankte Individuum darstellt, und von den Antitoxinen, die es den Toxinen entgegensetzen vermag. Die mittelbare Wirkung der Toxine zeigt sich in den Störungen der GefäÙ- und Pigmentbildung in der Umgebung der syphilitischen Papeln oder Knötchen. Die allgemeine Wirkung zeigt sich in der Erwerbung von Immunität, in Störungen, welche mit dem sekundären Stadium im ganzen Körper gemeinsam auftreten können, und vielleicht auch in Veränderungen, die eine Entwicklung der Lues bei zwei aufeinander folgenden Geschlechtern (*Syphilis binaire*) darbieten kann. Unter Umständen erstreckt sich diese Durchtränkung mit Toxinen sogar auf den Embryo, wobei man auf eine Übertragung auch des Keimes gar nicht zu kommen braucht. Andererseits ist es nicht richtig, die Entstehung der Prozesse tertiären und quaternären Charakters ausschließlich auf Toxine zu schieben, ebensowenig wie Tabes und Paralyse ausschließlich darauf zurückgeführt werden können. Die spezifische Behandlung hat keinen heilenden Einfluß auf diese nervösen Prozesse, so kräftig sie auch auf die syphilitische Veränderung selbst einwirkt, welche schließlich den Läsionen der Tabes oder Paralyse zugrunde liegen. Die auf Impfstoffen basierende Immunität ist eine allgemeine und eine örtliche und beginnt unmerklich bald nach der Ansteckung. Es vermag dieselbe aber auch wieder völlig zu erlöschen. Der Übertritt solcher Impfsbstanz durch die Placenta auf die Mutter erklärt das COLLESSCHE Gesetz. Ein von einer syphilitischen Mutter geborenes Kind vermag auch durch diese Schutzstoffe eine Immunität zu erlangen, welche noch nach der Geburt anhalten kann. Erkrankt ein solches Individuum doch einmal an Syphilis, so weist es unter Umständen Symptome von abgeschwächter Intensität auf, Abortivformen der Lues, die hierbei mit der zweiten, ja der ersten Periode schon abgelaufen sein kann. Es gibt auch eine örtliche Immunität insofern, als spätere Rezidive nie den wirklichen früheren Sitz von Effloreszenzen treffen, sondern nur seine nächste Nachbarschaft.

BUSCHKE-Berlin berichtet über Versuche, die er seit mehreren Jahren vorgenommen hat. Trotz vielfacher Untersuchungen bakteriologischer Art war er nie in der Lage, ein aus syphilitischen Körperbestandteilen gezüchtetes Lebewesen kulturell darzustellen. Das Blutserum syphilitischer Individuen hat auf die Blutkörperchen Gesunder keinerlei Einwirkung, ebensowenig wie das normale Blutserum auf die Blutkörper von Lueskranken. Wenn er Blutserum von Tieren, die mit Syphilisserum behandelt waren, gewöhnlichem Menschenblut zusetzte, so sah BUSCHKE in einzelnen Fällen eine Präzipitierung eintreten, wo normales Blutserum anderes Serum nicht präzipitierte.

NEISSER-Brealan berichtete hierauf über seine Versuche, **Syphilis auf Affen zu übertragen**, und würdigte unter allgemeinen Beifallskundgebungen des Kongresses die bahnbrechenden Experimente der Pariser Forscher ROUX und METSCHNIKOFF, von denen letzterer anwesend war. Der Versuch, welcher als grundlegend für diese Forschungen gelten muß, betraf die Übertragung von Syphiliserscheinungen auf ein Schimpansenweibchen. Die Impfung wurde an der Clitoris vorgenommen, fünf Tage darauf erfolgte eine zweite, ebenfalls in derselben Gegend. Am 26. Tage nach der ersten Impfung entwickelte sich an der ersten Impfstelle ein Prozeß, der sich nach METSCHNIKOFF als typischer Primäraffekt allmählich herausbildete, und am 56. Tage nach der Impfung zeigte sich eine Reihe von etwa 20 Papeln, denen nach weiteren drei Wochen ein deutliches Exanthem folgte. Die zweite, fünf Tage später als die

erste gesetzte Impfstelle, war nicht angegangen. Die Pariser Gelehrten glauben infolge des Versuches schliessen zu dürfen, dass die Lues auf Schimpansen übertragbar ist, bei ihnen wie beim Menschen in Erscheinung tritt, dass ein abheilender Primäraffekt noch einen Schimpansen anstecken vermag, und dass die Impfung eine baldige Immunität erzeugt. Auch LASSAR gelang es, Syphilis in zwei Fällen auf diese Affenart zu übertragen. In ihren Versuchen, die gewonnene Erkenntnis eventuell zu Zwecken einer Schutzimpfung nutzbar zu machen, beschränkten METSCHNIKOFF und Roux den Weg, diese Schimpansenlues auf andere Affenarten, so vor allem den *Macacus cynomolgus* weiterzupfropfen und fanden, dass diese Affen das Gift der Krankheit abzuschwächen vermögen. Sie impften nämlich einen Schimpansen mit Sekret von der Primärläsion eines Makaken, welcher nach 15 Tagen einige etwa zehn Tage persistierende ungewisse Effloreszenzen an und in der Umgebung der Impfstelle aufwies, welche als spezifisch zu betrachten seien. Als nun dieser Schimpanse einen Monat nach jener Impfung vom *Macacus* her mit Sekret einer Sklerose von einem Menschen geimpft wurde, blieb jede Reaktion aus; der Affe war also wohl immun. NEISSER steht diesen Deutungen etwas skeptisch gegenüber. Er hat viele Versuche an Affen vorgenommen. Auf *Macacus rhesus* liess sich die Syphilis von Menschen nicht übertragen. Auch Lues des Schimpansen war auf Rhesusaffen nicht übertragbar. Einem Schimpansen verleihte nun NEISSER Serum eines florid syphilitischen Menschen subcutan ein, im ganzen allmählich über 400 ccm Serum. Es trat keinerlei Zeichen von Syphilis ein. Nach der letzten Einspritzung erfolgte eine Impfung dieses Tieres mit Sekret von typischen sekundären Plaques der Mandeln am Penisrücken und an der Unterlippe. Darauf gingen die erstere Impfstelle und eine wohl durch Antoinokulation gesetzte nach einigen Wochen an und bildeten sich zu typischen Sklerosen aus, denen ein papulöses Exanthem folgte. Das Serum des syphilitischen Menschen vermochte also einerseits den Schimpansen nicht syphilitisch zu machen, andererseits konnten diese Injektionen das Tier gegen eine Syphilisinfektion nicht immun machen. Dies Serum ist also jedenfalls zu therapeutischen Zwecken nicht verwertbar, es steht aber zu hoffen, dass sich aus weiteren Untersuchungen und Experimenten schliesslich auch Vorteile für die Behandlung der Lues bzw. für den Schutz vor ihr ergeben werden. NEISSER gibt dabei dem Gedanken Ausdruck, dass man vielleicht das Serum von Syphilitischen noch durch Quecksilberzusätze verstärken und dadurch immunisierend gestalten könne. Jedenfalls sprechen obige Beobachtungen völlig gegen das COLLESsche Gesetz, dass die Mutter eines kranken Kindes durch immunisierende Substanzen gegen die Syphilis selber geschützt ist.

METSCHNIKOFF-Paris, von der Versammlung stürmisch bewillkommnet, greift auf seine Impfversuche an Schimpansen zurück, die in einer ganzen Reihe von Fällen positiv ausgefallen sind. Er legte Wert auf seine Beobachtungen, dass Makaken die Syphilis abzuschwächen in der Lage sind. Übertrag er die abgeschwächte Makaken-syphilis auf Schimpansen, so wurde hierdurch beim Schimpansen eine Immunität gegen jede Impfung mit Syphilis des Menschen erzielt. Von der Übertragung der Lues auf die niederen Affenarten, vielleicht auf Arten, welche auf Syphilis noch weniger als die Makaken reagieren, verspricht sich METSCHNIKOFF für die Zukunft therapeutische Erfolge. LASSAR betonte, dass er gegenüber der Syphilis dieser niederen Affenarten sehr skeptisch sei. Er glaubt übrigens, dass wahrscheinlich auch gummöse, also tertiäre Prozesse mit Erfolg übertragen werden können.

Auf eine Anfrage VAN NIESSENS-Wiesbaden bemerkte NEISSER, dass das den Tieren einverleihte Serum nach makroskopischer, mikroskopischer und kultureller Prüfung als steril befunden worden sei. Den Einwurf, den NIESSENS erhob, dass nicht die spätere Syphilisimpfung, sondern die Serumeinspritzung die Krankheit erzeugt

haben könne, glaubte NEISSER mit den Zeiträumen, die zwischen Impfung und Erkrankung bestanden haben, widerlegen zu können. Es lagen zwischen Serum-einverleibung und den ersten Symptomen der Krankheit viel zu lange Perioden und außerdem spricht das Auftreten der ersten Symptome der Krankheit an den Impfstellen dafür, daß es nicht die Serumeinspritzungen waren, welche den Organismus krank gemacht haben.

J. NEUMANN - Wien berichtete hierauf über die **Ergebnisse der bisherigen ethnographischen und anthropologischen Forschung in bezug auf das Alter und die Provenienz der Syphilis**. Er stützte sich dabei auf die Abbildungen der auf der ersten Leprakonferenz gezeigten altperuanischen Tongefäße mit ihren Abbildungen von Individuen, deren Gesichtsanomalien teils als lepröse Mutationen, teils als kriminelle Verletzungen angesprochen worden waren. Während VIBCHOW der ersten Ansicht zuneigte, traten CARRASQUILLA und POLAKOWSKY damals für letztere Lesart ein. JIMENEZ DE LA ESPADA erklärte die Läsionen für Symptome einer Krankheit „Maga“. Strafwweise vorgenommene Verstümmelungen seien es auf keinen Fall. NEUMANN glaubt jedoch mit BASTIAN und CARASQUILLA, daß die Defekte der Nase und Lippen die Resultate von Straferstümmelungen aus der Zeit des Inka-reiches darstellen. Eventuell kämen noch Lupus und Syphilis als Erklärung jener pathologischen Zustände in Frage. Bei Lupus von dieser Verwüstung würden jedoch auch die Wangen ergriffen sein. Möglicherweise könnten diese Defekte auch als Beweise der Existenz einer präcolumbischen Syphilis in Amerika angesehen werden. Interessant war eine Demonstration von HANSEMAN - Berlin, welcher einen kostbaren altperuanischen Schädel zeigte, der aus einer Sammlung von acht gleichartigen Schädeln des Berliner anthropologischen Museums stammt. Dieser eine Schädel wies Knochendefekte auf, welche deutlich als syphilitische in die Augen springen mußten, zumal als zum Vergleich ein eben frisch bei der Sektion gewonnener und gleiche Defekte aufweisender Schädel eines Syphilitikers daneben gestellt wurde. Höchstwahrscheinlich ist also schon im alten Peru die Lues zu Hause gewesen. LESSER Berlin möchte das bezweifeln, obwohl das Grab, dem die erwähnten acht Schädel entstammen, sicher aus präcolumbischer Zeit stammt. Ob die Schädel selber auch präcolumbisch sind, ist eine neuerdings wieder offen gewordene Frage.

MALCOLM MORRIS - London berichtete hierauf über seine 25jährigen Erfahrungen in der **Behandlung des Lupus vulgaris**. Er hat mehr als 10000 Fälle dieser Hautaffektion behandelt. Die konstitutionelle Therapie ist zwar von Einfluß auf die Heilung, im Vordergrund jedoch steht die örtliche Therapie. Früher beherrschten die Ätzmethode das Feld, doch haben dieselben jetzt hinter bessere Maßnahmen zurücktreten müssen, ohne ganz aufgegeben zu sein. Als Ätzmittel bevorzugt der Redner heute noch Pyrogallussäure, Salicylsäure, neben denen er die Galvanokauterisation anwendet. Die chirurgische Methode der blutigen Operation hat ihre Vorzüge, doch gibt sie zu starken Narbenbildungen Anlaß. Die Röntgenbestrahlung bringt die meisten leichten Fälle ohne Narbenbildung zum Heilen. Die Finsen-therapie erzielt kosmetisch und was den Enderfolg betrifft, befriedigende Resultate. Zuweilen sind, besonders im Gesicht, Kombinationen der Röntgen- oder Finsenbestrahlung mit Ätzpastenapplikationen von Vorteil. Rezidive sind leider bei allen Methoden zu beobachten. Von circumskripten oberflächlichen Lupusherden kann man sagen, daß sie heilbar sind. An den Extremitäten ist weitgehende Exzision des lupösen Gewebes das sicherste Heilmittel.

Zweiter Sitzungstag.

Über Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897 berichtete NEISSER - Breslau. Er betonte,

dafs bezüglich unserer Anschauungen über die Übertragbarkeit der Seuche seit 1897 kein Wandel eingetreten ist. Die Lehre von der Vererbbarkeit mußte im allgemeinen derjenigen von der Kontagion definitiv weichen. Auf dieser Erkenntnis hat der Kampf gegen die Lepra sich aufzubauen. Wie *omnis cellula e cellula* stammt, so führt jeder Fall von Lepra auf einen anderen infizierend gewesenen Fall der Krankheit zurück. Eine Heilungsmethode gibt es leider trotz aller Versuche heutzutage noch nicht. **CARRASQUILLAS** Serum und andere emphatisch begrüßte therapeutische Methoden haben das Versprochene nicht gehalten. Wir können bei der Begrenztheit der Wirkungen jeglicher Behandlung uns vorläufig nur darauf beschränken, die Leprösen von der Allgemeinheit zu trennen. Nur so wird die weitere Verbreitung des Aussatzes vorläufig erfolgreich zu bekämpfen sein. Gleichwohl kann in dieser Hinsicht eine gewisse milde Praxis Platz greifen. Wirklich drohend ist eine Übertragung des Krankheitsprozesses ja nur bei dessen ulcerierenden und secernierenden Formen sowie bei dauerndem Zusammenleben zweier Individuen, wie es etwa die Ehe mit sich bringt. Wo es sich nicht um diese Fälle handelt, sollte die Isolierung oder Internierung eine fakultative insofern sein, als Kranke, welche die Gewähr der sorgfältigen Beobachtung und Behandlung ihres Leidens und der Rücksicht auf die Umgebung und die Mitwelt bieten, bedingungsweise auch in ihrem Haushalt sich aufhalten dürfen. Solche Personen und ihre Umgebung hätten sich jedoch einer behördlichen sanitären Überwachung zu unterwerfen. Die zu errichtenden Lepra-Asyle selbst sollen mit aller Bequemlichkeit und Freundlichkeit ausgestattet sein, um den Aufenthalt in ihnen angenehm zu gestalten und nicht als harte Strafe erscheinen zu lassen. Verpflegung, Hausordnung, Urlaubs- und Entlassungsbedingungen müssen derartig sein, dafs ein Lepröser vor dem Eintritt in das Haus nicht zurückschreckt. Trotzdem soll eine Isolation in diesen Asylen stattfinden, welche den sanitären Wert und Zweck der Lepraerierie nicht illusorisch macht. Eine Hauptaufgabe des Staates in der Lepra-prophylaxe ist die Aufklärung des gesunden Ehegemahls bei Heiraten Lepröser. Mancher dürfte schliesslich von diesem Schritte noch abstehen, jeder jedoch wäre gewarnt und könnte sich durch besondere Sorgfalt vor einer ehelichen Leprainfektion bewahren. Auftretende Lepra einer Ehehälfte müßte als Scheidungsgrund gelten. Leprösen die Heirat ganz zu verbieten, hält **NEISSER** für undurchführbar, doch sollen gesunde Kinder leprösen Eltern mit gesetzlicher Erlaubnis genommen werden können, damit sich die Behörden ihrer Erziehung annehmen könnten. Lepra-verdächtige Personen sind nicht über die Landesgrenze zu lassen. Einwanderungsstationen und Auswanderungsstationen müssen zu diesem Zwecke über geschulte Ärzte verfügen. Ferner müssen die Anzeigepflicht für Lepra und für alle Länder gleichlautende statistische Erhebungen über die Krankheit eingeführt werden. **Glück-Serajewo** bemerkte, dafs die Lepra sicher auch eine hereditäre Krankheit ist. Die Isolierung der Leprösen ist nicht bei allen Formen nötig, auch nicht überall durchführbar. Die türkischen Frauen des bosnischen Landes und der Herzegowina lassen sich im Falle lepröser Erkrankung durchaus nicht in Lepraheimen internieren. Es sprechen hierbei konfessionelle Rücksichten mit. Im übrigen verweist der Redner darauf, dafs die Lepra von der tuberösen Form bis zur Lepra frustra eine Krankheitsentität darstellt. Die verschiedenen Formen unterscheiden sich nur graduell. Eine Lepra tuberosa geht häufig genug in eine Lepra maculo-anaesthetica über. Der betreffende Kranke muß nur lange genug leben. **PREISSMANN-Libau** wies auf die relativ starke Verbreitung des Aussatzes in der Nähe Libaus, im Grobinschen Kreise des russischen Reiches hin, wo er über 30 Fälle des Leidens ausfindig machen konnte. Bei dem regen Grenzverkehr drohen unseren deutschen Grenzgebieten jener Gegend nicht unbeträchtliche Gefahren, welchen die Regierung ihre besondere Aufmerksamkeit

widmen muß. BLASCHKO schloß sich diesen Ausführungen voll und ganz an. WOLFF-Straßburg berichtete über zwei Fälle von Lepra bei einem Onkel und dessen Neffen aus dem Elsass. Eine ganze Reihe von Personen, welche mit den Kranken in nähere Berührung gekommen sind, werden im Jahre viermal ärztlich untersucht, um eventuelle Symptome der Seuche gleich im Beginn zu entdecken. ARNING-Hamburg betonte nachdrücklich, daß dies der zweite Fall sei, in dem man sicher die Infektiosität des Prozesses habe nachweisen können. BLASCHKO verwies darauf, daß man unter Umständen intelligente Kranke ohne jede Gefahr für die Umgebung in ihrer Häuslichkeit belassen könne, wie der Fall einer leprösen Dame beweise, die längere Zeit in Charlottenburg gelebt hat. EHLERS bemerkte, daß neuerdings ein französischer Militärarzt in Neu-Caledonien Leprakeime in dem Körper einer Fliegenart hat nachweisen können. Die vorliegenden Berichte über Stand und Bekämpfung der Lepra in den verschiedenen Kulturstaaten bilden in ihrer Gesamtheit den ersten Teil des offiziellen Kongressberichtes und erläutern das von NEISSER gegebene Generalreferat. In Bulgarien sind bis 1903 im ganzen zwölf Lepröse beobachtet worden, doch glaubt BÉAON-Sofia, daß bedeutend mehr Leprakranke im Lande leben. Seit vorigem Jahre besteht unentgeltliche klinische sowie poliklinische Behandlung derselben. Über die gewiß stark verbreitete Lepra in China ist wenig bekannt. Nach den am weitesten reichenden Quellen gab es schon im 15. Jahrhundert Lepraepidemien im Lande. Die spärlichen Nachrichten scheinen nach RAEMDONCK zu beweisen, daß die südlichen Provinzen des Reiches der Mitte von der Lepra stärker befallen sind als die nördlichen. Es sind dies die Länder Kwantung, Fukien, Südyennan, zu denen die Provinzen Hupe, Anhui und Kiangsu am unteren Jangtaekiang kommen. In diesen Gegenden dürfte 1‰ der Bevölkerung leprös sein. Seit der Mitte des 17. Jahrhunderts besteht in der Provinz Kanton eine gewisse Absonderung der Leprakranken von der übrigen Bevölkerung. Um die Stadt Kanton herum gibt es abgesonderte Wohnplätze für 350 Lepröse. In Ägypten ist zwar die Seuche seit alters her endemisch verbreitet, allein sie zeigt sich hier wenig ansteckend, so daß sie niemals bedenklich sich ausgebreitet hat. Die Lepra tritt in diesem Lande, wie ENGEL-BAY-Kairo nachweist, gegenüber den hochinfektiösen Epidemien von Blattern und Cholera sowie Pest ganz und gar zurück. In England zählt PENNET 23 Lepröse, und zwar neben 5 Frauen 18 Männer. Die Infektion aller hat in englischen Kolonien stattgefunden. Unter den Kolonien Englands nimmt bezüglich der Lepra Britisch-Indien den Hauptplatz ein. Nach WELLESLEY C. BAILEY-Edinburgh zählt man in den britischen Provinzen des Indischen Reiches nach Schätzungen des Jahres 1901 lepröse Männer 64335 und lepröse Frauen 21549, zusammen also 85878. In den Eingeborenstaaten, wie Heiderabad, Pendschab, Mysore, Badschputschana, 8068 lepröse Männer, 8394 lepröse Frauen, im ganzen 11462. Für das gesamte britische Indien würde man also auf fast 100000 Lepröse kommen, nämlich 72408 Männer und 24987 Frauen, doch dürfte deren wirkliche Zahl noch größer sein. Die Lepräsenfrage wird durch Gesetze vom Jahre 1898 und 1903 geregelt. Der Grundgedanke derselben ist der, daß erstens einmal Lepräsen bestimmte Gewerbe, wie Beschäftigung im Lebensmittelverkauf, bei der Kleidungsmitteherstellung u. a., untersagt werden, daß ferner arme Lepräsen ohne weiteres den verschiedenen Lepra-Asylen überwiesen werden, daß Lepräsen der besseren Klassen im allgemeinen unter Aufsicht von Lepraärzten und Behörden gestellt und im Notfalle ebenfalls solange in Leprosorien interniert werden, bis sie wieder die Gewähr bieten, ohne Gefahr für die Umgebung außerhalb der Anstalt leben zu können, oder bis die Infektiosität erloschen ist. Hand in Hand mit den Behörden arbeiten auf dem Gebiete der Leprabekämpfung zahlreiche Missionen und wohltätige Gesellschaften. 1901 lebten in 48 Asylen 3792

Lepröse, wovon 1959 lepröse Männer, 1226 Frauen und 179 Kinder waren. Eingerechnet sind in diese Summe 428 gleichfalls in den Anstalten lebende noch gesunde Kinder. In Australien ist die Lepra ebenfalls ziemlich verbreitet, wenn auch kein Vergleich mit den indischen Verhältnissen möglich ist. Innerhalb der Jahre 1894 bis 1903 sind nach ASHBURTON THOMPSON - Sidney im Staate Westaustralien 18 Fälle, in Viktoria 4, in Neu-Süd-wales 45 Fälle, im Staate Queensland 89 Leprafälle beobachtet worden. Über die Verbreitung und die Bekämpfungsmaßregeln der Lepra in Nordamerika berichtet ISADORE DYER - New Orleans. Einige der Staaten der großen transatlantischen Republik weisen eine ziemliche Anzahl Lepröser auf, so beobachtete in Kalifornien allein MONTGOMERY 83 Fälle; Louisiana, das seit 1894 ein Lepra-Asyl besitzt, beherbergt darin 57 Leprakranke. Im übrigen sind nur verstreute Leprafälle zu verzeichnen, doch fehlen viele, ja fast alle offiziellen Angaben über die Verbreitung der Lepra. In Frankreich ist die Krankheit nur in sporadischen Fällen zu beobachten, jedoch in den französischen Kolonien zum Teil stark verbreitet. In den nordafrikanischen Besitzungen befinden sich 45 bisher berichtete Fälle von Lepra. In Marokko bestand sogar ein von etwa 200 Leprösen bewohntes Dorf, das jedoch die Laune des Sultans aufheben liefs. Am Senegal ist die Lepra endemisch verbreitet, auch Madagaskar ist ein Land, das unter der Krankheit viel zu leiden hat.

Auf eine Bevölkerung von 1248198 Seelen wird nach JEANSELME-Paris die Zahl der Leprakranken auf 5050 geschätzt für das Zentralplateau des Landes, und auf 3430 für die Küstengebiete. Das würde eine Gesamtzahl von 8480 Leprösen ergeben auf im ganzen 1600000 Einwohner des Landes. 3299 Kranke sind in Lepra-Asylen untergebracht. Auf den französischen Antillen befindet sich eine Anstalt mit 86 Leprösen, in Französisch-Guyana eine solche mit 31 Insassen, in Neu-Caledonien dagegen sollen nach schwankenden Berichten 5000—2000 Leprakranke sich befinden, in Indochina leben sogar 12—15000 Lepröse. Auch die Kolonien Hollands bieten in dieser Richtung hohe Zahlen. Während in Westindien 36 Fälle von Lepra bekannt geworden sind, die in zwei Asylen auf St. Eustatius und auf Curaçao untergebracht sind, ist die Zahl der Leprösen auf Surinam bedeutend höher. Hier sollen 500—2000 derartige Kranke bei einer Bevölkerung von 70000 Köpfen leben. Lepröse dürfen nicht auf die Straße gehen, sonst werden sie zwangweise interniert. Infolge dieser harten Maßregeln verbergen sich Lepröse vielfach vor den Augen der Behörde. Es gibt in Surinam zwei sehr gute, neue Lepraheime und ein altes. In „Batavia“, der Anstalt aus der älteren Zeit, waren 1851 noch 461 Leprakranke anwesend; ihre Zahl ist heute nur noch gering. Holländisch-Ostindien umfaßt fünf Lepra-Asyle der Regierung und 18 Privatlepraheime; von diesen 23 sind acht auf Java selbst. Das bekannteste ist die Anstalt von Palantocangan. MENDES DA COSTA - Amsterdam gibt die Gesamtzahl der Aussätzigen Holländisch-Ostindiens auf etwa 11000 an. Nach EHLERS - Kopenhagen fanden sich auf Island im Jahre 1894 noch 158 Lepröse. Ihre Zahl ist im Jahre 1901 auf 133 heruntergegangen. Der gleiche Autor stellt die Zahl der Leprösen für die dänischen Antillen auf 121 im Jahre 1903 fest. Erst kürzlich hat er in der „Lepra“ einen ausführlichen Aufsatz darüber erscheinen lassen, aus welchem vor allem der trostlose Zustand des Leprosoriums von Richmond auf der Insel Sainte Croix hervorgeht. Er fügt den Entwurf eines Leprösesgesetzes bei. Über Norwegen berichtet ARMAUER HANSEN, nach dem es 1856 noch 2598 Lepröse gab, jetzt aber nur noch — im Jahre 1902 — 243 Leprakranke bekannt sind. Diese Abnahme beweist den Segen der Isolierungsmethode und die Behandlung in Lepra-Asylen. Von letzteren mußten 1894 zwei aufgehoben werden, da es an Kranken fehlte. Die Abnahme der Leprösen spricht auch ganz und gar gegen die unhaltbare Theorie HUTCHINSON, daß die Krankheit durch den Genuß von Fischfleisch bzw. verdorbenen Fischen ent-

stehen soll. Rumänien weist nach BABES 276 bekannte Leprafälle auf, wovon nur 134 in ärztlicher Beobachtung stehen; die Türkei hat zwar nach ДРЮЦКЕ-Pascha ein Lepraheim in Skutari, Miskin-Hane genannt, in welchem sich 20 Kranke befinden, es wird aber im allgemeinen der Krankheit staatlicherseits gar keine Aufmerksamkeit geschenkt, so daß genaue Zahlen über die wahrscheinlich beträchtliche Verbreitung des Aussatzes im Kaiserreiche des Halbmondes sich nicht geben lassen. ДРЮЦКЕ selbst behandelte bisher 26 Lepröse. In Rußland dagegen ergreift jetzt der Staat energische Maßnahmen. Es sind sowohl seitens der Regierung, als auch von besonderen privaten Vereinen neue Leprösenanstalten ins Leben gerufen worden, so daß augenblicklich deren 14 neben vier Leprakolonien zur Verfügung stehen. Ferner sind fünf neue Leprosorien im Entstehen. Im ganzen sind 866 Plätze für Lepröse zur Verfügung, auf Livland entfallen 360, auf Kurland 479 Betten, auf Esthland 60, auf den Petersburger Bezirk 80, auf Astrachan 50 Betten, auf den Kaukasus und Turkestan je 40, auf Sibirien 60 und auf das Amurgebiet 57 Betten. Bekannt sind im ganzen Rußland 864 Leprafälle — 572 Männer und 352 Weiber. 1895 wurde die Meldepflicht für Lepra im russischen Reiche eingeführt, und es gründeten sich Vereine zur Bekämpfung der Lepra, denen die Regierung wohlwollend und unterstützend gegenübersteht. In jedem Gouvernement, in dem Lepra vorkommt, werden besondere Kommissionen für den oder die Kranken ernannt. Ansteckende Lepröse werden interniert, sofern sie nicht Gewähr bieten, daß sie zu Hause sich ohne Gefahr für die Allgemeinheit pflegen lassen können. Für den Transport Lepröser sind besondere Bestimmungen erlassen worden.

NEISSER bemerkte noch, daß die Lepra in Deutschland ziffernmäßig von 25 im Jahre 1893 auf 10 Fälle 1903 gesunken ist.

LASSAR verwies darauf, daß das Memeler Lepraheim neuerdings auch mit einem Röntgenlaboratorium versehen worden ist. Die Bestrahlungen vermögen umschriebene, oberflächliche lepröse Prozesse zur Rückbildung zu bringen. Vortragender hat auch einen Orang-Utang mit Leprasekret geimpft und initiale Symptome erzielt, möchte daraus aber noch keine weiteren Schlüsse ziehen.

JEANSELME-Paris und NONNE-Hamburg boten Referate über **Diagnose und Differentialdiagnose der nervösen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica**. Der erste, der Leprakeime in den Nervenganglien fand, war SOUDAKEWITSCH. Sie lagen fast immer in Vakuolen des Innern von Nervenzellen. BABES konnte diese Befunde bestätigen. Dieser Autor fand bei den meisten Fällen von Hautlepra Massen von Bazillen in den Spinalganglien und im GASSERSchen Ganglion. In 9 von 22 Fällen konstatierte er die Keime auch in den Vorderhöckern der Medulla. JEANSELME gelang es nicht, bei Lepra maculo-anaesthetica Bazillen im Rückenmark festzustellen, doch fand er ähnlich wie WOIT einen gewissen Grad von Chromatolyse, besonders in der Randzone der großen motorischen Zellen. Die Arbeiten von LOOFT, BABES, KALINDERO, WOIT u. a. haben eine sekundäre und exogene Entartung der weißen Stränge des Rückenmarks festgestellt, JEANSELME aber konnte mit M. P. MARIE auch Degenerationen endogenen Ursprungs feststellen: Das Verhältnis der Lepra zur Syringomyelie ist eine seit langen Jahren diskutierte Frage. JEANSELME war noch nie in der Lage, bei typischen Fällen von Syringomyelie im Rückenmark HANSENSche Keime nachzuweisen. Gleichwohl nimmt die Lepra oft derart das Bild dieser Affektion an, daß die Differentialdiagnose zu einer Schwierigkeit wird. Typische Fälle beider Krankheiten lassen sich allerdings nicht verkennen. Vor allem macht keine Lepra ein typisches Bild der Syringomyelie. Aus vielen klinischen Symptomen der Lepra, wie der Steigerung der Reflexe und den Mutilationen kann man mit Wahrscheinlichkeit auf medulläre Vorgänge schließen. Die lepröse Neuritis steht natürlich für gewöhnlich im Vorder-

grund. NOWAK hält die Lepride nicht für eine bloße trophische Alteration der Haut, welche durch krankhafte Veränderung der zugehörigen Nerven entstanden ist, sondern schreibt dem Leprabacillus selber bei ihrer Entstehung eine noch näher zu erklärende Rolle zu. Anatomisch-pathologische Affektionen weisen bei der Lepra vor allem die peripheren Nerven auf, die parenchymatöse und interstitielle Entzündungen zeigen, und zwar sind diese letzteren aufsteigender Natur. Weiter zentralwärts finden wir an den Stämmen lokalisierte Prozesse, und zwar an Prädilektionsstellen. Die bisherigen positiven Befunde der Spinalganglien möchte NOWAK noch nicht als spezifisch betrachten. Am Rückenmark sind nach ihm bisher Veränderungen der weissen Substanz, vor allem in den Hintersträngen, und in der grauen Substanz, besonders in den Vorderhörnern, gefunden worden. Für die klinischen Erscheinungen der Lepra genügen die peripher-neuritischen Läsionen nicht zur Erklärung. Man muß spinale Prozesse annehmen, besonders für die trophoneurotischen Symptome. Der Verteilung der Sensibilitätsstörungen möchte man funktionelle, toxische Einwirkungen supponieren. Die Lepra muß pathologisch-anatomisch von der RAYNAUDSchen Gangrän und der Syringomyelie unbedingt getrennt bleiben. Allerdings finden sich nach neuen Untersuchungen auch bei wirklicher Lepra Höhlenbildungen in der Medulla. KLINGMÜLLER-Breslau vermochte in den Nerven Leprabazillen nachzuweisen. Er hält die Haut für das primär erkrankende Organ. Erst sekundär werde der Nerv ergriffen. Das besondere Befallensein der sensiblen Äste springt besonders in die Augen. Die schwersten Fälle weisen oft nur relativ wenig Bazillen auf. LIX-Bergen fand die HANSENSchen Bazillen stets zuerst in den Hautflecken. Im Gegensatz zu den Beobachtungen bei dem knotigen Typus rufen schon wenige Keime bei der maculo-anästhetischen Form lebhaftere Reaktion in der Haut hervor. Gerade diese Reaktion treibt die Keime aus den Flecken fort. Sie wandern dann in die Nerven. Wo in besonderen Fällen die Bazillen keine augenfälligen Veränderungen in der Haut setzen, könnte man von reiner anästhetischer Lepra sprechen. Bei tuberöser wie maculo-anästhetischer Form liegen die Keime im distalen Teil der peripheren Nerven, in den Spinalganglien und in der Medulla spinalis, hier und bei den Spinalganglien fast nur innerhalb der Ganglienzellen. Die Bazillen wirken auf das Nervensystem direkt und indirekt, letzteres in Form von Degeneration und Atrophie, ein, welche sich durch die Rückenmarkswurzeln bis auf das medulläre Gebiet fortpflanzen können. Die sekundären leprösen Läsionen bieten in der Medulla das Bild der typischen Degeneration, besonders an den Hintersträngen. Von der peripheren Neuritis sind sowohl die Läsionen im Rückenmark, als auch in den motorischen und sensiblen Rückenmarkswurzeln abhängig. DUBREUIL-Bordeaux berichtete über therapeutische Erfolge bei Leprabehandlung. Drei Fälle von tuberöser Lepra besserten sich auffallend unter interner Ichthyoldarreichung und äußerer Anwendung von Pyrogalluspräparaten. Sogar die teilweise geschwundene Sensibilität der Haut stellte sich wieder ein. JADASSOHN-Bern verwies auf die Beziehungen der Lepra zur Tuberkulose und ihre Analogien mit Syphilis. Leprös geimpfte Versuchstiere gingen an Tuberkulose zugrunde. Auch muß man vermuten, daß bei Lepra wie bei der Lues im Beginn der Erkrankung eine Überschwemmung mit Keimen erfolgt, und daß in späten Läsionen deren nur noch eine geringe Zahl vorhanden ist. BÄRMANN-Breslau berichtete kurz über interessante serotherapeutische Versuche. Es gelang ihm, aus Lepromen eine säurebeständige Streptothrixart darzustellen, deren Produkte er Leprösen einspritzte. Der Erfolg war in mehreren Fällen ein eklatanter. Zum Teil kamen schwere Fälle von Lepra zur Heilung. Weitere Publikationen hierüber stehen bevor.

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit konzentriertem Lichte berichtete FORSCHHAMMER - Kopenhagen zugleich namens REYNS - Kopenhagen. Im all-

gemeinen haben sich auf dem Gebiete der Technik der Bestrahlung nach FINSSEN in der letzten Zeit keine großen Veränderungen gezeigt. Sowohl die von BANG angegebene, an ultravioletten Strahlen reiche Eisenlampe, als auch die sog. Sensibilisierungsmethode, d. h. das therapeutische Heranziehen der große Tiefenwirkung versprechenden langwelligen Strahlenart, vermochten kein Bürgerrecht in unserem Heilschatz zu erwerben. Die Finsensbelichtung ist besonders bei Lupus des Gesichts, nicht zum mindesten wegen der von ihr erzielten schönen, fast unsichtbaren Narben, angezeigt. Im übrigen sind die Leichentuberkel und die verrukösen Formen der Hauttuberkulose für Lichtbehandlung besonders empfänglich. Ferner erzielte FORCHHAMMER vorzügliche Erfolge damit bei Lupus erythematosus, sobald dessen erstes entzündliches Stadium abgelaufen war, bei Epitheliomen oberflächlicher Art, bei starken Fällen von Akne und Akne rosacea — hier am besten mit Skarifikationen und Galvanopunktur kombiniert — und bei Akne keloidea. In frischen Fällen von Alopecia areata hält die Finsensbestrahlung das Weiterschreiten des Krankheitsprozesses wohl auf, wirkt jedoch allem Anschein nach nicht anregend auf den Neuwuchs der Haare. Die Behandlung war hier mit anregenden Waschungen kombiniert worden. Bei Gefäßmälern läßt sich durch lange anhaltende Belichtungskuren ein Blaufwerden erreichen. Was in der Finsensbehandlung des Lupus als ein Nachteil erscheint, das ist ihre Nichtanwendbarkeit bei Schleimhautlupus. Letzterer kommt in etwa drei Viertel der Kopenhagener Fälle als Komplikation des Hautlupus vor. Von 800 von FORCHHAMMER berichteten Fällen waren 254 absolut geheilt. Innerhalb von zwei Jahren gab es bei ihnen keinerlei Rezidive. Bei Psoriasis erzielte er in den mit Belichtung behandelten drei Fällen keinerlei Heilung.

SCHULTZ - Bern besprach die Sensibilisationsmethode und ihre Verwendbarkeit. SCHIFF-Wien begrüßt es mit Befriedigung, daß man nunmehr auch im Kopenhagener Lichtinstitut neben der reinen Bestrahlung zu Ätzungen und chirurgischen Eingriffen als die Kur unterstützenden Mitteln greife. Für diffuse, ulceröse Formen von Lupus möchte er geradezu vor der Bestrahlung nach FINSSEN noch andere Behandlungsmethoden, wie z. B. Röntgenbestrahlungen, vorschlagen. Was die Alopecia areata anbetrifft, so glaubt SCHIFF, daß viele Fälle auch ohne jede Behandlung abheilen. Man bedarf zu ihrer Heilung kaum des schweren Geschützes der Finsensbeleuchtung. Kankroide und Epitheliome werden von Röntgenstrahlen schneller zum Schwinden gebracht, als es nach FINSSEN möglich ist. Auch bei Lupus erythematosus sind die Erfolge der letzteren Methode nicht besonders glänzend. Zum Schlufs streifte SCHIFF noch das neu empfohlene Quecksilberbogenlicht und seine therapeutische Verwendbarkeit.

LESSER-Berlin legte mit Nachdruck auf die glänzenden kosmetischen Effekte bei Finsensbehandlung den Hauptwert. Kleine Rezidive, die selten, aber immerhin ab und zu zur Beobachtung kommen, gehen auf sofort eingeleitete neue Belichtung bald zurück.

ZEISSLER-Chicago stellte sich auf den Standpunkt, die Bestrahlung nach FINSSEN für den Lupus, das Röntgenverfahren für alle anderen Dermatosen zu empfehlen. Was die Radiotherapie anbelangt, so sah er fabelhaft schnelle Heilungen von Psoriasis, nach fünf Sitzungen schon, ebenso von Epitheliomen nach 15—18 Bestrahlungen. Bei letzterer Krankheit sah VON DÜRING-Kiel von der Beleuchtung nach FINSSEN wenig Erfolge, vortreffliche Resultate jedoch bei Akne rosacea. DOUTRELEPONT-Bonn bemerkte, daß er seit der Kochschen Entdeckung das Tuberkulin als Heilmittel noch nicht wieder verlassen hat. Man muß jede Behandlungsmethode im geeigneten Fall und Moment anwenden dürfen. Zu wirklicher Heilung kommt es ja vielfach bei der Behandlung schon aus äußeren Gründen nicht. SCHOLTZ-Königsberg teilte interessante

Versuche mit, die er bei Alopecia areata anstellte. Herde dieser Affektion bestrahlte er zur Hälfte, während er die andere Hälfte bedeckt hielt. Nur auf der bestrahlten Hälfte der kranken Fläche war ein intensiveres Haarwachstum zu bemerken. EHRMANN-Wien brach für die Resorcintherapie bei Lupus eine Lanze. Er erzielte damit vollkommene Heilungen und konnte bei den Geheilten selbst nach 5—6 jähriger Beobachtung kein Rezidiv beobachten. Er benutzt eine Paste mit 33 Volumenprozent Resorcin, welche auf Leinwand gestrichen wird. Die entstandene Kruste wird nach einigen Tagen abgeschabt, worauf neue Pastenapplikation erfolgt.

VON PETERSEN-Petersburg demonstrierte mehrere Stücke **Mammuthhaut**, welche recht gut erhalten war. Leider scheiterten seine Bemühungen, Schnitte dieser soddicken Tierhaut herzustellen, an ihrer Härte.

BALDOMERO SOMMER-Buenos Ayres berichtete über **Framboesia** oder **Buba** und grenzte dies Leiden gegenüber der Lues, mit welcher es oft identifiziert wird, ab. Auch bei der Buba hat man es mit einem initialen Affekt in der Form eines Knötchens oder Bläschens zu tun, das sich unter Fieber und Allgemeinerscheinungen entwickelt. Ist die Decke der Blase entfernt, so liegt das zu starker Wucherung neigende Corium frei. Es bleibt nach der Abheilung ein Pigmentfleck oder eine Narbe zurück. Die Schleimhäute sind der Affektion relativ wenig ausgesetzt. Die Krankheit, welche mit Syphilis nichts zu tun hat, ist in sumpfigen Tropengegenden anzutreffen. Unter Umständen kann ein Moskitostich die Framboesia zur Folge haben. Ebenso wenig steht dies Leiden, wie durch histologische und kulturelle Untersuchungen festgestellt ist, mit der Tuberkulose in Zusammenhang. UNKA-Hamburg glaubt auf Grund eingehender mikroskopischer Untersuchungen derartiger Prozesse, daß keinerlei Ähnlichkeit mit Lues, Tuberkulose oder Lepra besteht. Der Name Framboesia ist unklar, da verschiedene Autoren unter dieser Bezeichnung ganz verschiedene Krankheitsbilder verstehen. BREDA-Padua untersuchte einige Fälle von Buba bei italienischen Männern, die in Brasilien gelebt hatten. Er stimmt im allgemeinen mit SOMMERs Anschauungen überein, sah jedoch auch an den Schleimhäuten, wie Lippen, Kehlkopf und Mundhöhle, Effloreszenzen. Möglicherweise beruht der Prozess auf dem Einflusse eines von ihm beschriebenen Bacillus.

SCHAMBERG-Philadelphia sprach unter Vorführung instruktiver Projektionen über **Pocken** und **varioloide Dermatosen**. Er konnte in den letzten Jahren etwa 4000 Fälle von Variola beobachten. In Pennsylvanien war eine enorme Epidemie mit allerdings nur sehr geringer Sterblichkeit zu verzeichnen, die plötzlich in eine Mortalität von 20% umschlug. Zwangsimpfung besteht nur für Kinder. Differentialdiagnostisch kommen Varicellen, Lues pustulosa, sowie Jod- und Bromdermatosen in Frage. Häufig beobachtete der Vortragende auf der Haut solcher Pockenkranker mpetiginöse Sekundärinfektionen. Dem wirklichen Variolausschlag gehen oft prodromale Exantheme morbillösen, skarlatinösen und purpuraähnlichen Charakters voran.

EDDOWES-London berichtete hierauf über **gichtische Hauterkrankungen**. Innerhalb cystisch sich erweiternder Talgdrüsen, die eine hyaline Materie einschließen und deren Epithelien später zum Teil Veränderungen erleiden, zeigen sich eiförmige Körper, in deren Innerm Kristalle liegen.

EHRMANN-Wien sprach über die **Beziehungen der sog. Tuberkulide zu einander**. Da die Folliculis BARTHÉLEMY und der Lupus erythematosus so oft zusammen zu treffen sind, darf man auf eine gewisse Affinität beider Affektionen schließen. „Neben der Folliculis kommen flache erythematöse und makulöse hämorrhagische Formen vor, in welchen zwar die Gefäßveränderung vorhanden ist, aber die Nekrose fehlt, dafür Hämorrhagie vorhanden ist.“ Redner meint, daß es von diesen Typen Übergangsformen zum Angiokeratoma MISELLI gibt. Neben Folliculis sieht man auch zuweilen

Knoten von Erythema induratum scrophulosorum BAZIN. LEREDDE-Paris und TRUFFI-Pavia wendeten sich energisch gegen die Annahme des Vorredners, daß das MIBELLISCHE Angiokeratom etwas mit den Tuberkuliden zu tun habe.

Hierauf verbreitete sich ULLMANN-Wien über die Pathogenese der blennorrhöischen Nebenhodenentzündung. Er vertrat gegenüber den Theorien von der Verschleppung des Tripperprozesses durch die Wege der Schleimhäute und auf dem Wege des Blutes die Anschauung, daß wir es hierbei mit lymphophoren Fortleitungen zu tun haben. Diese Hypothese wird dadurch gestützt, daß BRUHNS die Verbindung von Prostata und Vas deferens durch Lymphgefäße neuerdings endgültig nachgewiesen hat. BRUHNS-Berlin demonstrierte hierzu die Abbildungen seiner mühsamen Präparate. Nach ihm kommt die Entzündung des Vas deferens immer erst nach der Epididymitis zustande. Die antistaltischen Bewegungen — so führte hierauf OPPENHEIM-Wien aus — seien von verschiedenen Autoren beobachtet worden. Die Erkrankungen von Schwanz und Kopf des Nebenhodens sprechen für BAERMANN'S Theorie von der Fortpflanzung des Tripperprozesses durch die Schleimhäute. Die ULLMANN'SCHE Annahme vermöge jedenfalls jene Fälle nicht zu erklären, in denen auf tiefe Injektionen Epididymitiden entstehen.

Zum Schluß der Sitzung demonstrierte SPIEGLER-Wien verschiedene von ihm in schwierigem Vorgehen gewonnene Pigmente in Substanz und stellte die These auf, daß dieselben mit dem Blutfarbstoff nichts zu tun haben.

Dritter Verhandlungstag.

Über Hautaffektionen bei Stoffwechsellanomalien hielten Referate von NOORDEN-Frankfurt a. M., DUNCAN BULKLEY-New York, RADOLIFFE CROCKER-London u. JADASSOHN-Bern. Im allgemeinen bewegten sich die Berichte auf dem Boden der Hypothese, was bei der Schwierigkeit der Untersuchungen verständlich erscheint. Die Stoffwechseleränderungen krankhafter Art vermögen weder Hautkrankheiten direkt zu bedingen oder für solche den Boden vorzubereiten. VON NOORDEN faßt die bisher bekannt gewordenen Untersuchungen zusammen. Es muß weiteren Beobachtungen des Blutes, des Harns, des Schweißes, der Sekrete und Exkrete vorbehalten bleiben, die Wechselwirkungen zwischen Veränderungen im Stoffwechsel des Organismus und cutanen Erscheinungen aufzuklären und in ein System zu bringen. BULKLEY-New York trennt den Metabolismus des Körpers in einen Ana- und Katabolismus; der erstere setzt die genossenen Ingesta in Stoffe zur Bildung von Gewebsbestandteilen um, der letztere umfaßt die Kräfte, welche als lebende Energie des Organismus von den Nährstoffen gebildet werden. Hierfür bilden Nieren, Lungen, Eingeweide und Haut die großen Ventile. Analog den Läsionen, die Stoffwechseländerungen in Gelenken und Muskeln setzen, erfahren Bestandteile unserer Haut unter Umständen Veränderungen ihrer Beschaffenheit und Störungen ihrer Funktion. In Deutschland wird zu wenig darauf geachtet, daß mit vielen Dermatosen beträchtliche Schwankungen im Gehalt des Urins an festen Bestandteilen usw. einhergehen. CROCKER-London betonte, daß unsere Kenntnisse vom Stoffwechsel und seiner Wirkung auf die Haut schon bei normalen Zuständen beider sehr geringe sind, um wieviel geringer bei pathologischen Verhältnissen. Besonders das „Wie“ der Wechselwirkung ist meist in Dunkel gehüllt. Wie z. B. bei Myxödem die Wirkung der Thyreoidpräparate ist, ist ganz unbekannt. Wenn man ihren Einfluß auf Dermatosen, wie Schuppenflechte, Fischechuppenkrankheit und die DEVERGIE'SCHE Pityriasis rubra betrachtet, kommt man wohl zu der Ansicht, daß die Schilddrüsensubstanz durch Vermittlung des Zentralnervensystems auf die Ernährung der Haut einwirkt. Ebenso, ja noch dunkler ist die Theorie von der Pigmentbildung. Besser liegen die Dinge bei den Dermatosen, welche durch Lebererkrankungen bedingt bzw. von ihnen begleitet werden. Bei Pruritus ictericus

entsteht die Frage, ob der abgelagerte Gallenfarbstoff oder irgendein Toxin die subjektiven Symptome in der Haut hervorruft. Nach Ansicht CROCKERs bestehen enge Wechselwirkungen zwischen Pruritus ani und Lebererkrankungen, sowie mit Lithämie, zwischen Chromhidrosis bzw. Seborrhoea nigricans und Obstipation. Früher nahm er auch an, daß Lupus erythematosus eine toxämische Affektion sei, wofür der Umstand spricht, daß bei verallgemeinertem Lupus erythematosus vielfach Albuminurie beobachtet wird. Nesselsucht hängt oft eng mit den Darmverhältnissen zusammen. Schon von NOORDEN unterschied bei den durch Stoffwechselveränderungen verursachten Hautkrankheiten eine große Gruppe, die durch Darmfäulnis irgendwelcher Art bedingt werden: er trennt Hauterscheinungen, welche ab intestino laeso und solche, welche ab ingestis herrühren. Zum Auftreten der cutanen Symptome gehört allerdings eine entsprechende Disposition der Haut. CROCKER erwies sich als echter Vertreter der englisch-amerikanischen dermatologischen Schule, wenn er betonte, daß manche Urticaria pigmentosa oder andere hartnäckige Hauteruption durch Darmdesinfizientien und interne Therapeutika, die entweder die entstandenen Toxine paralyisieren oder die Störungen des Stoffwechsels wieder beseitigen, zur Heilung zu bringen sei. JADASSOHN-Bern teilt die bei Stoffwechselanomalien zu beobachtenden Dermatosen in solche, welche ohne erstere nicht auftreten, und in solche, welche auch bei normalem Stoffwechsel vorkommen. Zu ersteren gehören der Morbus ADDISON, der Ikterus, das Xanthoma diabeticorum u. a. Dazu kommen Hauterkrankungen, die dem Fehlen toxinwidriger Substanzen im Blutkreislauf ihre Entstehung verdanken. Die Störungen des Stoffwechsels kommen nun direkt in der Haut oder auf dem Umwege über das Nervensystem daselbst zur Wirkung, während beim Ikterus direkt in der Haut die Einwirkung der Noxe vorliegt, handelt es sich beim Pruritus um Reizungen der Nervenenden. In anderen Fällen kommt es zur Effloreszenzbildung (Quaddeln, Nekrosen), zur vermehrten Sekretion von Drüsensekret, wie bei der Hyperhidrosis, oder zu Wachstumsänderungen. Zum Auftreten von Dermatosen bei Störungen des Stoffwechsels gehört vor allem eine gewisse Idiosynkrasie gegen die verschiedenen Noxen. Zum Schluß erwähnte JADASSOHN einen Fall, welcher deutlich den Einfluß der Bauchspeicheldrüse auf einen Prurigo ferox zeigte.

NEVINS HYDE-Chicago wies darauf hin, daß an jenen Stellen des Körpers sich am ehesten Dermatosen zeigen, welche vom Herzen am weitesten abliegen, den Extremitäten. Dies sei darauf zurückzuführen, daß hier Beeinträchtigungen des normalen Blutumflusses am leichtesten erfolgen können. JACQUET-Paris beobachtete in einer vorläufig noch kleinen Anzahl von Fällen von Ekzem und Pruritus ani eine verminderte Ausscheidung der Salze. BROUQ-Paris glaubt, daß in dieser Frage noch nicht das letzte Wort gesprochen sei. Auf Grund ausgedehnter Beobachtungen, wie sich bei gleichen Dermatosen ganz verschiedene und bei verschiedenen Hautkrankheiten ganz ähnliche Stoffwechselanomalien vorfinden. ULLMANN-Wien regte an, zur systematischen Bearbeitung des großen Gebietes eine internationale Sammelforschung vorzunehmen. TOUTON-Wiesbaden berichtete über eine merkwürdige Hauterscheinung bei einem 26jährigen Studenten. Derselbe litt an angeborener Ichthyosis und bekam gelegentlich einer Polyarthrits jeden Tag in den Abendstunden einen Schub haufkorn- bis erbsengroßer, derb elastischer Knoten in der Haut um die Gelenke herum. Subjektive Erscheinungen bestanden nicht. Am Tage darauf waren alle diese Knoten wieder fort, um abends aufs neue zu erscheinen. SACHS-Wien sah an der FINGERESchen Klinik bei zwei Fällen von Diabetes aphthöse Vulvitis, die auf entsprechende Diabetestherapie verschwanden. GAUCHER-Paris erklärte das Ekzem für eine autotoxische Erkrankung der Haut. Die Untersuchung solcher Fälle zeige, daß der Stickstoffumsatz verlangsamt und herabgesetzt ist und die Ausscheidung des Harnstoffs sinke.

SALOMON-Coblenz beobachtete an einem Hunde die Erscheinung, daß bei veränderter Ernährung ein Haarverlust erfolgte, der sogleich sistierte, als die gewohnte fleischarme Nahrung dem Tiere wieder zugeführt wurde. BUSCHKE-Berlin bemerkte, daß das mit der Nahrung genossene Fett für gewöhnlich gar nicht in die Exkrete übergeht, daß also die Verabreichung von Fetten bei Akne und derartigen Hautleiden keineswegs verboten zu werden braucht. Damit bestätigte er die Angaben von NOORDENS über die Fettnahrung bei Akne.

PAULSEN-Hamburg gab gemeinsam mit APPEL-Hamburg ein Referat über den *Bacillus der Syphilis* und deren Serumbehandlung. Sie glauben, daß der von ihnen, VAN NIESSEN, JOSEPH und PIORKOWSKY, WÄLSCH, WINTERNITZ und KRÄL aus dem Blute Syphilitischer gezüchtete Keim, der aus dem Blute Gesunder nie gewonnen wurde, der wirkliche Erreger der Lues ist. Ihre Serumversuche ziehen sie zum Beweis für diese Behauptungen heran.

VAN NIESSEN-Wiesbaden hat bisher in über 200 Fällen verschiedenster syphilitischer Prozesse aus allen Stadien der Krankheit eine Keimart reingezüchtet. Mit den Reinkulturen derselben erzeugte er bei Affen, Schweinen und Pferden Hautaffektionen, die klinisch und pathologisch-anatomisch den Hautprozessen der Lues analog waren. RISSO-Genua berichtete über günstige scrotherapeutische Erfahrungen in zwölf Fällen von Syphilis. Das Serum stammte von immun gemachten Tieren her. LEREDDE-Paris berichtete über Reformen in der Quecksilberbehandlung der Syphilitiker. Bei den sichtbaren Veränderungen der Lues könne man die Dose des Merkurs leicht regulieren. Erweise sich ein Hautprozess resistent, so steigere man die Quecksilberzufuhr, bis Erfolg eintritt. Überall jedoch, wo es sich um dem Auge unzugängliche spezifische Prozesse im Körper handelt, müsse die spezifische Therapie bis an die Grenze des Erlaubten gehen, bis zu 0,02 g, ja, bis zu 0,035 Quecksilber pro die für den männlichen Erwachsenen. Für schwere und viscerale Lues ist die Einreibung der ungenauen Dosierung wegen ganz zu verwerfen. Am besten seien hierfür intramuskuläre und intravenöse Einspritzungen von löslichen Merkursalzen. NISSER-Breslau ergriff zum Schluss die Gelegenheit dieser Debatte, um laut vor dem Forum der Wissenschaft auf den Segen der Quecksilbertherapie hinzuweisen, die heute selbst von Ärzten wie SCHWENINGER so heftig angegriffen werde.

Vierter Sitzungstag.

Über syphilitische Erkrankungen des Zirkulationsapparates berichteten von DÜRING-Kiel, von HANSEMANN-Berlin und RENVERS-Berlin. Nicht allein im tertiären Stadium, sondern schon in der Frühperiode und im sekundären Stadium kommen bei der Lues Gefäßerkrankungen vor. Entweder sind es primäre Affektionen der Blutgefäße, oder Prozesse, die von der Umgebung der Gefäße auf diese sekundär übergreifen. DÜRING betonte weiter, daß die zuerst von HEUBNER beschriebene obliterierende Endarteriitis trotz ihres Mangels an spezifischem Charakter infolge des häufigen Auftretens bei Lues als bezeichnend für diese anzusehen ist. Es handelt sich bei dieser Erkrankung um Wucherungen der inneren Gefäßhaut mit typischen Riesenzellen. Das elastische Material der Membranen setzt sich fast ganz aus Zellen dieser wuchernden Intima zusammen. Charakteristisch an dem Prozess ist die Vaskularisierung des obliterierenden Gewebes. Die syphilitische Aortenentzündung zeigt sich meist an der Brustorta. Hier ist sie vielfach der Anlaß zur Bildung von Aneurysmen. Bei der spezifischen Aortitis bestehen entzündliche Läsionen in der Media und Adventitia, die auf die Vasa vasorum unter Umständen übergreifen und sie zur Obliteration bringen können. Es finden sich bei der Aortenentzündung spezifischer Art nebenher aber auch noch Strecken der Media im Stadium der Nekrose mit ausbleibenden Kernfärbungen, ohne daß man entzündliche Wahrnehmungen

machen könnte. Die geminderte Widerstandsfähigkeit einer geschwächten Gefäßwand beruht erstens auf der Zerstörung der mittleren Gefäßhaut durch inflammatorische Vorgänge, sowie auf einem durch die erwähnte nicht entzündliche Nekrose verursachten Schwund des elastischen Gewebes und des Muskelgewebes. Die dafür sich bildende Bindegewebsnarbe vermag diese Gewebsteile nicht zu ersetzen, da der Narbe die Elastizität fehlt. So dehnt der Blutdruck dieselbe aus, und es kommt zur Aneurysmabildung. Direkte Spezifität der Endarteriitis chronica — Arteriosklerose — ist nicht nachzuweisen. Meist beobachtet man bei ihr gleichzeitig Narben und abgelauene Prozesse, endarteritische, interstitielle und gummöse Läsionen. Darum sollte man lieber nicht von einer Aortitis fibrosa sprechen. Die syphilitischen Venenaffektionen sind häufiger als man bisher ahnte. Antisyphilitische Kuren vermögen natürlich die Aneurysmen nicht zur Heilung zu bringen. Sie können jedoch die dazu führenden Infiltrate und Prozesse in der Entwicklung aufhalten. Ist einmal die Gefäßwand verdünnt, so ist das Aneurysma nicht mehr aufzuhalten. Die Ausführungen von HANSEMANNs stellen sich ebenfalls fast ausschließlich auf den pathologisch-anatomischen Standpunkt und beschäftigen sich vornehmlich mit dem Herzen. Dasselbe kommen Gummiknoten bis zu Wallnufsgröße vor, die verschwommenen Infiltrationen zeigen sich schon seltener. Das Häufigste sind die kleinen, mikroskopisch sichtbaren Herde, die zu nicht charakteristischen kleinsten Narben führen. Diese Veränderungen sind die Ursache, daß die Individuen an Herzschwäche erkranken, welche bei auftretenden ernsteren Erkrankungen dann ihrerseits bedrohliche Zustände herbeizuführen vermögen. Nicht jedes Aneurysma läßt auf vorausgegangene Lues schließen. Erst auf der gebildeten Narbe entwickelt es sich. Antisyphilitische Kuren sind darum nutz- und zwecklos, sobald der pathologische Prozeß bis zur Narbenbildung gediehen ist. BENVERS unterscheidet zwei Perioden der Gefäßlues, einmal jene frühe, in welcher allgemeine, und jene spätere, bei der örtliche Toxinbildungen erfolgen. Im ersteren Falle sehen wir die parenchymatösen Veränderungen des Herzens, die Herzschwäche und Erweiterung des Herzens zur Folge haben, Erscheinungen, welche mit der Zeit auszuschneiden pflegen. Die lokalen Toxinwirkungen äußern sich in diffusen oder einzelnen umschriebenen gummösen Läsionen und geben, sobald das Gesamtbild der klinischen Erscheinungen die Diagnose Lues zulassen, Veranlassung, mit energischen intermittierenden Kuren hilfreich einzugreifen. Das ist übrigens auch das Stadium, in dem Dilatationserscheinungen am Herzen und an den großen Gefäßen auftreten, ebenso die Obliterationen, besonders der Kranzarterien mit ihren Anfällen von Angina pectoris. Hierauf wies THOMPSON WALKER-London auf die besondere Wichtigkeit der Läsionen der Gefäßinnenhaut bei Syphilis des Zirkulationsapparats hin, und BENDA-Berlin demonstrierte und projizierte schöne Bilder von Aortensyphilis. Es müssen floride Prozesse und abgelauene mehr narbige scharf unterschieden werden. Erstere können miliärer oder gummöser Natur sein. Im letzteren Fall handelt es sich stets um umfangreichere Veränderungen, und Zerfall in der Mitte tritt fast stets auf. Diese Gummibildungen können sich aus den miliären Prozessen herausbilden. Es können aber letztere auch ohne Weiterentwicklung vernarben. Diese gummösen Läsionen vermögen die Gefäßwände ausgedehnt zu zerstören und alle drei Schichten zu durchbrechen und zu Rupturen und Aneurysmen zu führen. BENDA befindet sich also hier auch therapeutisch im Gegensatz zu HANSEMANN und anderen, der das Aneurysma erst nach Auftreten der Narbe entstehen läßt. Aus diesem Grunde verspricht sich BENDA auch von spezifischer Therapie mehr, sofern nicht schon ein völlig ausgebildetes Aneurysma vorliegt. JULLIEN-Paris bemerkt, daß schon im primären Stadium der Lues Veränderungen in den Gefäßen zu beobachten sind. Letztere sind überhaupt überwiegend Venenerkrankungen. Er verweist besonders auf die dorsale Ar-

schwellung des Penis, die Phlebitis infectiosa, gummosa und marastica, und die Thrombophlebitis nodularis (BLASCHKO, PHILIPPSON). Therapeutisch empfiehlt er starke gemischte Behandlung. Von Jodpräparaten hat ihm das Jodipin besonders gute Dienste getan, daneben Hamamelis. HOFFMANN-Berlin besprach das Vorkommen der spezifischen strangförmigen Phlebitis, von der er 48 Fälle in der Literatur erwähnt fand. Nur 88 davon waren ihm verwertbar, und dazu kamen sechs von ihm selber beobachtete Erkrankungen. Unter diesen 39 Fällen waren 26 mal die Venae saphenae betroffen. Interessant war die Konstatierung, daß diese Phlebitiden sogar den ersten syphilitischen Ausschlag zeitlich überholen können. Vom Standpunkt des Therapeuten empfiehlt er ebenfalls kräftiges Traitement mixte. PETRINI DE GALATZ-Bukarest betonte den vorzüglichen kurativen Erfolg intravenöser Sublimatinjektionen.

Über **parasitäre Carcinombefunde** referierte UNNA-Hamburg, dessen Mitteilungen Seite 313 in *dieser Zeitschrift* ausführlich zu finden sind. OPPENHEIM-Wien sprach darauf über **Blastomykosen der Haut**. In Fällen, wo die klinische Diagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose der Haut und Lupus schwankt, sollte man nie unterlassen, auf Hefepilze zu fahnden und große Dosen Jodkalium versuchsweise zu geben. BUSCHKE-Berlin fand bei den von ihm untersuchten Oidiomyozeten keine den richtigen pathogenen Hefen analogen tierpathogenen Eigenschaften. Eine botanische Einteilung der Oidiomyozeten war bisher unmöglich, da man an ihnen bisher keinerlei Fruktifikationsorgane gesehen hat, wahrscheinlich sind es keine Hefen in botanischem Sinne. Auch die durch beide Spezies erzeugten klinischen Prozesse sind ganz gut auseinanderzuhalten, doch ist es vielleicht ratsam, beide Formen unter der Bezeichnung „Blastomykose“ vorläufig zusammenzufassen. NEUBERGER-Nürnberg demonstrierte Hefekulturen, die von einem in Nürnberg beobachteten Falle von Blastomykosen herrühren. Auch fand er häufig Hefepilze im Sekret der Akne. SAMBRASER-Prag berichtete über einen Blastomykosefall aus der Prager tschechischen Hautklinik. DUBREUILH-Bordeaux demonstrierte mikroskopische Präparate. J. NEVINS HYDE und MONTGOMERY-Chicago ließen einen umfänglichen Bericht über klinische, bakteriologische und pathologische Gesichtspunkte der Hautblastomykose verteilen, dem vorzügliche Abbildungen einiger Fälle beigegeben sind. Auch bringt er Bilder der verschiedenen Kulturen in allen Stadien. Die Beobachtungen erstreckten sich auf 18 Fälle. Die chirurgische Entfernung der gesamten kranken Fläche, die in einigen Fällen vorgenommen wurde, führte zu völliger Heilung, dagegen traten nach einfacher ausgiebiger Aussobabung bald Rezidive auf. Jodkalium in hohen Dosen scheint den Prozess aufzuhalten. Bei manchen Kranken zeigte sich erst bei Tagesdosen von 30 g Jodkalium eine Beeinflussung des Hautleidens. Vielfach treten beim Weglassen dieser Therapie Rückfälle auf. Am besten war es, wenn zurückbleibende Infiltrate einige Male nach RÖNTGEN bestrahlt wurden. Dann erfolgte glatte Heilung.

CARLE-Lyon berichtete über die **Ursachen der spontanen Harnröhren-ausflüsse beim Manne**. Fast alle spontan auftretenden Harnröhrensekretionen beim Manne, welche auf Traumen, Radfahren, Überreizungen oder diathetische Einflüsse geschoben zu werden pflegen, sind der Ausdruck einer wiedererwachten Entzündung von der Prostata her, welche bei früheren Trippererkrankungen affiziert gewesen ist. ROCA-Barcelona und TOURTOULS Bey berichteten über gute therapeutische **Erfolge bei Lepra mit Chaulmoograöl**. ECKSTEIN-Berlin demonstrierte an einer Anzahl von Patienten die hervorragenden **kosmetischen Erfolge der Paraffinplastiken bei Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekten**. An Stelle des Vaselins hat er zuerst Hartparaffin empfohlen. Er hat gegen 2000 Prothesen bislang ausgeführt, ohne einen einzigen unangenehmen Zwischenfall.

HELLER-Charlottenburg spricht unter Hinweis auf seine große in der Ausstellung aufgestellte Sammlung von makroskopischen Präparaten und Mikrophotographien über „Die Bedeutung der vergleichenden Pathologie der Haut“. Eine große Zahl von Tierkrankheiten ist auf den Menschen übertragbar. Interessant ist die Feststellung der verschiedenen Krankheitstypen, die überhaupt bei den Tieren vorkommen; wenn auch die meisten menschlichen Dermatosen Analoga im Tierreiche haben, so fehlen doch z. B. Lupus erythematosus, Lichen ruber, die Hautsyphilide ganz. Dagegen sieht man Pemphigus, Akanthosis nigricans, spitze Condylome, Pityriasis rosea usw. Andererseits kommen bei einzelnen Tierarten bestimmte Typen der Dermatosen nicht vor, die sich bei anderen finden. Die Exsudation ist bei einzelnen Tierarten auf entzündliche Reize mehr serös, bei anderen fibrinös. Für experimentelle Untersuchungen ist die Tatsache wichtig. Wenn die tierischen Dermatosen besser bekannt sind, werden viele Irrwege der experimentellen Dermatopathologie vermieden werden. H. hat in seiner Sammlung ein Stück Schweinehaut ausgestellt, das dem ganzen Bild eines makulösen Syphilids entspricht. Das Schwein hat wahrscheinlich eine Verdauungsstörung gehabt. Große Anregung erfährt die Pathogenese der Dermatosen durch die vergleichende Untersuchung. Die Lehre von der Auto-intoxikation ist ein großes Kapitel der Veterinärmedizin, die Frage der Alopecia, das plötzliche Ergrauen der Haare, die Entwicklung von Hauterkrankungen nach Nervenverletzungen, ja eigentlich jedes Kapitel der Dermatologie wird durch die Tiermedizin bereichert. Bemerkenswert sind die Ergebnisse der vergleichenden Histopathologie.

HEIDINGSFELD - Cincinnati berichtet hierauf über einen Fall von Porokeratosis Mibelli bei einem jungen Mann. Die Dauer des Leidens betrug acht Jahre. Er begann als kleine, isolierte, flacherhabene Papeln, die sich allmählich ganz beträchtlich ausbreiteten. Während der letzten sechs Jahre trat keinerlei Veränderung im Zustande ein. Auch blieb jede Therapie erfolglos. Mikroskopische Untersuchungen eines exzidierten Gewebestückes ergab, daß alle Schweifsporen mit keratotischem Material vollgepfropft waren. Andere Veränderungen waren nicht zu konstatieren. Auch ergaben die histologischen Untersuchungen von Pityriasis rubra pilaris, Lichen planus, Prurigo u. a. ganz ähnliche Bilder. HEIDINGSFELD glaubt, daß die Porokeratose nur ein Symptomenbild darstellt. Soll sie als klinische Entität aufgefaßt werden, so muß die klinische Beschreibung enger gefaßt und der histologische Befund konfirmativen Wert bekommen.

Fünfter Sitzungstag.

Das Thema dieses Tages rief eine lebhafte Diskussion hervor, es war „Die Behandlung der Epitheliome“. Auf der einen Seite stand als Therapie die Strahlenbehandlung nach RÖNTGEN und FINSEN, auf der anderen Seite das Messer des Chirurgen. Exzellenz VON BERGMANN - Berlin ließ eine Reihe von etwa 40 Personen vorstellen, die er vor Jahren wegen Epitheliomen radikal operiert hatte. Die Leute waren sämtlich seit Jahren rezidivfrei. Leider waren die kosmetischen Erfolge vielfach nicht gerade sehr erfreulich, so daß sich bei den Besuchern des Kongresses ohne weiteres die Überzeugung aufdrängte, daß, wenn eine Strahlenbehandlung in einem Falle von Epitheliom ohne Gefahr vorgenommen werden kann, man dies Verfahren schon aus ästhetischen Gründen nicht von der Hand weisen dürfe. SCHLESINGER - Berlin bezweifelte, ob die bisher mit Strahlenbehandlung erzielten günstigen Resultate der Cancroidbehandlung auch auf die Dauer anhalten werden. Die Zeit der Beobachtung nach der „Heilung“ sei eine noch zu kurze. BERGMANN vorgestellte Fälle seien alle länger als drei Jahre von Rückfällen frei geblieben. Er glaubte, daß vielfach nur eine oberflächliche, eine scheinbare Heilung der Hautkrebs erreicht wird, daß aber der krankhafte Prozeß nach der Tiefe zu wuchert und zu

Rezidiven führen kann, bei welchen unter Umständen der Eingriff des Chirurgen dann zu spät kommen kann. Dafs einzelne Fälle von Cancroiden durch Bestrahlungen zur Heilung kommen, sage nichts für diese Therapie. Auch Ätzmethode können unter Umständen einen Hautkrebs zur Abheilung bringen, aber man wird diese Methode gleichwohl nicht als Behandlungstypus aufstellen wollen. SCHLESINGER bezweifelte weiter, ob jemals ein inoperables Carcinom durch Radiographie dauernd zum Schwinden gekommen sei. PERTHES hat am Kaninchenohr nachgewiesen, dafs die Wirkung der Röntgenstrahlen mit zunehmender Tiefe abnehme. Bei Radium dürfte man wohl die gleichen Schlüsse ziehen. Oberflächlich wirken die Strahlen heilend, in der Tiefe aber vermögen sie keinen therapeutischen Effekt auszuüben. Gerade in der letzten Zeit hat er in der Klinik drei Fälle dieser Art beobachten müssen. Von 171 Kranken seines Materials wurden auf chirurgischem Wege 106 = 61,1% geheilt; mit den an anderen Krankheiten Gestorbenen darf man diese Ziffer auf 71,3% erhöhen. Nur 15,8% wiesen Rückfälle auf. Drüsenmetastasen wurden durch Röntgenstrahlen gar nicht beeinflusst. Darum soll man jedes operable Carcinom der Haut operieren. Für die Strahlenbehandlung sind die inoperablen Krebse das Feld der Betätigung. DARIER - Paris teilt die Epitheliome, deren Begriff er weiter fafst als die deutsche Schule — nämlich ausser den reinen Epitheliomen auch gewisse Adenome, die nicht blofs reine Drüsenhyperthrophie darstellen, Papillome und die Endotheliome —, in drei grofse Gruppen. Er unterscheidet Epithelioma spinocellulare (Epithelioma papillare und cancroides), Epithelioma basocellulare (Cylindroma und Epithelioma adenoides) und Epithelioma naevocellulare. Die Naevi fafst er als eine gutartige Form der letzten Gruppe auf. Über die Therapie gab ferner von PETERSEN - Petersburg einen Bericht. Er kam zu dem Resultate, dafs im allgemeinen das Epitheliom ein Objekt für das Messer des Chirurgen darstellt. Nur circumskripte, ohne Drüenschwellungen bestehende, also im Stadium des Beginnes, sind anderen Behandlungsarten zulässig. Die beste derselben ist immer noch die Finsen-therapie, doch dürfte sie wohl auf kleinere Kreise beschränkt bleiben. Die ebenfalls gut wirkenden Röntgenbestrahlungen setzen unter Umständen hartnäckige Röntgenulcera, deren Heilung mehr Mühe macht als das ganze ursprüngliche Leiden. Ebenso ergeht es uns mit dem neuerdings warm empfohlenen Radium. KÖSTER empfahl seinerzeit Soda-Umschläge von 5—10% Gehalt. Nachts sind diese gut wirkenden Umschläge durch Borsalbeverbände zu ersetzen. Meist wird jedoch durch diese Therapie das Fortschreiten des Cancroids nur aufgehalten, nicht aufgehoben. Von ARNINGS Gefriermethode sah von PETERSEN ebenfalls keine Heilungen. v. MARSCHAKO-Klausenburg erwähnte die glänzende Heilung eines enormen Epithelioms der Augengegend bei einer alten Frau durch radiographische Sitzungen. Die Dauer der Beobachtung nach dem Schwinden des Epithelioms betrug allerdings nur acht Monate. FORCHHAMMER - Kopenhagen berichtete über 31 Heilungen bei 51 Fällen von mit Finsenlicht behandeltem Epitheliom und Ulcus rodens. SCHIFF - Wien dagegen gibt der Röntgenbehandlung dieser Hauterkrankungen bei weitem den Vorzug. Vor allem wirken die X - Strahlen viel schneller. LÄSSER - Berlin betonte, besonders gegenüber den sanften Vorwürfen der Chirurgen, dafs seiner Überzeugung nach das Finsen-Verfahren bei Hautkrebsen vorzügliche Resultate zeitigt, und wollte darauf Wert gelegt wissen, dafs das reine Ulcus rodens und das oberflächliche Epitheliom nach ausgedehnten Beobachtungen ganz gut durch die Lichtverfahren zur Heilung zu bringen sind. HAHN - Hamburg teilte drei Fälle mit, bei denen er durch Röntgenbestrahlungen aus chronischem Ekzem Epitheliome werden sah und warnte vor kritiklosem Bestrahlen mit X-Strahlen. HERXHEIMER - Frankfurt vermochte von 21 Hautcarcinomen 3 durch Bestrahlen zur Heilung zu bringen. LEBEDDE - Paris hält die Röntgen-

behandlung des Cancroids für die beste Behandlungsart. Daneben kommen **Exstirpation** und **Ausschabung** mit konsekutiver **Thermokauterisation** erst in zweiter Linie in Betracht. Letztere Methode ist sowohl hinsichtlich guter kosmetischer Resultate als in bezug auf das Ausbleiben von Rezidiven relativ unsicher. Nach **BUSCHKE** und **SCHMIDT**-Berlin vermögen die Röntgenstrahlen tiefere Epithelien ohne schwerere Läsionen der oberflächlicher liegenden Hauteile zum Schwund zu bringen. Am Epithel drüsiges Gebilde wird durch sie Nekrose und feiner molekularer Zerfall im Sinne einfacher Atrophie erzeugt. Man kann durch X-Strahlen auch die Absonderung von Drüsen (**Hyperhidrosis**) unterdrücken. **SCHOLTZ**-Königsberg glaubt, daß die Radiumstrahlen im großen ganzen den Röntgenstrahlen ähnliche physiologische Wirkungen ausüben, doch wirken sie stärker auf die Gefäße, reichen mit ihrer Wirkung in größere Tiefen und erfreuen sich einer gewissen keimtötenden Kraft. Therapeutisch sind beide Strahlenarten ebenfalls verwandt. **SCHOLTZ** möchte aber die Einwirkung der Radiumstrahlen auf bösartige Hauttumoren, besonders Krebs, für größer halten; bei Teleangiectasien, kleinen Angiomen zeitigen sie beste Erfolge. Auch lassen sie sich an Körperstellen anwenden, die der Röntgenbestrahlung verschlossen bleiben, wie Körperhöhlen (Rektum, Vagina, Larynx u. a.).

Sechster Sitzungstag.

KREIBICH-Graz berichtete über **vasomotorische Phänomene**. Er knüpfte in seinen Ausführungen an einen Fall von **Zoster hystericus** an. Alle bei diesem Kranken spontan auftretenden oder künstlich erzeugten Hauterscheinungen waren vasomotorischen Charakters und als Zeichen einer besonderen Reizbarkeit des vasomotorischen Systems anzusehen. Ursächlich von Bedeutung ist vielleicht die früher vorgenommene Kastration dieses Kranken. Seit langem weist er keine anderen Zeichen von Hysterie mehr auf, so daß man die sich aus den Beobachtungen auf der Haut zu ziehenden Schlüsse auf die allgemeine Pathologie anwenden darf. Längere Zeit bestehende Erytheme ließen sich erzielen durch elektrische Reizungen (**Faradisation**, **Galvanisation**) sowohl an den gereizten Stellen als auch zwischen denselben. Zwei dieser erythematösen Herde gingen ohne Geschwürsbildung in Atrophie über. Die gleichen Erscheinungen ließen sich durch warme Bäder und Nadelstiche erzeugen. Innerhalb der so hyperämisierten Hautbezirke bestand Empfindlichkeit gegen äußere Reize. **BERTMANN**-Heidelberg hat die **Wirkung des Abrins**, eines von **EHRlich** erwähnten Pflanzengiftes, untersucht und festgestellt, daß eine Einverleibung Haarausfall, wie etwa die **Thalliums**salze, erzeugt. (Tierversuche.) Nach längerer Abrinfütterung kommt es zur Neubildung von Haaren, und jetzt läßt sich erst dann ein neuer Haarausfall erzeugen, wenn man einige Wochen mit Abrinverabreichung aussetzt.

Zum Schluß sprach **JULIUS MÜLLER**-Wiesbaden über **Diätetik der Syphilis**. Im 17. Jahrhundert war eine zwar spitzfindige, im großen und ganzen jedoch zweckmäßige Diätetik gebräuchlich. Dann folgte die Zeit der Hungerkuren, ungefähr gleichzeitig in Südfrankreich die Diète sechée oder Traitment arabe. Nur **MONTEPELLIER** machte mit **HAGUENOT** († 1775) eine rühmliche Ausnahme durch seine Empfehlung einer robrierenden Diät. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts kam durch **SIGMUND** und **RIED** diese Auffassung zum allgemeinen Durchbruch. Seitdem ist literarisch kaum etwas Bemerkenswertes noch zu verzeichnen.

Man empfiehlt jetzt allgemein eine robrierende Diät, ohne auf eine weitere Differenzierung sich einzulassen. Die Gründe liegen erstens in der rationelleren Anwendung von Hg und Jod, zweitens in dem milderen Auftreten der Syphilis, und drittens in der Unmöglichkeit einer einheitlichen Ernährung. Trotz alledem ist die Diätetik nicht so gleichgültig, wie es aus dem Mangel an Literatur zu sein scheint, und nicht mit den paar Worten robrierende Diät abgetan. Kurz zusammengefaßt

können wir sagen, die Diätetik ist in vielen Fällen ein wichtiges Unterstützungsmittel, in manchen Fällen ein wirkliches Heilmittel. Bei einer normal verlaufenden Syphilis eines im übrigen gesunden Menschen kommen wir mit der sogenannten „Erhaltungsdiet“ aus. Dieselbe genügt, um den durch die Syphilis hervorgerufenen erhöhten Eiweißzerfall wieder zu ersetzen. Besteht jedoch, sei es durch Unterernährung oder durch komplizierende Organerkrankung, ein wesentlich erhöhter Eiweißzerfall, so muß durch eine robrierende Ernährung diesem entgegen gearbeitet werden. Bei Stoffwechselträgern jedoch, wie Adipositas, muß, wenn der erhöhte Eiweißzerfall der Syphilis selbst nicht normale Verhältnisse herbeiführen kann, neben hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen prozentualiter durch Einschränkung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ein regerer Stoffwechsel herbeigeführt werden.

Hierzu kommt noch, daß Hg den Stoffwechsel verlangsamt. Beweis: die oft kolossale Zunahme (bis 40 Pfund) nach Hg-Kuren. Bei Stoffwechselträgern, die eine Hg-Kur durchmachen, müssen wir folgerichtig eine ganz energische Stoffwechsellinderung durch Einschränkung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Einsparung eines Trockentages) zu erreichen suchen. Die Erfahrung lehrt, daß nur unter dieser Bedingung ein wirklich nachhaltiger Erfolg zu erhalten ist. Ganz besonders ist dies bei den prophylaktischen Kuren, vonnöten und zwar aus folgenden Gründen: Nach EHRLICH'S Gifttheorie gehen die Bakterien und Toxine zum Teil lockere, zum Teil festere Zellverbindungen ein. Zu letzteren gehört zweifellos der supponierte Syphilisbacillus. Wir werden daher ohne eine energische Cellulartherapie, die in Nahrungs- und Flüssigkeitsbeschränkung besteht, mit Hg allein dem Syphilisgift schwer beikommen.

Die Erfahrung hat jedoch gelehrt, daß diese Methode der Stoffwechsellinderung auch bei keineswegs an Adipositas Leidenden oder sonstigen Stoffwechselträgern, ja die selbst unterernährt sind, oft ohne Jod und Hg allein zur Heilung von hartnäckig rezidivierenden, anormalen Syphilisfällen führt.

Auf diesen Deduktionen beruht einerseits die ZITTMANN'SCHE, wenn auch nicht ganz, andererseits die sogenannte SCHROTH'SCHE oder Semmelkur. Diese in bezug auf die Flüssigkeitsaufnahme entgegengesetzten Diätikuren haben dasselbe Resultat: Entwässerung des Zellsystems und hierdurch energische Stoffwechsellinderung. Bei der ZITTMANN-Kur geht eine geringe Gewebsüberschwemmung voraus. Dies kann jedoch nicht das Wesentliche sein, da nach VORR'S Stoffwechseluntersuchungen erhöhte Flüssigkeitszufuhr den Eiweißzerfall nicht steigert. Schält man das der SCHROTH'SCHEN Kur zugrunde liegende Prinzip aus der eigenartigen Umhüllung heraus, dann ergibt sich, daß blande Diät und eine durch Flüssigkeitsentziehung herbeigeführte Erhöhung des Stoffwechsels bei Syphilis in manchen Fällen von Vorteil, ja geradezu zur Heilung notwendig ist. Jedoch ist nach meinen Erfahrungen diese überaus rigorose, einseitige Methode auch nicht bei einer geringen Anzahl absolut notwendig. Mit einer individuell angepaßten Einschränkung, eventuell in Verbindung mit ZITTMANN oder Hg oder Jod, erreicht man dasselbe. In Betracht kommen außer hartnäckiger wiederkehrender und schwer verlaufender Syphilis, so paradox es klingt, Syphilitiker mit tiefgehenden Ernährungsstörungen und ganz besonders solche, die mit Hg reichlich oder überreichlich gesättigt sind.

Bei Syphilisfällen, kompliziert mit anderen Krankheiten, muß man abwägen, welche Erkrankung im Vordergrund steht.

Bei Syphilis einzelner Organe muß auf die physiologische Tätigkeit derselben Rücksicht genommen werden.

Bei der im höheren Alter erworbenen Syphilis muß die Diät ganz besonders auf eine schon beginnende oder drohende Arteriosklerose zugeschnitten werden, da

bekanntlich Syphilis und Arteriosklerose eng vergesellschaftet sind, und die Prognose der Syphilis hauptsächlich hiervon abhängt.

Bei rezidivierenden Mund- und Zungenerscheinungen muß auch auf die Zubereitung der Speisen Rücksicht genommen werden. Außer Alkohol und Tabak sind es starkgewürzte pikante Speisen, die hierdurch monate-, ja jahrelang solche unterhalten können.

In bezug auf Alkohol gilt wohl folgendes: Chronischer Alkoholismus reizt zu Rezidiven, verbürgt einen ungünstigen Verlauf und macht sie der Behandlung weniger zugänglich; akuter Alkoholismus kann im irritativen Stadium der Syphilis neue Nachschübe hervorrufen. Im übrigen kann den Syphilitischen, wie ein alter Strafsburger Wundarzt (SANTONIUS 1750) sagt, an jeder Mahlzeit ein Tränklein feinen Weines, so mittelmäßiger Güte, zugelassen werden.

Bezüglich der im vorliegenden Bericht nicht erwähnten Referate sei auf den offiziellen Bericht, der in den nächsten Monaten erscheinen wird, verwiesen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 71. Heft 2 und 3.

I. **Über einige Entwicklungsanomalien der Barthaare**, von V. CHIRIVIO-Neapel. Der Verfasser beschreibt drei Fälle. Der eine betraf einen 30jährigen, etwas arthritisch veranlagten Apotheker, der im Barte einige dicke, hier und da zerstreute, schwarze, mit den übrigen, blonden, normalen scharf kontrastierende Haare zeigte. Ihre Dicke übertraf 2—3 mal jene der gesunden Haare; sie ließen sich mit der Pinzette leichter als diese epilieren; der Schaft war schwarz, gerade, bisweilen gekrümmt, starr; um die Achse herum waren stellenweise Rinnen vorhanden; das freie Ende war unregelmäßig, bisweilen in zwei Teile geteilt; das andere Ende hatte eine hohle Zwiebel mit Saft enthaltender Wurzel, die sehr klebrig, aber nicht geschwollen war.

Bei Linsenvergrößerung ließen diese Haare die Weichheit und den Glanz der gesunden Haare vermissen, sondern zeigten eine eigene Starrheit und Mattigkeit, wie die mumifizierten Haare. Die Haut, welche sie trug, war von durchaus normaler Beschaffenheit.

Nach Extraktion der kranken Haare wuchsen innerhalb von zwei Monaten, wenn auch nicht ganz gleich, so doch sehr ähnlich beschaffene Haare nach, die im Niveau der Haut wie kleine, schwarze Punkte aussahen.

Die klinischen Merkmale in den drei Fällen sind zusammengefaßt folgende:

1. 2—4 fache Verdickung der kranken Haare;
2. vollständiges Fehlen von subjektivem Empfinden irgendwelcher Art, von Entzündung der Follikel, der Umgebung der Follikel oder der Drüsen;
3. Fehlen von Alopecia oder anderer trophischer oder parasitärer Alteration des Haarystems;
4. leichte Epilierbarkeit; die dicksten Haare ließen sich durch bloßen seitlichen Fingerdruck gleich gewöhnlichen Comedonen herausdrücken;
5. Störungen in der Talgsekretion;
6. der veränderte organische Stoffwechsel in allen drei Fällen, im dritten kompliziert mit Oxalurie;

7. das Wiederwachsen von ebenso kranken Haaren nach Epilation der beschriebenen.

Sehr eingehend werden die histologischen Befunde von zumeist im Querschnitt untersuchten Haaren mitgeteilt.

Auf Grund der Untersuchungsergebnisse gelangt der Verfasser zu dem Schlusse, das es sich um einen von der Papille ausgehenden und mit der Ernährung derselben zusammenhängenden wirklichen pathologischen Prozesses, um eine wirkliche Affektion des Haares und der inneren Schichten der Scheide handelt. Sie ist verursacht durch Hyperplasie der Elemente und mit einer Ausdehnungsvergrößerung verbunden; manchmal tritt auch ein Entfernen vom normalen Typus mit einer Veränderung in der Keratisation ein. Manchmal ist diese Erscheinung voreilig, sehr oft unvollständig und verspätet; sehr oft folgen darauf regressive Zellstörungen, welche vom trüben Aufquellen des Protoplasmas bis zur Granulation desselben und totalen Zerstörung der Zellen führen. Diese Veränderungen im Haare nehmen ihren Anfang von der Haarpapille; im Haare selbst sind im Beginn vielleicht nur Zirkulationsstörungen entstanden, später hat es sich verdickt, erweitert, verunstaltet, in 2—20 Segmente geteilt; dann hat es Anlaß zu den sekundären Degenerationserscheinungen gegeben. Es handelt sich eben um eine „*Dystrophia papillae*“. An letzter Stelle wird man als Ursache eine durch Verlangsamung des Zellstoffwechsels bedingte *Autointoxicatio acida* ansehen.

II. **Nosocomialgangrän**, von S. RÓNA-Budapest. Verfasser wirft einen Rückblick auf die einschlägige Literatur und beschäftigt sich besonders mit der im Jahre 1896 (*Annales de l'Institut Pasteur*) publizierte Arbeit von VINCENT. In 47 bakteriologisch untersuchten Fällen war konstant der Befund ein gleicher; es fand sich ein 4—8 μ langer, 1 μ breiter, gerader oder leicht gebogener, zuweilen auch S-förmiger Bacillus in großer Anzahl vor. Der Form nach erinnern sie an den *Vibrio septicus*, sind jedoch nicht so eckig wie dieser, sondern an beiden Enden verjüngt oder abgerundet. Viele Bazillen sind segmentiert oder zu Paaren verbunden. Je nach der Schwere des Falles findet man die Bazillen in größerer oder kleinerer Menge. Verfasser hat in einer Reihe von Fällen von Munddiphtherie und Nosocomialgangrän sowohl die histologischen wie bakteriologischen Befunde VINCENTS bestätigen können. Diese Fälle gelangten innerhalb von sechs Monaten zur Beobachtung. „Danach gibt es noch heutzutage auch extragenitaler gangränöse und nekrotische Formen, welche sich durch ihren klinischen Charakter, am meisten aber durch ihre Bakterienflora von jedem anderen Prozesse unterscheiden und der klinischen Erscheinung und der histologischen Struktur nach einem Teile der von den Alten unter dem Sammelnamen Wunddiphtherie und Hospitalbrand gefaßten Prozesse entsprechen. Es ist dies ein heftiger Entzündungsprozesses, welcher rasch zur Koagulationsnekrose führt.“

Wahrscheinlich entgehen manche VINCENTSche Nosocomialgangränne unerkannt, wenn man nicht jeden putriden oder gangränösen Fall genau bakteriologisch untersucht.

Was das MATZENAUBERSche genitale *Ulcus gangraenosum* betrifft, so hält Verfasser dieses, wie die VINCENTSche Nosocomialgangrän für identische klinische Formen, welche auf lokaler Infektion beruhen und eine identische, bakteriologische Basis besitzen. Die Bazillen sind beim *Ulcus gangraenosum* allerdings etwas kleiner, zeigen aber völlig analoge Verteilung im Gewebe und gleiches, tinktorielles Verhalten.

III. **Die pathologische Anatomie des indischen Madurafusses (*Mycetoma pedis*)**, von M. OPPENHEIM-Wien. Gelegentlich seines Aufenthaltes in Bombay gelangte Verfasser durch die Freundlichkeit von Prof. CHILDE in den Besitz von Präparaten des *Mycetoma pedis*. Die Krankheit kommt in Indien nur bei Eingeborenen (Hindus

und Eurasiern) vor, und zwar vorzugsweise bei mit Ackerbau und sonstigen Feldarbeiten beschäftigten männlichen, weniger bei weiblichen Personen.

Das Aussehen des Madurafusses wird folgendermaßen beschrieben: „Die Haut des erkrankten Fusses ist mit Knoten, Höckern und Fistelöffnungen bedeckt. Die Knoten erreichen Haselnußgröße, sind regelmäßig rund, manche sitzen mit breitem Stiel pilzartig auf, wobei die Haut der Umgebung warzenartige Bildungen zeigen kann (*Mycetoma papillomatosum* SHATTUCK). Sie heben sich oft durch ihre gelblich-weiße Farbe deutlich von der dunklen Hautfarbe des Hindus ab, zeigen manchmal Andeutung von Transparenz. Einzelne der Knoten zeigen Fluktuation und Verdünnung der Haut; aus ihnen entstehen die zahlreichen Fistelöffnungen, aus denen sich eine dünne, saniöse, schmutzig-weiß oder gelblich gefärbte, manchmal blutig tingierte, stinkende Flüssigkeit entleert, welche zahlreiche kleine Körperchen enthält. Diese Körperchen sind einmal gelb, durchscheinend, sagoähnlich, „fish-roe-like“ (fischrogenähnlich), von weicher Konsistenz, ein andermal braun bis schwarz, hart, unregelmäßig und höckerig, grobem Schießpulver vergleichbar. Danach unterscheidet man die erste Form als blasse oder gelbe Art, „yellow variety“, die zweite Form als schwarze Art, „black variety“. Die gelbe Art soll häufiger vorkommen als die schwarze.“

Beiden Varietäten liegen trotz der Gleichheit der klinischen Erscheinungen zwei verschiedene Pilzspezies zugrunde. Die bei der gelben Art gefundenen gehören zu den Streptotrichen und sind mit *Aktinomyces* nahe verwandt. Der Pilz der schwarzen Varietät kann nach dem histologischen Befunde nicht genauer spezifiziert werden; wahrscheinlich gehört er zu den Oidien- und Schimmelpilzarten.

Das histologische Bild entspricht in beiden Varietäten einem Granulom mit Absceßbildung und Bindegewebsneubildung.

IV. Über einen Fall von „Elephantiasis nostras vulvaris“, von G. SORRENTINO Bologna. Verfasser rekapituliert aus den neuesten einschlägigen Arbeiten die Hauptansichten über die Pathogenese und Ätiologie der Elephantiasis vulvaris, und berichtet dann ausführlich über einen in Prof. MAJOCCHIS Abteilung beobachteten Fall von Elephantiasis sporadica vulvaris bei einer ca. 30 Jahre alten Frau, welche 2 $\frac{1}{2}$ Jahre vor Beginn der Hypertrophia vulvaris von ihrem Manne blennorrhöisch infiziert wurde. Die Patientin litt an einer Vulvovaginitis und Endometritis purulenta chronica, deren blennorrhöische Natur durch den Nachweis von Gonokokken sichergestellt wurde.

Nach einer sehr eingehenden Schilderung des klinischen wie histologischen Bildes der Elephantiasis vulvaris, erörtert Verfasser die Frage, ob Blennorrhagie der Geschlechtsorgane diese Krankheit erzeugen könne, und welches der pathogenetische Mechanismus sei. Unter Ausschluß aller anderen möglichen ätiologischen Momente gelangt Verfasser zu der Überzeugung, daß die wirkliche Ursache von Elephantiasis nostras vulvaris im vorliegenden Falle der Gonococcus sei. Derselbe kann auf die dermoepidermischen Gewebe, in deren Mitte er eingedrungen ist, eingewirkt und eine langsame produktive, zuletzt in Elephantiasis übergehende Entzündung erzeugt haben.

V. Blennorrhoebeobachtungen bei Männern, von MAGNUS MÖLLER Stockholm. Eine gute Blennorrhoebehandlung muß nach der Ansicht des Verfassers an erster Stelle darauf gerichtet sein, möglichst sicher zu bestimmen, ob, wo und wie im einzelnen Falle die Gonokokken geschützt liegen, und auf welche Art und Weise dieselben den bakterientötenden Mitteln zugänglich gemacht werden können.

Die besten Resultate zeitigt man, wenn die Patienten in den ersten Tagen der Blennorrhoe, wenn die Gonokokken noch nicht in die tieferen Epithel- und Schleimhautschichten eingedrungen sind, in die Behandlung kommen.

Innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren (1897—1902) wurden abortiv behandelt 262, und zwar 46 nach JANET mit Spülungen von Kalium permanganicum-Lösung (1:10000 bis 1:4000) und 216 nach WELANDER mit Injektionen einer 4%igen Protargollösung. Von den 262 waren 173 binnen einer Woche definitiv gonokokkenfrei, wobei die Protargolbehandlung 68%, die JANETSche Methode 56,5% Geheilte zeitigte. (NB. Der Verfasser spricht von „Geheilten“. In der Praxis können wir nur schwer die Patienten überzeugen, daß sie vom Tripper geheilt sind, wenn sich keine Gonokokken mehr im Sekrete vorfinden. Viel mehr Verständnis haben sie für folgende Beweise der Tripperheilung: 1. Definitives Aufhören der Sekretion und kein Rezidivieren nach dem Genusse von Alcoholicis. 2. Klarer, fädchenfreier Morgenurin. Wenn der verehrte Verfasser uns nach dieser Richtung hin statistische Angaben machen könnte, würde er sich ein großes Verdienst erwerben. Ref.)

Als eine relativ häufige Komplikation des Trippers, der jedoch im allgemeinen wenig Beachtung geschenkt wird, erwähnt Verfasser die Folliculitis blennorrhoeica urethrae. Durch Einwandern von Gonokokken in Lakunen und Drüsen der Urethra kommt es nicht selten zu mehr oder weniger starken Infiltrationen in denselben, welche gern in der Fossa navicularis, entweder in der mittleren Partie, 0,5—1 cm vom Orificium oder auch mehr nach hinten, etwa den beiden Frenularnischen entsprechend, gelegen sind und sich von außen als größere oder kleinere Knötchen palpieren lassen.

An einer Serie von 215 männlichen Blennorrhoeopatienten wurden 49 (= 22,8%) palpable Follikulitiden konstatiert.

Der Verlauf einer mit Folliculitis komplizierten Blennorrhoe ist meistens durch Latenzperioden und Rekrudescenzen charakterisiert.

Die Krankengeschichten mehrerer Fälle von Follikulitiden der Urethra und die histologischen Befunde bei denselben werden ausführlich mitgeteilt.

Weiter beschreibt Verfasser Fälle von Blennorrhoea externa ÖDMANNSON (blennorrhoeisch infizierten paraurethralen und präputialen Gängen), von Spermatozystitis blennorrhoeica. Unter 60 auf letztere Komplikationen genau untersuchten Patienten wurden in neun Fällen Gonokokken in dem exponierten Inhalt aus den Samenblasen konstatiert. Nur während eines gewissen Stadiums der blennorrhoeischen Urethritiden, besonders derjenigen, welche mit Prostatitis kompliziert sind, kommt es zur Entwicklung einer blennorrhoeischen Spermatozystitis. Vielfach verschwinden die Gonokokken nach kürzerer oder längerer Zeit spontan aus den Samenbläschen, und weder Arzt noch Patient brauchen von einer solchen mehr episodisch auftretenden und meist symptomlos vorübergehenden Spermatozystitis eine Ahnung zu haben.

Zu den seltensten Blennorrhoeekomplikationen gehört die Ureteritis blennorrhoeica, von der Verfasser einen Fall beschreibt. Es handelte sich um einen 38jährigen Patienten, welcher im August 1902 zum ersten Male blennorrhoeisch infiziert wurde und bei verschiedenen Ärzten seitdem in Behandlung war. Im Februar 1903 bekam er nach einer Höllesteininstillation schmerzhaften Harndrang und Blutung am Schlusse des Urinierens. Am nächsten Tage konsultierte er zum ersten Male den Verfasser. Bei der Untersuchung konstatierte derselbe, dem Verlaufe des linken Ureters entsprechend, einen mehr als fingerdicken, stark empfindlichen Strang. Auch über dem rechten Ureter, welcher nicht deutlich palpabel war, wurde abnorme Empfindlichkeit verspürt. Die Nieren waren nicht palpabel und empfindlich. Der Urin war schleimig-trübe, enthielt Eiterflocken, Albumen. In den Flocken fanden sich intra- und extracelluläre, mit GRAM entfärbbare Diplokokken. Die Temperatur war nicht erhöht, das Allgemeinbefinden des Patienten wenig gestört.

Es wurden Urotropin, Contrexéville und Ruhe verordnet.

In den nächsten Tagen nahmen die Erscheinungen noch etwas zu. Der Harn enthielt mehr Albumen, zersetztes Blut, blutig tingierte Fetzen und Flocken. Im Sediment fanden sich konstant typische Gonokokken, sonst keine anderen Bakterien. In der Gegend der linken Niere klagte Patient über Schmerzen. In den darauffolgenden Wochen bessert sich langsam der Zustand; der linke Ureter erscheint etwas verkleinert, aber doch noch palpabel und empfindlich. Der Ausfluss wird stärker und enthält reichlich Gonokokken. Verfasser beginnt jetzt in der sechsten Woche der Behandlung mit JAWERSCHEN Spülungen, einmal täglich. Nach weiteren zwei Wochen war Patient gonokokkenfrei und subjektiv wie objektiv gesund.

An einem Beispiele von suppurativer, blennorrhöischer Inguinaladenitis im späteren Verlaufe der Blennorrhoe zeigt Verfasser, wie jene einen abschwächenden Einfluss auf den virulenten Prozess in der Urethra ausüben kann. Nachdem die Adenitis eine ansehnliche GröÙe erreicht hatte und unter allgemeinem Unwohlsein, unter BläÙe, Mattigkeit, Frösteln, abwechselnd mit Schwitzen, mäÙigem Fieber Fluktuation eingetreten war, hörte die vorher reichliche Sekretion ziemlich plötzlich auf. Aus dem vorher gonokokkenhaltigen Sekrete waren die Gonokokken verschwunden.

In einer Reihe von Fällen komplizierte sich die Blennorrhoe mit einer akzentuellen, nicht durch die Gonokokken, sondern durch eine akute Diplokokken-Urinfektion verursachte Cystitis, welche 9—31 Tage andauerte. In drei der sieben beschriebenen Fälle von Mischinfektion waren durch das Auftreten der Cystitis die Gonokokken rasch und definitiv verschwunden; in drei Fällen wurden sie von neuem konstatiert, verschwanden aber nach einigen weiteren Irrigationen.

Als Beispiele blennorrhöischer Allgemeininfektion beschreibt Verfasser zwei Fälle und zieht aus dem Umstande, daÙ dieselbe zwei Brüder betrafen, den Schluss, daÙ, wenn jemals Gonokokken von ihrer Prädilektionslokalisation der Urogenitalschleimhaut aus auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahnen Metastasen bilden, dies auf individuellen Organeigenschaften bei den betreffenden Patienten oder, mit anderen Worten, auf einer Idiosynkrasie beruht.

VI. Seltene Fälle von Hautkrankheiten, von LA MENSA - Palermo. 1. Ein Fall von angeborenen Hautwülsten betraf ein zwei Monate altes Kind, welches gleich nach der Geburt auf der Hinterseite des Kopfes und des Nackens eine von der Scheitelgegend an in beträchtlichen Falten, bei ruhiger Kopfhaltung teils Längs-, teils Querwülste bildende Haut zeigte. Es handelte sich hier um eine fehlerhafte Anlage einer Hautpartie, und zwar um eine lokale Hypertrophie einer im übrigen normalen Haut. ALBERT bezeichnete sie als Dermatolysis.

2. Primärer Lupus der Handflächen. In dem vorliegenden Falle, welcher einen Maurer betraf, ist von besonderem Interesse der auÙergewöhnliche Sitz des Lupus an den Handflächen, und dann, daÙ dieser Lupus an Ort und Stelle in der Haut durch Autoinokulation entstanden ist.

3. Ein Fall von linienförmig angeordneten Warzen an der Vorderinnenseite der rechten Wade eines 40jährigen Mannes, welcher seit einigen Jahren an dieser starkes Jucken verursachenden Affektion leidet. Die Linien verlaufen vertikal, untereinander fast parallel und haben eine Länge zwischen 6—10 cm. Sie bestehen aus teils isolierten, teils konfluierten, etwas rötlichen, deutlich über die Hautoberfläche erhabenen Warzen. Daneben sieht man vereinzelt bräunliche Pigmentationen als Überbleibsel bereits spontan verschwundener Warzen. Das Jucken besonders hat den Patienten zum Arzt getrieben. Die Warzen wurden mit dem Galvanokauter zerstört.

4. Lupus des Kinns. Der Fall ist von Interesse wegen der tumorartigen

Bildung, in welcher sich der Lupus präsentierte. Er wurde mit dem Galvanokauter erfolgreich behandelt.

VII. Über Lichen atrophicus und andere makulöse Atrophien der Haut, von WECHSELMANN - Berlin. Der Lichen atrophicus ist nach den Beschreibungen der Autoren charakterisiert durch „weiße, narbenähnliche, vertiefte, weiche Flecke von Linsen- bis Fünfmärkstückgröße und darüber, deren Oberfläche oft punktförmige, den Drüsen und Haarbälgen entsprechende Depressionen zeigt, die auch Hornschüppchen tragen können; die Oberfläche erscheint meist gefeldert; die Ränder sind buchtig, rot, papulös hervorragend und bestehen aus konglomerierten Lichenpapeln. Dazu tritt manchmal eine Hyperpigmentation des Randes, während das Zentrum stets depigmentiert ist. Der Sitz ist am Rumpf und an den Extremitäten mit einer gewissen Vorliebe für den Vorderarm. Manchmal findet man daneben auch andere Manifestationen des Lichen planus auf der Haut oder den Schleimhäuten, manchmal aber tritt nur die atrophische Form auf. Die subjektiven Beschwerden, Jucken und Brennen werden verschieden geschildert; bei neuropathischen Individuen erreichen sie oft ein hohes Maß, oft auch fehlen sie fast vollständig.“

Der Verfasser beschreibt einen Fall, der außer den beschriebenen atrophischen Flecken auf der Stirn und in der Schläfenbeingegegend noch eine Reihe kleiner polygonaler, deutlich gedellter blaßroter Lichen planus-Knötchen auf dem Rücken zeigte. Die atrophischen Flecke fehlten hier ganz.

Die Affektion heilte nach Einnahme von 0,075 Acid. arsenicos. ziemlich rasch ab, während sie sich vorher durch äußere Salbenapplikationen nicht beeinflussen ließ.

Auch aus den sehr ausführlich mitgeteilten histologischen Befunden geht hervor, daß es sich bei den Knötchen auf dem Rücken um Lichen planus, bei den atrophischen Stellen um Lichen atrophicus handelte.

Die histologischen Befunde selbst deutet Verfasser dahin, daß er annimmt, daß die Noxe, welche die Entzündung und Atrophie herbeiführte, zuerst auf die Endothelien der Lymphspalten und Gefäße und auf das Bindegewebe und die elastischen Fasern der oberen Cutislagen eingewirkt habe, und daß durch die im Zirkulationsapparate speziell der papillären Schicht eintretenden Störungen die atrophischen Veränderungen der epidermalen Zellschichten herbeigeführt worden sind. Welcher Natur diese Noxe sei, darüber gab die Untersuchung keinen Anhaltspunkt. Die histologischen Befunde, insbesondere die regelmäßig angetroffenen starken Endothelwucherungen um die Gefäße und die Endothelwucherungen der Lymphspalten, welche die Hauptmasse des vorwiegend junges Granulationsgewebe darstellenden Infiltrats ausmachen, sprechen mehr für eine von den Blutgefäßen aus wirkende Ursache. In einer Reihe von Fällen scheinen trophoneurotische Störungen einen Einfluß auf den Ausgang der Entzündung in Atrophie zu haben. Dies dürfte auch bei den Patienten des Verfassers der Fall gewesen sein. Bis zum Jahre 1901 war jener gesund, dann bekam er infolge einer Eiteransammlung in der linken Stirnhöhle sehr heftige linksseitige Kopfschmerzen im Gebiete des ersten Astes des Trigeminus. In demselben Bereiche entstand einen Monat später die Hautaffektion, welche rasch zu Atrophie führte. Auch nachdem die Effloreszenzen abgeheilt waren, bestand noch wie früher starke vasomotorische Reizbarkeit an den atrophischen Stellen.

VIII. Spina bifida occulta und Hypertrichosis sacralis, von MORITZ SCHOEN - Budapest. Es handelt sich um einen 22 Jahre alten, kleinen, schwächlichen Schneidergesellen, welcher in der Gegend des Kreuzbeins ein dreieckiges, der Gestalt und Begrenzung des Kreuzbeins ziemlich genau entsprechendes Haarfeld zeigt. Hebt man den oberen Teil desselben von der Haut ab, so sieht man in der Höhe des ersten Kreuzbeinwirbels ein vollkommen haarloses, auch der Lanugo entbehrendes, regelmäßig

oval gestaltetes, quer gelegenes, 7 cm langes, $4\frac{1}{2}$ cm hohes Hautfeld, in dessen Mitte ein kleineres 2 cm langes, 1 cm hohes, regelmäßig elliptisch geformtes, ebenfalls quer gelegenes, runzeliges, bläulichrot gefärbtes, aus atrophischem Narbengewebe bestehendes, verdünnt sich anführendes Hautfeld gelegen ist. Unmittelbar neben diesem narbigen Hautfeld in der Höhe des ersten Kreuzbeinwirbels stößt man auf eine flache Einsenkung. Es fehlt der Processus spinosus des ersten Kreuzbeinwirbels, und man kann hier eine Spina bifida occulta konstatieren, das ist eine Spina bifida, über die die Haut glatt hinwegzieht und nicht geschwulstartig vorgewölbt ist, wie bei einer Spina bifida aperta. Der in der Höhe des ersten Kreuzbeins befindliche Knochendefekt ist von einem derben, resistenten, offenbar bandartigen, fibrösen Gewebe ausgefüllt.

Aus einer Vergleichung der einschlägigen Literatur lassen sich die beschriebenen Veränderungen in der Weise deuten, daß in der Höhe des defekten ersten Kreuzwirbels eine Meningocele bestanden, die durch langjährigen Druck auf die Haut oder durch Anspannung derselben eine bleibende Ernährungsstörung und mit ihr eine Druckatrophie der Haarpapillen zur Folge gehabt hat. Die Meningocele mag später zum Durchbruch gekommen sein. Nach Entleerung des Inhalts trat Vernarbung ein. Als Überbleibsel ist die quer elliptische Narbe in der Mitte des haarlosen Hautfeldes anzusehen. Die Haut schmiegt sich hier innig der Unterlage an; sie bleibt wegen des mangelhaft entwickelten Processus spinosus im Flächenwachstum zurück, wird aber gerade dadurch besser ernährt. Das überschüssige Nährmaterial kommt der intensiver wachsenden Umgebung, somit auch dem Haarwachstum zugute, daher die Hypertrichose.

Die Betrachtung der einschlägigen Literatur, wie die Erfahrungen des Verfassers führen denselben zu folgenden Schlüssen:

„Die mit Spina bifida occulta regelmäßig einhergehende Hypertrichose ist eine Folge des Zurückbleibens des Flächenwachstums der Haut über der Spina bifida occulta. Sie entspricht einem auf das normale Haarkleid des Menschen sowohl als auch aller Säugetiere Bezug nehmenden Gesetze des Haarwachstums, welches lautet: Das Haarwachstum ist dem Flächenwachstum der Haut über der Unterlage umgekehrt proportional.“

IX. Über die Verwendung des 30 %igen Wasserstoffsperoxyd von MESSER in der Dermatologie und Urologie, von W. SCHOLTZ-KÖNIGSBERG i. Pr. Verfasser hat das Mittel seit zwei Jahren bei verschiedenen, teils dermatologischen, teils urologischen Affektionen mit gutem Erfolge angewandt und ist in der Lage, dasselbe bei folgenden Krankheiten zu empfehlen:

a) Der Haut:

1. Bei der Behandlung ulceröser und speziell gangränöser Prozesse. Die Lösung wird entweder rein oder schwach verdünnt (1:2 bis 1:3) auf die geschwürigen und gangränösen Flächen aufgespritzt, oder die letzteren werden damit ausgewischt. Es entwickelt sich dabei ein starker Schaum, den man abspült oder abtupft, um die Pinselung eventuell noch ein- bis zweimal zu wiederholen. In dieser Weise werden die Flächen täglich einmal behandelt. Wo es angängig ist, lassen sich statt der Pinselungen auch Umschläge mit stark verdünnten Lösungen des Mittels (1:50 bis 1:100) und Verbände applizieren.

2. Bei Stomatitis mercurialis, besonders bei Formen, bei welchen der Zahnfleischrand eitrig belegt ist, Ulcerationen bestehen, oder nur fester ex ore darauf hinweist, daß Zersetzungsprozesse vorhanden sind. In solchen Fällen läßt man die Patienten mit der stark verdünnten Lösung (2—3:100) spülen und den Zahnfleischrand resp. die Ulcerationen einmal täglich mit der reinen Lösung pinseln. Zur Pinselung bedient man sich eines einfachen Wattestäbchens. Auf der gesunden Haut

raft das reine Wasserstoffsperoxyd unangenehmes Stechen und Prickeln hervor, weshalb man es bei den Pinselungen gangränöser Hautgeschwüre vermeiden sollte, die gesunde Haut zu benetzen.

3. Bei torpiden, vereiternden Bubonen, sowie bei gangränösen oder serpiginösen Formen von *Ulcera molliä*.

4. Bei Leukoplakia oris.

Um neben der desinfizierenden auch gleichzeitig eine adstringierende Wirkung zu erzielen, setzt Verfasser zu einigen Kubikzentimetern reinen Wasserstoffsperoxyds 10—20—30 % einer Lösung von *Argentum nitricum* und *Aqua destillata* zu gleichen Teilen hinzu. Diese Lösungen halten sich in einer reinen dunklen Flasche ein bis zwei Wochen unverändert.

b) In der Urologie:

1. Bei manchen Formen chronischer Cystitiden sind Spülungen in der Konzentration von 1:300 bis 1:100, zeitweilig unter entsprechenden Zusätzen von *Argentum nitricum* von Vorteil gewesen.

2. Im Terminalstadium der Blennorrhoe, bei chronischer Blennorrhoe, und vor allem bei chronischen postblennorrhoeischen Urethritiden. Als Injektion kamen Lösungen von 1:200 bis 1:100 meist mit *Argentum*-zusatz von 1:4000 bis 1:1000, als Spülungen schwächere Lösungen in Anwendung. Die Dauer der Injektionen betrug 1—2—5 Minuten, die Menge der Spülfüssigkeit betrug 150 bis 600 ccm.

Die Wirkung des Wasserstoffsperoxyds besteht vorzugeweise in seiner reinigenden und antiseptischen Eigenschaft und in einer stärkeren Epithelabstoßung, welche einige Tage nach Anwendung des Mittels beginnt.

X. Eine Syphilisendemie vor zwölf Jahren und ihre heute nachweisbaren Folgen, von W. Brosius-Saarbrücken. In einer Glashütte des Saarbrückener Bezirks wurden im März 1901 sieben Glasbläser einer Sektion durch einen kurz zuvor vom Militär entlassenen und in dieselbe Sektion eingestellten Arbeiter syphilitisch infiziert. Die Infektion war auf dem bekannten, indirekten Wege der Glaspfeife erfolgt, welche damals noch innerhalb einer Sektion von Mund zu Mund wanderte; ein Verfahren, das später abgestellt worden sein soll. Die Patienten wurden im Saarbrücker Bürgerspital behandelt und nach einer Schmierkur und Jodkaliumkur als geheilt und sofort wieder entlassen. Die Glasberufsgenossenschaft lehnte es ab, die Infektion als Betriebsunfall anzusehen und eine Entschädigung zu gewähren.

Auf die Endemie wurde Verfasser nach elf Jahren durch zwei Brüder aufmerksam gemacht, von denen der eine mit schwerer Tabes, der andere mit beginnender Paralyse behaftet war. Von diesen Patienten zum Teil, teilweise aus dem Krankenjournal des Saarbrücker Bürgerspitals erfuhr Verfasser nähere Mitteilungen über jene Syphilisendemie. Er war bestrebt, auch das weitere Schicksal der übrigen Infizierten kennen zu lernen. Von den sieben stellten sich teils freiwillig, teils auf eine Aufforderung hin fünf zur Untersuchung in der Sprechstunde ein, während sich zwei und der achte, der Haupttattäter, geflüchtig derselben entzogen. Von den fünf eingehend untersuchten Glasarbeitern sind vier an schwerer Hirn- bzw. Rückenmarkskrankheit (progressiver Paralyse, Tabes dorsalis) unheilbar erkrankt, während nur ein Fall bis jetzt organisch unverdächtig erschien.

Da andere Ursachen, wie Trauma, Strapazen, Erkältungen und Intoxikationen nach genauester Anamnese in den vorliegenden Fällen auszuschließen waren, so macht Verfasser die vor 12—18 Jahren gemeinsam akquirierte Syphilis für das Auftreten der Nervenerscheinungen verantwortlich. Eine Erklärung dafür, weshalb von den beiden infizierten Brüdern dieser gerade unter dem Bilde der Tabes, jener unter

dem der Paralyse erkrankt ist, vermag Verfasser nicht abzugeben. Was die Therapie betrifft, so ist die Behandlung mit Jodkalium resp. Jodipin von nur scheinbarem, vorübergehendem Erfolge gewesen und hat das Fortschreiten der Symptome nicht aufhalten können.

XI. Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des Erythema indurati BAZIN, von W. HARTUNG und ARTHUR ALEXANDER-Breslau. Zu den im Jahre 1902 von den Verfassern mitgeteilten Fällen werden fünf weitere hinzugefügt, die sämtlich ein gleiches histologisches Bild, wie klinisches Verhalten aufwiesen. Alle zeigten an den Extremitäten bald gröfsere, bald kleinere plattenförmige oder knotige, teils hellrote, teils mehr verwaschene bläulichrote oder mehr hautfarbene Einlagerungen in die Haut, die teilweise so fest der Fascie aufsafsen, dafs man sie für Muskelgeschwülste hätte halten können. Überall fanden sich auch die charakteristischen, von den Platten sich abzweigenden, strangartigen Verdickungen. Die meisten Knoten sind fest mit der Oberhaut verwachsen, haben sich aber in der Subcutis entwickelt, und erst später ist es zu einer festen Verlötung mit der Epidermis gekommen.

Histologisch lassen sich zwei Gruppen von Tumoren unterscheiden; die dem Falle 1 und 2 angehörigen bieten das Bild einer Tuberkulose des Unterhautfettgewebes dar, und zwar im ersten Falle verkäste Tuberkel und tuberkulöse Nekrose des Fettgewebes, im zweiten epitheloide Zellen, Tuberkel und spezifische Granulation mit spärlicher Verkäsung. Wahrscheinlich ist in dieser Gruppe die Tatsache eines hämatogenen Ursprunges.

In der zweiten, Fall 3 und 4 darstellenden Gruppe findet man eine exquisit chronisch verlaufende und auf das Unterhautfettgewebe lokalisierte Entzündung. Die Knoten bestehen hier aus normalem und entzündetem Fettgewebe und reichlich vermehrtem Bindegewebe und bilden das Produkt einer chronischen, zur Sklerosierung führenden Entzündung der Tela subcutanea.

Die Verfasser halten, gestützt auf ihre klinischen und histologischen Befunde, an der tuberkulösen Natur des Erythema BAZIN entschieden fest und glauben, dafs es sich um embolische Prozesse auf hämatogenem Wege handelt. Unmöglich ist es bislang, zu entscheiden, ob die Verschleppung durch lebende oder in ihrer Virulenz abgeschwächte Tuberkelbazillen, um gröfsere oder geringere Mengen derselben oder durch tote Bazillen zustande kommt, und welche Einzelformen den verschiedenen Modalitäten dieser Embolie ihre Entstehung verdanken. Entsprechend dieser Auffassung glauben die Verfasser, dafs Folliklis und Erythema induratum BAZIN nur graduelle Verschiedenheiten derselben Pathogenese darstellen.

XII. Eine klinische differentielle Methode der Gonokokkenfärbung, von ROMAN v. LESZCZYNSKI-Lemberg. Das zu untersuchende Material mufs so dünn wie möglich auf ein Deckgläschen aufgestrichen werden. Die Präparate werden sorgfältig getrocknet und über der Flamme fixiert; hierauf kommen sie auf 60 Sekunden in eine nach folgendem Rezept bereitete Thioninlösung:

℞ <i>Solutionis saturatae aquosae Thionini</i>	10 ccm
<i>Aquae destillatae</i>	88 ccm
<i>Acid. carbol. liquef.</i>	2 ccm

Sodann werden sie in Wasser ab gespült und kommen in eine nach folgendem Rezept bereitete Pikrinsäurelösung:

℞ <i>Solut. aquosae saturatae acid. picrin.</i>	
<i>Solut. aquos. kali caustici</i> $\frac{1}{1000}$	■ 50 ccm

wieder auf 60 Sekunden.

Hierauf gelangen sie, ohne in Wasser ab gespült zu werden, in Alkohol absolutus auf fünf Sekunden. Aus dem Alkohol werden sie in Wasser ab gespült und wie ge-

wöhnlich getrocknet. Das getrocknete Präparat wird in Kanadabalsam eingebettet und mit starker Ölimmersion untersucht. Präparate eines frischen, blennorrhoidischen Ausflusses zeigen bei dieser Färbung folgendes: „Auf dem hellen Hintergrunde liegen zerstreut die Eiterkörperchen, deren Protoplasma strohgelb bis zitronengelb erscheint, der Kerne rotviolett von mäfsiger Intensität sind. Das Protoplasma der Epithelien ist hellgelb gefärbt, ihre Kerne dagegen sind etwas heller als die der Leukocyten. Die Gonokokken sind als schwarze, charakteristische, scharf konturierte Diplokokken zu sehen, die sich vom gelben Hintergrunde (bei intracellulärer Lage) sehr stark und plastisch abheben.“ Gerade diese „plastische Schwärze“ ist das charakteristische Merkmal für die Differentialdiagnose. Dieselbe schwarze Färbung nehmen auch an:

- a) kleine extracellulär gelegene Mikrokokken;
- b) eine Art dünner Bazillen;
- c) gewisse kurze, dicke Bazillen;
- d) anorganische Bestandteile und sonstige Verunreinigungen.

Alle diese Gebilde bieten jedoch differentialdiagnostisch den Gonokokken gegenüber keine Schwierigkeiten.

XIII. Klinische, bakteriologische und mikroskopische Befunde bei der Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten, von KURT STRASSMANN-Kattowitz. Das hygroskopische Radiumbromid büßt durch Feuchtigkeitsaufnahme an Wirkung ein. Um diesem Übelstande abzuhelfen, wurden die das Radiumbromid enthaltenden Hartgummikapseln mit Gummikondoms umhüllt und auf die erkrankten Stellen aufgelegt. Zahlreiche Untersuchungen und Beobachtungen haben gelehrt, daß es zweckmäßiger ist, lange Pausen zwischen nicht zu kurze Expositionen einzuschieben, daß es vor allem nicht nötig sei, es zu tiefen Ulcerationen kommen zu lassen, um einen Effekt zu erzielen, sondern daß es genüge, lediglich eine lebhaft, reaktive Entzündung herbeizuführen. Meistens reichte es hin, die Kapsel in 3 bis 5 Sitzungen ein- bis zweimal täglich zu applizieren. Wie bei der Röntgenbestrahlung, so reagieren auch bei der Radiumbehandlung pathologische Gewebe prompter und intensiver als normale Haut. Die Resultate der Radiumbehandlung bei verschiedenen Hautkrankheiten und die angewandte Dosierung werden nach einer detaillierten Schilderung der durch die Bestrahlung gesetzten Veränderungen in einer Tabelle zusammengestellt.

C. Berliner-Aachen.

Monatsberichte für Urologie.

1904. Band IX, Heft 8.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Silberpräparate auf die Harnröhre des Kaninchens, von H. LOHNSTEIN-Berlin. Mit einer Doppeltafel. Es wurde die Wirkung von fünf Silberpräparaten, von Arg. nitr., Protargol, Albargin, Ichthargan und Argent. eosolicum untersucht und bei den Experimenten das Hauptaugenmerk auf folgende drei Punkte gerichtet: 1. das Vorkommen und die Verteilung von Silber in und auf der Schleimhaut, 2. das Verhalten des Epithels, 3. das Verhalten des bindegewebigen Anteils der Schleimhaut, insbesondere auf das Vorkommen von Infiltraten in der Schleimhaut. Die Untersuchungen ergaben eine Reihe von Schlüssen, durch welche die Beurteilung des Wertes der einzelnen Silberpräparate manche Korrektur erfahren hat, die nach LOHNSTEIN'S Ansicht auch ferner bei weiteren klinischen Beobachtungen am Menschen noch zu erwarten ist: I. die organischen Silberpräparate entfalten keine intensivere Tiefenwirkung als das Arg. nitr. Im Gegenteil, abgesehen von dem Ichthargan, ist die Anzahl der in der Mucosa und Submucosa gefundenen Silberniederschläge bei keinem der untersuchten

Präparate so groß gewesen wie nach Höllesteinspülungen; beim Protargol wurden sie sogar, bis auf geringe Ausnahmen, gänzlich vermifst. II. Keines der Präparate erfüllt gleichzeitig sämtliche Forderungen, die an ein ideales Antigonorrhöikum zu stellen sind. Das Arg. nitr. entfaltet vortreffliche Tiefenwirkung, schont das Epithel der Posterior und die Submucoosa im Bereiche der gesamten Harnröhre, führt aber, zumal nach längerem Gebrauche, zu erheblicher Epithelwucherung. Das Argent. eosolicum entfaltet eine geringere Tiefenwirkung, verursacht gleichfalls Epithelwucherung, teilt aber mit dem Albargin den Vorsug, sowohl Epithel wie Mucosa und Submucoosa im Bereiche der ganzen Harnröhre zu schonen. Tiefenwirkung wurde bei letzterem Präparate nur in der Pars anterior beobachtet. Das Protargol hat keine besondere Tiefenwirkung, führt außerdem zur Entwicklung von Rundzelleninfiltraten, sowohl im Bereiche der Epithelialschicht wie der Mucosa und Submucoosa. Allerdings läßt es LOHNSTEIN dahingestellt, ob nicht gerade diese Wirkung, die als Ausdruck einer chemotaktischen Wirkung des Protargols aufgefaßt werden kann, die vielfach gemeldeten günstigen Erfahrungen, die mit dem Protargol gemacht worden sind, erklärt; dagegen würden allerdings wieder die häufig (? Referent) auftretenden Komplikationen nach Protargol-Anwendung sprechen. Das Iochthargan endlich zeigt gute Tiefenwirkung, schont in der Regel Mucosa und Submucoosa sowie die Epithelialschicht der Pars anterior, führt dagegen häufig zu Schädigungen der Epithelialschicht der Pars posterior und veranlaßte regelmäßig eine erhebliche Verbreiterung der Epithelialschicht. III. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich die (in der Praxis wohl meist schon durchgeführte — Referent) Folgerung, bei der Behandlung einer Blennorrhoe mit Silberpräparaten sich nicht auf eines zu beschränken, sondern ihrer besonderen Wirkungsweise entsprechend, im konkreten Falle nach den sich ergebenden Indikationen mit ihnen zu wechseln. Die Doppeltafel enthält sieben farbige Reproduktionen der histologisch-experimentellen Befunde in der Urethra des Kaninchens.

Ein perineales Harnröhrendivertikel, von LESSING. Der 21jährige Patient litt bis zu seinem 14. Lebensjahre an häufigem Harndrang und Nachträufeln des Urins nach spontaner Entleerung. Vor etwa 1½ Jahren akquirierte er Blennorrhoe; es trat späterhin am Damm eine entzündliche Schwellung auf, durch die sich nach Perforation Eiter und Urin entleerte; eine erste Operation, bei welcher die Fistel gespalten und das schwierig-narbige Gewebe ihrer Umgebung exzidiert wurde, blieb erfolglos, beim zweiten, später (drei Wochen) vorgenommenen operativen Eingriff wurde erkannt, daß der bei der ersten Operation für die Harnröhre gehaltene Hohlraum einen hautwärts dicht unter der Pars bulbosa gelegenen, vom Diaphragma urogenitale bis fast an die Pars pendula in der Medianlinie sich erstreckenden, etwa bleistiftstarken Gang darstellte. Anscheinend mit normaler Harnröhrenschleimhaut ausgekleidet, stand er mit der Pars bulbosa durch eine 1 cm lange Lücke in Verbindung; nach langer medianer Inzision gelang die Exstirpation des Sackes; Heilung per secundam ohne Dauerkatheter. Das mikroskopische Präparat eines Querschnittes des exzidierten Ganges wies die wesentlichen Bestandteile einer normalen Harnröhre, entsprechend dem Anfangsteile der Pars prostatica, auf. Dieser mikroskopische Befund veranlaßt LESSING zu der Annahme einer kongenitalen Bildungsanomalie der eigentlichen Harnröhre und nicht, was nach BRENNERS (hier kurz angeführtem) Fall manche Wahrscheinlichkeit für sich hätte, zu der eines perinealen Divertikels (Entstehung aus einer Retentionscyste des Ausführungsganges einer COWPERschen Drüse), ebensowenig die der Therapie bei ihrer blennorrhöischen Infektion so sehr trotzensden Ausführungsgänge der LUTKEschen Drüsen oder der als MORGAGNISCHE Lacunen bekannten Gänge. LESSING fand außer den acht kongenitalen

Harnröhrendivertikeln, die KAUFMANN in der deutschen Chirurgie zusammenstellte, in der Literatur nur noch einen, von DITTEL publizierten, ähnlichen Fall. In der Erklärung weicht er aber von DITTEL ab; er läßt in seinem Falle die Bildungsanomalie in eine frühe Zeit des fötalen Lebens, in der es noch nicht zu einem vollkommenen Schluß der ursprünglich eine unten offene Rinne darstellenden Harnröhre gekommen ist, zurückreichen und es würde damit derselbe die erste Publikation eines perinealen kongenitalen Harnröhrendivertikels sein.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 8—9.

Die toxischen und immunisierenden Stoffe der Syphilis, von H. HALLOPRAU. H. hat einen Vortrag auf dem internationalen Kongress für Dermatologie zu Berlin gehalten. Er hält dafür, daß die Syphilis eine mikroparasitäre Ursache habe, und in diesem Gedankengange bewegt sich seine Theorie vorwärts. Da wir nun bei der Syphilis verschiedene Perioden mit je ganz anderen Charakteren unterscheiden, so müssen die angenommenen Mikroben dementsprechend zu verschiedenen Zeiten ganz verschiedenartige Toxine liefern; vor allen Toxinen müssen sie aber eine immunisierende Substanz erzeugen, dank deren das Individuum vor allen weiteren Infektionen mit dem Syphiliskeim gesichert ist.

Die Toxine üben teils eine örtliche — Ulcus durum, Bubonen, Roseola, Papeln, Gummata —, teils eine allgemeine — Fieber, Kopfschmerzen usw. — Wirkung aus. Doch sind es wiederum nicht die Toxine allein, die, losgelöst von ihrer Ursprungsstätte, die tertiären und hereditären Symptome hervorrufen, vielmehr sind hier einerseits Neubildungen von Mikroben, andernteils Schädigungen embryonaler Elemente mit im Spiel. Infantilisimus, Senium praecox, jugendliche Katarakte und viele andere Erscheinungen kommen auf diese Weise zustande. Auch Tabes und Paralyse entstehen nicht unter dem unmittelbaren Einfluß der Toxine, sondern diese regen erst in dem Nervengewebe syphilitische Wucherungen an. Zum Schluß nimmt H. auch auf die neuesten Überimpfungen der Syphilis auf Affen und auf die Möglichkeit einer Serumtherapie Bezug.

Klinisches und Histologisches über die Hautsymptome bei Leukämie und Pseudoleukämie, von NICOLAU - Bukarest. Die vorliegende Arbeit stammt aus der Dermatologischen Klinik von JADASSOHN in Bern. Nach einem kurzen Bericht über den derzeitigen Stand der Leukämiefrage geht Verfasser zu seinem eigentlichen Gegenstand über. Die Leukämie ruft auf der Haut zweierlei Arten von Symptomen hervor: Tumoren von wesentlich leukämischem Charakter und Dermatosen pruriginöser Natur. Die Tumoren erscheinen namentlich im Gefolge der Leukaemia vera, sitzen zumeist im Gesicht und haben den Bau des Lymphoms. Die Dermatosen sind dagegen eine häufige Begleiterscheinung der Pseudoleukämie; von den Franzosen werden sie Leucémides genannt. Ihre Gruppe ist viel umfangreicher, als man bislang angenommen hat, es gehört auch eine Form dazu, die unter dem Bild einer Dermatitis exfoliativa generalisata abläuft. Einen derartigen Fall und einen Fall leukämischer Tumoren hat N. beobachtet; die beiden Krankengeschichten bilden den Kern seiner Arbeit.

Im letzteren Falle handelte es sich um einen 50jährigen Agenten mit lymphatischer Leukämie, der zweierlei Arten von Tumoren darbot: im Gesicht und auf der Kopfhaut bildeten sich Knötchen, die ulcerierten, alsdann aber wieder sich mit frischer Epidermis überzogen, sich in weiche, höckerige Plaques umwandelten und in diesem Zustand unbegrenzt lange verharreten. Daneben bestand am linken Ohr eine diffuse Schwellung und Infiltration, die keinerlei Neigung zur Veränderung zeigte, und

bei der es sich offensichtlich um einen leukämischen Tumor handelte. Dafs aber auch die zuerst beschriebenen Neubildungen leukämischer Natur waren, wurde durch das Mikroskop erwiesen. Woher stammen die Zellen, aus denen die leukämischen Geschwülste sich aufbauen? Nach einer gründlichen Erörterung antwortet der Verfasser, dafs es sich bei diesen Zellen um echte Lymphocyten handelt, und dafs sie seiner Meinung nach aus dem Blut stammen.

Im zweiten vom Verfasser beobachteten Fall handelte es sich um Pseudoleukämie mit Erythrodermia exfoliativa generalisata; von der Haut wurden faule, trockene, pityriasisartige Schuppen abgestofsen; es bestand ein mittlerer Grad von Jucken, auferdem Hypertrophie der Milz und der Drüsen, verhältnismäßige Vermehrung der Lymphocyten des Blutes. Der Patient war ein 60jähriger Landmann; er erlag seiner doppelten Erkrankung in zwei Jahren. Die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang der beiden Erkrankungen wird in ausführlicher Begründung dahin entschieden, dafs die Dermatose in direkter Abhängigkeit von der Leukämie stehe; über die Art dieses Zusammenhanges vermag Verfasser aber nichts auszusagen.

Zuletzt bespricht N. das Verhältnis seiner Dermatitis exfoliativa zur **HEBRASCHEN** Pityriasis rubra und gelangt nach einer eingehenden Analyse der vorliegenden Kasuistik zu dem Schlufs, dafs von dem **HEBRASCHEN** Krankheitsbild verschiedene Formen abzusondern sind: 1. eine Gruppe, die, wie **JADASSOHN** nachgewiesen hat, in engerer Beziehung zur Tuberkulose steht; 2. eine Gruppe, die ebenso nahe mit der Pseudoleukämie verbunden ist, und für die N. den Namen „*Exanthema exfolians universale pseudoleukaemicum*“ vorschlägt. Der Rest von Fällen, der in keine dieser beiden Gruppen hineinpaßt, bildet einstweilen die idiopathische Pityriasis rubra **HEBR.**

Syphilis und Krebs, von J. **ERSHEVERBY-Oran**. Es ist selbstverständlich, dafs die Sycht, der Syphilis alle chronischen Krankheiten des Menschengeschlechts aufzuhalsen, auch den Krebs in den Kreis ihrer Betrachtungen nimmt. Ein besonderer Vorkämpfer dieser Lehre ist **AUDRY**, aus dessen Schule diese Arbeit hervorgegangen ist. E. bringt ein Material von 50 Fällen, in denen sich post syphilim ein Zungen- oder Mundkrebs entwickelte. Der besseren Übersicht halber teilt er seine Fälle in solche, bei denen Leukoplasmie (13), in solche, bei denen Ulcera, Gummata usw. (22), und endlich in solche, bei denen im Mund keine Syphilis vorausgegangen war (15), und er kommt zu dem Schlufs, der vorausgegangenen Lues tatsächlich einen das Zustandekommen von Zungen- und Mundkrebs befördernden Einflufs zuzuschreiben. Auch beim Entstehen des Mastdarmkrebses spielt nach seiner Ansicht die Syphilis eine ähnliche Rolle.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 8.

Die venerischen und tuberkulösen Bubonen und ihre Behandlung, von **BATUT**. Der Bubo, ein ganz seltenes Ereignis beim Tripper, wird beim weichen Schanker sehr häufig beobachtet. Hier hat B. in den letzten Jahren die Enukleation mit sehr gutem Erfolge angewandt; er lobt dies Verfahren, von dem er eine genaue Beschreibung gibt. Die syphilitischen Drüsenanschwellungen geben zu einem chirurgischen Einschreiten nur ganz selten Anlaß. Die Frage, ob sie wirklich ein Hindernis für die Ausbreitung der Syphilis im Organismus bilden, wie **AVOAGNEUX** das behauptet hat, klärt Verfasser dahingestellt. Auch bei einer Adenitis, die auf tuberkulöser und syphilitischer Ansteckung beruht, wird von jedem operativen Vorgehen abgeraten; spezifische Behandlung, Mutterlaugenbäder usw. sind hier angezeigt. Dagegen ist die Enukleation bei tuberkulösen Adenitiden das zweckmäßigste Verfahren. Niemals soll

man bei ihnen zur Kurette greifen, denn damit ist die Gefahr einer Meningitis verknüpft.

Der innerliche Gebrauch des Ichthyols in drei Fällen von Mykosis fungoides, von MENAHEM HODARA - Konstantinopel. Bericht über drei Fälle von Mykosis fungoides, in denen sich das Ichthyol bei innerlicher Verabreichung sehr gut bewährt hat. Besonders lehrreich ist der erste Fall. Hier bestand bei der 60jährigen Frau eine sehr schwere Mykosis fungoides generalisata mit Tumoren von der Größe einer halben Apfelsine und ganz unerträglichem Hautbrennen. Das Ichthyol wurde bis zu 1,5 täglich gegeben und erzielte schon nach einigen Monaten wesentlichen Nachlass der objektiven und subjektiven Symptome. H. hat die Patientin seit fünf Jahren unter dauernder Ichthyolwirkung gehalten und sah die Symptome dabei immer mehr zurückweichen. Ähnlich günstig erwiesen sich die Erfolge in den beiden anderen Fällen.

Die Behandlung des Rheumatismus blennorrhoeicus mit Jodipineinspritzungen, von SCHUSTER - Aachen. SCH. ist mit dem Erfolg der subcutanen Jodipineinspritzungen bei hartnäckigem Tripperrheumatismus sehr zufrieden. Das Jodipin muß klar und gelb sein, darf nicht dunkel aussehen und wird subcutan in der Nachbarschaft der erkrankten Gelenke — niemals in die Gelenkkapsel — eingespritzt. In einem Fall, bei dem es sich um viele Gelenke handelte, hat SCH. in zwei Tagen je 10,0 Jodipin verbraucht. Das Verfahren hat etwas Schmerz im Gefolge.

Türkheim-Hamburg:

La Syphilis.

Band II, Heft 9. September 1904.

Über die Mafsregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von ALFRED FOURNIER. Der bekannte Syphilisforscher spricht in einem langen, klaren Artikel seine Ansichten über die Mafsregeln zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten aus. Der erste Abschnitt gilt der Blennorrhagie und deren Gefahren, der zweite der Syphilis mit ihrer Bedeutung für den einzelnen, die gesamte Menschheit, die Nachfolge und das Reich. Die einzelnen Ausführungen sind klar und präzise, fassen alles zusammen, ohne dem Fachmann gerade Neues zu bringen. Seine Ansicht gipfelt darin:

1. Die Gesellschaft hat bei der Vielgestaltigkeit und der Schwere der venerischen Erkrankungen das Recht, im Namen des Volkswohls sich gegen diese Leiden durch staatliche Mafsnahmen zu schützen, insbesondere durch Überwachung der Prostituierten.

2. Dazu hat sie um so mehr Recht, weil die Geschlechtskrankheiten nicht nur die zugrunde richten, die sich ihnen aussetzen, sondern auch Unschuldige.

3. Der Staat hat nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, einzugreifen, zumal eine stete Zunahme der Geschlechtskrankheiten festgestellt ist.

F. wendet sich nun mit aller Energie gegen die Abolitionisten und sucht deren Ansicht als unhaltbar hinzustellen, da ihr Standpunkt, dafs die Duldung der Prostitution auf gesetzlichem Wege eine moralische Gefahr bedeute, vom medizinischen Standpunkte aus unhaltbar sei und gegen die Hygiene verstofsse.

Ein weiterer Abschnitt behandelt die Frage, ob eine medizinische Überwachung der Prostitution mit Nutzen den Interessen der Gesundheit dienen kann. Diese Frage muß bejaht werden, bildet doch die nicht kontrollierte Prostitution die Hauptquelle aller Ansteckungen, indem die Prostituierten teils wissentlich, teils unwissentlich ihre Krankheiten lange Zeit weiter übertragen, während die Untersuchten und

krank befundenen eingeschriebenen Prostituierten der Bordelle sofort beim Erkennen der Krankheit ihrem Gewerbe entzogen werden und daher keinen Schaden mehr anrichten können. Auch die Statistiken der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren beweisen, daß die meisten Geschlechtsleiden da herrschen, wo keine Kontrolle besteht, daher ist Deutschland das gesündeste, England mit seiner absoluten Freiheit das am stärksten durchsuchte Land, ein Beweis gegen die abolitionistische Anschauung.

Ein weiterer Abschnitt behandelt die Mafsregeln, welche seit 1868 von der Academie de médecine ergriffen sind, und die Stellung der modernen Hygieniker dazu. Die Akademie hat einstimmig folgende Thesen aufgestellt:

1. daß die Prostitution eine öffentliche Gefahr für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ist;
2. daß eine Überwachung der Prostitution durch die Polizei allein ungenügend ist;
3. daß die freie Straßenprostitution verderblich für das Gemeinwohl ist;
4. daß die Opposition gegen eine gesetzliche Regelung der Prostitution zu bekämpfen ist.

F. wendet sich dann zur Besprechung der nach seiner — und wohl auch der meisten anderen Dermatologen — Ansicht einzig richtigen Einrichtung der durch Gesetz bestimmten Kasernierung der Prostituierten in öffentliche Häuser, als dem immerhin noch kleinsten notwendigen Übel. Bei dieser Art ist die Überwachung der Gesundheit wenigstens einigermaßen möglich. Es ist dabei wünschenswert, ja notwendig, daß die Kranken dann in wirkliche Krankenhäuser gebracht und dort behandelt werden, wie jeder, der sonst an irgendeiner Krankheit leidet, d. h. mit menschlicher Liebe; die Kranken dürfen nicht den Eindruck haben, wie es jetzt leider oft mit Recht ist, als ob sie in einem Gefängnisse weilen und schlechter behandelt werden als andere Menschen. Im Gegenteil, man soll ihnen Gelegenheit geben, neben ihrer Behandlung auch in moralischer Beziehung Gutes zu lernen und durch Belehrung die Möglichkeit zu erhalten, wieder in anständige Bahnen zu kommen, die sie teilweise unwissend durch mangelhafte Erziehung und schlechtes Beispiel verlassen haben. Auf diese Weise können die Krankenhäuser nicht nur für das sanitäre Wohl des Volkes heilsam, sondern gegebenenfalls sittlich läuternd wirken, anstatt wie jetzt jene unglücklichen Wesen als den Auswurf der Menschheit noch mehr auf falsche Bahnen zu bringen. Hier ist der Hebel anzusetzen: gesetzliche Regelung der Prostitution und menschliche Behandlung der Kranken. Damit erreicht man eine bessere Moral als die Abolitionisten mit ihrer scheinbaren Stütze der öffentlichen Freiheit.

Bernhard Schulse-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Atlas der Hautkrankheiten, von E. JACOBI - Freiburg i. B. Zweite Auflage. 1904. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien. Wenn ein Atlas nach kaum fünf Monaten bereits eine zweite Auflage erlebt, so bedarf er eigentlich keiner Empfehlung, die Tatsache spricht für sich allein, daß das Werk einem wirklichen Bedürfnisse entspricht und in jeder Weise den Ansprüchen genügt. Die neue Ausgabe ist wenig verändert, einige Bilder sind verbessert und zwei neue Tafeln (auf einer ein Fall von

Scrophuloderma und ein Tuberculid, auf der anderen Syphilis circinaria und Paronychia syphilitica) hinzugefügt, welche sich in der Ausführung würdig den vorhandenen anschließen. Mit Recht hat sich dieses alles schnell eingebürgert, und es ist zu erwarten, daß bald eine dritte Auflage nötig erscheint, denn Referent kann nur in jeder Weise dieses wirklich gediegene Werk allen Ärzten empfehlen, zumal in der Zusammenstellung des Inhalts und in der Technik der Reproduktion wirklich Vorzügliches geleistet ist. Möge diese neue Auflage den ruhmreichen Siegeszug der ersten fortsetzen.

Bernhard Schulse-Kiel.

Die Hautleiden kleiner Kinder, von S. JESSNER - Königsberg. (A. Stuber, Würzburg. 1904.) Dieses neunte Heft von JESSNERS dermatologischen Vorträgen für Praktiker reiht sich in würdiger Weise seinen Vorgängern an. In knapper und trotzdem erschöpfender Form gibt der erfahrene Praktiker nach kurzer charakteristischer Schilderung der einzelnen bei Kindern vorkommenden Hautkrankheiten und guter Zusammenfassung der für die Diagnose wesentlicheren Punkte seine durch die Erfahrung erprobte Therapie an, nicht nur im allgemeinen, sondern in Form einzelner Rezepte, wofür ihm besonderer Dank gebührt. Er bespricht einleitend die allgemeinen ätiologischen Momente und wendet sich dann den einzelnen Krankheiten zu, von denen er Pemphigus, Sclerema, Intertrigo, Ekzem in allen Formen, Miliaria, Furunkulosis, Urticaria, Prurigo, Scabies, Pediculosis und ferner Purpura, BARLOWsche Krankheit, Vaccination als Säuglingskrankheiten bespricht, denen er die Krankheiten der späteren Kindheit (Ichthyosis, Skrophulose, Tuberkulose), sowie die bei Kindern und Erwachsenen auftretenden (Psoriasis, Dermatomykosen, Impetigo contagiosa, Xeroderma pigmentosum) angliedert. Ein letzter Abschnitt ist den hereditären Hautsyphilitiden gewidmet. Das kleine Heft ist durchaus lesenswert und wird dem Praktiker ein willkommenes Buch zum Gebrauche sein, in welchem er sich schnell und mit Nutzen zurechtfindet.

Bernhard Schulse-Kiel.

Über die Hautkrankheiten im Säuglingsalter und ihre Behandlung, von EUGEN NETER und HANNS BOEDER-Berlin. (*Berl. Klinik.* März 1904. Heft 189.) Die Eigentümlichkeit der Hauterkrankungen im Säuglingsalter, die gerade während dieser ersten Lebensperiode mehr als sonst in einem engsten Zusammenhange mit Funktionsstörungen innerer Organe stehen, mit ihrer oft schwierigen Diagnose und vor allem ihrer Eigenart der Therapie, bilden den Gegenstand dieses Heftes. Der Schwerpunkt desselben liegt darin, daß die Verfasser sich bemühen, dem Praktiker zweckmäßige therapeutische Maßnahmen in kurzer, übersichtlicher Weise anzugeben. So besprechen sie im einzelnen mit mehr oder weniger Ausführlichkeit, wie es der jeweilige Gegenstand erheischt, Erythem, Intertrigo, Ekzem (bei Gesichtsekzem sprechen sich die Verfasser gegen Naphtalan aus, ich bin anderer Ansicht. Der Ref.), Urticaria, Lichen urticatus, Miliium, Miliaria alba et rubra, Furunkulosis (hierbei halten sie die Hefebehandlung für zwecklos), Pemphigus, Ekthyma, Ichthyosis, Ödeme, Sclerema, Sclerodermie, Hautblutungen, Icterus und schließlich die Hauterkrankungen hereditär syphilitischer Kinder. Das kleine Heft ist als Nachschlagebuch für Praktiker geeignet, kurz und präzise gehalten.

Bernhard Schulse-Kiel.

Die Schuppenflechte und ihre Behandlung, von S. JESSNER - Königsberg. (A. Stuber, Würzburg. 1904.) Heft 13 der dermatologischen Vorträge für Praktiker gilt der Psoriasis. J. schildert die Symptomatologie, Verlauf, Differentialdiagnose und Ätiologie in bekannter Klarheit, ohne Neues zu bringen. Die Ursache des Leidens hält er für unklar, nichts spricht für bakterielle Entstehung, nichts für eine Trophoneurose beweisendes, er neigt sich mehr der Annahme zu, daß es sich um eine Autointoxikation handle, d. h. daß im Blute der Patienten eigenartige Produkte kreisen, welche auf der Haut diese Krankheitserscheinungen auslösen. Der Hauptteil

der Arbeit ist natürlich der Therapie gewidmet. In der inneren Therapie spielt natürlich Arsen die Hauptrolle (innerlich Roncegno, Levico, Pillen, besser aber sind die Erfolge bei subkutaner Applikation einer 1%igen Lösung von Natrium arsenicosum $\frac{1}{10}$ —1 Pravasspritze täglich). Auch Atoxyl in subkutanen Injektionen (Atoxyl 4,0, Aqu. dest. 20,0, tgl. $\frac{1}{10}$ —1 Pravasspritze) empfiehlt Verfasser. Neben Arsen kommt intern Jod in Frage. Von äusseren Mitteln bespricht Verfasser neben dem an erster Stelle genannten Chrysarobin das Pyrogallol, Pyraloxin, Eugallol, Hydrargyr. praecipit. album, Teerpräparate, Naphtalan und weist auf die Nutzlosigkeit von Schwefel und Ichthyol bei Psoriasis hin. Zum Schlusse streift er noch die physikalischen Heilmethoden, Lichtbehandlung und Röntgenbehandlung. Man sieht, daß Verfasser als Praktiker sein Gebiet beherrscht, und ist es durchaus dankenswert, daß er seine Erfahrungen in so klarer und billiger Weise den Kollegen zur Verfügung stellt. Ich kann nur wiederholen, was ich bei Besprechung der anderen Hefte sagte: es ist eine gute Arbeit, die man nur empfehlen kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die innere Behandlung von Hautleiden, von S. JESSNER-Königsberg. (A. Stuber, Würzburg, 1904.) Das fünfte Heft von JESSNERS dermatologischen Vorträgen für Praktiker gilt der inneren Behandlung der Hautleiden. J. sagt einleitend: Der Verbindungsbahnen zwischen inneren und äusseren Leiden gibt es gar viele, es darf uns deshalb, wo die Ursache des äusseren Leidens nicht als eine von außen kommende sicher erkannt ist, niemals der Gedanke verlassen, ob nicht interne Störungen der Dermatoze zugrunde liegen. Aber selbst, wo wir die Ursache als eine äussere kennen, darf man noch nicht die Zustände des inneren Organismus als in dem Falle nicht in Betracht kommend außer acht lassen, denn neben der physikalischen und chemischen Noxe, neben dem infektiösen Agens spielt oft die Disposition eine große Rolle, indem sie die Haut für die Schädlichkeit empfänglich macht; die Disposition aber wird gar oft gegeben durch Momente innerer Natur. Man muß also auf innere Störungen bei Hautleiden achten, um erstere in nötiger Weise therapeutisch direkt und damit letztere indirekt angreifen zu können. J. unterscheidet eine indirekt interne und direkt interne Therapie von Hautleiden. So bespricht er denn zuerst Abführmittel, Diätetik, Milchkuren, Nährsalze, Genussmittel, Alkohol und wendet sich dann der medikamentösen Behandlung zu. Hier nimmt das Arsen den Hauptplatz ein, dann die Schwefelpräparate. Diesen reiht er an Salicyl, Belladonna, Ergotin, Antipyrin, Karbolsäure, Salol, Aspirin, Kreosot, Menthol, Kalomel, Bierhefe, Hydrargyrum, Jod, Chinin, Phosphor, Pilocarpin, Strychnin, Magnesia usta, Chaulmoogra, die Serumtherapie, Tuberkulin, Kantharidin, Thiosinamin, Schilddrüse usw. Der letzte Abschnitt ist den Brunnenkuren und Bädern gewidmet. Wie alle Hefte J.s, zeichnet sich auch das vorliegende durch Kürze und Klarheit aus und ist wegen seines Inhalts und seines billigen Preises dem Praktiker durchaus zu empfehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Immunität bei Syphilis nebst Bemerkungen über Diagnostik und Serumtherapie der Syphilis, von FRANZ NAGELSCHEIDT-Berlin. (August Hirschwald, Berlin 1904.) Die konstitutionelle Immunität der Tiere gegen Lues veranlaßte N. zu folgenden Erwägungen: entweder besteht die Immunität in der Unempfindlichkeit der Körperzelle gegen das Virus, oder es besteht Immunität wegen „Rezeptoren-mangels“ für das luetische Gift. Hiervon ausgehend, machte er folgenden Versuch: er verpflanzte menschliche Haut auf den Tierkörper, der erst mit menschlichem Serum vorbehandelt war, um dadurch die Anheilung des Hautlappens günstiger zu beeinflussen; würde nun nach Infektion dieser Hautstelle ein Primäraffekt auftreten, so müßte die Immunität in der Tierzelle liegen. Leider mißlang die Versuche, weil bei den Versuchstieren kein auch noch so sorgfältig angelegter Verband hielt. Nach-

dem ihn auch die Humanisierungsversuche der Tiere zu keinem befriedigenden Resultat geführt hatten, ging er dazu über, das menschliche Blut auf durch Lues herbeigeführte Veränderungen hin zu untersuchen: eine Abnahme des Hämoglobin- und Salzgehaltes des Blutes scheint bei Lues regelmäßig der Fall zu sein. Einen Unterschied in der Hämolyse (durch Spuren von Kobragift herbeigeführt), ebenso in der Agglutination zwischen Lues- und Nichtluesblut kann N. nicht finden. Die fraktionierte Präzipitierung hat in einigen Fällen Differenzen zwischen Lues- und Nichtluesblut ergeben, die darauf hindeuten, daß gewisse Veränderungen im Körper durch Erkrankung an Lues entstehen. Den Schluß dieser sehr interessanten und mit sehr viel Fleiß angelegten Abhandlung bilden die zahlreichen Versuchsprotokolle.

Arthur Rahn-Collm.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Neue Fortschritte in der Aktinotherapie, von WILLIAM S. GOTTHEIL - New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 19. März 1904.) Die Begriffe Radiotherapie, Phototherapie und Aktinotherapie werden vielfach nicht scharf auseinandergehalten. Verfasser versteht unter Aktinotherapie nur die Behandlung mit violetten und ultravioletten Strahlen; die einzig geeigneten Quellen für diese Behandlung sind das Sonnenlicht und das elektrische Bogenlicht. Die in den letzten Jahren gemachten Anstrengungen, den Original-Finsenapparat zu vereinfachen und zu verbessern, haben in Wirklichkeit nicht zu einem Fortschritt geführt; die neuen Apparate arbeiten sämtlich mit einer ganz bedeutend geringeren Lichtstärke, entfalten infolgedessen nur eine sehr oberflächliche Wirkung. Aber gerade in der Durchdringungskraft bedeutender Lichtstärken liegt die Zukunft der Methode FINSSENS, die Aussicht, auch tiefere Dermatosen sowie in der Tiefe des Körperinnern gelegene tuberkulöse und carcinomatöse Herde mit Erfolg behandeln zu können. Es ist also geboten, zu den alten Apparaten zurückzukehren.

Was Verfasser der Aktinotherapie besonders nachrühmt, ist ihre absolute Zuverlässigkeit und Gefahrlosigkeit im Gegensatz zur Radiotherapie. Die praktischen Erfolge des Verfassers in der Behandlung des Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, der Alopecia areata usw. sind im wesentlichen die gleichen wie die anderer Autoren. In einem Falle von Hantsarkom war das Resultat der Bestrahlungen ein sehr günstiges; natürlich eignet sich die Behandlung nur für die Fälle mit einem oder wenigen Tumoren, nicht für die disseminierten Fälle. Die Behandlung der Rosacea mit Bestrahlungen allein ergab dem Verfasser zu langsame Erfolge; er wendet daher gleichzeitig andere örtliche Maßnahmen an. Bei der Psoriasis sah Verfasser keine günstige Beeinflussung.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit konzentriertem Licht nach FINSSEN, von W. SCHOLTZ-Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 18.) SCH. ist der Ansicht, daß die Behandlung mit konzentriertem Licht nicht nur, wie FINSSEN und viele Autoren glauben, auf der Wirkung der stark brechbaren ultravioletten, violetten und blauen Strahlen, sondern auch auf der Wirkung der weniger brechbaren Wärmestrahlen beruht. Letztere werden überall, wo sie in

der Tiefe in genügender Weise absorbiert werden, eine Temperaturerhöhung hervorzurufen, welche natürlich einen eminenten therapeutischen Einfluss haben muß, da ja schon eine Erhöhung der Temperatur wenige Grade über 40° Gewebszellen und Bakterien in erheblicher Weise zu schädigen oder selbst zu zerstören imstande ist. Seine Versuche ergaben, daß, während die Lichtwirkung bei der Behandlung mit konzentriertem Licht von oben nach unten ganz erheblich nachläßt, die Wärmewirkung im Gegenteil in der Tiefe zunimmt, was für die Therapie sehr günstig ist. Durch Bestrahlungen mit diesem Licht unter Anwendung eines Kühlapparates vermag man in der Tiefe von Substanzen, welche die Wärmestrahlen in mäßigem Grade absorbieren (blaugefärbter Agar, Haut), durch die entstehende Erwärmung Bakterien zur Abtötung zu bringen, während die oberflächliche Schicht nur wenig beeinflusst wird. Selbst nach Durchgang durch vier Hautlamellen vermochten die Wärmestrahlen schon nach kurzer Belichtung eine intensive Wirkung zu erzielen, während die blauen Strahlen schon nach Durchdringung von einer Hautlamelle keinerlei Wirkung mehr hervorriefen. Wo also unter der Haut größere Zellanhäufungen und stärker gefärbte und daher die Strahlen stärker absorbierende pathologische Gebilde vorhanden sind, wie z. B. die braunen Lupusknötchen, werden die Wärmestrahlen auf diese ganz besonders stark elektiv wirken.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen), von O. LASSAR. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 20.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 4. Mai 1904 stellt L. eine Reihe von Patienten vor, die von ihm teilweise mit geradezu überraschendem Erfolge mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt sind. Es zeigt sich, daß sich mit Radium prinzipiell pathologische Neubildungen zur Ausheilung bringen lassen, und daß auch die Röntgenstrahlen bei inoperablen Carcinomfällen oft eine großartige Heilwirkung erzielen, wie die vor und nach der Behandlung angefertigten Bilder evident zeigen. In der Diskussion erkennt v. BERGMANN an, daß bei inoperablen Fällen das Röntgenverfahren durchaus geeignet ist, um Schmerzen zu nehmen und Ulcerationen zu bessern, aber eine Heilung ist nicht bei den Fällen vorhanden, da sich an anderen Stellen wieder Knoten zeigen. Eine spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen erkennt v. BERGMANN im vorliegenden Falle nicht an, sie verhalten sich nur wie ein Ätzmittel. A. SCHLESINGER wandte Radium bei Angiomen und Carcinomen an, bei ersteren ist Heilung nur mit einer großen, wenn auch glatten Narbe möglich, bei den *Ulcera rodentia* gelangen einstweilige Heilungen, aber bei den bösartigen Formen ist nichts auszurichten. Im Schlußwort betont LASSAR, daß er nicht von einer spezifischen Heilmethode gesprochen habe, er aber nochmals betone, daß die Methode immerhin bei inoperablen Fällen wertvoll sei.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Blaulichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von LOUIS E. SCHMIDT-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Febr. 1904.) Zur Behandlung mit blauem, elektrischem Licht verwendet Verfasser eine Bogenlampe, hinter der ein Reflektor aufgestellt ist, welcher die Strahlen sammelt und auf einen Schirm von blauem Glas wirft. Eine zu starke Wirkung der Wärmestrahlen wird durch Regulierung des Abstandes von Schirm und Reflektor sowie von Schirm und der zu bestrahlenden Hautstelle verhütet. Der Schirm ist so groß, daß auch größere Partien gleichzeitig bestrahlt werden können. Mit dieser Methode hat Verfasser in mehreren Lupusfällen, die längere Zeit mit Röntgenstrahlen ohne rechten Erfolg behandelt waren, in kurzer Zeit auffallend rasche Besserung erreicht und ferner sehr befriedigende Resultate in Fällen von Gesichtsakne, chronischem und akutem Ekzem, *Ulcus oruris* und Nackenkarbunkel erzielt. Schädliche Wirkungen wurden nicht beobachtet.

A. Loewald-Kolmar.

Neuere Studien zur Pathologie und Klinik der Radiumwirkung. (*Med. Blätter.* 1904. Nr. 17.) Der Artikel bringt einen historischen Überblick über die Entdeckung der BECQUEREL-Strahlen, weist auf die diesen und den X-Strahlen gemeinsamen Eigenschaften hin, hebt die Unterschiede beider in der Wirkung hervor und beschreibt die klinische Wirkung der BECQUEREL-Strahlen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Putzler-Dansig.

Über die Behandlung einiger Fälle mit Radiumbromid, von J. M. DAVIDSON. (*Brit. med. Journ.* 28. Jan. 1904.) Anfang Mai 1903 erhielt Verfasser von einer deutschen Firma 5 mg Radiumbromid in einer versiegelten Glasröhre. Im festen Zustand gibt das Radiumbromid drei Arten von Strahlen ab: a) die α -Strahlen; sie kommen, weil sie das Glas der Glasröhre, in welche das Radium eingeschlossen ist, nicht durchdringen, bei der Einwirkung auf die Haut nicht in Frage. b) Die β -Strahlen sind den Kathodenstrahlen innerhalb einer CROOKESchen Röhre ähnlich und besitzen eine große Penetrationskraft, durch welche sie die Glasröhre und die Gewebe bis zu einer beträchtlichen Tiefe durchdringen. Es ist wahrscheinlich, daß diese Strahlen es sind, welche das Brennen verursachen und die destruktive Wirkung auf die Haut ausüben. c) Die γ -Strahlen ähneln in mancher Beziehung namentlich wegen ihrer außerordentlichen Penetrationskraft den X-Strahlen.

Der Verfasser hat mit Radiumbromid drei Fälle von *Ulcus rodens*, einen Fall von *Tuberculosis verrucosa cutis* und einen Fall von maligner Degeneration eines Muttermals behandelt.

Vollständige Heilung wurde in vier dieser Fälle erzielt, Besserung bisher in einem Falle von *Ulcus rodens*. Doch ist begründete Aussicht vorhanden, daß auch in diesem Falle schließlich Heilung eintreten wird.

C. Berliner-Aachen.

Die Grundlagen der Röntgentherapie, von G. HOLZKNECHT - Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkr.* 1904. Nr. 8.) Das kurativ Wirksame bei der Röntgentherapie ist die durch die Bestrahlung hervorgerufene Zellerkrankung, ein nur mikroskopisch nachweisbarer Degenerationsprozeß, dessen Grad abhängig ist von der Menge des absorbierten Röntgenlichts; diese bestimmt auch die Höhe der sekundären, entzündlichen Reaktion. Die Zellerkrankung endet mit Genesung oder Tod derselben. Die elektive Wirkung des Röntgenlichts ist abhängig vom Protoplasma- oder Saftreichtum des Gewebes, das hochempfindlich, überempfindlich, mittelempfindlich und unterempfindlich ist. Je höher die applizierte Dosis, desto kürzer die Latenz, desto steiler die Aszendenz, desto höher die Akme, desto länger die Reaktion, von der man vier Grade unterscheidet.

1. Grad: Latenz drei Wochen, Ausgang ad integrum.
2. Grad: Latenz zwei Wochen, Ausgang ad integrum.
3. Grad: Latenz eine Woche, Ausgang ad integrum; später atrophische Veränderung.
4. Grad: Latenz ca. eine halbe Woche, Ausgang in Narbenbildung; oft erst nach provisorischer Überhäutung. Therapeutisch kommen der 1. und 2. Grad in Betracht, selten der dritte. Zwei Applikationsarten kommen in Frage:

1. Die Applikation in voller für die beabsichtigte Reaktionshöhe genügender Dosis, welche in einer einzigen Sitzung gegeben wird.

2. Die Applikation in gebrochener Dosis (seltener). Üblich sind hier halbe Dosen in zwei- bis dreiwöchentlichen Abständen und Vierteldosen in wöchentlichen Abständen. Man nimmt die erste Dosis mit Vorteil fast voll. Alle Applikationsarten setzen sich daher aus Einzelbestrahlungen zusammen. Die Technik derselben wird durch ihren Zweck bestimmt: Der Zweck der Einzelapplikation ist die Verabreichung einer bestimmten, der beabsichtigten Wirkung entsprechenden Menge Röntgenlichtes (Dosis-

rung) an allen Stellen des für die Behandlung in Aussicht genommenen Gebietes (Gleichmäßigkeit der Reaktion) und beschränkt auf dieses (Schutz der gesunden Haut), bei geringstem Aufwand an Zeit und Mühe (rationeller Röhrenbetrieb). Die frühere schleppende Applikationsart, welche in den häufigen bis täglichen Verabfolgung minimaler Dosen bis zum Reaktionsbeginn besteht, wird hier nicht geübt. Sie kann dann verwendet werden, wenn keine instrumentale Dosierungsmöglichkeit zur Verfügung steht. Folgt zum Schluss ein Schema für Bestrahlung einer Sycosis barbae mittels HOLZKNECHTSchen Chromoradiometers.

Putzler-Dansig.

Bemerkungen zur Röntgentherapie, von G. RIEHL - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 10.) Um vor „all zu sanguinischen Hoffnungen, unvorsichtiger und kritikloser Verwendung“ der Röntgentherapie zu warnen, stellt RIEHL in der Sitzung der K. K. Gesellschaft der Ärzte vom 4. März 1904 eine 33jährige Patientin vor, die dreierlei nachteilige und schwere Folgen der Röntgenbelichtung nach zehn kurzen Sitzungen — allemal eine halbe Stunde mit einer weichen Röhre —, und zwar erst nach Verlauf eines halben Jahres anzuweisen hatte. Erst eine Gangrän der Haut in der Brust- und Halsregion, mit nachfolgend mehrmalig wiederholten Exulcerationen der Geschwüre; sodann nach einem Jahre eine in großer Ausdehnung bemerkbare Atrophie und Teleangiectasie, und zwar an den Stellen des früheren Ekzems und an denen der Röntgengangrän; und schließlich kam es zu einer in der Literatur noch nicht angeführten narbigen Umwandlung der Cutis und Subcutis in den Ellenbeugen, so daß beide Ellenbogengelenke nur kaum auf Zweidrittel ihrer Exkursionsfähigkeit gestreckt werden konnten. Die Ursache zur Röntgenbestrahlung gab hier ein chronisches Ekzem am Halse, Brust und an den Armen, also eine schon krankhaft veränderte Haut, bei der sogar nach kurzen Sitzungen und nach langer Zeit die Schädigung zutage trat. Darum solle man doch bemüht sein, die Indikationen enger zu fassen und die Statistik der Röntgenschäden strenger zu nehmen, und vor allem solle man überhaupt Krankheitsgruppen, wie Ekzem, Akne, Sykosis, Lichen, Psoriasis, Hypertrichosis, überhaupt solche Hautkrankheiten, „welche wir auch auf anderem Wege durch unschädliche Mittel heilen können“, von der ferneren Röntgenbehandlung ausschließen, um eben derselben möglichst gerecht zu werden.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die Resultate der Behandlung mit X-Strahlen, von SAMUEL BERESFORD CHILDS-Denver, Col. (*New York Journ.* 2. Juli 1904.) STOVER, der Radiotherapeut am Mediz. Kollege von Denver, beschreibt in kurzem eine Anzahl (51) der verschiedensten Fälle, welche unter seiner Leitung mit X-Strahlen behandelt worden sind, und erklärt dieselben bei Lupus erythematosus und bei Epithelioma nahezu für ein Spezifikum, während bei Lupus vulgaris das Finsenlicht wohl vorzuziehen wäre. Bei Carcinom waren die Erfolge nicht so ermutigende, besonders bei tiefsitzenden Fällen; immerhin glaubt St., durch die Tuben, welche jetzt unmittelbar mit inneren Organen in Kontakt gebracht werden, könne die Carcinombehandlung derselben mit besseren Resultaten vollzogen werden. Ferner rät er in Fällen, welche operiert werden, vor und nach dem Eingriffe einige Zeit hindurch zu röntgenisieren.

Die Behandlung mit X-Strahlen, von G. H. STOVER-Denver, Col.

Nach den Erfahrungen von CHILDS, welcher die verschiedensten Affektionen mit X-Strahlen behandelte, sind deren hauptsächlichstes Feld oberflächliche Epitheliome, Ulcus rodens und Lupus vulgaris, wenn ein gutes kosmetisches Resultat erzielt werden soll. Denn sie hinterlassen die geringsten und am wenigsten sichtbaren Narben. Was andere Hautkrankheiten betrifft, so waren die X-Strahlen in manchen hartnäckigen Fällen von Acne rosacea, lokalisiertem Ekzem und Psoriasis, Lupus erythematosus u. s. f., wo die anderen Mittel versagt hatten, sehr wirksam. Bei inoperablen malignen

Neubildungen sind sie imstande, den Schmerz zu lindern, Sekretion zu vermindern und dadurch oft das Leben mit relativ leidlichem Zustande zu verlängern, abgesehen davon, daß auch eine Anzahl dieser anscheinend hoffnungslosen Fälle sogar bedeutende Besserung und einige wenige Heilung gefunden haben sollen. Als Prophylaktikum werden die X-Strahlen gegen Rezidive nach allen Operationen, wobei maligne Geschwülste entfernt wurden, mit Vorteil angewandt. Intensität und Art der Strahlen richten sich je nach dem Falle, die Expositionsstelle sollte nach CH.'s Ansicht eine möglichst ausgedehnte sein.

Stern-München.

Die Röntgenstrahlen bei der Behandlung und Diagnose von Krebs und Hautkrankheiten (und Epilepsie), von HERM. BRANTH-New York. (*New York Journ.* 11. Juni 1904.) Br. möchte keineswegs das Messer durch die Röntgenstrahlen bei der Carcinombehandlung ersetzt sehen, sondern er glaubt, wo immer Operation möglich sei, müsse dieselbe ausgeführt werden und als eine sehr gute Nachbehandlung dann die Bestrahlung geschehen. Bei Epitheliom, Ulcus rodens, Lupus (Illustration eines scheinbar tadellos geheilten Falles) und manchen anderen Hauterkrankungen hält er die X-Strahlen für das sicherst wirkende Heilmittel. Bezüglich der Apparate zieht Br. die statische Maschine vor, weil sie ein ruhigeres, stetigeres Licht wie jene mit Kohlenelementen gebe; andererseits versagen sie jedoch gerne bei feuchter Witterung.

Stern-München.

Behandlung nichtmaligner Hautkrankheiten durch die X-Strahlen, von JOSEPH GRINDON-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Juni 1904.) Kursorische Aufzählung einer Reihe von Hautkrankheiten, bei welchen GRINDON die Röntgenstrahlen anwandte. Mehr oder weniger Erfolg hatte er bei Lupus vulgaris, bei Keloid, Acne necrotica und Acne vulgaris, Tinea capitis, bei Hypertrichosis und bei Mykosis fungoides, während bei vielen anderen das Resultat durchaus negativ war. GRINDON'S Schlusfassung gehe daher dahin, daß die X-Strahlen zwar bei manchen Krankheitsformen ein wichtiges Hilfsmittel sind und bei einigen wenigen, wo alle anderen Mittel versagt haben, sogar Heilung brachten, aber im allgemeinen als spezifisches Mittel gegen Hauterkrankungen nicht angesehen werden können.

Stern-München.

Lupus, Carcinoma und X-Strahlen, von NORMAN WALKER. (*Scott. Journ.* Juli 1904.) Die Entwicklung eines Carcinoms auf Lupus ist nichts Neues und auch nichts Seltenes; nach der Zusammenstellung W.'s sind sicher über 200 Fälle dieser Art veröffentlicht worden und seiner Ansicht nach sind sehr viele weitere nicht zur Veröffentlichung gekommen. Im Anschluß an seine eigenen (vier), kurz beschriebenen Fälle, von welchen drei (s. photographische Abbildungen) lange Zeit hindurch mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind, bevor der Krebs aufzutreten begann, beschäftigt er sich mit der Frage, ob diese Behandlungsart für das sekundäre Auftreten der zweiten Neubildung verantwortlich zu machen ist. Er bejaht diese Frage zum Teile, indem die X-Strahlen den angestrebten Vernarbungsprozess beschleunigen und so auf indirektem Wege die Entwicklung eines Carcinoms begünstigen. Aber daß dies nur auf indirektem Wege geschieht, dafür ist der beste Beweis, daß dasselbe Mittel (die X-Strahlen) den Zustand zu heilen vermag, welchen es indirekt herbeigeführt hat, wenn auch im frühen Stadium immer noch das Messer als bestes Heilmittel des Carcinoms anzusehen ist. Im allgemeinen wird die Komplikation von Carcinom und Lupus als eine außerordentlich schwere angesehen; ausgedehnten Operationen folgt zu oft rasches Rezidiv, welches noch durch die verminderte Lebensfähigkeit des Lupusgewebes begünstigt zu werden scheint. 31 % der veröffentlichten Fälle waren unter 40 Jahre und bei 90 % derselben trat das Carcinom im Gesicht auf. Die Erfahrung lehrte, daß bei großer Ausdehnung des Leidens Operation die Prognose verschlimmerte und dann nur Röntgenbestrahlung anzuwenden ist.

Stern-München.

Haarpflege im gesunden und kranken Zustande, von JOSEPH POHL. (*Die Krankenpflege*. 1902/3. Bd. II, Heft 12.) Die Arbeit bietet für die Leser dieser Monatshefte nichts Neues. Der Rat des Verfassers, bei drohender Gefahr des Haar- ausfalls eine Zählung der Haare vorzunehmen, um event. Maßregeln dagegen ergreifen zu können, dürfte wohl nur selten befolgt werden. *Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

Einige Fälle ausgedehnter Hauttransplantation nach THIERSCH, von H. HABERER-Wien. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15.) Verfasser berichtet über fünf Fälle, in denen ausgedehnte Hautdefekte durch THIERSCHSche Transplantation gedeckt und zur Heilung gebracht wurden. Im ersten Falle war der Defekt durch Exstirpation eines jauchenden Ulcus rodens entstanden, der mehr als die Hälfte der Weichteile des Hinterhauptes sowie einen Teil des Nackens und der seitlichen Halspartie eingenommen hatte. Der Erfolg der Hautüberpflanzung war vortrefflich. Die Leistungsfähigkeit der neuen Haut, die ja an dieser Stelle Insulten besonders häufig ausgesetzt ist, ließe nichts zu wünschen übrig; der Patient ist jetzt drei Jahre geheilt. In den anderen Fällen handelte es sich um ausgedehnte Verbrennungen, und zwar im zweiten Falle um Verbrennung mit Schwefelsäure, in den anderen um Verbrennungen am offenen Feuer. Der mit der Hautdeckung erzielte Erfolg war in allen Fällen vorzüglich; es konnten sogar bereits bestehende Kontrakturen verschiedener Gelenke nach erzielter Überhäutung durch passive Bewegungen zum Schwinden gebracht werden.

A. Loewald-Colmar.

Über Spiritusverbände mit Duralkoholbinden, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände, von ALBERT KAISER-Dresden. (*Ther. Monatsh.* 1904. Heft 5.) Als Hauptwirkung der zuerst von SALZWEDEL empfohlenen Alkoholverbände wird angegeben: 1. eine schmerzstillende Wirkung, besonders lokal, 2. eine den Infektionsprozess kupierende Wirkung, und 3. eine bedeutende Abkürzung der chirurgischen Behandlung, eine rascher eintretende Arbeitsfähigkeit. Die schmerzstillende Wirkung tritt z. B. bei Brandwunden sehr schnell ein, auch werden Alkoholumschläge mit Erfolg angewandt bei Geschwüren, Bubonen, tuberkulösen Gelenkentzündungen, Phlebitis, Bursitis, Erysipel, Peritonitis, Angina phlegmonosa, Dermatitis serpiginea, Herpes zoster, Rheumatismus. Die bisher gebrauchten Umschläge sind nicht praktisch, und empfiehlt Verfasser daher die von der Fabrik Helfenberg hergestellten gebrauchsfertigen Alkoholverbände aus festem Alkohol-Duralcol-Binden. Dieselben bestehen aus Binden von 6 cm Breite, die mit 94 %igem Alkohol getränkt sind, dem durch Bindung an eine neutrale Seife eine feste Form gegeben ist. Diese Binden werden in fest verschlossenen Blechkapseln in den Handel gebracht, die den Alkohol nicht verdunsten lassen und sich jahrelang feucht halten. K. behandelte damit 93 Fälle aller Art und war mit dem Erfolg sehr zufrieden. An der Stelle, die der Verband decken soll, wird die Haut mit Benzin und Alkohol entfettet und gereinigt, dann wird die Binde an der Stelle, dieselbe allseits handbreit überragend, in drei- bis vierfacher Schicht angelegt. Über die Binde legt man eine dünne Watteschicht, darüber undurchlöcherter Guttaperchapapier. Das Ganze wird mit einer Mullbinde geschlossen. Jedenfalls ist die Anwendung dieser Binden bequemer und in der Praxis leichter durchzuführen. Neben der sauberen, schnellen Anlegung des Verbandes ist die längere Dauer der Feuchtigkeitswirkung zu nennen, die ein Nachgießen des Alkohols unnötig macht. Unerwünschte Nebenwirkungen zeigten sich nie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zum Studium der physiologischen und therapeutischen Wirkung der trockenen Wärme in ihrer lokalen Anwendung bei einigen Dermatosen, von D. G. KOUROUJIEFF. (*Dissertation*. Genf 1904.) Die Methode zeigte sich sehr wirksam, hauptsächlich bei der Psoriasis, bei den seborrhoischen Affektionen, beim Ekzem und beim Lichen. Die trockene Wärme veranlaßt eine aktive Kongestion der

Haut mit Hyperhidrose und Hypersteatose. Die Erregung der Zelltätigkeit gibt sich zunächst durch eine Hyperkeratose zu erkennen, auf welche eine Hyperpigmentation folgt. Eine Temperatur von über 65° C. übt eine zerstörende Wirkung aus; zwischen 60° und 65° C. wirkt die Hitze bakterientötend, indem die Parasiten direkt zerstört oder wenigstens in ihrer Virulenz bedeutend abgeschwächt werden. Schmerzhaftigkeit und Jucken verschwinden in geradezu erstaunlicher Weise. Bei Tuberkuliden war der Erfolg ein nur sehr geringer, bei Syphiliden ein geradezu schädlicher, indem das Exanthem an Intensität jeweilen merklich zunahm. Die Anwendung der Hitze bewirkt auf gewissen Körperstellen eine Pigmentation, welche bei der Psoriasis, der Seborrhoe und dem Lichen am intensivsten, beim Lupus und den Syphiliden beinahe unmerkbar ist. Die Wärmewirkung muß gut lokalisiert, konstant und kontinuierlich sein. Unter den Apparaten sind diejenigen von LARAT und von OLTRAMARE-Genf am meisten zu empfehlen. Der Apparat von Oltramare besteht im wesentlichen aus einer Spirale aus Eisennickel in Gestalt eines 3 mm breiten, 5 mm dicken und 50 cm langen Bandes, dessen Windungen durch eine Asbestzwischenlage getrennt sind. Das Ganze bildet einen runden Kuchen von 5 cm Durchmesser, der in einer Metalldose enthalten ist, die eine Öffnung zur Aufnahme eines Thermometers trägt. Diese flache Dose wird mittels Bändern auf der Körperoberfläche fixiert. Der Apparat wird mit einem Rheostaten in Verbindung gesetzt, der eine Regulierung der Stromstärke von 0 bis 15 Volt erlaubt. Die Dauer der Sitzung beträgt 10 Minuten und können dieselben mehrmals täglich wiederholt werden.

C. Müller-Genf.

Thermische Wirkung der Salze auf die Haut und ihre Bedeutung in der Balneotherapie, von FRANKENHÄUSER. (*Rev. intern. di Terap. fis.* 1904. Nr. 3.) Nach der Ansicht des Verfassers ist die Wirkung der Mineralbäder keine chemische, sondern eine rein physikalische; eine Resorption der Salze durch die Haut findet nicht statt. Er stellt sich den Mechanismus folgendermaßen vor: im Mineralbade überzieht sich die Körperoberfläche des Patienten mit einer dünnen unsichtbaren Schicht von Salzen, welche den Prozentsatz der unter normalen Verhältnissen verlorengehenden Wasser- und Wärmemenge bedeutend herabsetzt und dadurch einen Blutzufuß nach der Haut mit entsprechender Entlastung der ganzen übrigen Zirkulation veranlaßt.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der Wirkung von Kohlensäure- und anderen gashaltigen Bädern, von H. SENATOR und F. FRANKENHÄUSER-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1904. IV, 1.) Die kräftige Wirkung kohlen-saurer Bäder ist bekannt; es findet im kohlen-sauren Bad nicht nur ein häufiger Wechsel zwischen Kältereizen und Wärmereizen statt, sondern es bestehen auch Kältereize und Wärmereize gleichzeitig dicht nebeneinander an zahllosen Stellen der Haut. Es kommt daher zu ganz ausgeprägten thermischen Kontrastwirkungen, wie sie keinem anderen balneotherapeutischen und hydrotherapeutischen Mittel für sich allein eigen sind, und welche dementsprechend auch eine kräftige und eigenartige Reaktion herbeiführen müssen. Dies ist eine Wirkung, wie sie allenfalls nur durch Kombination verschiedener hydrotherapeutischer Reizmethoden und kaum in so milder Weise erzielt werden könnte. Auch Sauerstoff hat man neuerdings zu gashaltigen Bädern benutzt, vermutlich mit denselben thermischen Wirkungen, weil seine Wärmekapazität und sein Wärmeleitungsvermögen demjenigen der Kohlensäure und der atmosphärischen Luft nahestehen, und es erscheint sehr wohl möglich, daß auch noch andere Gasarten in ähnlicher Weise zu verwenden sind.

Bernhard Schulze-Kiel.

Weitere Untersuchungen über die bakterizide Wirkung der Seifen, von DANIEL KONRÁDI-Koloszvár. (*Centrabl. f. Bakteriologie.* 1905. Bd. XXXVI, Nr. 1.) Verfasser hat schon früher über die Wirkung der Resorcinseife gearbeitet und fand,

dafs die desinfizierende Kraft unabhängig von dem darin enthaltenen Resorcin ist, dagegen von den odorierenden Bestandteilen abhängt. Dem Seifensubstanz selbst kommt keine desinfizierende Wirkung zu. In der vorliegenden Arbeit wird das Untersuchungsergebnis über eine grofse Reihe von im Handel käuflichen Seifen mitgeteilt. Die Versuche wurden nun in der Weise ausgeführt, dafs eine Bouillon mit einem 1%igen Gehalt der zu untersuchenden Seife hergestellt wurde. Diese Bouillon wurde mit Anthraxbazillen geimpft. Nach Verweilen von 24 Stunden im Thermostaten (37° C.) wurde von dieser Mischung eine Öse auf Agar-Agar übertragen. Wenn auf diesem Nährboden sich eine Anthraxkultur entwickelte, so hatte die Seife keine entwicklungshemmende Wirkung gehabt. Aus den Untersuchungen geht hervor, dafs die Seifensubstanz an sich keinerlei desinfizierende Wirkung hat, ja sogar nach Zusatz von Desinfektionsmitteln wirkt sie nicht desinfizierend, sondern kaum antiseptisch. Die odorierenden Stoffe, welche zu den besten Desinfektionsmitteln überhaupt gehören, sind es, die der Seife ihre bakterizide Kraft verleihen.

Auf Grund dieser Befunde läfst Verfasser die Szent-László Seife herstellen, die in 10%iger Lösung dieselbe bakterizide Wirkung besitzt wie die 1%ige Sublimatlösung, was ebenfalls durch Versuche illustriert wird. Die Seife hat vor dem Sublimat aber noch den Vorzug, dafs sie nicht giftig ist, angenehmen Geruch hat, die Haut nicht angreift, ebensowenig die Instrumente, und ausserdem relativ billig ist.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Seifen von Krankenheil in der Kosmetik, von A. RAHN-Collm. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1904. Nr. 10.) Der Verfasser empfiehlt vor dem Gebrauch der bei Akne und Mitessern trefflich wirkenden Krankenheiler Badesalzeifen eine die Haut erweichende Salbe vorher anwenden zu lassen, am besten folgende Resorcinpaste:

℞ Resorcin resubl.	5,0
Sapon. virid.	2,5
Sulf. depurat.	1,0
Zinc. oxyd.	
Amyl. tritic.	aa 3,5
Resorbin s. Lanol.	30,0
Vasel. flav. americ.	15,0

Die Seife I, Jodsodaseife ist zuerst zu benutzen, später die Seife II, die Jodschwefelseife. Den Schaum beider läfst man eintrocknen. Später verwendet man die Seifen als ständige Toilettenseife. Ebenso nützlich erweisen sich die Krankenheiler Seifen auch bei Kopfschuppen und für die Beförderung des Haarwuchses.

Hopf-Dresden.

Kastanol und Kastanelseifen, von DOMMER-Hannover. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 21.) Das Kastanol, Extrakt aus dem Kastaniensamen hat einen schmerzstillenden Effekt bei rheumatischen Leiden und bei Frostbeulen und bei den verschiedenen Graden der Erfrierung als Zusatz zu lokalen Warmbädern. Auch bei Psoriasis aufgepinselt löste es schnell die Schuppen, ohne die unangenehmen Nebenwirkungen des Chryarobins zu haben; ebenso fand Kastanelseife bei Prurigo mit Erfolg Anwendung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Petronsalbe, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Ther. Monatsch.* 1904. Nr. 4.) Das Fetron stellt eine indifferente Salbengrundlage dar, die überall da, wo bisher Vaseline gebraucht wurde, zur Verwendung kommen kann. Vor diesem hat das Fetron den Vorteil, dafs es nicht so schnell von der betreffenden Stelle verwischt wird, der Salbenverband daher nicht so oft erneuert zu werden braucht, als wenn man Vaselinesalben benutzt. Die mit Fetron dargestellten Salbenverbände sind daher ökonomischer als die mit Vaselinesalben hergestellten. Ferner kommt beim Fetron seine gröfsere

Wasseraufnahme zustatten, so daß es in Form von Pasten bei nässenden Dermatosen mehr Flüssigkeit in sich aufnimmt als die mit Vaseline dargestellten Zinksalben und daher stärker austrocknend wirkt. Bei der Anwendung bei nicht nässenden Dermatosen hat die Fetronpaste den Vorteil, daß ihr eine größere Flüssigkeitsmenge inkorporiert werden kann als einer Zinkvaselinepaste. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Charakteristik der neuen Salbengrundlage Fetron purissimum Liebreich, von OTTO KULKA. (*Pharm. Centralbl.* 1904. Nr. 15.) Therapeutisch ist Vaseline der Typus der deckenden absolut resorptionsunfähigen Salbe, Lanolin der Typus der Resorptionssalbe. Seitdem nun diese verschiedenen Wirkungen der genannten beiden Salbengrundlagen erkannt waren, wurden viele Versuche gemacht, eine andere, noch zweckmäßigere Salbengrundlage zu finden, d. h. eine solche, die stark deckende und trotzdem auch genügend resorptive Eigenschaften zeigt. Mit anderen Worten eine Salbengrundlage, die den höchsten und weitgehendsten Anforderungen genügen muß.

Wieder nun war es Liebreich vorbehalten, diesen neuen bedeutsamen Fortschritt in der Salbentherapie zu machen, der durch seine Forschungen auf dem Gebiete der Chemie der Fette veranlaßt wurde.

Bei seinen Studien über die Anilide der Fettsäuren erkannte er diese als äußerst resistente Körper gegenüber chemischen Reagentien.

Setzt man dem Stearinsäure-Anilid Fette mit niedrigem Schmelzpunkt zu (einige Prozente genügen), so wird dieser wesentlich erhöht. Diese Eigenschaften und die Unveränderlichkeit des Stearinsäure-Anilids veranlaßten Liebreich, derartige Salbencörper (hergestellt aus Vaseline und Stearinsäure-Anilid) auch praktisch therapeutisch zu erproben, die neue Salbengrundlage nannte er Fetron. Und nun zeigte sich die überraschende Tatsache, daß Fetron mit einem Schmelzpunkt von ca. 68° die deckenden Eigenschaften der Vaseline übertraf und zu gleicher Zeit resorptive Eigenschaften entfaltete. Fetron stellt nach den bisher sehr guten therapeutischen Erfahrungen das Bindeglied zwischen Vaseline und Lanolin dar, indem es sowohl als deckende, wie auch als resorbierende Salbe sich zeigt, ohne daß das Anilid bei der Resorption verändert wird, im Gegenteil seine kräftig pharmakodynamischen Wirkungen voll entfalten kann.

Es liegt auf der Hand und dürfte jedem klar sein, daß hiermit dem Fetron eine ganz außerordentlich große Basis der Anwendungsfähigkeit gegeben ist.

A. Strauß-Barmen.

Ein neues örtliches Anästhetikum, das Stovaine, von DE LAPERSONNE, (*Presse méd.* 1904. Nr. 30.) Das Stovaine ist ein dem Kokain an Giftigkeit bedeutend nachstehendes Mittel, das besonders für Operationen an den Augen von Wert ist. Es wird in wässriger Lösung, sei es zu Instillationen, sei es zu subcutanen bezw. subkonjunktivalen Injektionen benutzt. In ersterem Falle scheint es dem Kokain an Stärke der anästhesierenden Wirkung nachzustehen, in letzterem es zu übertreffen.

Hopf-Dresden.

Beitrag zur therapeutischen Wirkung der Bierhefe, von GOLINEE. (*Ther. Monatsh.* August 1903.) Die von BROOQ zuerst gegen Furunkulose angewandte Bierhefe hat sich als Mittel gegen dieses lästige Leiden schnell eingeführt, nur ist es nicht immer leicht, frische Bierhefe zu erhalten. Daher ist von E. FEIGEL in Lutterbach ein Hefepreparat hergestellt, welches allen Anforderungen entspricht, indem es in konserviertem Zustande die gleichen Eigenschaften besitzt wie die frische Bierhefe. Das Präparat heißt Levuretin und bewährte sich in Dosen von dreimal täglich einem Kaffeelöffel in Milch direkt vor dem Essen ausgezeichnet bei Diabetes, Furunkulose und Ekzem. Weitere Nachprüfungen sind sehr zu empfehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Fomitin, ein neues Mittel gegen Blasenleiden, Menstruationstörungen und Hämorrhoidalbeschwerden, von TH. ROSENBAUM - Berlin. (*Der prakt. Arzt* Juli 1904.) Fomitin nennt Verfasser ein Fluidextrakt aus *Fomes cinnamomeus* und *igniarius*. Er will u. a. vorzügliche Erfolge bei Blasenleiden erzielt haben, namentlich bei Cystitis infolge von pelveoperitonitischer Reizung bei Unterleibsleiden.

Indessen sind die angeführten Resultate so summarisch, daß man zunächst weitere und eingehendere Veröffentlichungen abwarten muß, ehe man Vertrauen zu dem neuen Mittel gewinnen kann.
A. Strauß-Barmen.

Über die praktische Verwertung des Helmitol, eines neuen Harndesinfizians, von A. SCHÖTZKE-Berlin. (*Wien. med. Presse* 1904. Nr. 2.) SCH. hat das Helmitol, dessen Vorzüge nach HAUSS in seiner energischen, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden, desinfektorischen Wirkung auf den Urin, die 6—8 mal so stark sein soll als die des Urotropins, ferner in der Ungiftigkeit und endlich in seinem angenehmen Geschmack beruhen sollen, in 16 Fällen von Blasenkatarrh bei alten Männern versucht und damit ausgezeichnete Resultate erzielt. Er gab es in Dosen von 3—4—8 g pro die, in 6—8stündigen Intervallen oder direkt in loco in Form von 1—2%igen wässrigen Lösungen, die er in die Blase injizierte. Indiziert ist nach SCH. Helmitol bei den chronischen Blasenkatarrhen, wie sie der Cystopyelitis bei Prostatahypertrophie, der ammoniakalischen Harnzerersetzung bei hochgradiger Striktur und bei der Cystitis calculosa sowie bei allen Formen der Katheter-Cystitis resp. nach chirurgischen Operationen in der Blase entsprechen; schliesslich auch bei Bakteriurie. In einem Falle von schwerer eitriger Cystopyelitis mit häufigen Blasenblutungen wurde die Blutung prompt und dauernd unterdrückt nach 3—4 Dosen Helmitol à 1,0.

Putzler-Dansig.

Einige Beobachtungen über Hetralin, ein neues internes Harnantiseptikum, von H. LOHNSTEIN - Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 19.) Als ein leicht lösliches, äußerst luftbeständiges und geschmacklich nicht unangenehmes Urotropinderivat stellt sich das Hetralin der Firma Möller & Linsert in Hamburg dar. LOHNSTEIN benutzte es bei akuter Urethritis posterior blennorrhoeica, bei chronischer Cystitis nach Prostatahypertrophie und bei sonstigen infektiösen, z. B. auch tuberkulösen, Katarrhen des Urogenitaltrakts und namentlich seiner Säurebildung wegen bei Phosphaturie, die gewissermaßen spezifisch beeinflusst wird. Neben dem Urotropin und Helmitol ist das Hetralin, abgesehen von seinem merkwürdig stark acidifizierenden Einfluß, ein therapeutisch sehr wohl brauchbares Harndesinfizians.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ichthoform, seine therapeutische Anwendung, von D. JAMES BURNET - Edinburgh. (*Mercks Arch.* Juni 1903.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Ichthoform ist ein ausgezeichnetes Ersatzmittel für Jodoform. Es ist geruchlos, nicht giftig. Es ist besonders in Form von Ichthoformgaze zur Ausfüllung von Höhlen zu empfehlen.

A. Strauß-Barmen.

Ein nicht toxisches Jodpräparat, von W. WINGRAVE. (*Brit. med. Journ.* 26. März 1904.) Der vom Verfasser durch Jahre hindurch gegen vergrößerte Lymphdrüsen, Adenoide, vergrößerte Tonsillen, wohlherprobte Jodsirup kann längere Zeit und in großen Dosen genommen werden, ohne daß er die Erscheinungen des Jodismus hervorruft. Auch Kinder vertragen ihn in den ihrem Alter entsprechenden Dosen gut. Der „Syrupus jodo-tannicus“ hat folgende Formel:

R	Jodi pur.	2,5
	Acid. tannic.	4,0
	Alcohol (90%)	38,0
	Syrupus	75,00

Die Bereitung des Präparates geschieht in der Weise, daß man das Jod im Alkohol auflöst, Acidum tannicum und 90 com des Sirups zusetzt, die Mischung nahe bis zum Kochen erhitzt, und zwar circa 20 Minuten lang, bis freies Jod keine Stärke-Reaktion mehr zeigt. Hierauf läßt man die Mischung erkalten und fügt den Rest des Sirups hinzu. Man gibt davon Dosen von 2—8 g in Wasser oder Wein vor den Mahlzeiten.

C. Berliner-Aachen.

Einige Mitteilungen über Jodipin, von FRÄNKEL-TRENOSÉN. (*Wien. klin.-ther. Wochenschr.* 1904. Nr. 15.) Verfasser spricht sich sehr lobend über das Jodipin aus, sowohl bei interner, als auch bei subcutaner Anwendung. Bemerkenswert ist die erzielte auffallende Besserung bei einem Falle von beginnender Tabes dorsalis. In einem Falle von abscedierten Lymphdrüsenbubonen bei einem schweren Syphilitiker wurde an Stelle des sonst üblichen Jodoformglycerins nach Inzision und Ausspülung mit Sublimat Jodipin direkt in die Abscesshöhle injiziert. Es verursachte keine Reizung und die Heilung erfolgte glatt in relativ kurzer Zeit.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Über ein neues Merkurderivat „Léovurargyre“, von L. JULLIEN. (*Presse méd.* 1904. Nr. 64.) Das neue Präparat, welches JULLIEN für die Therapie der Syphilis empfiehlt, stellt sich als Quecksilber-Nucleo-Proteid dar, welches aus Bierhefen gewonnen ist, die mit Sublimatzusatz zu wachsen gezwungen worden ist. Das auf diese Weise gewonnene Quecksilber wird bei der Einverleibung in den Körper durch die Gefäßendothelien und die Leukocyten festgehalten. Es findet sich als organisches Merkur in dem Präparat, in einem Zustand, in dem sich etwa Eisen in Hämatogen des Eigelbes vorfindet. Die Therapie, welche sich auf mittelschwere Fälle von Syphilis erstreckte, bestand bei des Verfassers Versuchen in der Injektion von täglich 2 com einer 1%igen Lösung des Präparats, und zwar einer leicht alkalischen Lösung. Die Einspritzungen werden gut vertragen, sind schmerzlos und hinterlassen keinerlei Reaktion. Haut- und Schleimhautsymptome werden durch das Mittel prompt beseitigt, ebenso wie der Allgemeinzustand gebessert und gehoben wird.

Hopf-Dresden.

Notiz zur Mesotanbehandlung, von OTTO NIEDNER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15.) Nach den zahlreichen Erfahrungen N.s ist Mesotan, zur Hälfte mit Ol. olivarium verdünnt, ein wirksames und für die Haut unschädliches Medikament. N. sah nur einmal eine Dermatitis infolge von Mesotanapplikation auftreten, und zwar in einem Falle, in dem das Mittel aus Versehen unverdünnt aufgespritzt worden war.

Göts-München.

Vermeidung von Hautreizungen bei der Anwendung des Mesotans, von J. RUEHMANN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) Um die lästigen Reizungen des sonst brauchbaren Mesotans zu vermeiden, empfiehlt R., es nicht wie früher einzureiben, sondern ein Mesotangemisch (Mesotan. Ol. olivar. m 25, Ol. lavendoli gtt. 5) an wechselnden Stellen aufzuspinseln und nur mit einem Leinwandlappen zu bedecken. Bei Anwendung dieser Vorschrift und gleichzeitiger interner Darreichung mäßiger Dosen von Aspirin sind die Erfolge gut und ohne lästige Nebenwirkungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Anwendung des Salocreol, von F. SIEGMANN-Wien. (*Ärztl. Centralztg.* 1904. Nr. 10.) Salocreol ist der Salicylsäureester des Kreosots, eine neutral reagierende ölige, braune Flüssigkeit von kaum merklichem Geruche. Die zu behandelnden Hautpartien müssen in allen Fällen vollkommen trocken sein, ebenso die Schälchen, aus denen man das Mittel entnimmt, sonst bildet sich eine Emulsion, die das Salocreol am Penetrieren hindert.

Diese bequeme Anwendung und das vollständige Fehlen von lästigen Neben- oder Folgeerscheinungen sind große Vorzüge dieses Präparates vor ähnlichen. Die Dosierung richtet sich nach dem Alter des Patienten und beträgt bei Erysipel 3—12 g ein- oder mehrmals täglich aufgepinselt. Bei Lymphadenitiden benötigt man mehrwöchentliche Einreibungen von 8—20 g im Tag.

Verfasser schildert 22 Fälle, u. a. von Arthritis blennorrhoeica, Lymphadenitis, Skrophulose. In allen diesen Fällen wurde die Behandlung mit Salocreol gut vertragen, ohne daß Nebenerscheinungen wahrgenommen werden konnten.

A. Strauß-Barmen.

Versuche über Diurese, insbesondere über die Wirkung des Theocinatrium aceticum, von J. MEINERTZ. (*Ther. Mon.* Juni 1904.) Aus den Versuchen, die Verfasser anstellte, geht hervor, daß das Theocin-Natrium aceticum das Bestreben hat, Kochsalz zu eliminieren, während Phosphorsäure, Schwefelsäure und Stickstoff gar nicht oder wenig beeinflusst werden, ferner, daß der Reiz, der die Nierenzelle trifft, keine dauernden Spuren an ihr hinterläßt, denn die Wirkung ist, wie aus allen Versuchen hervorgeht, schnell erschöpft, tritt allerdings bei erneuter Aufnahme des Mittels wieder ein. Die eigentliche Domäne des Mittels sind die Stauungserscheinungen, speziell Ödeme und Hydrops aus kardialen Ursachen. Auch hier bestätigt sich ferner der Eindruck, den Verfasser schon von dem älteren Theocin gewonnen hatte, daß eine gewisse Höhe des Blutdrucks zum Zustandekommen seiner Wirkung notwendig und daher in vielen Fällen die Kombination mit Digitalis zu empfehlen ist. Es hat weit weniger üble Nebenwirkungen als das ältere Theocin.

A. Strauß-Barmen.

Ein Beitrag zur diuretischen Wirkung des Theocins, speziell bei akuter Nephritis, von HUNDT. (*Therap. Mon.* April 1904.) Überraschend gute Wirkung sah Verfasser bei akuter Nephritis. Es versagte unter sieben Fällen nur zweimal; besonders stark beeinflusst es die Diurese. Als Nebenerscheinungen wurden epileptiforme Krämpfe in einem Falle beobachtet, in anderen eine stark abführende Wirkung. Dosis 0,14 bis sechsmal täglich, bei Kindern 0,08—0,05 drei- bis viermal täglich.

A. Strauß-Barmen.

Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Schwefels in Form des Thigenols für die Dermatotherapie, von J. POBIAS-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1904. Nr. 16.) P. hat das Thigenol einer Nachprüfung unterzogen und bestätigt die ihm von anderer Seite nachgerühmte juckreizstillende und schmerzlindernde Wirkung. Es ist ein Präparat, welches alle guten Eigenschaften des Schwefels besitzt, ohne besondere Nachteile zu haben, und welches für sich allein, wie auch in Verbindung mit anderen Mitteln, in Salbenform wie in spirituöser Lösung gut anwendbar ist. Vorteilhaft ist seine Form der Anwendung, die den bisher üblichen Schwefelpräparaten vorzuziehen ist. Speziell dem Ichthyol gegenüber ist es in der Wirkung mindestens gleichwertig, hinsichtlich der allgemeinen Eigenschaften und der bequemen wie reinlichen Form der Anwendung entschieden überlegen.

Putzler-Danzig.

Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche“ in der Dermatologie, von J. PACYNA. (*Neue Therap.* 1904. Nr. 4.) Das Thigenol, ein schwefelhaltiges, dem Ichthyol ähnliches Heilmittel wurde vom Verfasser bei vielen Dermatosen mit Erfolg angewendet. Es ist dem Ichthyol vorzuziehen, weil es mehr Schwefel als dieses enthält, nämlich 10 %, gänzlich geruchlos ist, keine Flecke in der Wäsche hinterläßt und ihm am Preise nachsteht. Es ist in Wasser, leicht verdünntem Spiritus und Glycerin löslich und läßt sich auch mit Kollodium und Fetten mischen. Als Anwendungsgebiet kommen vor allem Ekzem und Seborrhoe in Frage. Auch bei Urticaria chronica tat es gute Dienste.

Hopf-Dresden.

Über Vioform, von R. WEHRLE - Basel. (*Corresp. f. Schweiz. Ärzte.* Okt. 1903.)

Verfasser kommt zu folgenden Resultaten:

1. Das Vioform kann nach den vorliegenden Untersuchungen als ein Antiseptikum verwendet werden, das stärkere bakterizide Eigenschaften hat als das Jodoform.

2. Es reizt die Haut in keinerlei Weise und erzeugt namentlich keine Ekzeme, vielmehr ist es vorteilhaft, durch Jodoform verursachte Ekzeme damit zu behandeln.

3. Es wirkt in hohem Maße desodorisierend.

4. Es kann in großen Quantitäten angewendet werden, ohne daß Vergiftungserscheinungen eintreten.

5. Zu Injektionen, z. B. bei der konservativen Behandlung tuberkulöser Gelenke, ist es ungeeignet.

6. Es ist beständig und verflüchtigt sich nicht.

7. Es kann leicht sterilisiert werden, erträgt Temperaturen bis zu 140°, ohne zersetzt zu werden, ebensowenig wird es durch Dampf von 115° verändert.

8. Es ist in seiner Anwendung geruchlos.

Alles in allem kann das Vioform das Jodoform in der Wundbehandlung der ersten und zweiten Sanitätshilfelinie im Kriege vollständig ersetzen, und es erweist sich als das beste Antiseptikum speziell für die Privatpraxis des praktischen Arztes.

A. Strauß-Barmen.

Über die Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, besonders bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von PAUL RICHTER - Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1904, Nr. 5.) R. wandte das von MERCK hergestellte Präparat in zahlreichen Fällen von Ulcus cruris, Wunden, Stomatitis mercurialis teils in konzentrierten Lösungen zum Auspinseln der Ulcera, teils in verdünnten zu Umschlägen und Spülungen an. Glänzend bewährte es sich bei Endometritis blennorrhoeica in Lösung von 15% jeden vierten Tag angewandt, durchschnittlich genügten 10—12 Ätzungen.

Bernhard Schulse-Kiel.

Das Wasserstoffsuperoxyd in der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von OPPENHEIM - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904, Nr. 5.) Mit dem neuen, von MERCK hergestellten zuverlässigen Präparat haben verschiedene Autoren bei vielen Dermatosen, Lues und venerischen Geschwüren sehr günstige Resultate erzielt. Verfasser konnte diese nicht in allen Fällen bestätigen und fasst seine Erfahrungen in folgendem zusammen: Die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd (MERCK) in konzentrierter (90%iger) oder verdünnter Lösung hat den größten therapeutischen Effekt bei Ulcera gangränosa, bei Gummata exulcerata und bei Stomatitis mercurialis ulcerosa. Bei den anderen Affektionen der Haut- und Schleimhäute leistet sie nicht mehr als die bisher gebräuchlichen Mittel. Bei Dermatomykosen (Favus, Herpes tonsurans usw.) wären Versuche empfehlenswert. Verfasser hat einen Fall von Favus durch dieses Präparat zur Heilung gebracht.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Angioneurosen.

Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe, von O. ROSENBACH - Berlin. (*Berliner Klinik.* April 1903, Heft 178.) Bisher führte man die abnorme Erhöhung der Temperatur in einem bestimmten Hautgebiete — Thermoparästhesien bezw. Thermosen genannt — ebenso die bisher wenig beobachtete örtliche Herabsetzung der Hauttemperatur — als Psychoparästhesien bezw. Psychrosen zu bezeichnen! — auf vasomotorische Neu-

rosen der Haut zurück. Aber man muß sich hier die Verhältnisse ähnlich denken wie bei dem auch von der Mehrzahl der Autoren als rein vasomotorisches Phänomen aufgefaßten periodischen Hautödem. Auch hier ist in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle das unter der betreffenden Hautpartie oder in der Umgebung befindliche Gewebe bezw. Organ Sitz einer tieferen Störung.

Auch deutet die Anomalie der Blutverteilung in der Haut die abnorme Blutverteilung anderswo, d. h. im Inneren des Körpers, an, und zwar durch Vermittelung der Nervenbahnen oder des Blutes oder periodisch nach anderen uns unbekanntem Gesetzen. Es handelt sich wahrscheinlich um lokale Betriebsstörungen im Parenchym; und wenn dies auch meist nervöse Personen betrifft, so muß man doch die parenchymatösen Organe, wie namentlich Darm und Muskeln, für die hier gemeinten funktionellen Anomalien der Blutversorgung resp. abnormen regionären thermischen Verhältnisse des Hautorgans verantwortlich machen.

Die beste Behandlung und die einfachste ist hier eine Kombination von trockener Wärme mit leichter Massage event. Bürsten oder Frottieren der betreffenden Teile, also die Kombination einer direkten Wärmezufuhr mit einer stärkeren mechanischen Anregung.

Arthur Rahm-Collm (Sachsen).

Die anfallsweise auftretende kongenitale Cyanose, von VARIOT. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 17.) Verfasser berichtet ganz kurz über ein Kind von 20 Monaten mit angeborener Cyanose, die aber nicht permanent bestand, sondern in täglich sich wiederholenden Anfällen von ungefähr 15 Minuten Dauer auftrat. Das Kind, das während der Anfälle stets bewusstlos war, erschien die übrige Zeit vollständig gesund; trommelschlägelförmige Auftreibungen der Finger waren nicht vorhanden. Über der Pulmonalis hörte man ein lautes, rauhes Geräusch. — Die gleichen Anfälle beobachtete Verfasser bei einem zweiten, 21 Monate alten Kinde. Auch bei diesem hörte man an der Pulmonalis ein lautes, rauhes systolisches Geräusch, das jedoch auffallenderweise während der alle zwei bis drei Tage auftretenden, mehrere Stunden lang anhaltenden Anfälle verschwand. Die Sektion des Kindes, das in einem Anfall zugrunde ging, ergab, daß Pulmonalis und Aorta aus dem stark vergrößerten rechten Ventrikel entsprangen; der Ursprung der Pulmonalis war abnorm eng, der linke, enge Ventrikel entleerte sich durch eine Perforation der Scheidewand in den rechten Ventrikel. Die Anfälle von Cyanose waren bei dem Kinde vermutlich verursacht durch Spasmen des verengten Pulmonalostiums; so oft ein Krampf auftrat, konnte kein Blut mehr in die Pulmonalis eintreten, deswegen war auch das systolische Geräusch während der Anfälle nicht zu hören.

Göts-München.

Ein Fall von allgemeiner entzündlicher Schwellung der Haut, von HASS KOEBBER-Augsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 17.) Bei einem 47 jährigen Kohlenarbeiter entwickelte sich kurze Zeit nach dem Auftreten eines universellen, von heftigem Juckreiz begleiteten, mehrere Tage andauernden Erythems an Füßen und Fußgelenken eine ungewöhnlich derbe ödematöse Schwellung, die sich allmählich über die Haut des ganzen Körpers verbreitete. Dabei nahm die Haut eine schmutziggelbe Farbe an und schuppte allenthalben kleienförmig ab. Die Schleimhaut der Mundhöhle war intakt, nur auf der Schleimhaut der linken Wange zeigten sich gelbbraunliche Flecke, wie sie bei der Addison'schen Krankheit beobachtet werden. An den inneren Organen liefs sich nichts Abnormes nachweisen, der Urin war spärlich, enthielt aber niemals Zylinder und bis in die letzten Lebenstage kein Eiweiß, dagegen war die Diazoreaktion stets positiv; die Temperatur war andauernd subfebril. Nach mehrwöchentlicher Krankheitsdauer erfolgte im Kollaps der Exitus. Bei der Sektion fiel zunächst eine 1 cm dicke, weiße, ungewein derbe Koriumschicht auf. An den inneren Organen, insbesondere an der Schilddrüse, dem Herzen, Nieren und Nebennieren

waren keinerlei Veränderungen zu finden. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab eine chronische entzündliche Infiltration der Haut, insbesondere der unteren Cutisschichten und der Subcutis nebst deutlichem Ödem des Bindegewebs und verstärkter Verhornung des Epithels. — Die Deutung des merkwürdigen Falles ist, wie K. ausführt, sehr schwer, vielleicht gehört er in das Gebiet der diffusen Sklerodermie. Im Anfangsstadium dieser Krankheit, noch bevor es zur eigentlichen Verhärtung der Haut kommt, treten nämlich nicht selten Erytheme, diffuse Ödeme und Epidermisabschilferungen auf. Auch die histologischen Veränderungen des ersten Stadiums der Sklerodermie stimmen mit den Hautveränderungen, wie sie hier gefunden werden, überein. Möglicherweise also handelt es sich um einen Fall von beginnender Sklerodermie, der zugrunde ging, bevor sich die Verhärtung und Atrophie der Haut ausgebildet hat.

Göts-München.

Ein Fall von angioneurotischem Ödem, von GEORGE CORIN-St. Louis. (*St. Louis Courier*. August 1904.) Der Fall betraf ein zweieinhalbjähriges Kind, bei welchem die ganze rechte Gesichtshälfte, das rechte Handgelenk und der linke Knöchel stark angeschwollen, aber nicht gerötet waren; keine Schmerzhaftigkeit der Gelenke. Die Genitalien waren enorm vergrößert, das Skrotum von der Größe einer Mannsfaust und die Haut des Penis ebenfalls entsprechend vergrößert; nebenbei bestand Anurie. Einführung des Katheters nach vorgenommener Circumcision brachte keinen Urin zutage. Es wurden feuchte Umschläge mit essigsaurer Tonerde auf den Hoden verordnet. Die Diagnose des Falles wurde von C. erst nach eifrigem Literaturstudium gestellt; nach 48 Stunden war der ganze Zustand verschwunden. Die vor 25 Jahren zuerst von QUINKE beschriebene Affektion ist überhaupt im allgemeinen harmlos und von kurzer Dauer, befällt aber hauptsächlich Erwachsene, meist infolge von Magen-Darmstörungen, Malaria; auch wird sie ätiologisch mit Purpura in nahen Zusammenhang gebracht.

Stern-München.

Zur Klinik und Therapie des malignen Ödems, von GEORG LOTHEISEN-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 13 und 14.) L. erinnert daran, daß, dank der Untersuchungen von C. FRAENKEL, HITSCHMANN und LINDENTHAL, SCHATTENFROH und GRASSBERGER u. a., Gasbrand und malignes Ödem bakteriologisch mit Sicherheit unterschieden werden können, und daß der Bacillus des malignen Ödems Gasbildung wahrscheinlich nicht zu erzeugen vermag; in Fällen von echtem, malignem Ödem, in welchem Gasbildung beobachtet wurde, war diese vielleicht mit einer Ausnahme, nicht durch den Bacillus des malignen Ödems, sondern durch andere Mikroben, meist wohl durch *Bacterium coli* verursacht. L. erwähnt dann einen von BRABEC beschriebenen Fall von malignem Ödem, der sich an eine Schwellung des rechten Schultergelenks anschloß, ohne daß ein Trauma nachgewiesen werden konnte; die Obduktion ergab eine Abhebung des Periosts unter dem Kopfe des rechten Humerus, der Ausgangspunkt der Erkrankung dürfte also eine Periostitis gewesen sein. L. beschreibt weiterhin das klinische Bild des Gasbrandes und schildert dann einen von ihm selbst beobachteten Fall von malignem Ödem bei einem 30jährigen Arzte, der sich bei einer Operation (Eröffnung eines Kieferhöhlenempyems und Abtragung einiger Wucherungen) am rechten Daumen unbedeutend verletzt hatte. Schon am Tage nach der Verletzung traten Schmerzen und Entzündungserscheinungen auf, und nach acht Tagen war ein typisches malignes Ödem vorhanden, das ohne Spur von Gasbildung, aber mit stark ausgeprägter Bronzefärbung der Haut verlief, trotz vielfacher Inzisionen und energischer Anwendung von Wasserstoffsperoxyd im Verlaufe weniger Tage bis zum Schultergelenk sich ausdehnte und die Enuclatio humeri nötig machte. Mit der Operation war der Prozeß coupiert, und der Kranke genas. In dem trüben Serum, das sich

bei den Inzisionen entleerte, sowie in der Muskulatur des erkrankten Armes liefs sich durch anaérobe Züchtung der Bacillus des malignen Ödems nachweisen.

Auf Grund seiner Erfahrungen hält L. gleich vielen anderen Autoren malignes Odem und Gasbrand für nicht blofs ätiologisch verschiedene Erkrankungen. Dagegen stimmt die Behandlung bei beiden Krankheiten vollständig miteinander überein. Bei beiden Affektionen ist eine energische Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd in Form von permanenter Berieselung, etwa kombiniert mit Injektionen, zu empfehlen; es läfst sich dadurch eine Lokalisation des Krankheitsprozesses oder doch, wie in dem Falle L.s, eine Verzögerung des Weiterschreitens erzielen. Wirkliche Heilung kann allerdings nur durch operatives Eingreifen (Exzision des Herdes, Amputation, Euklektion) herbeigeführt werden. Die Prognose des malignen Ödems ist recht ungünstig; bei Infektionen am Rumpf mufs die Affektion wohl als unheilbar gelten, weil eine Exstirpation der erkrankten Partie am Rumpf kaum ausführbar sein wird.

Götz-München.

Die Behandlung der Urticaria, von TRÉMOLIERES. (*Gas. des Hôpitaux*. 15. März 1904.) Bringt nichts Neues; eine Anzahl von Rezepten für die innere und äufsere Behandlung und Hinweis auf die Tatsache, dafs die Ursachen der Urticaria von der verschiedensten Art sein können, was bei der Therapie zu berücksichtigen ist.

C. Müller-Genf.

Beitrag zu Intoxikationsdermatosen nach Aspirin, von M. EBERSON-TARNOW. (*Theor. Monatsh.* 1904. Heft 7.) Einige Stunden nach Einnahme von 0,3 g Aspirin zeigte sich bei einem Patienten Jucken und Brennen im Gesicht und Nacken nebst Schwellung. Es zeigte sich ein erythemartiges Exanthem, mit stark gedunsener, trockener Haut mit Verdickungen der Gesichtsfalten, beider Ohren und am Genick; der Ausschlag hat die Ausdehnung eines Puppenkopfes, reicht vorn bis zum Manubrium sterni, seitwärts zu den Achseln, rückwärts bis zur vertebra prominens, und hört an diesen Stellen mit scharfer Linie auf. Nach Laxans und Puder verschwand das Exanthem, um nach Einnahme eines weiteren Pulvers wiederzukehren.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein scharlachähnlicher Arnelausschlag, von SKENE. (*Brit. med. Journ.* 13. Februar 1904.) Verfasser wurde im September 1903 von einem 17jährigen Jünglinge wegen eines ausgedehnten erythematosen, dem Scharlacherythem sehr ähnlichen Ausschlages konsultiert, welcher Gesicht, Rumpf und Extremitäten bedeckte und sich durch Erbrechen, Fieber und beschleunigten Puls eingeleitet hatte. Der Pharynx war entzündet, die Mandeln vergrößert, die Zunge belegt, jedoch nicht charakteristisch für Scharlach. Der Patient gibt an, dafs er ursprünglich Rückenschmerzen gehabt und dagegen DOANS Pillen zum Abführen eingenommen habe. Der Verlauf der Krankheit war ein langsamer, fast typhöser.

Verfasser berichtet über einen zweiten, ebenfalls durch DOANS Pillen hervorgerufenen Fall von Scharlacherythem.

C. Berliner-Aachen.

Antipyrin und Purpura, von RUDAUX. (*Brit. med. Journ.* 6. Februar 1904.) Eine 22jährige, im sechsten Monate gravide Frau bekam durch Erkältung intensive Schmerzen in der Kreuzbeingegend, gegen welche ihr eine Hebamme vier Antipyrinpulver verschrieb. Infolge eines Mißverständnisses nahm die Patientin alle Pulver auf einmal und weitere sechs in Intervallen am dritten Tage. Sie wurde schwer krank mit hoher Temperatur und 120 Puls ins Hospital gebracht. Ein Ausschlag, welcher an den zahlreichen Ecchymosen und verschieden grossen Purpuraflecke als Purpura haemorrhagica erwies, bedeckte den ganzen Körper. Bald trat Anurie und der Exitus letalis ein. Pericardium, Peritoneum, die Magen- und Darmschleimhaut wiesen zahlreiche Ecchymosen auf.

C. Berliner-Aachen.

Pathogenese und Therapie der Purpura haemorrhagica (Morbus Werlhofii), von DE BENEDETTI. (*Arch. de méd. des enfants*. April 1904. Nach *Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 17.) B. gelang es, aus dem Blute eines an Purpura haemorrhagica erkrankten Kindes Bacterium coli in Reinkultur zu züchten. Dieses Ergebnis ist eine Stütze für die mehrfach ausgesprochene Ansicht, daß die Purpura durch eine Infektion intestinalen Ursprungs verursacht sei. Übrigens glaubt B., daß außer den Koli-bakterien auch andere Mikroben und ihre Toxine, insbesondere Streptokokken, Staphylokokken, Diplokokken, Pneumokokken, LOEFFLERsche Bazillen die Krankheit hervorrufen können.

Zur Behandlung werden außer Verabreichung von Chenin und Calciumchlorid per os subcutane Injektionen von Natr. sulfur. (50—100 g einer 1%igen Lösung) empfohlen. DIEULAFOY hat in einem Falle mit der Verabreichung von Adrenalin per os (zweimal täglich 10 Tropfen einer 1‰igen Lösung) einen guten Erfolg erzielt.

Göts-München.

Ein Fall von Purpura fulminans, von A. v. LEBBER. (*Corr.-Blatt f. Schw. Ärzte*. 1903. Nr. 4.) v. L. hatte Gelegenheit, bei einem dreizehn Monate alten Kinde, eine von HENOCH als Purpura fulminans bezeichnete Form von akut verlaufender hämorrhagischer Diathese zu beobachten. Es traten am ganzen Körper in kurzer Zeit große blaurote Flecke von 5 Centimes- bis 5 Francs-Größe auf, die sich schließlichs zu großen blauen Inseln vereinigten und die weißen Stellen der Haut überwogen. Tod sechs Stunden nach Eintritt der ersten Flecke. Drei Jahre vorher soll ein zweijähriges Mädchen derselben Eltern unter denselben Krankheitserscheinungen innerhalb weniger Stunden gestorben sein. Zwei Knaben derselben Eltern im Alter von elf und drei Jahren sind gesund.

Putzler-Dansig.

Haematurie als einziges Symptom BARLOWScher Krankheit, von EUGEN NEYER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 19.) Bei einem acht Monate alten, kräftig entwickelten Säugling, der seit vier Monaten ausschließlich mit Malzsuppe ernährt worden war, zeigten sich leichte Störungen des Allgemeinbefindens und eine blutige Veränderung des Urins. Die objektive Untersuchung konnte, abgesehen von einer hochgradigen Kraniotabes, nichts Krankhaftes, außer einer schweren Haematurie, feststellen. Die Diagnose BARLOWSche Krankheit fand ex juvantibus ihre Bestätigung, indem unter Darreichung von roher Milch die krankhaften Veränderungen des Urins bereits nach acht Tagen völlig verschwanden. *A. Loewald-Kolmar.*

Traumatische Entzündungen.

Über bleibende Hautveränderungen bei Röntgenbestrahlung, von L. FREUND und M. OPPENHEIM-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 12.) Den MATZENAUERSchen Fall von Röntgenbeschädigung an einem 9¹/₂jährigen Knaben, der an drei Tagen an drei verschiedenen Körperstellen wegen Hautausschlages je ungefähr eine Viertelstunde bloß mit Röntgenstrahlen behandelt worden war und nach ein paar Wochen schon eine hartnäckige, schmerzhaft Hautentzündung zeigte, benutzen FREUND und OPPENHEIM zur mikroskopischen Untersuchung. Der histologische Befund gleicht dem eines beginnenden Xeroderma pigmentosum. Die Hyperämie und Teleangiektasien sind ein Ausdruck der Röntgendermatitis, die einen recht torpiden Charakter anzunehmen geneigt ist. Daher ist immerhin eine große Vorsicht in der Röntgentherapie nötig, z. B. ist es durchaus nicht berechtigt, bei Psoriasis, einem Leiden, das schon durch ganz minimale Dosen beeinflussbar ist, behufs Abkürzung des Verfahrens eine abortive Behandlung mit großen Dosen einzuschlagen, und

namentlich erheischen entzündliche Prozesse der Haut, bei denen sich die oberflächlichen Gefäße ohnedies schon im dilatierten Zustande befinden, in bezug auf die anzuwendende Dosis ganz besondere Vorsicht. Für das Wirkungsgebiet in der Tiefe empfiehlt sich die harte Röhre, und nur dort, wo ganz oberflächlich lokalisierte Prozesse (Psoriasis, Ulcus rodens, flache Epitheliome) beeinflusst werden sollen, ist die weiche Röhre indiziert.

Arthur Rahn-Cöllm (Sachsen).

Zur Anwendung des Xeroform bei Brandwunden, von J. PEER. (*Ärztl. Centralztg.* Mai 1904.) Verfasser schildert zwei Fälle von schwerer Verbrennung, die mit sehr gutem Erfolge mit Xeroform behandelt wurden. Er rühmt seine starke, epithelbildende Kraft, seine Ungiftigkeit, seine schmerzstillende und austrocknende Wirkung.

A. Strauß-Barmen.

Unguis incarnatus, von TILLAUX. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 18.) Beschreibung der Pathogenese, Diagnose und Therapie des Unguis incarnatus. Neues bringt der Artikel nicht.

Götz-München.

Leukonychia striata arsenicalis transversus, von C. T. ALDRICH-Cleveland. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* April 1904.) Verfasser hat folgende drei Fälle beobachtet:

I. Eine Frau, welche ein Tentamen suicidii mittels Arsenik ausgeführt hatte, zeigte einige Zeit nachher an allen Nägeln der Hände und, weniger deutlich, der Füße halbmondförmige, der Lunula parallel verlaufende, weiße Streifen von etwa $\frac{1}{16}$ Zoll Breite, neben kleinförmiger Abschuppung, Haarausfall und Keratosis der Handteller und Fußsohlen, sowie eine hochgradige Neuritis.

II. Ein Mann mit multipler Neuritis nach selbstmörderischer Arsenikvergiftung zeigte an den Fingernägeln die gleichen weißen Streifen.

III. Ein 29-jähriger Potator, der, wie die beiden ersten Fälle, eine starke Dosis Arsenik genommen hatte, bot die gleichen Streifen an den Fingernägeln, weniger an den Zehennägeln dar. Furchen oder Wülste fehlten stets. Nach der Geschwindigkeit des Wachstums der Nägel zu urteilen, stimmte die Entstehung der Weißfärbung mit der Zeit der Vergiftung genau überein.

Philippi-Bad Salschrief.

Neurotische Entzündungen.

Statistisches vom Herpes zoster, von WALTHER PICK-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 18.) Verfasser hat das meist ambulatorische Material von 262 Fällen von Zoster aus einem Zeitraum von zwölf Jahren statistisch verwertet und folgende Resultate aufgestellt: Der Herpes zoster kommt unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit zumeist epidemisch vor, die Zeit des Auftretens dieser Epidemien schwankt wahrscheinlich unter klimatischen Einflüssen; der Zoster befällt meistens nur das Gebiet eines Ganglion, die Fälle, wo zwei und mehrere Ganglien erkrankt erscheinen, sind jedoch nicht allzu selten, äußerst selten sind jedoch jene Fälle, wo der Zoster im Gebiete distanter Ganglien auftritt; der Zoster folgt stets dem Verlaufe der Nerven. Am häufigsten war der Zoster im Verlaufe der Thorakalnerven, nämlich in 60% aller Fälle, dann folgten die Fälle im Gebiete des Trigemini, der Cervicalnerven, der Lumbal- und der Sacralnerven.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Rezidivierender Zoster, von L. G. HILL-China. (*Brit. med. Journ.* 2. April 1904.) Verfasser berichtet über drei innerhalb von sieben Jahren durchgemachten Zoster-Attacken, welche seine eigene Person betrafen. Die dritte trat im Mai 1903 im Bereiche der Endverzweigungen des ersten und zweiten Astes des zweiten Trigemini auf. Patient fühlte am äußeren rechten Augenwinkel ein wenig Brennen; am nächsten Tage war dasselbe stärker; das Augenlid war geschwollen, rote Streifen

zeigten sich auf der Stirn über den Augenbrauen, unterhalb des Auges und nahe der Nase. Am dritten und vierten Tage war das Auge fest verschlossen, die umgebende Haut heiß, geschwollen und bei der leisesten Berührung äußerst schmerzhaft. Dann kamen einige Bläschen zum Vorschein, welche die Diagnose sicherten. Sie verschwanden langsam unter Hinterlassung von Narben.

Die Chinesen leiden ziemlich häufig an Zoster, wenngleich solche Rezidive, wie im vorliegenden Falle, selten sind.

C. Berliner-Aachen.

Zur Diagnose des Herpes zoster, von FABRE. (*Journ. d. prat.* 1904. Nr. 21, 22.) Bringt absolut nichts Neues; Verfasser beabsichtigt bloß, den praktischen Ärzten die Symptomatologie der Affektion vor Augen zu führen, in Anbetracht der diagnostischen Schwierigkeiten, welche diese Dermatose zuweilen bietet.

C. Müller-Genf.

Akute Exantheme.

Gangrän bei Scharlach, von NETZ-Karlsruhe. (*Ther. Monatsh.* Juli 1904. 18. Jahrg., Heft 7.) Ein 7 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen erkrankte an Scharlach; nach Ablauf der dritten Woche traten auf beiden Oberarmen gangränöse Flecke im Gebiete des Nervus cutaneus brach. medialis auf, ebenso war die ganze rechte Hinterbacke gangränös, es folgten dann der rechte Fußrücken und ebenso Wade und rechter Oberschenkel. Unter Umschlägen mit Wasserstoffsuperoxyd besserte sich der Zustand schnell.

Bernhard Schulze-Kiel.

Scalartina maligna, Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 10.) Kurze Schilderung der bei schweren Scharlachfällen indizierten therapeutischen Maßnahmen. Großes Gewicht legt der Verfasser auf die prophylaktische Desinfektion der Nasen- und Mundschleimhaut.

Göts-München.

Über einen Fall von Scharlach mit Chylurie und Glykosurie, von SAHANNAT. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 13.) Bei einem 16jährigen Mädchen beobachtete S. am vierten Tage nach dem Auftreten eines Scharlachexanthems ein ausgesprochen chylöses Aussehen des Harns, in dem schon bei Beginn der Erkrankung Spuren von Eiweiß gefunden worden waren. Die Kranke erhielt reine Milchdiät, dabei blieb die Beschaffenheit des Urins sieben Wochen lang die gleiche. Die Untersuchung ergab, daß der Harn neben Spuren von Eiweiß Kasein, beträchtliche Mengen von Traubenzucker und sehr viel Fett enthielt. Eine Änderung der Diät in dem Sinne, daß neben Milch auch Fleischbrühe und Eigelb verabreicht wurden, hatte eine langsame Abnahme der Fettmenge im Urin zur Folge. Näheres ist über den Verlauf nicht angegeben; S. konstatiert nur, daß späterhin das Befinden des Mädchens ein sehr gutes war, und daß der Harn sein chylöses Aussehen verlor. Etwa 14 Monate nach dem Beginne der Scharlacherkrankung trat ein langdauernder hysterischer Anfall auf, dem alsbald weitere Anfälle folgten.

Göts-München.

Experimentelle Übertragung von Scharlach und Masern auf Affen, von A. S. GRÜNBAUM-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 9. April 1904.) Die Versuche des Verfassers haben zurzeit noch keine positiven oder einwandfreie Resultate gezeigt. Weitere Untersuchungen, welche jedoch bei dem spärlichen und sehr teuern Material notwendigerweise über Jahre hinauf sich erstrecken werden, sind in Aussicht gestellt.

C. Berliner-Aachen.

Die Diagnose und Prognose der Masern, von VARIOT. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 13.) V. bespricht Diagnose und Differentialdiagnose, Komplikationen und Nachkrankheiten der Morbillen, sowie die Prognose der Spital-Masernfälle. Die Koplikowschen Flecke finden sich nach seinen Beobachtungen nur in 20% der Fälle.

Bei masernkranken Säuglingen sah er manchmal den Exitus infolge von Hyperthermie eintreten. Von seltenen Masernkomplikationen erwähnt er Lungengangrän, apoplektiforme Insulte, Lähmungen, Hemiplagien. Die Prognose der Masern ist in den Pariser Spitälern, dank den verbesserten hygienischen Verhältnissen, eine viel günstigere geworden, als sie es bis vor wenigen Jahren war; die Zahl der Todesfälle ist von ca. 29 % auf 13 % gefallen. Nur die Mortalität der masernkranken Kinder im ersten Lebensjahre ist noch eine sehr hohe: sie beträgt 32—38 %. Zur Behandlung der bei Masernkranken nicht allzu selten entstehenden gangränösen Wunden empfiehlt V. Waschungen mit $\frac{1}{2}$ %iger Lösung von Kaliumpermanganat.

Göts-München.

Das Schleimhautexanthem der Masern, von O. RÜDEL - Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) R. hat bei der letzten Masernepidemie in Erlangen dem Exanthem der Mundschleimhaut besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das Ergebnis seiner Untersuchungen und Beobachtungen bestätigt im wesentlichen die KOPLIKSchen Befunde, ohne Neues zu dem Gegenstande beizubringen.

Göts-München.

Bakteriologische Untersuchungen über Masernconjunctivitis, von ERNST SCHOTTELUS - Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) SCH. hat in 80 Fällen von Masernconjunctivitis — zur Hälfte bei Masernkranken, zur Hälfte bei Masernleichen — bakteriologische Untersuchungen vorgenommen. Das Sekret enthielt in fast allen Fällen Staphylokokken, am häufigsten — in 51 Fällen — *Staphylococcus aureus*, daneben aber auch *Staphylococcus albus* und *citreus*. Außerdem aber fanden sich bei fünf Kranken, bei denen der Krankheitsverlauf ein sehr schwerer war, sowie in der Hälfte aller Masernleichen im Conjunctivalsekret Streptokokken, die zwar in ihrem Wachstum und in ihrem mikroskopischen Verhalten einige Eigentümlichkeiten zeigten, aber doch sicher der Gruppe des *Streptococcus septicus hominis* zugehörten. Endlich wurden in einzelnen Fällen noch Bakterien verschiedener Art angetroffen, die aber als zufälliger Befund zu betrachten sind. SCH. schließt aus dem Ergebnis seiner Untersuchungen, daß „als kombinierender Faktor bei der Masernconjunctivitis — wahrscheinlich auch der Maserninfektion — die Wundinfektionsträger eine nicht unwesentliche Rolle spielen“.

Göts-München.

Variola in Schottland. (*Brit. med. Journ.* 9. April 1904.) Vom 16. bis 31. März kamen in Schottland 264 Pockenerkrankungen vor, welche sich über 15 Distrikte erstrecken; u. a. figuriert Glasgow mit 65, Edinburgh mit 18 Fällen.

C. Berliner-Aachen.

Die Diagnose der Blattern im Stadium des papillären Ausschlags (Preisfrage Nr. 28), von H. REED - Washington. (*New York Journ.* 7. und 14. Mai 1904.) In dem Preisausschreiben, welches das *New York med. Journ. and Philadelphia med. Journ. consolidated* über diese Frage erließ, erhielt REED den ersten Preis im Betrage von 25 Dollars zuerkannt. Als Hauptpunkte zu dieser frühzeitigen Diagnose der Blattern führt er an 1. Beachtung, ob überhaupt eine Epidemie am Orte und irgendwo, wo Patient sich aufgehalten hat, herrscht. 2. Anamnestiche Daten, ob er Blattern gehabt hat oder mit Erfolg geimpft worden ist. 3. Art des Beginns, der Inkubationsperiode (ungefähr zwölf Tage) und der Initialsymptome: hier sind charakteristisch heftiger Schüttelfrost, rasches Ansteigen der Temperatur auf 39,5—40°, starke Schmerzen in den Beinen, Erbrechen und unerträgliche (Stirn-)Kopfschmerzen. 4. Die Eruption tritt am vierten Tage auf, wobei gewöhnlich das Fieber nachläßt, zuerst maculär und wird am selben oder nächsten Tage papulär: die Lokalisation ist ganz charakteristisch zuerst auf der Stirn an der Haarlinie und an den Handgelenken und geht dann auf den übrigen Körper über,

wobei aber im Gesicht und an den Extremitäten der Ausschlag stets am ausgedehntesten bleibt. REED bespricht noch kurz die differentialdiagnostischen Punkte, welche zur Unterscheidung von Masern, Röteln, Schafblättern (oft schwierig bei Beginn derselben), papulösem Syphilid, Acne vulgaris, Typhus und medikamentösen Hauteruptionen in Betracht kommen.

Auch in den anderen Preisarbeiten, welche von ALB. MÜLLER-Philadelphia, J. S. BUMSTEAD-Decatur, WILL. FLIEGENHEIMER-Richmond, BYNGTON-York, MASON-Birmingham, Ala., und EDGAR HOFFMANN-Rochester geliefert wurden, sind besonders der charakteristische Sitz des Initialausschlages (an der Stirne) und die Allgemeinsymptome sowie die Differentialdiagnose hervorgehoben. *Stern-München.*

Über rotes Licht bei Pockenbehandlung, von E. RAHM. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1903. Nr. 7.) R. liefs bei zwei Pockenepidemien, von denen die eine im Jahre 1900, die andere 1903 auftrat, einen grossen Teil der Kranken in eine Pockenbaracke bringen, alle Fenster mit roten Vorhängen verschliessen, alle Lampenlichter mit demselben Stoff beschirmen. Selbst in den sehr schweren, konfluierenden, mit Laryngitis, Delirium komplizierten Fällen trat Genesung ein, und bei diesen Schwerverkrankten waren kaum Spuren von bleibenden Narben nachzuweisen, während spätere Fälle, die im Ort und in ihren abgeschlossenen Wohnungen ohne rotes Licht zur Behandlung kamen, Narben zeigten. *Putsler-Dansig.*

Die Vaccination im Inkubationsstadium der Variola, von W. C. PATERSON. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1904.) Die Beobachtungen des Verfassers haben folgende Tatsachen festgestellt:

1. Die Vaccination nimmt ihren typischen Verlauf bei denen, welche sich im Inkubationsstadium der Pocken befinden.

2. Die Vaccination, unmittelbar nach der vermutlichen Infektion mit dem Pockengift ausgeführt, mildert wohl den Verlauf der Variola, vermag jedoch den Ausbruch derselben nicht zu verhindern.

3. Die Vaccination kann typische Vaccinebläschen produzieren, aber der Inhalt derselben, andern im Inkubationsstadium der Variola befindlichen Personen eingeimpft, ruft keine typischen Vaccinebläschen und auch keine Variola hervor.

Der Verfasser hat an zahlreichen Fällen die Überzeugung gewonnen, dass die Vaccination, zu irgendeiner Zeit im Inkubationsstadium der Variola, jedoch vor Ausbruch des Exanthems, ausgeführt, den Pockenausschlag modifiziert und einen günstigen Verlauf bewirkt. *C. Berliner-Aachen.*

Variola oder Vaccine, von A. BAGINSKI-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Ein Kind, welches fast seit Geburt an ausgebreiteten Ekzemen gelitten hatte, ist eins von zwei Zwillingkindern und bot den typischen Befund eines an Variola Erkrankten. Kopf, Gesicht, Nacken boten mit dick geschwollener, konfluierende Pusteln darstellender Haut einen geradezu erschreckend unförmlichen Anblick. An Schultern, Rücken und Armen sah man typische, mit Dellen versehene, eitergefüllte, einzelstehende Pockenpusteln. Das Kind war wegen seines Ekzems nicht geimpft, während sein Schwesterchen geimpft war und mit ihm in einem Bett schlief, so dass eine Übertragung auf diesem Wege möglich ist, zumal das Kind mit keinem Pockenkranken in Berührung kam. Es würde sich demnach um Vaccine généralisée handeln. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Variola und Vaccination in York (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1904.) In einem Hause der Tower-Strasse erkrankte eine Person an Pocken. Der Patient wurde ins Hospital geschafft. Von neun zurückbleibenden Mitbewohnern des Hauses liessen sich sechs revaccinieren, drei, eine Grossmutter, deren Tochter und Enkelkind, verweigerten die Revaccination. Die beiden letzteren bekamen die Pocken;

das Kind starb. — Im Arbeitshaus zu York wurden drei an Pocken erkrankte Männer ins Pockenhospital geschafft, 21 blieben zurück. Von diesen wurden 20 revacciniert, einer gestattete die Wiederimpfung nicht. Er erkrankte nach fünfzehn Tagen und starb zwei Tage später, nachdem er ins Pockenhospital transportiert worden war. — In einem Logierhaus in Skeldergate wurden drei Pockenranke ins Hospital entfernt, 17 andere Insassen ließen sich impfen, sieben nicht. Von den letzteren erkrankten alle, während die 17 Geimpften von der Infektion frei blieben.

Dafs es trotz solcher eklatanter Beispiele noch Leute gibt, welche die Revaccination verweigern, zeugt von einem seltenen Grade von Indolenz, welcher nur durch gesetzlichen Zwang entgegen gearbeitet werden kann. Durch die bittere Erfahrung, welche nichtgeimpfte Leute während einer Pockenepidemie machen, werden andere wohl eines besseren belehrt, aber der Preis ist zu kostbar, um den solche Lehren akzeptiert werden.

C. Berliner-Aachen.

Bericht über die im Jahre 1903 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von LEONHARD VOIGT - Hamburg. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. XXXVIII. Heft 5/6.) Die zahlreichen über die Impfung erschienenen Schriften sind von Voigt zu Gruppen übersichtlich geordnet. In der ersten Gruppe finden sich die Arbeiten über die Geschichte der Impfung; aus dieser ist hervorzuheben, dafs es in Deutschland im Jahre 1901 375 Pockenfälle gab, davon 54 mit tödlichem Ausgange. Im Jahre 1903 gab es eine kleine Epidemie von 18 Fällen in Strafsburg, in Hamburg drei Gruppenerkrankungen, in Leipzig deren zwei. Bei der Behandlung erwies sich die Anwendung nur roten Lichtes von Nutzen. Aus der Gruppe für Hygiene und Statistik geht für das Jahr 1901 eine geringe Zunahme der Pockenfälle in Deutschland hervor. Im Jahre 1901 starben 54, 1900 49 Personen an den Pocken. Die Erkrankungen kamen fast ausschliesslich im Anschluß an den Fremden- und Grenzverkehr zumeist in der Nähe der russischen Grenze und in den Hafenstädten vor. Von ungeimpft Erkrankten starben 35 %, von zu spät geimpften 23,5 %, von Kranken unbekanntem Impfstandes 29 %, von den geimpften Erkrankten aber nur 6 %, von den wiedergeimpft Erkrankten 5 %.

Es folgen dann der Abschnitt über die staatliche Verwaltung der Impfung, in welchem der Verfügung des preussischen Ministeriums gedacht ist, nach welcher von Rußland kommende Arbeiter sich der Impfung unterziehen müssen, und der Abschnitt über Impftechnik.

„Der Träger des Contagiums der Variola und der Vaccine“ betitelt sich die nächste Gruppe. Eine sehr grofse Zahl von Arbeiten ist unter dem Titel „Die örtlichen und konstitutionellen Erscheinungen der Menschen- und Tierpocken und ihre Beziehungen untereinander“ zusammengefaßt. Hieraus verdient hervorgehoben zu werden, dafs die von L. PFEIFFER - Weimar mitgeteilte Tatsache, dafs sich in der Kaninchenhornhaut nach der Einimpfung der Varicellen keine GUARNIERISCHEN Zellveränderungen bilden, die sich nach der Inokulation der Variola oder Vaccine regelmäßig finden, in Deutschland zuweilen differentialdiagnostisch verwertet worden ist.

Der Bericht schließt mit Abschnitt VII über die Pathologie der Impfung. Nach KÄLBLE sind im Jahre 1900 in Deutschland bei 2/4 Millionen Geimpften zwei oder drei Todesfälle vorgekommen, deren Ursache in nachträglicher Verunreinigung der Impfstelle, die zu einer Zellgewebsentzündung führte, gelegen hat. Was den Einflufs betrifft, den die Impfung auf die Sterblichkeit der Kinder ausübt, so geht aus einer Arbeit VOIGTS fast in jeder Krankheitsgruppe die gröfsere Gefährdung der Ungeimpften hervor. Eine weitere Arbeit VOIGTS berichtet noch über den Umfang der mit der Impfung zusammentreffenden Komplikationen. Er sagt: nur diejenigen Abweichungen des gewöhnlichen Ablaufes des vaccinalen Prozesses, welche nach der

Vorimpfung eines unerwartet kräftig wirkenden oder eines verunreinigten Impfstoffes folgen, werden von der Impfung selbst veranlaßt. Die auf das nachträgliche Eindringen schädlicher Stoffe in die Impfpusteln folgenden Mischkrankungen sind keine eigentlichen Impfschäden. Ganz dasselbe gilt von den meisten Ausschlagskrankheiten, welche im Anschluß an die Impfung zur Beobachtung gelangen; länger dauernde, sich an die Impfung anschließende Ausschläge kommen hier so ungeheuer selten vor, daß die vaccinale Natur derselben zunächst bezweifelt werden darf.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Zwei Fälle von generalisierter Vaccine nach Übertragung der Vaccine auf ein chronisches Gesichtsekzem, von K. KISSLING-Hamburg. (*Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* 1904. Bd. 4. Heft 3.) Verfasser beschreibt zwei Fälle, aus deren Verlauf und einzelnen klinischen Symptomen mit Sicherheit hervorgeht, daß sich die auf das bestehende Gesichtsekzem bzw. Kopfekzem übertragene Vaccine tatsächlich generalisiert hat. Beide Kinder erkrankten zwischen dem achten bis zehnten Tage nach Beginn der Infektionsmöglichkeit damit, daß zunächst das Ekzem sich verschlimmerte. Es tritt eine starke Störung des Allgemeinbefindens ein, Drüenschwellung, hohes Fieber. Am Rande des Ekzems erscheinen Pusteln vom Aussehen der Impfpusteln, die den letzteren charakteristischen Entwicklungsgang nehmen. Bei beiden Kindern besteht Bronchitis, Milztumor, beschleunigte Herzaktion. Mit Abheilung der Vaccineinfektion ist in beiden Fällen auch Abheilung des Ekzems erfolgt, wie es auch schon von anderen Autoren beobachtet wurde. Jedenfalls handelt es sich um generalisierte Vaccine.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über *Vaccinia generalisata*, von SWOBODA-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 17—19.) Diese Bezeichnung gebraucht Verfasser nicht nur für die reine Form, die auf dem Wege der Blutbahn entstandene Eruption, sondern auch für die durch Vaccineverschleppung auf kranke Haut (Ekzem usw.) entstandene Allgemeininfektion von typischen Vaccinepusteln mit überimpfbarem Inhalt. Der hier beschriebene Fall ist wohl geeignet, als ein Beweis gegen den Standpunkt derjenigen Ärzte angeführt zu werden, welche bei der Impfung vorhandene Hauterkrankungen ignorieren oder die Impfung zur Heilung hartnäckiger Ekzeme sogar für erlaubt halten. Das betreffende Kind war bei der Impfung mit einem schuppenden, krustösen, zuweilen nässenden Ekzem behaftet. Unter heftigen Krankheitserscheinungen hatten sich über beide Ohren zahlreiche Impfpusteln mit dem spezifischen Pockengeruch ausgebreitet, und im weiteren Verlauf war es zu einer Zerstörung und zu einem Abfallen beider Ohrmuscheln gekommen. Die Pusteln heilten allmählich unter Narbenbildung ab, entgegen der Angabe *HERPES* und *KAPOSIS*, nach welcher *Vaccinia generalisata* niemals Narben hinterläßt. Die Narbenbildung hängt aber wohl von der Intensität und Dauer des Prozesses ab, welche in dem Maße abnehmen, als der Organismus die Fähigkeit verliert, auf eine Autoinokulation zu reagieren, also mit zunehmender Immunität. Bei Schwierigkeiten der Diagnose einer *Vaccinia generalisata*, bei einer möglichen Verwechslung oder bei Koinzidenz mit Variola oder Varicellen entscheidet mit Sicherheit die Überimpfbarkeit des Pustelinhalts aufs Kalb, denn Variola erzeugt stets Variola, also einen allgemeinen Ausschlag, während dieses bei Vaccine nie der Fall ist und Variocellenimpfungen überhaupt nicht haften. Daß die *Vaccinia generalisata* auf dem Wege der Blutbahn entstehen kann, ist wohl zweifellos, und gerade die ekzemkranken Kinder scheinen zu einer Masseneruption auf diesem Wege disponiert zu sein. Die *Vaccinia generalisata* ist im allgemeinen eine seltene Erscheinung, doch sind zur Verhütung derselben verschiedene Maßnahmen erforderlich:

1. Ausschluß kranker Kinder von der Impfung, auch solcher, welche mit hautkranken Kindern zusammenwohnen.

2. In den Fällen, wo ein hautkrankes Kind geimpft werden muß (z. B. bei Blatterngefahr) soll ein Impfschutzverband, am besten Dr. PAULS Tegminverband, angewendet werden, im übrigen ist ein solcher Schutzverband überflüssig.

3. Verimpfung möglichst kleiner Lymphmengen und baldiges Entfernen des Überschusses durch den Arzt selbst.

4. Einschränkung der Massenimpfung. Das Impfgeschäft sollte nicht von wenigen Ärzten ausgeübt werden, sondern alle Ärzte müßten für das Impfwesen interessiert werden.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Über Impferfolg bei Wiederimpfungen. von E. MEYER-Cöln a. Rh. (*Klin. Jahrbuch*. Bd. XII.) Nach den Bestimmungen des Reichsimpfgesetzes (vom 28. Febr. 1900) genügt für die Annahme einer erfolgreichen Wiederimpfung schon „die Bildung von Knötchen oder Bläschen an den Impfstellen“. Verfasser führt aus, daß diese Fassung zu allgemein gehalten ist, um irgendwelche bestimmtere Anhaltspunkte für die Beurteilung der wirklichen Erfolge und der Qualität der verwendeten Lymphe zu gestatten. Seit drei Jahren hat er in seinen Impflisten durch einfache Zeichen (kleine Kreise, Halbkreise und Punkte) Aufzeichnungen angefertigt über das Vorhandensein von jeweils richtigen Blättern und undeutlicheren Bläschen oder Knötchen, sowie (durch Unterstreichungen mit ein bis vier Strichen) über den Grad der Reaktion. Auf diese Weise hat er ohne große Mühe sich eine Grundlage verschafft für eine viel exaktere Beurteilung des Wertes der verwendeten Lymphe. Sehr bemerkenswert ist die dabei zutage getretene Tatsache, daß unter den Schulkindern nicht weniger als 3—4,88 % in den ersten Lebensjahren überhaupt nicht geimpft worden waren. Es dürfte sich empfehlen, bei Kindern mit besonders schön und typisch entwickelten Impfbläschen auch an anderen Orten diesbezügliche Nachforschungen anzustellen, denn hieraus ersieht man ja, daß die Durchführung des Impfgesetzes keineswegs so lückenlos ist, wie im allgemeinen angenommen wird. *Philippi-Bad Salschlief.*

Das Immuneserum der Kuhpockenlymphe. (Eine orientierende Experimentalstudie), von M. FREYER-Stettin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVI. Nr. 2.) Daß sich im Blute vacciniertes Tiere Schutzstoffe der Vaccine bilden, ist schon seit mehreren Jahren bekannt. Verfasser hat nun diese Verhältnisse durch eine Reihe von Experimenten, die er nicht nur an Kälbern, sondern auch an anderen Tieren, besonders Kaninchen, vornahm, eingehend studiert.

a) Versuche in vitro: 1. Die Prüfung des mit Kälberlymphe gewonnenen Immuneserums auf die Kälberlymphe ergab ein bestimmt positives Resultat, selbst noch bei Verdünnung der Lymphe von 1:500 trat Präzipitation ein. Auch dasjenige Immuneserum, welches mit dem Blut des vaccinierten Kalbes gewonnen wurde, indem dies wiederholt dem Kaninchen injiziert worden war, wirkte auf Kälberlympheverdünnung stark präzipitierend. 2. Prüfung der Einwirkung des mit Menschenlymphe erhaltenen Immuneserums auf Menschenlympheverdünnung. Das Immuneserum der Menschenlymphe wirkte auf die Menschenlympheverdünnung überaus stark präzipitierend. 3. Einwirkung von Kälberlymphe-Immuneserum auf Menschenlympheverdünnung und umgekehrt von Menschenlymphe-Immuneserum auf Kälberlympheverdünnung, in beiden Fällen war die Wirkung eine positive. 4. Das Hautepithelimmuneserum (von der Cutis des lebenden oder eben geschlachteten Kalbes abgekratzt, mit der fünffachen Menge physiologischer Kochsalzlösung zur Emulsion verrieben und dem Kaninchen intraperitoneal injiziert) zeigte keinerlei Einwirkung auf Kälberlympheverdünnung, ebensowenig auf Menschenlympheverdünnung, auf Blutserum des geimpften sowie nicht geimpften Kalbes und auch nicht auf Menschenblutserum.

b) Versuche in vivo: Mischung von Menschenlymphe mit Menschenlymphe-Immuneserum ergibt keine Pustelbildung bei Verimpfung auf das Kalb. Eine Mischung

von Kälberlymphe mit Kälberlymphe-Immuneserum zeigt nach sechs Tagen gute Pockenpusteln; bei einem anderen Kalbe jedoch liefs Kälberlymphe, mit Kälberlymphe-Immuneserum gemischt, in sämtlichen Mischungsverhältnissen es zu keiner Pockenbildung mehr kommen.

Kälberlymphe mit dem mit Serum des vaccinierten Kalbes gewonnenen Immuneserums gemischt, ergibt positives Resultat.

Menschenlymphe mit Kälberlymphe-Immuneserum: vollständiger Pockenausfall.

In einer weiteren Versuchsreihe handelte es sich um die Nachprüfung der von französischen Forschern behaupteten Tatsache, das das Serum des vaccinierten Kalbes erst vom Ende der Borkenabtrocknungsperiode ab Immunkörper besitzt. Es zeigte sich, das das dem vaccinierten Kalbe 7 bzw. 14 Tage nach der Impfung entnommene Blutserum wohl abschwächend auf die zur Impfung benutzte Lymphe, doch nicht stark abtötend gewirkt.

Das vom Kalbe durch wiederholte Lymphinjektion gewonnene Immuneserum erwies sich als ganz erheblich hochwertiger als das Immuneserum des einfach vaccinierten Kalbes.

Durch das Hautepithelimmuneserum wurde die Pockenentwicklung nicht im geringsten beeinträchtigt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Technik der Impfung, von ВОДКА-Köalin. (*Zeitschr. f. ärstl. Fortbildg.* 1904. I. Jahrg. Nr. 6.) Von allen Impfmessern ist dem Platiniridiummesser der Vorzug zu geben, weil dasselbe in fünf Sekunden in der Spiritusflamme rotglühend wird und sich in acht Sekunden abgekühlt hat. Das Operationsfeld wird zweckmäßig mit Alkohol und Äther vorher gereinigt. Für die Güte der Lymphe garantiert zwar die liefernde Anstalt, dem Impfarzt ist jedoch zu empfehlen, das er sich Herkunft und Empfangsseit genau notiert und die Lymphe möglichst frisch verwendet und ohne Zusätze. Von großer Wichtigkeit ist es, die Lymphe beim Impfakt selbst vor Verunreinigung, namentlich Staub, zu schützen. Verfasser hat zu diesem Zweck folgende Vorrichtung angegeben: zwei dicke, runde, genau aufeinander passende Glasplatten haben zwischen sich eine Höhlung, welche gerade groß genug ist, um einige Glaschälchen aufzunehmen. Diese lassen sich mit den Schälchen leicht keimfrei machen und für den Transport durch eine Metallklemme sicher zusammenhalten. Bei der Impfung wird in das oberste Schälchen Lymphe getan und zur Versorgung des Impfinstrumentes jedesmal die obere Glasplatte abgehoben, ein Vorgang, der den Zutritt der Luft auf die kürzeste Zeit beschränkt. Nach Beendigung des Impftermins wird das gebrauchte obere Schälchen mit einer Pinzette entfernt und das zweite steht zur Verfügung.

Diese Glasplatten mit Schälchen, Pinzette, drei Platiniridiummessern und Spiritusflamme werden nach Angaben des Verfassers von der Aktiengesellschaft für Feinmechanik (Tuttlingen) in einem vernickelten Metallkästchen als aseptisches Impfbesteck in den Handel gebracht.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Zur Impftechnik, von EYFF-Nimptsch. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte.* 1904. Nr. 8.) Beschreibung einer vom Verfasser angegebenen Tasche, welche alle Ausrüstungsgegenstände für den Impftermin enthält und es dem Impfarzt in einfacher Weise ermöglicht, die Impfung zu einer aseptischen Operation zu gestalten. Die Tasche ist von G. Haertel-Breslau zu beziehen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Über meine Anschauungen, von JONATHAN HUTCHINSON. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1904. Nr. 87. In Form von Thesen fasst H. seine Ansichten über eine Reihe von Hautkrankheiten und Syphilis zusammen, die durch die verschiedenen Arbeiten des Verfassers dem Dermatologen meist bekannt sind, z. B. das beste Mittel gegen das syphilitische Virus Quecksilber ist, und gern bevorzugt H. die Pillenform und eine chronisch intermittierende Behandlung und setzt den Pillen zur Vermeidung von Darmbeschwerden, wie auch heutzutage wohl die meisten Syphilidologen, Opium zu. Er beginnt die Behandlung, sobald die Diagnose sicher ist. Die Ehe gestattet er frühestens zwei Jahre nach dem Erscheinen des Schankers. Die dritte Generation kann nach H.s Meinung keine Syphilis mehr erben. (Das wird von den meisten Autoren sehr bestritten. Der Ref.) Die Syphilis ist erst 1400 nach Europa gekommen. *Framboesia tropica* ist identisch mit Syphilis, *Molluscum contagiosum* ist eine Art der Scabies. Eine Anzahl von Hautkrankheiten werden durch Insektenstiche hervorgerufen, z. B. *Pruritus urticans*, *Lichen urticatus*, *Purpura urticans*, *Urticaria bullosa*, *Strophulus*. Die Lepra ist heilbar durch hygienische Mafsregeln und bei gänzlicher Enthaltung von Fischnahrung durch äufseren und inneren Gebrauch von Chaulmoograöl. Die Lepra ist eine Form der Tuberkulose und nur bedingt durch Fischnahrung. Alle einzelnen Thesen hier näher auszuführen, würde zu weit führen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das preussische Kultusministerium und die Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. KROMAYER - Berlin. (Herm. Walther, Berlin 1904.) In einer sachlich gehaltenen Broschüre teilt K. die Gründe mit, welche ihn veranlafsten, seine Lehrtätigkeit in Halle aufzugeben, wodurch die Universitäts-poliklinik für Hautkrankheiten in Halle aufhörte, zu existieren. Man muß sagen, daß es im höchsten Grade bedauerlich ist, daß das Kultusministerium nicht die wirklich bescheidenen Wünsche K.s erfüllt hat und dadurch den verdienten Lehrer, der seine Kräfte dem Staat geliehen und keine Mühe und Kosten im Interesse der Sache gescheut hat, zu solchem Schritte zwang. Möge der Fall KROMAYER dazu dienen, das Ministerium zu warnen, da auf diese Weise viele Männer, die es mit ihrer Wissenschaft ernst meinen, gezwungen werden könnten, ebenso zu handeln wie K., was jedenfalls lebhaft zu bedauern wäre. Wir können es aber K. keineswegs verdenken, denn man hat an ihm tatsächlich nicht schön gehandelt, wie aus seiner offenen, sachlichen Schrift deutlich hervorgeht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein einfacher Apparat zur Sterilerhaltung der Injektionsspritze und der Kanülen bei subkutanen Quecksilberkuren, von REINHOLD LEDERMANN - Berlin. (*Dtsch. med. Presse*. 1904. Nr. 17.) L. benutzt zur Aufbewahrung der Spritze und der Kanülen ein kleines Präparatglas, in welchem sich ein Metallgestell befindet, welches durch eine Metallplatte das Gefäß in zwei Teile scheidet. In den unteren Teil kommt flüssiges Paraffin. In der Metallplatte befinden sich an der Peripherie kleine Öffnungen zur Aufbewahrung der Kanülen, so daß die Nadel in die Flüssigkeit taucht, während der Ansatz oberhalb der Platte sich im trockenen Raume befindet. In der Mitte dieser Metallplatte befindet sich eine Aushöhlung, in welche eine kurze Glasröhre eingelassen ist, die zur sterilen Aufbewahrung der Spritze dient und an deren Boden eine Formalinpastille liegt. Auf diese Weise werden Spritze und Kanülen-Ansatz durch Formalindämpfe, die Kanülen selbst durch Paraffin sterilisiert. Für Injektionen löslicher Quecksilbersalze setzt man an Stelle von Paraffin lieber Alkohol absolutus, Karbol oder Lysoformlösung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Dermatotherapeutische und urologische Beobachtungen.

Von

Dr. FRANZ WEITLANER,

vormals Sekundärarzt der dermatologischen Klinik Prof. BILLE in Innsbruck.

Nach der Durchsicht über die zugängliche Mesotanliteratur habe ich mir die Überzeugung geholt, daß das Mesotan zwar wohl bisher gegen die Rheumatismen der Gelenke, Gelenksbänder, Sehenscheiden und Muskulatur, sowie gegen Pleuritis und Nachtschweißse der Phthisiker lohnenswerte Anwendung gefunden hat, doch noch nicht in der hier aufgeführten Weise. Als Antihydrotikum, was ja die äußerliche Anwendung der Salicylsäure überhaupt darstellt, und noch mehr als Desinfiziens und Desodorans verordnete ich das Mesotan gegen die Hyperidrosis pedum. Als bewährte Mittel gegen Fußschweißse gelten bisher mit Recht die Applikation der Diachylonsalbe, die aber ein ziemlich kostspieliges Verfahren darstellt, und das 4%ige Salicylamylum; sehr wenig empfehlenswert sind Alaunstreupulver. Die ätzenden Säuren werden selten angewendet und sind in ihrer Wirkung unsicher. Ich verfüge bis nun über fünf Fälle, wo ich das Mesotan — und zwar speziell in diesem heißen Sommer — sowohl gegen mäßig starken, als auch besonders heftigen Fußschweißse anwenden liefs, und da ich die Fälle einer genauen Kontrolle unterzog, so darf ich mit größter Objektivität wegen folgender Vorzüge seine Verwendung in diesem Sinne warm empfehlen.

Vor allem ist die schweißshemmende Wirkung eine hervorragende, also nicht bloß bei den lästigen Schweißsausbrüchen der Phthisiker und Bronchitiker überhaupt, sondern auch an diesem entfernten Gebiete, den Fußsohlen; dann ist die Desodorisation wohl infolge der Salicyldeinfektion eine eklatante. Zur Anwendung gelangte nur das Mesotanöl (Mesotan ol. olivar. = p.), wovon täglich morgens beim Aufstehen, unmittelbar bevor die Strümpfe angezogen wurden, eine erbsengroße Menge auf jede Fußsohle mit der Hohlhand kurz eingerieben wurde. Dies geschah bis jetzt durch zwei Monate hindurch. Affektionen der Fußsohle oder der übrigen Hautdecke traten in keinem Falle auf, was um so auffallender ist, als un-

mittelbar darauf gegangen wurde, also die Fußsohlen beständig massiert wurden. Dies ist eine Bestätigung der Anschauung **RUHEMANN'S**, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1904, Nr. 25, wo er schreibt: „Ich bin der Meinung, daß die Befolgung dieser Vorschrift (nämlich des Mesotangemisches) allein bereits imstande gewesen wäre, in allen Fällen, wo nicht gerade eine abnorme Reizbarkeit der Haut vorliegt, Entstehung von Erythemen, Ekzemen, Dermatitisiden vermeiden zu lassen.“

Außerordentlich wichtig bei der Anwendung des Mesotanöles ist dessen hervorragende Bequemlichkeit. Mit einem Fläschchen Mesotanöl zu 30 g kommt der Schweifsleidende durch Wochen hindurch aus. Die Behandlung ist deshalb auch eine recht billige, trotz des hohen Mesotanpreises. Das Fläschchen findet am Toilettentisch und noch besser im Nachtkästchen leicht Platz, und die einfache Prozedur jeden oder jeden anderen Morgen ist bald abgetan. Besonders ein Tourist konnte die Bequemlichkeit bei Anerkennung der Wirkung nicht genug hervorheben im Vergleiche zur Salben- und Streupulverapplikation, welche noch dazu „verräterische“ Strümpfe hinterlasse.

Interessant war in einem Falle, daß trotz täglicher Mesotananwendung an den Fußsohlen heftige Rheumatismen in anderen Körpergebieten auftraten, welche erst durch innere Salicylmedikation gedämpft wurden. Dies würde wieder ein Beweis dafür sein, daß man sich bei rheumatischen Erkrankungen nicht ausschliesslich auf die äußere Salicylanwendung beschränken möge, da die Mesotanwirkung mehr in einem Hautreize und Ableitung, als in der Salicylresorptionswirkung besteht. Den Einfluß des Mesotans auf die Haut in der Mesotanölform sieht man an sich nicht, wird aber die betreffende Hautstelle nach einiger Zeit gebadet, so beobachtet man, wie die Haut dort derb, runzelig und wie gegerbt ist. Das hindert aber, wie gesagt, nicht, daß es ein wertvolles¹ Antihydrotikum gegen Fußschweife ist, das man lange Zeit schadlos und bequem gebrauchen kann.

Nun erlaube ich mir, zu einem anderen Kapitel überzugehen, das sind die Haarschuppen und Haarausfall. Dabei ist eigentlich fast immer, wenn auch oft in außerordentlich geringem Grade eine Entzündung aus bakterieller Ursache die Grundlage, und man ist deshalb, nur logisch eigentlich, geneigt, von einem Ekzema seborrhoicum zu sprechen, da die Proliferation und Desquamation entzündliche Teilerscheinungen sind. Gegen Seborrhoea capitis, Seborrhoea sicca, Alopecia pityrodes wenden wir recht günstig den 1%igen Salicylspiritus oder eine weiße Präzipitatsalbe an. Als ein wirklich ausgezeichnetes Mittel habe ich jedoch den offizinellen

¹ Auch der Salit Heyden (ein Beobachtungsfall) ist als Gegenmittel gegen Fußschweife anwendbar, jedoch dem Mesotan anscheinend nicht ebenbürtig.

10 %igen Kampferspiritus kennen gelernt; er ist dem geschätzten Salicylspiritus entschieden noch überlegen. Bei ihm spielt nicht allein seine desinfizierende, sondern auch seine tonisierende Eigenschaft eine Rolle. Der Kampferspiritus ist recht vorteilhaft in eine 200 g Flasche gefüllt mit Parfümspritzkork aus Britanniametall. Diese Vorrichtung gestattet nämlich selbst für Frauen, die Flasche, d. h. die Britanniametallschraube, leicht auf den Haarboden aufzusetzen, womit einerseits die Flüssigkeit, ohne viel an den Haaren zu kleben, direkt auf den Haarboden kommt, anderseits kein Tropfen davon überflüssig und ungewollt vergeudet wird. Man verordne daher immer Britanniametallspritzkork. Die Wirkung ist oft in kürzester Zeit eine ganz eklatante, wie ich es z. B. an zwei Fällen als Sekundärarzt des St. Pöltener Krankenhauses auf meine Verordnung hin zu beobachten Gelegenheit hatte. Der Kampfergeruch, der lästig sein könnte, verschwindet sehr rasch vom Kopfe. So ist die Kampferspiritusflasche, nachdem man dessen vorzügliche Wirkung erprobt hat, ein einfaches aber beständiges Gebrauchsstück des Toilettetisches. Auch bei sekundären Lueseruptionen verwendet man neben der Einreibungskur, welche ich, nebenbei bemerkt, mit je sechs Einreibungstagen, indem ich die Oberschenkel getrennt einreiben lasse, damit das Reinigungsbad immer auf den nämlichen auswählbaren Wochentag falle, ansetze, vorteilhaft zur Kopfhautpflege den 10 %igen Kampferspiritus.

Drittens sei es mir erlaubt, einen kleinen Beitrag zur Strikturenbehandlung der Harnröhre hier zu geben. Wenn jemand sich wegen einer Striktur in Behandlung begibt, so ist sie gewöhnlich schon hochgradig, und der Urin kann nur tropfenweise durch die enge Passage hindurchgepresst werden. Besonders einen Fall, der mir im Sommer 1902 unterkam, als ich an Stelle des beurlaubten Herrn Assistenten als Sekundarius die dermatologische Klinik in Innsbruck vertrat, dürfte in dieser Hinsicht recht instruktiv sein. Ein Patient, P. M., 45 Jahre alt, war schon öfter wegen seiner Harnröhrenstriktur, die an der Pars membranacea urethrae saß, in Behandlung gestanden. Augenblicklich konnte er nur tropfenweise den Urin durchpressen, ein Zustand, der erst seit drei Tagen sich in immer erhöhterem Maße ausgebildet hatte. Nachdem zuerst mit weichen und harten Kathetern vergeblich versucht worden war, nahm ich die Metallbougie Nr. 6 (französisches Maß) und wandte folgendes bimanuelle und, wie auch spätere Fälle bewiesen, recht zweckmäßige Verfahren an. Die Metallbougie wurde wie gewöhnlich eingeführt, bis die Spitze von außen mit der linken Hand nicht mehr kontrolliert werden konnte, also bis sie unter dem hier gewöhnlich gegen den Anus hin ausgiebigen Fettpolster gegen die Pars membranacea umbog. Nun wurde der Zeigefinger der linken Hand entsprechend vaselinert in den Anus eingeführt, und so konnte, während die rechte Hand die Bougie tiefer ein-

zuführen suchte, mit demselben die Bougiespitze genau kontrolliert und dirigiert werden. So wurde auf diese Weise die schwierige Striktur passiert. Auch die nächsten Tage gelang die Einführung über die Striktur nur auf besagte Art. Man kann nämlich mit dem interanal befindlichen Zeigefinger der linken Hand nicht blofs die Sondenspitze und ihren Weg genau beobachten, sondern direkt die Sondenspitze dirigieren und den Spitzenanteil in der Medianlinie vorschieben, also einen Teil der von der rechten Hand zu beschaffenden Arbeit ausführen, welche selbstredend während der ganzen Zeit das Sondenende hält und mithilft.

Da man mit dieser bimanuellen Methode die Bougiespitze bezw. den Metallkatheter bis zum Eintritte in die Pars prostatae beherrschen und auch den lokalfixierten membranösen Harnröhrenanteil gewissermaßen über die eindringende Spitze herüberziehen kann, so ist sie auch bei Prostatikern vorzüglich und erprobt. Übrigens wird jeder Praktiker von selbst auf sie verfallen. Nun stellte sich aber in unserem Falle bei dreimaligem Bougieren, wobei kein Fortschritt in der Sondendicke zu verzeichnen war, jedesmal heftiges Harnfieber ein, so dafs die Sondierungen für weitere drei Tage gänzlich wegblieben und während derselben dreimal täglich 0,5 Urotropin gereicht wurde. Der Urin, in welchem sich neben Eiterzellen viele Phosphate befanden, wurde daraufhin klar, ging auffallend leichter, und am vierten Tage konnte man sofort Bougie Nr. 14 einführen. Es zeigte sich aufer dieser auffallenden Erscheinung aber noch ferner, dafs bei fortgesetztem Urotropingebrauch kein Harnfieber mehr auftrat und die Sondierung glücklich zu Ende geführt werden konnte. Indem ich nebenbei allgemein anführe, dafs das Urotropin SOHRING schlechtweg dem Neurotropin und dem Helmitol entschieden praktisch vorzuziehenswert erscheint, so dürfte dieser Fall allein schon ermuntern, das Urotropin bei jeder exazerbierten Striktur, welche in diesem Stadium fast immer aus einer narbigen mehr einer entzündlichen besteht, und bei jeder Sonden- oder Katheterbehandlung, wo sich Harnfieber zeigt, prophylaktisch und aktuell anzuwenden. Das Urotropin darf zu unseren schätzenswertesten Arzneimitteln gerechnet werden. Es bewährt sich nicht allein bei Cystitis und den hier beschriebenen Fällen, sondern ebenso bei Lumbago in Verbindung mit äufserlicher Kampferchloroformvasogenanwendung, beim schmerzhaften Gürtelgefühl der Tabiker und bei spinaler Neurasthenie, hinter welcher sich oft eine Phosphaturie verbirgt. Die Phosphaturie ist, wie allgemein bekannt, die spezielle Urotropindomäne.

Aus der Praxis.

Drei Fälle von Pruritus nach Tabakgenuss.

Von

Dr. BOTTSTEIN-Hamburg.

Während die französischen Autoren schon lange bei allen Fällen von Pruritus den Tabakgenuss verbieten, finden wir in den meisten deutschen Lehrbüchern den *Abusus tabaci* entweder gar nicht oder höchstens nebenbei als ursächliches Moment beim Pruritus erwähnt. Drei Fälle, die ich im Laufe der letzten Jahre zu sehen Gelegenheit hatte, waren in bezug auf die Ätiologie so deutlich, daß sie, meiner Ansicht nach, eine Veröffentlichung verdienen.

Im März vorigen Jahres kam ein Postbeamter H. B. zu mir und klagte über ständig in den Abendstunden auftretendes Jucken der Augenbrauengegend. Außer frischen Kratzeffekten liefs sich nichts Krankhaftes nachweisen. Patient war Antialkoholiker und auch in seiner Nahrung sehr mäßig; es blieb nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten nur der Tabakgenuss übrig. Er rauchte stets abends nach der Arbeit ein bis drei Pfeifen (kurze Holzpfeife mit feinem Tabak). Nachdem ihm geraten worden war, das Rauchen längere Zeit einzustellen, verschwand das Jucken. Im Sommer, während seiner Urlaubszeit, fing er wieder an und kehrte aus den Ferien mit einem starken Pruritus der Augenbrauengegend heim, der wieder bald nach Aussetzen verschwand.

Ein Herr A. T., früher leidenschaftlicher Raucher, hatte wegen eines Magenleidens längere Zeit in einer Privatklinik gelegen. Sobald er entlassen war, fing er wieder an zu rauchen, und zwar Zigaretten sowohl als auch kurze Pfeife. Schon zwei Tage nach dem ersten Versuche stellte sich intensives Jucken des ganzen Körpers ein, das beständig zunahm und dem schon nervösen Menschen die Nachtruhe raubte. Patient erinnerte sich, auch schon früher, nach besonders reichlichem Tabakgenuss, Juckreiz empfunden zu haben. Objektiv liefs sich auch hier, außer Kratzeffekten, nichts nachweisen und auch in diesem Falle trat fast sofortige Besserung ein, nachdem der Patient von seiner Gewohnheit abliefs. Nach jedem neuen Versuch trat wieder Juckreiz auf. Interessant war, daß die Reizung, die nach Zigarrengenuss auftrat, nie so stark war als nach Zigaretten und speziell nach der kurzen Pfeife.

Der dritte Patient, ein Herr A. B., fragte gleich bei der ersten Konsultation, ob wohl das starke Jucken, das er im Gebiet der Oberschenkel, der Analgegend und des Skrotums fühle, mit dem Rauchen in Verbindung stehen könne. Er habe sich aus Sparsamkeitsrücksichten das Pfeifenrauchen angewöhnt, und während er früher nach Zigarren nie etwas gefühlt habe, merke er jetzt jedesmal 12—24 Stunden später ein intensives Jucken, das von selbst verschwinde, sobald er das Rauchen aufgebe. Da keine Hämorrhoiden bestanden, auch keine Prostata- oder Darm-erkrankung vorlag, die das Jucken in der Analgegend hätte erklären können, so bleibt auch in diesem Falle nur der Tabakgenuss als ätiologisches Moment übrig.

Wenn wir nun auch, wie LEISTIKOW ganz richtig zeigt, nicht so weit gehen brauchen wie die Franzosen (besonders BROcq und BESNIER), die in jedem Falle von Pruritus alle Speisen, die leicht Gärung verursachen, außerdem die Gewürze, Alkohol in jeder Form, Tee, Kaffee und Tabak verbieten, so ist es doch oft nur durch eine in jeder Beziehung strenge Diät möglich, den richtigen Pruritus erregenden Faktor zu finden. Jedenfalls zeigen die drei Fälle, daß mancher Fall von Pruritus, der leicht einfach als Neurose angesehen wird, durch den Abusus tabaci erklärt werden kann.

Versammlungen.

Aus den Verhandlungen der Dermatologischen Sektion der Naturforscher-Versammlung in Breslau; 19.—21. September 1904.

Bericht von Dr. Hoff, Arzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Die dermatologische Sektion der diesjährigen Naturforscherversammlung dürfte wohl mit diejenige gewesen sein, bei welcher am wenigsten Vorträge gehalten, jedoch am meisten demonstriert, gesehen und untersucht wurde. NEISSER-Breslau hatte für die drei Verhandlungstage das reiche Material seiner Klinik herangezogen und systematisch in den Dienst der Erörterungen gestellt. Was für ein reiches wissenschaftliches Leben auf der Breslauer Hautklinik herrscht, und wie jeder verwertbare Fall zur wissenschaftlichen Analyse ausgenützt wird, konnte man in diesen Tagen so recht sehen. Auch die gesamte Anordnung der Besichtigungen in den Krankensälen, der Projektionen im schnell zu verdunkelnden Auditorium, der Debatten gelegentlich der Krankenvorstellungen, die Kürze der einzelnen Aussprachen und die Präzision, mit welcher die einzelnen Gegenstände der Tagesordnung aufeinander folgten, verriet NEISSERS Geschick und Meisterhand. Da der Schwerpunkt der Verhandlungen in Krankendemonstrationen und deren Besprechung lag, wird sich der vorliegende Bericht auf die wenigen Vorträge, die gehalten wurden, beschränken dürfen. Im übrigen sei auf den später erschienenen offiziellen Bericht verwiesen.

HALLOPEAU-Paris, der in Gemeinschaft mit BARTHÉLEMY und einigen französischen Kollegen den Abstecher von Berlin nach Breslau unternommen hatte, berichtete über

die **Spezifität in der Dermatologie**. Er kam zu dem Schlusse, daß jede krankmachende Ursache eine ihr eigentümliche Reaktion hervorruft, also spezifisch ist. Spezifisch nennt er die Agentien, welche im Organismus Reaktionen hervorrufen, die für sie charakteristisch sind, sowie jene Reaktionen selber. Diese Reaktionen können je nach der Idiosynkrasie des betreffenden Individuums variieren. Hierdurch wird wiederum ein spezifisches Charakteristikum geschaffen. Jede Hauterscheinung trägt den Stempel der Noxe, welche sie hervorgerufen hat, ist infolgedessen spezifisch. Zwischen den einzelnen Krankheitsarten gibt es nur eine beschränkte Zahl von Übergängen und Zwischenstufen. — Eine ausführlichere Berichterstattung über den im *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* erschienenen Vortrag wird an anderer Stelle erfolgen.

GLÜCK-Serajevo hielt einen recht anregenden Vortrag über die **erworbene Syphilis der Kinder**. Vom 1. Juli 1894 bis Ende Juli 1904 war er in der Lage, 215 nicht über 14 Jahre alte Kinder mit akquirierter Lues zu sehen. Meist handelte es sich um extragenitale Primäraffekte. 28 mal waren dieselben an der Lippenschleimhaut (besonders der Unterlippe) zu beobachten, ferner in Mundhöhle, an Zunge und Mandeln. Nur dreimal war eine genitale Primäraffektion vorhanden. In der Form der wirklichen Sklerose trat dieselbe nur in sechs Fällen auf, sonst in der Form derber borkiger oder nässender Papeln. Drüenschwellungen bestanden in ausgesprochenem Mafse. Die Leistendrüsen standen hierbei relativ im Hintergrund; dafür sah GLÜCK viel indurierte Kieferwinkeldrüsen. Bei 32% der Kranken, nämlich 67 Kindern, traten spezifische Exantheme auf, und zwar meist in schwereren Formen — 9 mal makulöser, 5 mal papulo-makulöser, 9 mal papulöser, 6 mal pustulöser und 17 mal orbikulär-kleinpapulöser Anschlagstypus. Außer in sechs Fällen waren die primären Papeln stets multipel. Besonders häufig lokalisierten sich die Papeln in der Mund- und Rachenhöhle — 184 mal an den Lippen, 147 mal auf den Mandeln, 181 mal an der Zunge und 62 mal an den Gaumenbögen; in 14 Fällen bestanden die beim Erwachsenen seltenen Papeln der Nasenschleimhaut. Der Larynx war sehr häufig syphilitisch affiziert; von der einfachen Laryngitis bis zur tiefgehendsten Läsion waren alle Formen zu beobachten. Selten waren die sogenannte Psoriasis palmaris und plantaris, Knochen-schmerzen und Haarausfall zu sehen. Die Prognose der akquirierten Syphilis des Kindesalters ist günstig zu nennen, und schon milde Kuren führen zum Ziele. Rezidive waren allerdings häufig, oft in einem Jahre zwei bis drei Rückfälle. Doch wandelt sich diese Neigung schon im dritten Jahre der Krankheit um. Tertiäre Symptome werden durch spezifische Behandlung verhindert.

v. DÜRING-Kiel sah in Deutschland bisher nur relativ wenig Fälle. Bei denselben war so recht deutlich zu sehen, welche Unterschiede in der Entwicklung eine Krankheit wie die Lues in den verschiedenen Zonen und Klimaten aufweist. Im Orient sind häufig in solchen Fällen Gelenkaffektionen zu sehen, dort bilden auch die kondylo-matösen Luesprozesse des Mundes förmliche aus dem Halse herausragende nässende stinkende Tumoren. In drei Fällen, die er hier beobachtete, sah v. DÜRING die Benignität des klinischen Bildes dieser Mundpapeln.

CHOTZEN-Breslau wünschte, daß Kinder mit Syphilis von Gesetzes wegen Aufnahme in Spitäler finden.

SCHÄFFER-Breslau besprach die **Einwirkung von Alkoholverbänden, Eiskompressen, Eisblase, feuchten und PLEISSWITZ- sowie heißen Umschlägen auf Entzündungsprozesse** und demonstrierte in sehr gelungenen Projektionsbildern diese verschiedenen Wirkungen. Am meisten antiphlogistisch wirken danach die heißen Umschläge.

HOLZKNECHT-Wien besprach das **System der Strahlungs-therapie**. Die sechs

Elementarstrahlungen und die zahlreichen praktischen Strahlungsquellen wurden in Kürze von den in Frage kommenden Gesichtspunkten — physikalische Eigenschaften, künstliche und eventuelle natürliche Transformation, Art des Gewebes, Verteilung im Gewebe, Organ- und Allgemeinwirkung, Empfindlichkeit der Zellgattungen, Verteilung der Reaktion, praktische Applikabilität und therapeutische Erfahrung — abgehandelt. Betreffs der unsichtbaren Strahlungen (ultraviolette, Kathodenstrahlen, Radiumstrahlen, Röntgenstrahlen) wurde mit GOLDSTEIN angenommen, daß die letzten drei Arten in ultraviolette umgewandelt werden und so die Wirkungen auf das Gewebe ausüben. Für die sichtbaren Farb- und Wärmestrahlen bestehe kein Grund zur Annahme einer solchen Transformation. Hinsichtlich der biologischen Einwirkungen beträfe die chemische Schädigung alle tierischen und pflanzlichen Zellen im Gewebe, die einen mehr, die anderen weniger. Das lymphoide Gewebe, so führte HOLZKNECHT weiter aus, ist am stärksten, dagegen das Knochengewebe am wenigsten durch Empfindlichkeit ausgezeichnet. Junges Gewebe stellt sich als empfänglicher heraus als altes. Die pathologischen Abkömmlinge sind ferner empfindlicher als die normalen Zellen des Organismus. Die multiple bessernde und heilende Wirkung der Strahlungen beruht darauf, daß viele pathologische Gewebe empfindlicher sind als die neben ihnen und über ihnen gelegenen normalen Gewebslagen-Theorie der relativen Elekion.

ROSENTHAL-München sprach darauf gegen HOLZKNECHTS Theorie von der Umwandlung der unsichtbaren Strahlen in ultraviolette.

BAERMANN-Breslau kommt zu dem Schlusse, daß durch die Röntgenstrahlen besonders die Gefäße stark affiziert werden, während HOLZKNECHT glaubt, daß die Wirkung der X-Strahlen auf die Epithelien jene auf die Gefäße bedeutend überwiegt.

ROSENTHAL-München ist es gelungen, eine neue Röntgenröhre zu konstruieren. In dieselbe sind Metallstücken eingelassen, welche beim Einleiten des Strahlungsprozesses Luft abgeben. Durch die Tätigkeit der eingeschalteten Nebenkathode erzielt man eine gewollte Herabsetzung des Vakuums der Röhre.

ASCHKINAS-Berlin verbreitete sich über die bakterientötende Kraft der Radiumverbindungen.

STREBEL-München berichtete über Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen. Nachdem er seit mehreren Jahren die therapeutische Wirkung des Eisenlichtes, des Induktionsfunkenlichtes, der Funken des Extrastromes, der stillen Entladungen eines Hochspannungskondensators und des im luftleeren Raume erscheinenden Glimmlichtes untersucht hatte, zog er auch die Kathodenstrahlen in den Kreis seiner Betrachtungen. Es war zu erwarten und hat sich auch bestätigt, daß denselben eine gewisse Wirkung, zumal Tiefenwirkung innewohnt. Die Untersuchungen gestalteten sich recht schwierig, da sich aus äußeren Gründen der Anschluß des Kathodenrohres an eine Quecksilberluftpumpe nötig machte. Zuerst probierte STREBEL mit dem von DES COUDRES angegebenen Kathodenrohr, versuchte jedoch später, wegen der für therapeutische Zwecke zu geringen Energie dieses Rohres, einen neuen Rohrtypus herzustellen. Er erweiterte dessen Fenster von 1 auf 4 mm, verwendete auch ein dünneres und haltbareres Aluminiumblech und vermochte mit diesem Apparat noch auf 80 cm Entfernung ein deutliches Knochenbild der Hand auf dem Schirm zu erhalten. Ob bei den von DONLE angestellten Untersuchungen auch Röntgenstrahlen mit im Spiele sind, bedürfen noch des Abschlusses. Das ist aber eine Cura posterior. Für den Arzt ist von Wichtigkeit zu wissen, daß das durch ein Aluminiumfenster erhältliche Kathodenstrahlengemisch eine mit der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen vergleichbare Energie aufzuweisen hat. Schließlich konnte STREBEL ein von der Quecksilberluftpumpe unabhängiges luftdichtes Rohr konstruieren, das sich vielleicht bald noch brauchbarer wird gestalten lassen. Die

Wirkung der Kathodenstrahlen hängt, wie es das KIRNBÖCK-HOLZKNECHTSche Gesetz für Röntgen- und Radiumstrahlen besagt, von der Größe der absorbierten Energie ab. Je größer die aufgewendete Energie und je länger die Expositionsdauer ist, desto früher zeigt das tierische Gewebe entzündliche Reaktionen. Die Kathodenstrahlen sind sehr weiche Strahlen. An der Luft zerstreuen sich die aus dem Fenster tretenden Strahlen stark, was man therapeutisch insofern verwerten kann, als man mit ihnen größere Bestrahlungsflächen gewinnt, als sie das Radium gestattet. Auch gegenüber den Röntgenstrahlen bildet dieser Umstand einen Vorzug, besonders wenn dieselben in Körperhöhlen eingeleitet werden sollen. Das Kathodenrohr läßt sich so konstruieren, daß es z. B. auch für Vagina und Mastdarm die Anwendung der Strahlen gestattet. Durch Magneten lassen sich seitliche Ablenkungen derselben, also seitliche Bestrahlungen erzielen. Die Reaktionen der Haut fangen vom bald spurlos schwindenden Erythem an und können über das Resultat der Epidermisabstoßung und Blasenbildung bis zur Ulceration gesteigert werden. Teleangiectasien folgen den Kathodenstrahlen nach STREBELS bisherigen Beobachtungen nicht. Die innerhalb der Grenzen einer solchen Dermatitis gelegenen Haare fallen aus, ohne daß sie nachwachsen. Therapeutisch stehen die Kathodenstrahlen den Radiumstrahlen näher als den Röntgenstrahlen.

STREBELS Versuche erstreckten sich bisher, der Schwierigkeit der technischen Anwendung der Kathodenstrahlen wegen, nur auf zwei Cancroide und eine Reihe von Lupusfällen. Eine Bestrahlung von 8—10 Minuten erzeugte schon eine mäßige Reaktion mit konsekutiver Resorption des krankhaften Infiltrationsprozesses. Nachdem GOLSTEN eine farbenverändernde Wirkung der Kathodenstrahlen für manche Salze nachgewiesen hat, so wird man wohl auch mit einem nach HOLZKNECHTS Chromoradiometer aufgebauten Verfahren diese neuen Strahlen zu dosieren lernen. STREBEL möchte die Kathodenstrahlen als Ersatz für das schwer erhältliche Radium betrachten.

Ferner berichtete STREBEL über ein neues Verfahren der Kaustik, die **Photokaustik**. Man sammelt mittels eines Hohlspiegels die Wärmestrahlen des elektrischen Voltabogens und läßt diese langwelligen Strahlen des Spektrums auf die krankhafte zu kauterisierende Hautstelle fallen. Während die Wirkung des Glüheisens und anderer Kauteren infolge Schorfbildung oder Blutung im Gewebe sehr bedeutend abgeschwächt wird, da das verkohlte Gewebe die Hitzewirkung stark aufhält, woraus sich die Rezidive nach Kauterisation von Lupus und Carcinomen erklären, fällt dieser Übelstand hier weg. Die Hitzequelle liegt bei jenen Methoden im Brennkörper selbst, was ein falsches Prinzip darstellt. Zwar ist die HOLLÄNDERsche Heißlufttherapie von diesem Fehler frei, aber sie vermag doch Lupusrezidive nicht zu verhindern. Die Photokaustik dagegen ätzt in die Tiefe mit bestem kosmetischen Effekt. STREBEL verwendet sie als Ergänzung in der Therapie des Lupus nach FINSEN. Hierdurch wird letztere Behandlung nicht unwesentlich abgekürzt. Man kann die Photokaustik auch in der Sprechstunde anwenden und bedarf dabei keiner Narkose. Zur Abkühlung der Haut dient ein von STREBEL angegebenes Kompressorium, das mit der Wasserleitung verbunden wird. Es zeigt eine zentrale Öffnung, welche auf die zu behandelnde Hautstelle aufgelegt wird. In drei Fällen von hartnäckigen Röntgengeschwüren, die allen Heilungsversuchen trotzten, erzielte der Vortragende binnen kurzer Zeit völlige Heilung. Zuerst verwandelte er durch photokaustische Bestrahlungen die Röntgenulcera in wirkliche Verbrennungen, worauf nach vier bis fünf Wochen gute Überhäutung der wunden Flächen erfolgte. Auch die Schmerzen waren sogleich nach der Photokauterisation geschwunden. Eine Umgrenzung und Überstreichung der Brandflächen ersten und zweiten Grades mit dem galvanokaustischen Flachbrenner liefs STREBEL der eigentlichen Operation folgen.

Zum Schluss berichtete der gleiche Vortragende noch über die **Glimmlichtbehandlung des Trippers**. Er konstruierte ein Bergkristallrohr in das zwei Aluminiumdrähte eingelassen sind. Wird der Raum luftleer gemacht, so läßt sich das Vakuum zum Leuchten bringen, es ist dies das sogenannte Glimmlicht, dessen Stärke von Stromstärke und Größe des Funkeninduktors abhängt. Dies Licht strahlt ziemlich viel ultraviolette Strahlen aus. Die Umgebung des Rohres beginnt bald nach dem Beginn des Glimmens nach Ozon zu riechen, was auf Ionisierung der Luft durch jene Strahlen beruht. Dieselben wirken auf der Schleimhaut keimwidrig und entzündungserregend, photochemisch. In der Harnröhre bleibt der möglichst weit eingeführte Tubus mit Glimmlicht $\frac{1}{2}$ —1 Stunde liegen, was der Kranke nicht als Schmerz empfindet. Sechs Stunden darauf treten die ersten Reaktionen ein, die sich bis zu 24 und 36 Stunden steigern — Schwellung, Rötung, Schmerz bei der Miktion. Ist diese Entzündung nach einigen Tagen verschwunden, so ist zu entscheiden, ob eine Wiederholung der Behandlung mit Glimmlicht nötig ist. Durch wiederholte Bestrahlungen dieser Art schwinden chronische Infiltrationen, wie die endoskopische Beobachtung ergibt. Nur dürfen es nicht sehr tiefe Infiltrate sein. In große Tiefe dringen die Ultraviolettstrahlen nicht ein. Gebogene Glimmlichtstrahlen lassen sich bis heute leider noch nicht darstellen. Für akute Prozesse ist die Glimmlichtbehandlung des Trippers nicht angezeigt. Das erste entzündliche Stadium ist jedenfalls abzuwarten, ehe man mit dieser Therapie beginnen darf. Nach Ablauf der durch Glimmlicht entstandenen Reaktion erfolgt in der Harnröhre eine glatte Epithelialisierung, und Strikturenbildungen sind nicht zu erwarten. Die Reaktionen, welche auf spätere Bestrahlungen folgen, erreichen nie die Stärke der ersten.

SELHORST-Haag berichtete über seine Erfolge in der **Therapie hartnäckiger Harnröhrenstrikturen mit der elektrolytischen Nadel**.

LÖWENHARDT-Breslau stellte einen Mann vor mit **kongenitalen Strikturen und Tripper**. Infolge der blennorrhoidischen Entzündungen war die ganze Harnröhre derartig verengt, daß keine Miktion mehr möglich war. Vortragender mußte infolgedessen zur Sectio alta schreiten.

RÖHRIG-Wildungen referierte über die **BOTTINISCHE Operation bei Prostat hypertrophie**.

D. BULLLEY-New York betonte die Wichtigkeit des Stoffwechsels in der Dermatologie und vermißte in der Therapie der deutschen dermatologischen Schule die Rücksicht darauf. So mancher Fall von Urticaria perstans oder anderen chronischen Dermatosen weiche, wenn der Gehalt des Blutes und Urins an festen Stoffen systematisch herabgesetzt werde. (Cf. Referat des Berliner Dermatologenkongresses.)

GALEWSKY-Dresden sprach über **Eucalyptus-Dermatitis**. Er berichtete über einen Fall von akuter Hautentzündung nach Einreibung mit Eucalyptusöl und einen Fall von Eucalyptus-Dermatitis, hervorgerufen durch die Anwesenheit von Eucalyptuszweigen im Zimmer — also analog den Vorgängen bei der Primula obconica-Dermatitis. Eine Patientin erkrankte jedesmal nach ihrer Rückkehr in die Wohnung an einer urticariaähnlichen Hautentzündung, die zur Abheilung kam, sobald sie verreiste. Das Dienstmädchen, welches an die Schädigung durch die Eucalyptuspflanze nicht recht glauben wollte, rieb sich versuchs halber mit Eucalyptusblättern die Haut ein. Sie erkrankte in kurzer Zeit an den gleichen Hauterscheinungen wie ihre Herrin. Scheinbar gibt es also außer der Primula obconica noch andere Pflanzen, die Reizungen der Haut auszuüben imstande sind.

HOPF-Dresden teilte daran anknüpfend einen Fall eines Gärtners aus seiner Behandlung mit, der an **artefizieller Dermatitis durch Tomatenkraut** litt. Sobald der im übrigen neurasthenische Kranke sich mit dem Umpflanzen von Tomaten oder

sonst mit diesen Früchten und ihren Blättern beschäftigte, trat eine teils ekzematöse, teils quaddelähnliche Reizung der Haut auf, die sich wie bei der Primeldermatitis auf die Hände und konsekutiv auf die Wangen und den Hals erstreckte. Die gleichen Erscheinungen pflegten nach Angabe des Kranken aufzutreten, wenn der Kranke mit dem auf der unteren Seite mit feinsten Härchen besetzten Gurkenkraut hantiert hat.

Ferner berichtete GALWSKY über **Formalin-Onychien**. Er hatte Gelegenheit, vier sichere und einen zweifelhaften Fall dieser Affektion zu sehen. Sie betrafen Anatomiedienere, Ärzte und Personen, die viel mit Formaldehyd zu hantieren hatten, und zwar längere Zeit mit 4—10%igen Lösungen. Die Erkrankung begann stets mit einer bräunlichen, scharf abgegrenzten Verfärbung der Nägel, wozu Rissigwerden der Nagelränder, Abbröckeln der Nägel und Auftreten kleiner Vertiefungen und Risse in der Nagelsubstanz hinzutraten. In den schweren Fällen wurden sogar Zerstörungen bis aufs Nagelbett, Erweichungen der Nägel, besenartige Auffaserung der Substanz sowie entzündliche Erscheinungen am Nagelfalz beobachtet. In zwei Fällen waren die Nagelveränderungen mit monatelang dauernden Hautentzündungen an den Fingern und Händen vergesellschaftet. Vortragender demonstrierte einige Wachsbilder der Krankheit in ihren verschiedenen Stadien.

CARL ALEXANDER - Breslau berichtete über eine neue Hilfsmethode zur **Diagnostik und Behandlung des Trippers**. Die Entscheidung der Frage, wann wir einen Tripper als ausgeheilt zu betrachten haben, ist auch heute noch sehr schwierig. Wir wissen, daß selbst wiederholte Untersuchungen mit negativem Gonokokkenbefunde keine Sicherheit bieten, und NEISSER selbst hat schon vor Jahren betont, daß negative Befunde vorsichtig zu deuten sind, weil die Infektionsträger in der Tiefe der Gewebe oder in Lakunen und Einstülpungen verborgen sitzen können, während die oberflächlichen Sekrete, die wir untersuchen, gonokokkenfrei sind.

Die Methoden, deren man sich bisher bediente, um verborgene Gonokokken mikroskopischer Untersuchung zugänglich zu machen, halten ernster Kritik nicht Stand. Die chemische provokatorische Reizung schafft eine neue Entzündung, neue Eiterung, günstigen Nährboden für die Gonokokken und durch Vermehrung derselben eine neue Krankheit mit der Möglichkeit von Komplikationen, was für den Patienten nicht gleichgültig sein kann, besonders auch bei Frauen, wo die Folgen einer solchen Reizung bei der aufsteigenden Tendenz derartiger Prozesse unkontrollierbar sind. Zudem kann die durch die Reizung bedingte Schwellung der Schleimhautoberfläche manche Einbuchtungen tunnelartig überbrücken und so die darin befindlichen Gonokokken festhalten. Die Expression mittels eingeführter Knopfsonde oder Massage auf der Bougie kann zu Follikulitiden führen. Eventuell können alle diese Prozeduren Drüsenöffnungen verschließen oder die Tripperkeime in Öffnungen oder überhaupt tiefer ins Gewebe drücken. Auch die WINKLERSche Aspirationsmethode erfüllt nicht alle Anforderungen, die man verlangen muß. ALEXANDER gibt darum eine neue Methode zur Entfernung der Keime aus den Falten und Krypten an. Sie stützt sich auf die Eigenschaft des Wasserstoffsperoxyds, beim Zusammentreffen mit Blut, Schleim, Eiter, Bakterien, Fibrin und dergleichen zu katalysieren. Es erfolgt dabei eine Gasentwicklung und Schaumbildung. Injiziert man nun eine Lösung dieses Präparats in die Urethra, so erfolgt je nach der Stärke des Krankheitsprozesses eine verschiedene starke Schaumbildung. Der aus der vorderen Harnröhrenmündung quellende Schaum läßt sich auf den Objektträger bringen und untersuchen. Die Schaumschicht ist wie jedes andere Tripperpräparat zu behandeln und nach GRAM oder mit Methylenblau zu färben. Man findet dann neben Zellen zuweilen noch Tripperkeime, wenn alle anderen Untersuchungsmethoden negative Befunde ergeben haben. Anders als bei den chemischen Provokationsmethoden braucht man

hier keine neue Entzündung abzuwarten, sondern kann die Diagnose sofort stellen. — Bestimmte Anhaltspunkte über die Konzentration der anzuwendenden H_2O_2 -Lösung lassen sich nicht geben, weil diese bei älteren Prozessen mit spärlicher Schleim- oder Eiterbildung und geringem Bakteriengehalt stärker zu wählen ist und weil die H_2O_2 -Lösung bei längerem Stehen schwächer in ihrer Wirkung wird. Der letztgenannte Übelstand wird allerdings durch das MERCKSCHE Präparat, welches hochprozentig und sehr rein ist und sich weit besser hält, vermieden oder wenigstens eingeschränkt. Man läßt die zu benutzende 1%ige Lösung erst einige Zeit wirken, ehe man den Schaum mikroskopisch untersucht. Die Menge der zu injizierenden Flüssigkeit hängt vom Fassungsvermögen der Harnröhre ab. Man spritzt so viel ein, daß kein schmerzhaftes Spannungsgefühl auftritt. Es ist auch in Betracht zu ziehen die Gasentwicklung, die ja die Spannung erhöht; ein Vorzug, weil so die Falten der Harnröhre ausgeglichen werden. — Aus den angegebenen Tatsachen folgert, daß die Methode auch therapeutisch brauchbar ist, aber nur als Hilfsmethode. Die H_2O_2 -Menge, welche in der Urethra verbleibt, ist zu gering, um gonokokkentötend wirken zu können, um so mehr, als die vorhandenen Tropfen bald zersetzt werden und nur Wasser übrig bleibt. Aber sehr zweckmäßig ist sie, weil sie die Gonokokken aus ihren Schlupfwinkeln, wo sie sonst durch Spülmittel nicht erreicht werden, herausholt auf die Oberfläche bezw. in das Lumen der Urethra und so der Wirkung der darauffolgenden Spülungen mit gonokokkoziden Mitteln (Kal. permang. Ichthargan, usw.) zugänglich macht. Die bisherigen Erfahrungen lassen jedenfalls die Forderung einer Nachprüfung dieser Methode als berechtigt erscheinen. Eine ausführliche Arbeit wird ALEXANDER in der nächsten Zeit erscheinen lassen.

**72. Jahresversammlung der British Medical Association,
abgehalten zu Oxford am 27., 28. und 29. Juli 1904.**

(*Brit. Journ. of Derm.* Bd. 16. Oktober 1904.)

Dermatologische Sektion.

D. HEATH demonstriert einen Fall von Aknekeloid bei einem 56jährigen Manne, welcher Knoten auf dem Nacken, am linken Ohr und der linken Wange zeigte. Die Haut der letzteren war ödematös, glänzend und von dunkelroter Farbe. Am Ohr wie auf der Wange war die Haut diffus gerötet und infiltriert und erinnerte klinisch an einen alten Lupus vulgaris. Auch das histologische Bild war dem der Hauttuberkulose sehr ähnlich und wies Nester von Riesenzellen und Plasmazellen mit Zerstörung der Bindegewebsfasern an den Stellen auf, wo die Infiltration am dichtesten war. Die Epidermis, welche die granulomatösen Massen bedeckte, hatte eine sekundäre Proliferation erfahren.

In der Diskussion herrschte Meinungsverschiedenheit darüber, ob der Fall eine Verstopfung der Lymphstränge und Lymphstasis produzierendes Aknekeloid, eine Fibromatosis mit elephantiastischer Verdickung des Ohres und der Wange sei, oder ob es sich um eine Mischinfektion mit Tuberkelbazillen und vielleicht Staphylokokken handle.

FREEMAN demonstriert:

1. einen Fall von Leukokeratosis buccalis bei einem Manne, der vor Ausbruch der Affektion sehr stark geraucht, einmal Syphilis oder Lichen planus gehabt hat. Die Leukokeratosis besteht seit sechs Monaten und ist charakterisiert durch zahlreiche weisse, stecknadelkopfgroße, schwach erhabene Flecke in der Mundhöhle, welche die Tendenz zeigen, sich zu gruppieren oder zu größeren Plaques zu konfluieren.

2. einen Fall von *Epidermolysis bullosa hereditaria* bei einem 11jährigen Knaben, der seit der Geburt Blasen an Händen und Füßen aufwies. Auf die geringsten Verletzungen hin können jedoch an jeder Körperstelle Blasen entstehen. Die Mundschleimhaut ist ebenfalls befallen.

MALCOLM MORRIS eröffnet die Diskussion über die Behandlung des Pruritus ani. Vortragender spricht zunächst über die Ursachen des Pruritus. Sie können allgemeiner Natur sein, wie Verdauungsstörungen, Gicht, Rheumatismus, Störungen seitens des Urogenitalapparates, oder lokaler, wie Konstitution, Würmer, Schweiß, Geschwüre, Vaginalsekrete usw. Die Eruiierung der Ursache muß als erste Aufgabe der Behandlung angesehen werden. Die nächste Aufgabe ist die Beseitigung der Ursache des Pruritus und dann kommt die lokale Therapie in Betracht. Vielfach wird man ein diätetisches Regime vorschreiben müssen. Doch gibt es Fälle — zumeist nervösen Ursprunges —, bei denen weder die allgemeine noch die lokale Behandlung etwas nützt. Hier muß psychisch eingewirkt werden. Die Patienten sollen über einer geordneten Tätigkeit und in der Erfüllung ihrer Pflichten ihr Leiden vergessen. Die Hauptsache bei der lokalen Behandlung ist absolute Reinlichkeit, besonders nach der Defäkation. Redner empfiehlt Waschungen des Abends mit warmem Wasser und Steinkohlenteerseife. In vielen Fällen tut gut Betupfen der Analgegend mit einem in möglichst heißes Wasser getauchten Schwamm. Ebenso verschaffen heiße Sitzbäder, in vereinzelten Fällen kalte Waschungen Erleichterung. Von unzweifelhaftem Werte sind Waschungen oder Betupfen mit Karbollösung, Mentholspiritus usw. und Suppositorien von Kokain. Ein konstanter Druck, appliziert durch für diesen Zweck angepaßte Knochenplatten, kann Linderung verschaffen. Wo kleine Geschwüre vorhanden, sind dieselben durch Exzision oder mit Höllenstein oder mit dem Kauter zu behandeln. In allen Fällen zeige man Konsequenz, Geduld, Takt.

R. CROCKER hat von dem Gebrauche des Kokains nicht so guten Erfolg gesehen, dagegen hält er für eines der wertvollsten Mittel die Applikation geeigneter Salben in Verbindung mit starkem Druck und Massage der juckenden Teile.

HARTZELL hält den bereits referierten Vortrag über das *benigne Cystepithelioma*.

G. PERNET berichtet über einen Fall von *Pemphigus vegetans*, bei welchem er Reinkulturen des *Bacillus pyocyanus* gefunden hat.

J. H. SEQUEIRA leitet die Diskussion über das Thema ein: *Der Wert der alten und neuen Methoden der Behandlung des Lupus und anderer Hautkrankheiten*. Bei der Behandlung des Lupus kommt es auf möglichst vollständige Zerstörung des lupösen Gewebes unter geringster Entstellung der erkrankten Partien an, besonders wenn dieselben, wie im Gesichte, stark exponiert sind. Der Redner geht die alten bekannten Methoden durch und erörtert ausführlich die Phototherapie und Röntgenbehandlung. Für die erstere hält er nur die große FINSSENSCHE Lampe oder die neuere von FINSSEN-BEYR für hinreichend wirksam, während die Lampe von LORTET-GENOUD und ihre Modifikationen zu oberflächlich in ihrer Wirkung und deshalb nicht imstande ist, tiefsitzende Herde zu zerstören. Bei Lupus exulcerans und beim Lupus der Mund- und Nasenschleimhaut gibt die Röntgenstrahlenbehandlung bessere Resultate als die Phototherapie. Für das Ulcus rodens ist die Röntgentherapie das Mittel par excellence.

BROOKE und MACLEOD haben auch bei nicht ulceriertem Lupus, der sich über große Flächen erstreckte, mit den Röntgenstrahlen gute Resultate erzielt.

An der sehr lebhaften Diskussion beteiligen sich ferner HALL-EDWARDS, DORE, PERNET, G. LITTLE, GILCHRIST, HARTZELL, CROCKER, N. WALKER u. a.

RUTHERFORD demonstriert einen Fall von *Urticaria pigmentosa* bei einem 17jährigen Knaben, der erst im Alter von 14 Jahren die Krankheit bekam. Die

mikroskopischen Präparate weisen die charakteristische Anhäufung von Mastzellen namentlich in den oberen Schichten des Coriums auf.

ARTHUR WHITFIELD: Über die Bedeutung der Bakterien und anderer Faktoren in der Ätiologie von Hautkrankheiten. Redner teilt die parasitären Krankheiten in vier Klassen: 1. Krankheiten, welche augenscheinlich ansteckend sind, und bei denen die Beziehungen zwischen dem Parasiten und der Hautreaktion direkt verfolgt werden können, wie bei der Trichophytie und dem Favus. 2. Krankheiten, welche erst entstehen, wenn ein spezifischer, für die Entwicklung des Pilzes günstiger Nährboden vorhanden ist, wie bei der Pityriasis versicolor. 3. Krankheiten, die durch animalische, sichtbare Parasiten entstehen, z. B. Krätze und Pedikulosia. 4. Krankheiten, welche in Gegenwart von Mikroorganismen zweifellos infektiös sind, wie bei der Seborrhoea, Akne. Ob in diesen Fällen der Organismus ein Saprophyt oder ein Parasit, ist noch strittig.

LESLIE ROBERTS betont, daß außer den Parasiten wohl auch die Heredität bei der Seborrhoe und ihren verschiedenen Folgeerscheinungen eine wichtige Rolle spielt.

GILCHRIST spricht über das „Erysipeloid“. Die von **ROSENBACH** so benannte Affektion scheint dieselbe zu sein, welche **M. BAKER** als „Erythema serpens“ beschrieben hat. Sie charakterisiert sich durch die Bildung bläulich-roter, erythematöser Plaques, welche gewöhnlich an der Stelle einer Verletzung ihren Ausgang nehmen. Diese Plaques breiten sich peripher aus und blassen im Zentrum ab, wodurch sie das Aussehen von Ringen annehmen. Die Affektion dehnt sich über beide Hände aus, welche Insulten am zugänglichsten sind, und verschwindet in einigen Wochen ohne Desquamation. Redner berichtet über 323 Fälle, von denen 317 durch Verletzungen an Krebsen entstanden sind.

N. MEACHEN spricht über den Einfluß der peripheren Nervenreizung auf die Hautkrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Alopecia areata, welche nach der Ansicht des Verfassers verschiedenen Formen der peripheren Reizung ihre Entstehung verdanken soll.
C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Band 72. Heft 1.

I. Dermatitis framboesiformis, von **FRANZ SAMBERGER** - Prag. Ein 18 Jahre alter Arbeiter aus einem Kohlenbergwerke leidet, ebenso wie sein Vater und andere Arbeiter desselben Bergwerkes, an Furunkulosis des ganzen Körpers. Schuld sollte das schlechte Trinkwasser im Schachte sein. Als der Patient seinen Posten veränderte und Arbeit in einem anderen Bergwerke bekam, bildeten sich keine neue Furunkel mehr. Nach einiger Zeit kehrte er zu seiner ersten Stelle zurück, worauf sich sein Zustand stark verschlimmerte. Es entstanden immer mehr Furunkel und Pusteln, welche sich nach kurzer Zeit mit einer Kruste bedeckten. Unter dieser entwickelten sich langsam papillomatöse, nässende, penetrant riechende Gewächse, die auf Quecksilber und Jod keinerlei rückbildende Tendenz zeigten. Stark befallen ist besonders die Kopfhaut, der Nacken, das Gesicht, namentlich das Kinn, die Unterlippe. Eine venerische Infektion wird seitens des Patienten energisch geleugnet. Das ganze

Krankheitsbild ist der tropischen Framboesie sehr ähnlich, nur daß die Krankheit in vorliegenden Falle nicht in den Tropen entstand.

Die Therapie war anfangs eine antiluëtische, erwies sich aber ebenso wie in-differente Salbenapplikationen als erfolglos. Erst ein längerer Aufenthalt in der Klinik, in der Patient mit tonisierenden Mitteln behandelt wurde, brachte langsam aber stetig die Affektion bis auf wenige Reste zum Schwinden. Der Verfasser teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit und bespricht eingehend die Differentialdiagnose des Falles, den er in Anlehnung an einen im Jahre 1882 von LEWIN publizierten, dem vorliegenden klinisch wie histologisch ganz ähnlichen Fall als sporadisch auftretende Framboesie ansehen und mit dem von PROCK vorgeschlagenen Namen „*Dermatitis framboesiformis*“ bezeichnen möchte.

II. Über senile (und präsenile) rein hyperplastische Talgdrüsentumoren, speziell des Gesichts, von B. HIRSCHFELD-Berlin. Auf der Gesichtshaut älterer Personen, wie es scheint, häufiger bei Männern als bei Frauen, bemerkt man nicht selten wohl charakterisierte, stecknadelkopf- bis fast linsengroße, leicht erhabene, flache, scharf umrandete, unregelmäßig rund oder etwas polygonale, weder symmetrisch, noch linear angeordnete, noch gruppierte, weißliche bis weißgelbliche oder leicht bräunliche, glatte, mäsig derbe, nicht juckende oder empfindliche Knötchen. Sie treten meist nur in geringer Zahl auf und lokalisieren sich am häufigsten unregelmäßig disseminiert an der Stirnfläche, seltener an den Wangen und der Nase. Ihrem Aussehen nach erinnern sie an die multiplen Talgdrüsennaevi des Gesichts, die sogenannten *Adenomata sebacea*. Auch histologisch handelt es sich um dasselbe Bild, d. h. „um eine circumskripte massenhafte Ansammlung von großen Talgdrüsen, welche sich wesentlich weiter in die Tiefe erstrecken, als die der Umgebung.“ Die Frage, ob diese circumskripten Anhäufungen als Hyperplasien auf Grund bestimmter, unbekannter Läsionen, oder ob sie als senile Naevi aufzufassen sind, vermag Verfasser nicht zu entscheiden. Eine Infektion, Akne, Traumen hätten einen solchen Einfluß haben können, aber nachweisbar waren sie nicht.

Obwohl Verfasser es für sehr wahrscheinlich hält, daß die beschriebenen Gebilde senile Naevi sind, so glaubt er dennoch, bis die Pathogenese vollständig geklärt wäre, in der Namengebung möglichst wenig präjudizieren zu sollen und bezeichnet die Affektion zunächst als „senile resp. präsenile rein hyperplastische Talgdrüsentumoren, speziell des Gesichts“.

III. Über eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten, von A. BUSCHKE-Berlin. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines 30jährigen, im übrigen scheinbar völlig gesunden Arbeiters, welcher vor einer Reihe von Jahren ohne sicher nachweisbare Ursache an den Unterextremitäten, besonders Unterschenkeln und Füßen, ziemlich plötzlich sich entwickelnde, meist längliche, rote und livide, teils cutan, teils subcutan gelegene, zumeist dem Laufe der Venen folgende und aller Wahrscheinlichkeit nach mit der Wand derselben eng zusammenhängende, spontan und auf Berührung schmerzhaft Knoten bekam. Das den Venen benachbarte Gebiet weist entzündliche Infiltrationen und Schwellungen auf. Nach Rückbildung der Knoten bleibt noch längere Zeit ein Infiltrat in der Venenwandung sitzen, welches schließlic verschwindet. Gleichzeitig entsteht mehr oder weniger starke Cyanose und hochgradige Schmerzhaftigkeit besonders in den distalen Zweidritteln der Füße und in den Fußgelenksregionen, gelegentlich mit ödematöser Schwellung an letzteren Regionen, während sonst die bei chronischen Phlebitiden so häufig beobachteten Ödeme und elephantiasische Verdickung der Haut fehlten.

Das Leiden tritt in Attacken auf, welche Wochen und Monate dauern und von

völlig oder fast völlig freien Intervallen unterbrochen sind. „Bemerkenswert ist, daß allem Anscheine nach die Venen zwar vorübergehend (daher die Cyanose) verlegt sind, aber im wesentlichen schließendlich ihre Durchgängigkeit trotz dieser häufigen Wandentzündung wiedererlangen. Dieser Umstand, wie auch die gesamten klinischen Erscheinungen sprechen dafür, daß es sich hier wohl um eine Entzündung handelt, die vielleicht die äußere Schicht der Venenwand, die Adventitia und Media im wesentlichen ergreift und die Intima gar nicht oder nur in geringem Umfange betrifft, und daß die Affektion sich möglicherweise nicht vom Lumen der Venen aus, sondern vielleicht auf dem Wege der Vasa vasorum entwickelt.“

IV. Zur Histologie der Scabies, von RICHARD VOLK-Wien. Bei der Scabies findet man Gänge, welche teilweise über einem wasserhellen Bläschen verlaufen, und dann kleine Papulovesikeln und Vesikeln ohne makroskopisch nachweisbaren Gang. Verfasser hat die erstere, bisher histologisch wenig beachtete Form, bei welcher der Gang über einem klaren Bläschen verläuft, eingehend untersucht. Es bot sich folgender Befund: „Die Blase oder das Bläschen erweist sich als ein Hohlraum, der innerhalb des Epithels liegt, und dessen Decke durch die Hornschicht und eventuell noch durch ein bis zwei Lagen Epithel gebildet wird; über ihr ist der Milbengang samt Milbe und Eiern innerhalb der Hornschicht aufzufinden, eine Kommunikation mit dem Bläschen besteht nicht. Neben der größeren Blase gewahrt man andere, kleinere, ebenfalls intraepithelial gelegene Bläschen in den mittleren und tieferen Schichten der Epidermis, deren Wand aus etwas gequollenen, auseinandergedrängten Epithelien besteht, und die mit der ersten nicht im Zusammenhang sind. Einzelne Bläschen werden durch Epithelstränge septiert.“ „Der Inhalt sämtlicher Blasen besteht aus verhältnismäßig wenigen, meist mononukleären Leukocyten, einzelnen aus dem Zusammenhang gelösten Epithelien und einem feinen Netzwerk von geronnener Lymphe.“ Von Bakterien war nichts zu entdecken.

Verfasser beschreibt sodann die bei der Scabies vorkommenden papulovesikulösen und pustulösen Efflorescenzen. Auf Grund der Befunde gelangt er zu der Ansicht, daß „neben den durch Sekundärinfektion an der Haut (durch Kratzen mit den Fingernägeln) zustande kommenden Pyodermien es bei der Scabies auch noch eigentliche Ekzemefflorescenzen gibt, repräsentiert durch die intraepithelialgelegenen Bläschen und die Papulovesikeln, für deren Entstehung man die Scabiesmilbe selbst resp. deren toxische Substanzen verantwortlich machen kann.“

V. Zur Technik der intramuskulären Injektionen, von S. GROSZ-Wien. Der Verfasser hat zur leichteren Auffindung derjenigen Punkte, welche sich für die intramuskulären Injektionen am besten eignen, die ganze Sakral- und Glutaecalregion durch ein Feldersystem abgeteilt. Dasselbe ist durch folgende Linien gegeben:

- α) eine Horizontale, welche die beiden Tubera ossis ischii verbindet und beiderseits nach außen verlängert wird;
- β) eine Horizontale, welche die beiden Trochanteren verbindet;
- γ) eine über die dorsale Bumpffläche verlaufende, die beiden Spinae anteriores superiores verbindende Horizontale;
- δ) eine Senkrechte durch die Tubera ossis ischii auf die Linie α jederseits;
- ε) die Entfernung zwischen Trochanter und dem Schnittpunkt von α und δ wird halbiert, daselbst eine Senkrechte errichtet.

Ferner werden die Halbirungspunkte der genannten Linien, die Schnittpunkte der Diagonale der entstandenen Rechtecke bestimmt.

Verfasser fand nun bei seinen Untersuchungen ein Dreieck, innerhalb dessen Bereiche die intramuskulären Injektionen ausgeführt werden sollten. Das Dreieck ist durch folgende drei Punkte bestimmt: Der unterste Punkt a liegt in der Trochan-

terelinie, und zwar in der Mitte zwischen Tubera ossis ischii und dem Trochanter; der zweite Punkt b liegt in derselben Richtung aufwärts, etwa in der Mitte zwischen der Trochanterenlinie (β) und der Spinallinie (γ). In derselben Höhe wie Punkt b nach innen, etwa in der Mitte der Entfernung zwischen Trochanter und Crura ani liegt der dritte Punkt c.

Bei der Injektion hat man möglichst darauf zu achten, daß man in der Muskelsubstanz des Gluteus maximus bleibt und der Flüssigkeit die Ausbreitung entlang der schrägen Faserung dieses Muskels erleichtert. Deshalb empfiehlt es sich, die Injektionen schräge zu machen, die Nadel stoße man nicht senkrecht ein und entleere den Spritzeninhalt, sondern führe sie, sobald man den Widerstand des Muskelgewebes spürt, durch Senken der Spritze von außen unten nach innen oben. Bei fetten Personen muß man entsprechend längere Kanülen verwenden.

Die Reaktion wird stets dort geringer sein, wo das Gefüge des Muskels der flächenartigen Ausbreitung der eingespritzten Flüssigkeit weniger Widerstand bietet.

VI. Ein Beitrag zur Statistik der Epididymitis blennorrhoeica, von ARTHUR JORDAN-Moskau. Das Resümee der Betrachtungen des Verfassers ist folgendes:

„1. Epididymitis blennorrhoeica wurde in 11,7 % aller ambulatorisch behandelten Tripperfälle beobachtet.

2. Bei Berücksichtigung der Anamnese ergab sich aber, daß bei denselben Kranken die Verhältnisszahl der Epididymitis zum Tripper 27,8 % beträgt.

3. Die von verschiedenen Autoren für die Spitalpraxis gefundene Ziffer von ca. 30 % blennorrhoeischer Epididymitis scheint daher der Gesamtverhältnisszahl der Epididymitis blennorrhoeica näher zu kommen als diejenige der ambulanten Praxis.

4. Beide Nebenhoden erkranken gleich häufig, jedoch selten gleichzeitig und dann stets nacheinander und nicht auf einmal.

5. Der Beruf, das Alter der Patienten und die Jahreszeiten sind von keinem nennenswerten Einfluß für das Entstehen der Epididymitis.

6. Forcierte Bewegung, Coitus, instrumentelle Eingriffe sind die häufigsten Ursachen.

7. Die meisten Erkrankungen an Epididymitis blennorrhoeica fallen in die zweite bis fünfte Woche des akuten resp. subakuten Trippers.“

VII. Der lokale Einfluß erhöhter Muskelfunktion auf die anormale Ernährung der Haut, von JACOB HALPERN-Warschau. Verfasser hatte verschiedentlich die Wahrnehmung gemacht, daß durch erhöhte Muskelfunktion die Ernährung der benachbarten Haut günstig beeinflusst und manche krankhafte Zustände beseitigt wurden. So zeigte es sich z. B. bei der Hyperidrosis manuum, daß nach mehreren mit entsprechenden Pausen verbundenen forcierten Bewegungen der Oberextremitäten, besonders der Hände, diese sehr oft eine bis zu den höchsten physiologischen Zahlen erhöhte Temperatur aufwiesen, wobei diese Erhöhung nicht unmittelbar nach den Bewegungen, sondern gewöhnlich nach dem Essen auftrat und nicht von Schwitzen, sondern von vollständigster Trockenheit der Hände begleitet war.

Der günstige Einfluß erhöhter Muskelfunktion äußerte sich in vielen Fällen von anormaler sekretorischer Tätigkeit und bei Neigung zur Furunkelbildung, bei temporären Pigmentierungen, so namentlich den syphilitischen. Verfasser erinnert an analoge Erscheinungen des Einflusses erhöhter Muskelfunktion bei Erkrankungen benachbarter Organe. So machte man die Wahrnehmung, daß unter Umständen, durch welchen die Hypertrophie der Atmungsmuskeln und des Herzmuskels hervorgerufen werden, die Entwicklung der Lungentuberkulose verhindert wird.

Verfasser hat in einer früheren, im Jahre 1891 publizierten Arbeit („Zur Entstehung der Krankheiten durch Reflexe“) Beobachtungen mitgeteilt, welche geeignet

sind, den Mechanismus dieser Wirkung der Muskelfunktion auf die Ernährung benachbarter Organe leicht zu erklären. Er lieferte damals Beweise, „dafs die Funktion sowohl als die Ernährung eines jeden Organs in entsprechender Weise die Endigungen der sensiblen Nerven in diesen Organen reizen, und dafs sich diese lokale Reizung auf dem Wege des Nervensystems weiter verbreitet und entsprechende Folgen in den näheren und weiteren Organen hervorruft. Dementsprechend reizen die Vorgänge in den funktionierenden Muskeln und in den mit denselben mitarbeitenden Organen die in ihnen befindlichen sensiblen Nerven, und diese Reizung verbreitet sich unter anderem auch auf die Vasomotoren dieser Organe, wodurch eine reichlichere Blutzufuhr hervorgerufen und somit die Ernährung verbessert wird. Nach wiederholten solchen Hyperämien kommen dieselben immer leichter zustande infolge des allgemeinen Gesetzes von der Verbreitung der Nerveneinflüsse, und so erscheint das Organ in besseren Ernährungsverhältnissen auch dann, wenn der unmittelbare Einfluss seitens der erhöhten Muskelfunktion nicht vorhanden ist.“ *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band 11, Heft 9.

I. Über einen interessanten Fall von Lepra mutilans, von G. DÉMITRIADIS-Jassy. Im nördlichen Teil von Rumänien, der Moldau, kommen Leprafälle nur selten zur Beobachtung, während solche in der eigentlichen Wallachei viel häufiger sind. Innerhalb von drei Jahren bekam Verfasser nur einen einzigen Fall zur Kenntnis. Derselbe betraf einen 40jährigen, aus durchaus gesunder Familie stammenden Patienten, dessen Frau und Kinder ebenfalls völlig gesund sind. Patient hat viel in Gasthäusern mit verschiedenen Arbeitern zusammen übernachtet. Vor zwei Jahren bemerkte er an der rechten Fußsohle ein kleines Geschwür, das immer gröfser und tiefer wurde. Gleichzeitig begann der Fuß zu schwellen und seine Gestalt zu verändern. Nach ca. vier Wochen wurde die linke Fußsohle in gleicher Weise befallen. Das Geschwür auf der rechten Fußsohle heilte nach einiger Zeit ab, um einen Monat später wieder aufzubrechen. Bei dieser Gelegenheit ging ein kleiner Sequester durch die Geschwüröffnung ab. Die Affektion war von intensiven Schmerzen begleitet.

Im Laufe der Zeit nahmen die Zehen eine von der Norm vollständig abweichende Stellung, teils flektiert, teils fast stranguliert und verrenkt. Die Haut der Dorsalfläche der Füfse ist ödematös und bläulich verfärbt; die Nägel der Zehen sind normal. Das radiographische Bild zeigt, dafs die Metatarsen an beiden Füfsen verdünnt sind; einige Phalangen fehlen, andere sind deformiert. In jedem Falle erkennt man eine Knochenresorption.

Im Eiter der Geschwüre und der Nasenschleimhaut fanden sich keine Leptobazillen; nirgends konnten makulo-anästhetische Stellen aufgefunden werden. Nur um die Fußgeschwüre herum bestand eine Hypanästhesie. Die Hautsensibilität ist im übrigen erhalten.

Die Behandlung mit *Ol. Gynocardii* hat insbesondere die Hypanästhesie günstig beeinflusst.

II. Über ungewöhnlich lange Inkubationsdauer der Blennorrhoe, von MAX JOSEPH-Berlin. Eine 35jährige Mann übte in der Nacht vom 29. zum 30. Mai eine Kohabitation aus. Vom 8. bis 10. Juli unternahm er eine forzierte Radtour. Am 14. Juli, also mehr als sechs Wochen nach der Kohabitation bemerkte Patient den ersten eitrigen Ausflufs, welcher, mikroskopisch untersucht, zahlreiche Gonokokken aufwies.

Für die Variationen der Inkubationsdauer der Blennorrhoe spielen nach DREYER

Anschauung wahrscheinlich Immunität und Disposition eine Hauptrolle, an zweiter Stelle kommen für die Ätiologie lokale und anatomische Momente in Betracht. So können sich die Gonokokken zuerst in den paraurethralen Gängen etablieren, von wo sie dann später in die Harnröhre gelangen. Vielfach gehen größere körperliche Anstrengungen dem Ausbruche der ersten akuten Erscheinungen nach der verlängerten Inkubation voraus.

III. Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasymphilitischen Erkrankungen, von Fritz Lesser-Berlin. Der Verfasser charakterisiert kurz die drei Stadien der Syphilis. Ihnen ist neuerdings eine vierte Gruppe angegliedert worden, die eine Reihe sogenannter parasymphilitischer Erkrankungen umfasst. Dieselben unterscheiden sich von jenen durch folgende zwei Charakteristika: 1. Die Syphilis ist nicht ihre einzige Ursache, sie können sich auch unabhängig von derselben entwickeln. 2. Die parasymphilitischen Affektionen reagieren auf Quecksilber und Jod nicht entfernt so prompt, wie die Produkte der drei ersten Syphilisperioden.

Die Einteilung der syphilitischen Erscheinungen nach chronologischen Gesichtspunkten genügt nicht und ist wissenschaftlich unhaltbar. „Klinische sowohl, wie pathologisch-anatomische Kriterien müssen die Grundlage für eine rationelle, wissenschaftlich sowie auch praktisch brauchbare Klassifizierung abgeben. Auch die Viachowsche Einteilung in a) einfach hyperplastische Bildungen und b) Gummigeschwülste wird nicht mehr aufrecht erhalten werden können.

Der Verfasser unterscheidet, abgesehen vom Primäraffekt, drei Arten von syphilitischen Krankheitsprodukten:

„1. Infiltrierende-exsudative Prozesse, die klinisch an der Haut und den Schleimhäuten als papulöse Effloreszenzen in die Erscheinung treten.

2. Proliferierende Prozesse mit regressiver Metamorphose (Gummibildung) oder kurz Gummata genannt.

3. Proliferierende Prozesse ohne Gummibildung oder kurz rein interstitielle Prozesse genannt.“

Die Variabilität der Erscheinungen findet ihre Erklärung am besten in der Annahme, daß je virulenter das syphilitische Virus ist, desto intensiver der entzündliche Reiz auf das Gewebe einwirkt, um so akuter die Gegenreaktion seitens des Organismus sein wird, um so mehr die Chemotaxis, die infiltrierenden Prozesse das Bild beherrschen werden, daß der Reiz, je abgeschwächter er ist, desto weniger auf das Nachbargewebe chemotaktisch, entzündungserregend wirken, daß die Reaktion um so chronischer, schleichender sein wird, die Wucherung der fixen Gewebzellen, die proliferierenden Prozesse um so mehr im Vordergrund der syphilitischen Manifestationen stehen werden.

Die rein interstitiellen syphilitischen Wucherungen finden sich am häufigsten an den inneren Organen. Nach der Ansicht des Verfassers bleibt fast kein Syphilitiker von ihnen verschont. Bei den meisten führt die ehemalige Infektion unter Umgehung der gummösen Prozesse zu rein interstitiellen syphilitischen Wucherungen an den inneren Organen. Vielfach machen sie klinisch keine Erscheinungen und treten zu Lebzeiten des Individuums gar nicht zutage. Aber für die Frage der Vererbung der Syphilis gewinnen sie doch an Bedeutung. Nach den Beobachtungen und Untersuchungen des Verfassers am Sektionsmaterial läßt sich aus dem Fehlen klinisch wahrnehmbarer Syphiliserscheinungen absolut kein Rückschluss auf die völlige Gesundheit der Mütter von hereditär-luetischen Kindern und auf eine rein paterne Vererbung ziehen, so lange nicht auch bei der Autopsie solcher Mütter das Fehlen aller syphilitischen Residuen an inneren Organen konstatiert worden ist.

Die Verschiedenheit der tertiären Erscheinungen, insbesondere die schweren ulcerösen

sind, den Mechanismus dieser Wirkung d
 nachbarter Organe leicht zu erklären. Er
 sowohl als die Ernährung eines jeden Or
 der sensiblen Nerven in diesen Organe
 auf dem Wege des Nervensystems we
 näheren und weiteren Organen her
 in den funktionierenden Muskeln
 die in ihnen befindlichen sensibl
 anderem auch auf die Vasomo
 zufuhr hervorgerufen und so
 solchen Hyperämien komme
 nen Gesetzes von der Ver
 in besseren Ernährungsver
 der erhöhten Muskelfun

Qualität oder Quantität des syphiliti
 des Organismus gegen den Krank
 Individuums spielt also die größte
 beeinträchtigt werden, z. B. durch
 ; durch Mangel an Reinlichkeit;

betrifft, so entstehen
 hen Lokalprozesse,
 ltenen Fällen

Granul

air

ktion von

in ästhetischer Be

schon und geröteten Gebiet be

und einem dunkelroten, schmalen, tele
 en Knötchen befinden sich einige größere,

ne Cysten, welche durch ihr Zu- und Abnehmen

des Hydrocystoms zeigen. In wenigen Tagen flachen
 iger Zeit wieder anzufüllen.

ogenese neigt Verfasser zur Ansicht LEBETS, welcher es für

dafs die Granulosis rubra nasi zur Bildung isolierter Hydro-

nasenhaut führen, dafs irgendeine vorübergehende oder chronische

besonders um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen lokalisiert

an der erliegen oder sogar zum Verschwinden bringen kann. So bilden sich

Gleisencysten, die nach Entleerung ihrer Flüssigkeit sich durch neugebildetes

ca. des Knäuels immer wieder füllen“.

V. Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi JADASSON, von

Dr. BAUMER - Berlin. Am 7. Juli 1903 stellte Verfasser in der Berliner dermatologi-

sehen Gesellschaft einen Knaben mit Granulosis rubra nasi vor. In der vorliegenden

Arbeit werden die histologischen Befunde dieses Falles mitgeteilt. Sie decken sich

im wesentlichen mit der von LUTHELEN gegebenen Beschreibung. Die Hauptverände-

rung findet man um den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Ein dichtes, fast

kugelförmiges, vorwiegend aus Plasmazellen, in geringer Zahl aus mono- und poly-

nukleären Leukocyten bestehendes Infiltrat in der oberen Cutisschicht umgibt den

Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Derselbe ist in seinem ganzen Verlaufe er-

weitert und enthält hier und da eine feinkörnige Masse. Im Bereich der Infiltration

ist das elastische Gewebe ganz verschwunden, im übrigen aber wohl erhalten. Sämt-

liche Blutgefäße der oberen Cutisschichten sind stark erweitert, ebenso die Lymph-

spalten.

Im Gegensatz zu den Schweißdrüsen sind die Haarfollikel und Talgdrüsen frei

von Zellanhäufungen in der Umgebung. Der Ausführungsgang der Schweißdrüse

zeigt auch nach dem Knäuel hin starke cystische Erweiterung des secernierenden

Abschnittes der Drüse.

VI. Die Ursache der Alopecia praematura, von F. B. SOLGER-Neisse. Bei

der Alopecia praematura handelt es sich meist um eine vererbte oder vererbare

Konstitutionsanomalie, welche das weibliche Geschlecht deshalb mehr verschont, weil

dasselbe von Natur stärkeres und widerstandsfähigeres Haar besitzt als das männliche

Geschlecht. Diese natürliche Eigenschaft ist als sekundärer Geschlechtscharakter auf-

wie beim Manne der Bart. Ursprung
in der Behaarung auf. Aber
weiblichen Schönheit ange
schönes Haar hatte, beson
dienen durch Jahrtaus
den, während die Mi
der Zustand uns
die äußere M
angelnde
vitsen

len, aber es handelte sich hier um ein
in seinen Ausgang nahm und in keinem
en Ausführungsgängen, noch mit den

der Masern, von H. G. ADAMSON.
zierten Fälle von disseminiertem
ja fast konstante Zusammen
schen beiden vermuten. Die
ierenden tuberkulösen Herd
se Anlaß geben, hat viel

und eine kräftige Er
l von Effloreszenzen
Salicylpflaster oder
lung mit Finsen-

ustrastfarben,
Fasern nach
ndermaßen
und des
hnlischer
sohen,
idind
ilt,

ühend auf
auf Syphilis zu
ersten, syphilitischen Ma
ter Ehe mit einem gesunden Man
acht. Zur Zeit der Geburt des zweiten
an Kopfschmerzen gelitten. Diese Erscheinungen
gedeutet werden. Immerhin ist in dem Falle bemerk
etäre Einfluß der ganz unbemerkt verlaufenen Syphilis der Mutter
kommenschaft. Von acht Schwangerschaften nach der Infektion waren sie
geburten und nur ein ausgetragenes, syphilitisches Kind.

Fälle, wie der vorliegende, fordern gebieterisch die Annahme einer matern
Vererbung, d. h. der Infektion per placenta.

VIII. Über die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe, von
F. SCHANZ-Dresden. Die gelbe Augensalbe des Verfassers hat folgende Formel:

B. Hydrargyr. oxydat. flav. recent. parat. 0,1—1,0

Aquae destillat.

Adip. lanas anhydric.

Vasel. americ. alb.

■ 1,0

ad 10,0.

M. f. ung. D. in olla nigra.

C. Berliner-Aachen.

Lepra.

Band IV, Heft 4.

VII. Die Lepra: Zwölf Jahre Tätigkeit am Leprosospiz von Désirade
(Guadeloupe), von L. A. NOËL. Das zur Insel Guadeloupe gehörige Leprosospiz auf
der Insel La Désirade besteht seit fast 200 Jahren und beherbergt zurzeit über
80 Lepröse. Die dort gesammelten Erfahrungen faßt Verfasser wie folgt zusammen:

1. Das Leprosospiz von La Désirade ist, was Organisation und Aufnahme-
bedingungen betrifft, den fortschrittlich-humanitären Ideen unseres Jahrhunderts
gefolgt.

2. Die Leprösen werden auf ihren ausdrücklichen Antrag aufgenommen. Zwangs-
maßnahmen können nicht angewandt werden.

3. Es wäre von großem Vorteil, wenn die Verwaltung und Leitung des Hospizes
in den Händen des behandelnden Arztes und nicht, wie bisher, in denen von Ordens-
schwestern wäre.

4. Die Lepra ist nicht erblich.

Formen, führt Verfasser nicht auf eine besondere Qualität oder Quantität des syphilitischen Virus, sondern vielmehr auf eine Intoleranz des Organismus gegen den Krankheitserreger zurück. Die Widerstandsfähigkeit des Individuums spielt also die größte Rolle. Sie kann durch die verschiedensten Momente beeinträchtigt werden, z. B. durch das Alter; durch Alkoholismus, Diabetes, Tuberkulose; durch Mangel an Reinlichkeit; durch falsche Behandlung.

Was die parasyphilitischen Erkrankungen betrifft, so entstehen sie auf syphilitischer Basis. Es handelt sich um einen syphilitischen Lokalprozents, und zwar fast stets um rein interstitielle Wucherungsprozesse. In seltenen Fällen spielen auch gummöse Prozesse mit.

IV. Über die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi, von **FRANZ PINKUS**-Berlin. Ein 59jähriger Mann leidet seit seinen Kinderjahren an einer geröteten und stark schwitzenden Nase, auf welcher sich vor mehreren Jahren Knötchen und rote Flecke entwickelt haben. Die Affektion verursacht keinerlei subjektive Empfindungen, sondern geniert höchstens in ästhetischer Beziehung. Die scharfumschriebenen Knötchen in dem hyperidrotischen und geröteten Gebiet bestehen aus einem rötlichweißen cystischen Zentrum und einem dunkelroten, schmalen, teleangiektatischen Ring. Zwischen den kleinen Knötchen befinden sich einige größere, halbkugelige, durchscheinende, bläuliche Cysten, welche durch ihr Zu- und Abnehmen ganz den Charakter der Cysten des Hidrocystoms zeigen. In wenigen Tagen flachen sie sich ab, um sich nach einiger Zeit wieder anzufüllen.

Hinsichtlich der Pathogenese neigt Verfasser zur Ansicht **LEBERTS**, welcher es für wahrscheinlich hält, „dass die Granulosis rubra nasi zur Bildung isolierter Hidrocystome auf der Nasenhaut führen, dass irgendeine vorübergehende oder chronische Entzündung, die besonders um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen lokalisiert ist, diese verlegen oder sogar zum Verschwinden bringen kann. So bilden sich Retentioncysten, die nach Entleerung ihrer Flüssigkeit sich durch neugebildetes Sekret des Knäuels immer wieder füllen“.

V. Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi **JADASSON**, von **ED. BAUMER**-Berlin. Am 7. Juli 1908 stellte Verfasser in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen Knaben mit Granulosis rubra nasi vor. In der vorliegenden Arbeit werden die histologischen Befunde dieses Falles mitgeteilt. Sie decken sich im wesentlichen mit der von **LUTHELEN** gegebenen Beschreibung. Die Hauptveränderung findet man um den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Ein dichtes, fast kugelförmiges, vorwiegend aus Plasmazellen, in geringer Zahl aus mono- und polynukleären Leukocyten bestehendes Infiltrat in der oberen Cutisschicht umgibt den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Derselbe ist in seinem ganzen Verlaufe erweitert und enthält hier und da eine feinkörnige Masse. Im Bereich der Infiltration ist das elastische Gewebe ganz verschwunden, im übrigen aber wohl erhalten. Sämtliche Blutgefäße der oberen Cutisschichten sind stark erweitert, ebenso die Lymphspalten.

Im Gegensatz zu den Schweißdrüsen sind die Haarfollikel und Talgdrüsen frei von Zellanhäufungen in der Umgebung. Der Ausführungsgang der Schweißdrüse zeigt auch nach dem Knäuel hin starke cystische Erweiterung des secernierenden Abschnittes der Drüse.

VI. Die Ursache der Alopecia praematura, von **F. B. SOLGER**-Neiße. Bei der Alopecia praematura handelt es sich meist um eine vererbte oder vererbare Konstitutionsanomalie, welche das weibliche Geschlecht deshalb mehr verschont, weil dasselbe von Natur stärkeres und widerstandsfähigeres Haar besitzt als das männliche Geschlecht. Diese natürliche Eigenschaft ist als sekundärer Geschlechtscharakter auf-

Formen, führt Verfasser nicht auf eine besondere Qualität oder Quantität des syphilitischen Virus, sondern vielmehr auf eine Intoleranz des Organismus gegen den Krankheitserreger zurück. Die Widerstandsfähigkeit des Individuums spielt also die größte Rolle. Sie kann durch die verschiedensten Momente beeinträchtigt werden, z. B. durch das Alter; durch Alkoholismus, Diabetes, Tuberkulose; durch Mangel an Reinlichkeit; durch falsche Behandlung.

Was die parasyphilitischen Erkrankungen betrifft, so entstehen sie auf syphilitischer Basis. Es handelt sich um einen syphilitischen Lokalprozess, und zwar fast stets um rein interstitielle Wucherungsprozesse. In seltenen Fällen spielen auch gummöse Prozesse mit.

IV. Über die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi, von **EMIL PRINGS**-Berlin. Ein 59jähriger Mann leidet seit seinen Kinderjahren an einer geröteten und stark schwitzenden Nase, auf welcher sich vor mehreren Jahren Knötchen und rote Flecke entwickelt haben. Die Affektion verursacht keinerlei subjektive Empfindungen, sondern geniert höchstens in ästhetischer Beziehung. Die scharfumschriebenen Knötchen in dem hyperidrotischen und geröteten Gebiet bestehen aus einem rötlichweißen cystischen Zentrum und einem dunkelroten, schmalen, teleangiektatischen Ring. Zwischen den kleinen Knötchen befinden sich einige größere, halbkugelige, durchscheinende, bläuliche Cysten, welche durch ihr Zu- und Abnehmen ganz den Charakter der Cysten des Hidrocystoms zeigen. In wenigen Tagen flachen sie sich ab, um sich nach einiger Zeit wieder anzufüllen.

Hinsichtlich der Pathogenese neigt Verfasser zur Ansicht **LEBERTS**, welcher es für wahrscheinlich hält, „dass die Granulosis rubra nasi zur Bildung isolierter Hidrocystome auf der Nasehaut führen, dass irgendeine vorübergehende oder chronische Entzündung, die besonders um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen lokalisiert ist, diese verlegen oder sogar zum Verschwinden bringen kann. So bilden sich Retentionscysten, die nach Entleerung ihrer Flüssigkeit sich durch neugebildetes Sekret des Knäuels immer wieder füllen“.

V. Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi **JADASSOHN**, von **ED. BLUMER**-Berlin. Am 7. Juli 1908 stellte Verfasser in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen Knaben mit Granulosis rubra nasi vor. In der vorliegenden Arbeit werden die histologischen Befunde dieses Falles mitgeteilt. Sie decken sich im wesentlichen mit der von **LUTHELEN** gegebenen Beschreibung. Die Hauptveränderung findet man um den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Ein dichtes, fast kugelförmiges, vorwiegend aus Plasmasellen, in geringer Zahl aus mono- und polynukleären Leukocyten bestehendes Infiltrat in der oberen Cutisschicht umgibt den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Derselbe ist in seinem ganzen Verlaufe erweitert und enthält hier und da eine feinkörnige Masse. Im Bereich der Infiltration ist das elastische Gewebe ganz verschwunden, im übrigen aber wohl erhalten. Sämtliche Blutgefäße der oberen Cutisschichten sind stark erweitert, ebenso die Lymphspalten.

Im Gegensatz zu den Schweißdrüsen sind die Haarfollikel und Talgdrüsen frei von Zellanhäufungen in der Umgebung. Der Ausführungsgang der Schweißdrüse zeigt auch nach dem Knäuel hin starke cystische Erweiterung des secernierenden Abschnittes der Drüse.

VI. Die Ursache der Alopecia praematura, von **F. B. SOLGREN**-Neiße. Bei der Alopecia praematura handelt es sich meist um eine vererbte oder vererbare Konstitutionsanomalie, welche das weibliche Geschlecht deshalb mehr verschont, weil dasselbe von Natur stärkeres und widerstandsfähigeres Haar besitzt als das männliche Geschlecht. Diese natürliche Eigenschaft ist als sekundärer Geschlechtscharakter auf-

zufassen, wie beim Manne der Bart. Ursprünglich wiesen beide Geschlechter keinen Unterschied in der Behaarung auf. Aber mehr und mehr wurde schönes Haar als Attribut der weiblichen Schönheit angesehen, und bei der Fortpflanzung genofs die Frau, welche schönes Haar hatte, besondere Gunst bei den Männern. Immer und immer wieder schieden durch Jahrtausende Frauen mit schwachem Haarwuchs aus der Fortpflanzung aus, während die Männer den gleichen Fehler unbeanstandet weiter vererben durften, bis der Zustand unserer Tage erreicht war.

Zwar können gewisse äufsere Momente, wie erschöpfende Krankheiten, dauernde seelische Depressionen, mangelnde Ernährung bei anstrengender Tätigkeit, geistige Überanstrengung, starkes Schwitzen usw., das Ausfallen der Haare begünstigen, aber die Hauptursache bleibt doch die ererbte Disposition des einzelnen Menschen und die atavistische geringe Widerstandsfähigkeit der Haare des Mannes im allgemeinen.

VII. Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis, von PETER MISON - Berlin. Eine anscheinend gesunde, blühend aussehende Frau, die angibt, nie krank gewesen zu sein und niemals irgend auf Syphilis zu beziehende Symptome an sich bemerkt zu haben, hat von ihrem ersten, syphilitischen Manne mehrere syphilitische Kinder geboren, und in zweiter Ehe mit einem gesunden Manne wiederum syphilitische Kinder zur Welt gebracht. Zur Zeit der Geburt des zweiten Kindes hat sie an Haarausfall und viel an Kopfschmerzen gelitten. Diese Erscheinungen könnten doch als syphilitische gedeutet werden. Immerhin ist in dem Falle bemerkenswert der schwere, deletäre Einflufs der ganz unbemerkt verlaufenen Syphilis der Mutter auf die Nachkommenschaft. Von acht Schwangerschaften nach der Infektion waren sieben Totgeburten und nur ein ausgetragenes, syphilitisches Kind.

Fälle, wie der vorliegende, fordern gebieterisch die Annahme einer materalen Vererbung, d. h. der Infektion per placenta.

VIII. Über die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe, von F. SCHANZ - Dresden. Die gelbe Augensalbe des Verfassers hat folgende Formel:

℞ *Hydrargyr. oxydat. flav. recent. parat.* 0,1—1,0

Aquae destillat.

Adip. lanas anhydric. = 1,0

Vasel. americ. alb. ad 10,0.

M. f. ung. D. in olla nigra.

C. Berliner-Aachen.

Lepra.

Band IV, Heft 4.

VII. Die Lepra: Zwölf Jahre Tätigkeit am Leprosospiz von Désirade (Guadeloupe), von L. A. NOËL. Das zur Insel Guadeloupe gehörige Leprosospiz auf der Insel La Désirade besteht seit fast 200 Jahren und beherbergt zurzeit über 80 Lepröse. Die dort gesammelten Erfahrungen fafst Verfasser wie folgt zusammen:

1. Das Leprosospiz von La Désirade ist, was Organisation und Aufnahmebedingungen betrifft, den fortschrittlich-humanitären Ideen unseres Jahrhunderts gefolgt.

2. Die Leprösen werden auf ihren ausdrücklichen Antrag aufgenommen. Zwangsmassnahmen können nicht angewandt werden.

3. Es wäre von grossem Vorteil, wenn die Verwaltung und Leitung des Hospizes in den Händen des behandelnden Arztes und nicht, wie bisher, in denen von Ordensschwestern wäre.

4. Die Lepra ist nicht erblich.

Formen, führt Verfasser nicht auf eine besondere Qualität oder Quantität des syphilitischen Virus, sondern vielmehr auf eine Intoleranz des Organismus gegen den Krankheitserreger zurück. Die Widerstandsfähigkeit des Individuums spielt also die größte Rolle. Sie kann durch die verschiedensten Momente beeinträchtigt werden, z. B. durch das Alter; durch Alkoholismus, Diabetes, Tuberkulose; durch Mangel an Reinlichkeit; durch falsche Behandlung.

Was die parasyphilitischen Erkrankungen betrifft, so entstehen sie auf syphilitischer Basis. Es handelt sich um einen syphilitischen Lokalprozess, und zwar fast stets um rein interstitielle Wucherungsprozesse. In seltenen Fällen spielen auch gummöse Prozesse mit.

IV. Über die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi, von **EMIL FRANK**-Berlin. Ein 59jähriger Mann leidet seit seinen Kinderjahren an einer geröteten und stark schwitzenden Nase, auf welcher sich vor mehreren Jahren Knötchen und rote Flecke entwickelt haben. Die Affektion verursacht keinerlei subjektive Empfindungen, sondern geniert höchstens in ästhetischer Beziehung. Die scharfumschriebenen Knötchen in dem hyperidrotischen und geröteten Gebiet bestehen aus einem rötlichweißen cystischen Zentrum und einem dunkelroten, schmalen, teleangiaktatischen Ring. Zwischen den kleinen Knötchen befinden sich einige größere, halbkugelige, durchscheinende, bläuliche Cysten, welche durch ihr Zu- und Abnehmen ganz den Charakter der Cysten des Hidrocystoms zeigen. In wenigen Tagen flachen sie sich ab, um sich nach einiger Zeit wieder anzufüllen.

Hinsichtlich der Pathogenese neigt Verfasser zur Ansicht **LEERS**, welcher es für wahrscheinlich hält, „dass die Granulosis rubra nasi zur Bildung isolierter Hidrocystome auf der Nasenhaut führen, dass irgendeine vorübergehende oder chronische Entzündung, die besonders um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen lokalisiert ist, diese verlegen oder sogar zum Verschwinden bringen kann. So bilden sich Retentionscysten, die nach Entleerung ihrer Flüssigkeit sich durch neugebildetes Sekret des Knäuels immer wieder füllen“.

V. Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi **JADASSOHN**, von **ED. BLUMER**-Berlin. Am 7. Juli 1908 stellte Verfasser in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen Knaben mit Granulosis rubra nasi vor. In der vorliegenden Arbeit werden die histologischen Befunde dieses Falles mitgeteilt. Sie decken sich im wesentlichen mit der von **LUTHELEN** gegebenen Beschreibung. Die Hauptveränderung findet man um den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Ein dichtes, fast kugelförmiges, vorwiegend aus Plasmasellen, in geringer Zahl aus mono- und polynukleären Leukocyten bestehendes Infiltrat in der oberen Cutisschicht umgibt den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Derselbe ist in seinem ganzen Verlaufe erweitert und enthält hier und da eine feinkörnige Masse. Im Bereich der Infiltration ist das elastische Gewebe ganz verschwunden, im übrigen aber wohl erhalten. Sämtliche Blutgefäße der oberen Cutisschichten sind stark erweitert, ebenso die Lymphspalten.

Im Gegensatz zu den Schweißdrüsen sind die Haarfollikel und Talgdrüsen frei von Zellanhäufungen in der Umgebung. Der Ausführungsgang der Schweißdrüse zeigt auch nach dem Knäuel hin starke cystische Erweiterung des secernierenden Abschnittes der Drüse.

VI. Die Ursache der Alopecia praematura, von **F. B. SOLGER**-Neiße. Bei der Alopecia praematura handelt es sich meist um eine vererbte oder vererbare Konstitutionsanomalie, welche das weibliche Geschlecht deshalb mehr verschont, weil dasselbe von Natur stärkeres und widerstandsfähigeres Haar besitzt als das männliche Geschlecht. Diese natürliche Eigenschaft ist als sekundärer Geschlechtscharakter auf-

zufassen, wie beim Manne der Bart. Ursprünglich wiesen beide Geschlechter keinen Unterschied in der Behaarung auf. Aber mehr und mehr wurde schönes Haar als Attribut der weiblichen Schönheit angesehen, und bei der Fortpflanzung genoss die Frau, welche schönes Haar hatte, besondere Gunst bei den Männern. Immer und immer wieder schieden durch Jahrtausende Frauen mit schwachem Haarwuchs aus der Fortpflanzung aus, während die Männer den gleichen Fehler unbeanstandet weiter vererben durften, bis der Zustand unserer Tage erreicht war.

Zwar können gewisse äußere Momente, wie erschöpfende Krankheiten, dauernde seelische Depressionen, mangelnde Ernährung bei anstrengender Tätigkeit, geistige Überanstrengung, starkes Schwitzen usw., das Ausfallen der Haare begünstigen, aber die Hauptursache bleibt doch die ererbte Disposition des einzelnen Menschen und die atavistische geringe Widerstandsfähigkeit der Haare des Mannes im allgemeinen.

VII. Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis, von PETER MIKON-Berlin. Eine anscheinend gesunde, blühend aussehende Frau, die angibt, nie krank gewesen zu sein und niemals irgend auf Syphilis zu beziehende Symptome an sich bemerkt zu haben, hat von ihrem ersten, syphilitischen Manne mehrere syphilitische Kinder geboren, und in zweiter Ehe mit einem gesunden Manne wiederum syphilitische Kinder zur Welt gebracht. Zur Zeit der Geburt des zweiten Kindes hat sie an Haarausfall und viel an Kopfschmerzen gelitten. Diese Erscheinungen könnten doch als syphilitische gedeutet werden. Immerhin ist in dem Falle bemerkenswert der schwere, deletäre Einfluß der ganz unbemerkt verlaufenen Syphilis der Mutter auf die Nachkommenschaft. Von acht Schwangerschaften nach der Infektion waren sieben Totgeburten und nur ein ausgetragenes, syphilitisches Kind.

Fälle, wie der vorliegende, fordern gebieterisch die Annahme einer materalen Vererbung, d. h. der Infektion per placenta.

VIII. Über die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe, von F. SCHANZ-Dresden. Die gelbe Augensalbe des Verfassers hat folgende Formel:

℞ *Hydrargyr. oxydat. flav. recent. parat.* 0,1—1,0

Aquae destillat.

Adip. lanas anhydric.

■ 1,0

Vasel. americ. alb.

ad 10,0.

M. f. ung. D. in olla nigra.

C. Berliner-Aachen.

Lepra.

Band IV, Heft 4.

VII. Die Lepra: Zwölf Jahre Tätigkeit am Leprahospiz von Désirade (Guadeloupe), von L. A. NOËL. Das zur Insel Guadeloupe gehörige Leprahospiz auf der Insel La Désirade besteht seit fast 200 Jahren und beherbergt zurzeit über 80 Lepröse. Die dort gesammelten Erfahrungen faßt Verfasser wie folgt zusammen:

1. Das Leprahospiz von La Désirade ist, was Organisation und Aufnahmebedingungen betrifft, den fortschrittlich-humanitären Ideen unseres Jahrhunderts gefolgt.

2. Die Leprösen werden auf ihren ausdrücklichen Antrag aufgenommen. Zwangsmaßnahmen können nicht angewandt werden.

3. Es wäre von großem Vorteil, wenn die Verwaltung und Leitung des Hospizes in den Händen des behandelnden Arztes und nicht, wie bisher, in denen von Ordensschwestern wäre.

4. Die Lepra ist nicht erblich.

Formen, führt Verfasser nicht auf eine besondere Qualität oder Quantität des syphilitischen Virus, sondern vielmehr auf eine Intoleranz des Organismus gegen den Krankheitserreger zurück. Die Widerstandsfähigkeit des Individuums spielt also die größte Rolle. Sie kann durch die verschiedensten Momente beeinträchtigt werden, z. B. durch das Alter; durch Alkoholismus, Diabetes, Tuberkulose; durch Mangel an Reinlichkeit; durch falsche Behandlung.

Was die parasyphilitischen Erkrankungen betrifft, so entstehen sie auf syphilitischer Basis. Es handelt sich um einen syphilitischen Lokalprozess, und zwar fast stets um rein interstitielle Wucherungsprozesse. In seltenen Fällen spielen auch gummöse Prozesse mit.

IV. Über die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi, von **FELIX PERKUS**-Berlin. Ein 59jähriger Mann leidet seit seinen Kinderjahren an einer geröteten und stark schwitzenden Nase, auf welcher sich vor mehreren Jahren Knötchen und rote Flecke entwickelt haben. Die Affektion verursacht keinerlei subjektive Empfindungen, sondern geniert höchstens in ästhetischer Beziehung. Die scharfumschriebenen Knötchen in dem hyperidrotischen und geröteten Gebiet bestehen aus einem rötlichweißen cystischen Zentrum und einem dunkelroten, schmalen, teleangiaktatischen Ring. Zwischen den kleinen Knötchen befinden sich einige größere, halbkugelige, durchscheinende, bläuliche Cysten, welche durch ihr Zu- und Abnehmen ganz den Charakter der Cysten des Hidrocystoms zeigen. In wenigen Tagen flachen sie sich ab, um sich nach einiger Zeit wieder anzufüllen.

Hinsichtlich der Pathogenese neigt Verfasser zur Ansicht **LERTS**, welcher es für wahrscheinlich hält, „dass die Granulosis rubra nasi zur Bildung isolierter Hidrocystome auf der Nasenhaut führen, dass irgendeine vorübergehende oder chronische Entzündung, die besonders um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen lokalisiert ist, diese verlegen oder sogar zum Verschwinden bringen kann. So bilden sich Retentionscysten, die nach Entleerung ihrer Flüssigkeit sich durch neugebildetes Sekret des Knäuels immer wieder füllen“.

V. Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi JADASSOHN, von **ED. BLUMER**-Berlin. Am 7. Juli 1908 stellte Verfasser in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen Knaben mit Granulosis rubra nasi vor. In der vorliegenden Arbeit werden die histologischen Befunde dieses Falles mitgeteilt. Sie decken sich im wesentlichen mit der von **LUTHELEN** gegebenen Beschreibung. Die Hauptveränderung findet man um den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Ein dichtes, fast kugelförmiges, vorwiegend aus Plasmasellen, in geringer Zahl aus mono- und polynukleären Leukocyten bestehendes Infiltrat in der oberen Cutisschicht umgibt den Ausführungsgang einer Schweißdrüse. Derselbe ist in seinem ganzen Verlaufe erweitert und enthält hier und da eine feinkörnige Masse. Im Bereich der Infiltration ist das elastische Gewebe ganz verschwunden, im übrigen aber wohl erhalten. Sämtliche Blutgefäße der oberen Cutisschichten sind stark erweitert, ebenso die Lymphspalten.

Im Gegensatz zu den Schweißdrüsen sind die Haarfollikel und Talgdrüsen frei von Zellanhäufungen in der Umgebung. Der Ausführungsgang der Schweißdrüse zeigt auch nach dem Knäuel hin starke cystische Erweiterung des secernierenden Abschnittes der Drüse.

VI. Die Ursache der Alopecia praematura, von **F. B. SOLGER**-Neisse. Bei der Alopecia praematura handelt es sich meist um eine vererbte oder vererbte Konstitutionsanomalie, welche das weibliche Geschlecht deshalb mehr verschont, weil dasselbe von Natur stärkeres und widerstandsfähigeres Haar besitzt als das männliche Geschlecht. Diese natürliche Eigenschaft ist als sekundärer Geschlechtscharakter auf-

sufassen, wie beim Manne der Bart. Ursprünglich wiesen beide Geschlechter keinen Unterschied in der Behaarung auf. Aber mehr und mehr wurde schönes Haar als Attribut der weiblichen Schönheit angesehen, und bei der Fortpflanzung genoss die Frau, welche schönes Haar hatte, besondere Gunst bei den Männern. Immer und immer wieder schieden durch Jahrtausende Frauen mit schwachem Haarwuchs aus der Fortpflanzung aus, während die Männer den gleichen Fehler unbeanstandet weiter vererben durften, bis der Zustand unserer Tage erreicht war.

Zwar können gewisse äußere Momente, wie erschöpfende Krankheiten, dauernde seelische Depressionen, mangelnde Ernährung bei anstrengender Tätigkeit, geistige Überanstrengung, starkes Schwitzen usw., das Ausfallen der Haare begünstigen, aber die Hauptursache bleibt doch die ererbte Disposition des einzelnen Menschen und die atavistische geringe Widerstandsfähigkeit der Haare des Mannes im allgemeinen.

VII. Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis, von PETER MISON - Berlin. Eine anscheinend gesunde, blühend aussehende Frau, die angibt, nie krank gewesen zu sein und niemals irgend auf Syphilis zu beziehende Symptome an sich bemerkt zu haben, hat von ihrem ersten, syphilitischen Manne mehrere syphilitische Kinder geboren, und in zweiter Ehe mit einem gesunden Manne wiederum syphilitische Kinder zur Welt gebracht. Zur Zeit der Geburt des zweiten Kindes hat sie an Haarausfall und viel an Kopfschmerzen gelitten. Diese Erscheinungen könnten doch als syphilitische gedeutet werden. Immerhin ist in dem Falle bemerkenswert der schwere, deletäre Einfluß der ganz unbemerkt verlaufenen Syphilis der Mutter auf die Nachkommenschaft. Von acht Schwangerschaften nach der Infektion waren sieben Totgeburten und nur ein ausgetragenes, syphilitisches Kind.

Fälle, wie der vorliegende, fordern gebieterisch die Annahme einer materalen Vererbung, d. h. der Infektion per placentam.

VIII. Über die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe, von F. SCHAUZ - Dresden. Die gelbe Augensalbe des Verfassers hat folgende Formel:

℞ *Hydrargyr. oxydat. flav. recent. parat.* 0,1—1,0

Aquae destillat.

Adip. lanas anhydric.

■ 1,0

Vasel. americ. alb.

ad 10,0.

M. f. ung. D. in olla nigra.

C. Berliner-Aachen.

Lepra.

Band IV, Heft 4.

VII. Die Lepra: Zwölf Jahre Tätigkeit am Leprahospiz von Désirade (Guadeloupe), von L. A. NOËL. Das zur Insel Guadeloupe gehörige Leprahospiz auf der Insel La Désirade besteht seit fast 200 Jahren und beherbergt zurzeit über 80 Lepröse. Die dort gesammelten Erfahrungen faßt Verfasser wie folgt zusammen:

1. Das Leprahospiz von La Désirade ist, was Organisation und Aufnahmebedingungen betrifft, den fortschrittlich-humanitären Ideen unseres Jahrhunderts gefolgt.

2. Die Leprösen werden auf ihren ausdrücklichen Antrag aufgenommen. Zwangsmassnahmen können nicht angewandt werden.

3. Es wäre von grossem Vorteil, wenn die Verwaltung und Leitung des Hospizes in den Händen des behandelnden Arztes und nicht, wie bisher, in denen von Ordensschwestern wäre.

4. Die Lepra ist nicht erblich.

5. Kinder lepröser Eltern sind nicht leprös.

6. Die Lepra ist ansteckend. In den meisten Fällen ist die Ansteckungsquelle unschwer festzustellen.

7. Durch sorgfältige hygienische Mafsregeln läfst sich die Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Zeit des Stillens vermeiden.

8. Sobald das Kind entwöhnt wird, etwa nach sechs Monaten, mufs es von seiner Mutter entfernt werden.

9. Die Lepra breitet sich in der Mehrzahl der französischen Kolonien rasch aus.

10. Zur Unterdrückung dieser Geißel müßten strenge gesetzliche Bestimmungen getroffen werden.

Die beste Behandlung der Lepra scheint die mit Chaulmoograöl, gemischt mit Gynocardsäure und Strychninsulfat, zu sein, und zwar in folgender Zusammensetzung:

℞ <i>Ol. Chaulmoograe</i>	3,0
<i>Acid. gynocard.</i>	1,2
<i>Strychnin. sulfur.</i>	0,01
<i>Magnes. ust.</i>	0,2
<i>Gumm. arab.</i>	9,0

M. f. pilul. Nr. 24.

Diese Pillen werden in steigender Zahl von 4 bis 24 täglich verabfolgt. Stellen sich die ersten Strychninintoxikationserscheinungen ein, so werden die Pillen durch solche ohne Strychningehalt ersetzt. Immer nach vier Wochen werden für acht Tage die Pillen ausgesetzt. Bei dieser Behandlung sollen nach vier bis fünf Monaten die ersten Anzeichen von Besserung auftreten. Fortgesetzte Behandlung bewirkt zwar nicht Heilung, aber doch erhebliche und dauerhafte Besserung.

VIII. Abnahme der Lepra in Norwegen, von G. ARMAUER HANSEN. Verfasser tritt in dieser Arbeit der Behauptung HUTCHINSONS entgegen, die Abnahme der Lepra in Norwegen sei nicht die Folge der Isolierung der Leprösen, sondern käme daher, daß die Norweger gelernt hätten, ihre Fischspeisen besser zuzubereiten als früher. An der Hand der Statistik weist Verfasser nach, daß tatsächlich die Isolierung und die Abnahme in engem Zusammenhange stehen, daß in den Bezirken, in denen die Isolierung eine strenge gewesen sei, auch die Abnahme erheblicher gewesen sei als in anderen Bezirken mit weniger streng durchgeführter Isolierung. Zum Schlusse bemerkt Verfasser treffend, es sei HUTCHINSONS Pflicht, zum Beweise seiner Behauptung das Vorhandensein des Leprabacillus in mangelhaft zubereiteten Fischen nachzuweisen.

A. Loewald-Kolmar.

The British Journal of Dermatology.

Band 16. Oktober 1904.

I. Benignes Cystepithelioma und seine Verwandtschaft zu dem sogenannten Syringocystadenoma, Syringocystoma und Haemangio-Endothelioma, von M. B. HARTZELL. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 14jährigen Mädchen, das auf dem Kinn ein kleines, festes, knopfartiges, gelblich-rotes Gewächs mit schwach konkaver Oberfläche zeigte. Bei genauer Besichtigung fand man einige sehr kleine, weißliche, milienähnliche Gebilde in die Substanz des Tumors eingebettet. Das Gewächs, das keinerlei subjektive Symptome machte, hatte vor ca. vier Jahren mit einem Knötchen begonnen und war dann sehr langsam gewachsen.

Es wurde exzidiert und mikroskopisch untersucht. Hinsichtlich der Struktur glich es vollständig den als Syringocystoma, Hydradenoma und Haemangio-Endo-

thelioma in der Literatur beschriebenen Fällen, aber es handelte sich hier um ein epitheliales Neoplasma, das von den Haarfollikeln seinen Ausgang nahm und in keinem Zusammenhang mit den Schweißdrüsen oder deren Ausführungsgängen, noch mit den Blutgefäßen stand.

II. Multipler Lupus vulgaris im Gefolge der Masern, von H. G. ADAMSON. Der Verfasser stellt die bisher in der Literatur publizierten Fälle von disseminiertem Lupus vulgaris tabellarisch zusammen. Das so häufige, ja fast konstante Zusammentreffen desselben mit Masern läßt eine Beziehung zwischen beiden vermuten. Die Annahme, daß die Maserntoxine irgendeinen latent existierenden tuberkulösen Herd erweichen und zur embolischen Verbreitung der Tuberkulose Anlaß geben, hat viel Wahrscheinlichkeit für sich.

In therapeutischer Beziehung kommen zunächst Tonika und eine kräftige Ernährung in Betracht. Vielfach verschwindet eine ganze Anzahl von Effloreszenzen spontan. Wo diese nicht so zahlreich, können Applikationen von Salicylpflaster oder bei größeren affizierten Stellen, namentlich im Gesicht, die Behandlung mit Finsenlicht oder mit Röntgenstrahlen zur Anwendung kommen.

III. Die Färbung des Elastins und der Gebrauch von Kontrastfarben, von L. H. HUIE. Eine gute Kernfärbung zur Färbung der elastischen Fasern nach TARNZERS Methode erhält man mit Toluidinblau, indem man folgendermaßen verfährt: Die Schnitte werden nach Entfernung des Paraffins durch Xylol und des Xylols durch Alkohol in TARNZERS Orcein für 24—48 Stunden bei gewöhnlicher Temperatur belassen, zuerst in absolutem, dann in 50%igem Alkohol abgewaschen, schließlich in Wasser übertragen, bevor man sie in eine 1%ige wässrige Toluidinlösung für drei Minuten bringt; hierauf werden sie von neuem im Wasser abgespült, rasch mit absolutem Alkohol entwässert, in Xylol oder Bergamottöl aufgehellt und in Kanadabalsam eingebettet.

Die elastischen Fasern sind sehr schwarz gefärbt; die Kerne sind hellblau; das Kollagen ist durch das Orcein nur schwach gefärbt, und die Muskelfasern werden grau. Das Bild eignet sich gut zum Photographieren. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Die Geschlechtskrankheiten. Gemeinverständliche Darstellung ihres Wesens und Belehrung über zweckmäßiges Verhalten der Erkrankten, von Stabsarzt LOEBDANK-Hann.-Münden. (Verlag der „Ärztl. Rundschau“, München 1904.) Ein recht brauchbares Büchlein zur Aufklärung der breiten Massen über die Geschlechtskrankheiten und deren große Gefahren; daß dabei die „Naturheilkundigen“, wie überhaupt die Kurpfuscher, ordentlich hergenommen werden, kann den Wert der Schrift nur erhöhen, ebenso wird vor den brieflich behandelnden Ärzten, die ja eigentlich mit den Vorgenannten auf gleicher Stufe stehen, eindringlich gewarnt. Auch wird mit gebührender Einschätzung jener Ärzte gedacht, die zum sogen. Naturheilverfahren schwören, und deren größter Teil auch in anderen Fragen, wie der Quecksilberverachtung, „mit dem Kurpfuschertum durch Dick und Dünn gehen, ja oft sogar direkt im Solde desselben stehen“. Wenn Verfasser weiterhin sagt, „glücklicherweise haben die Naturheiler in Deutschland nicht vermocht, in ihrem Kampf gegen das Quecksilber einen nennenswerten Erfolg zu erzielen; die Macht der Tatsachen rede eben zu deutlich zugunsten des Quecksilbers“, so steht er damit auf einem sehr

optimistischen Standpunkte, den Referent auf Grund zahlreicher Erfahrungen in der Haupt- und Residenzstadt München nicht zu teilen vermag. Tripper, Syphilis und deren Behandlung, wobei ein wohlthuend vermittelnder Ton — auch die Exsision des Primäraffektes hält Verfasser zuweilen für berechtigt — angeschlagen wird, ebenso wie das einfache venerische Geschwür sind in ihrem Verlaufe kurz und prägnant geschildert. Die statistisch erwiesene Tatsache, daß die Erscheinungen der tertiären Syphilis höchstens bei 10% der mit Quecksilber Behandelten, dagegen bei 30—40% der Nichtbehandelten auftrate, dürfte nach Verfassers Ansicht für sich allein schon vollständig genügen. Das kurze Schlußkapitel bildet die Verhütung der Geschlechtskrankheiten. In erster Linie tritt LOBEDANK gegen den außer-ehelichen Geschlechtsverkehr auf, gesteht aber zu, daß die Unterdrückung der Prostitution sich zu allen Zeiten als unmöglich erwiesen hat; Pflicht der Gesetzgeber sei es, die Schäden des unvermeidlichen Übels möglichst zu mildern, da zurzeit die Prostitution jedenfalls noch der Hauptherd der venerischen Infektionskrankheiten sei. Der Behauptung: „es ist niemals festgestellt worden, daß einem gesunden Menschen geschlechtliche Abstinenz schädlich gewesen ist“, kann Referent nicht unbedingt zustimmen, der Nervenärzte (Ems u. a.) Erfahrungen müßten hier mitsprechen. Konsequenterweise verschmäht es Verfasser, auf gewisse Schutzmittel, welche den Verkehr selbst mit venerisch Kranken ungefährlicher machen, näher einzugehen; ob dieser ideale Standpunkt gegenüber der realen Wirklichkeit haltbar ist, das ist wohl noch eine offene Frage.

Stern-München.

La Cura rationale delle Malattie veneree, sifilitiche e cutanee, von T. DE AMICIS.

Manuale di pratica Dermosifilopatica ad uso dei Medici e degli Studenti, seconda edizione illustrata, von V. D'AMATO. (Tipografia nazionale di G. Bertero E. C. Rom 1904.) Ein in Großoktav 466 Seiten umfassendes Werk, das für den Praktiker und den Studenten berechnet ist und daher von T. DE AMICIS in seinem Begleitworte mit Recht als „Vademekum“ bezeichnet wird. Es ist in der Tat „un'opera molto opportuna ed utile“, das die gültigen Anschauungen alter und neuer Schule bringt und die geläufigen Rezepte und Mittel und diagnostischen Methoden vorsichtig ausgewählt und übersichtlich und anschaulich ausführt. Es berührt gerade auch den deutschen Leser angenehm, und zwar einerseits wegen der systematischen Einteilung und Anordnung und wegen der strengen Sachlichkeit, aber andererseits erscheint auch der Hinweis auf die Autoren und nicht zum wenigsten deutschen Autoren wertvoll. Von diesen Gesichtspunkten aus ist das Lesen des Manuale leicht und anregend. Interessant ist auch die Auffassung über die Bedeutung der verschiedenen venerischen Erkrankungen. D'AMATO ist nicht gerade Pessimist, er räumt der Behandlung, namentlich der Syphilis gegenüber, ihr Recht ein, beschränkt die Ansteckungskraft der Syphilis auf die vier bis fünf Jahre der sekundären Periode, aber andererseits wird auch er, und zwar gleich im Eingange seines Buches, den Forderungen der Prophylaxe im ersten Sinne gerecht; auch er fordert die strengste Überwachung der Prostitution, und namentlich der privaten Prostitution, und fordert zur Belehrung über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten genau wie zuzeiten einer Cholera- oder Pest-epidemie auf.

Interessant ist die Auswahl der Mittel; groß ist sie nicht, und auch alte Mittel werden immer wieder an die Spitze der Therapie gesetzt, so z. B. die RICOANsche Injektion, Wismut, Zink, Resorcin und Iohthyol und Argentinum nitricum.

Aber bemerkenswert ist es jedenfalls auch hier, daß die Auswahl der wenigen neuen Mittel gerade auf deutsche Präparate fällt; so werden bei der Blennorrhoe erwähnt: Protargol, Gonorol, Hetralin.

In der Behandlung der Syphilis bringt d'AMATO eine größere Auswahl von Mitteln bzw. Methoden; für die Schmierkur z. B. empfiehlt er das Quecksilberresorbin der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation zu Berlin. In der Hauptsache aber empfiehlt d'AMATO die Injektionsmethode — von SCARENZIO DI PAVIA eingeführt — als die sicherste Methode. „Le iniezioni costituiscono il metodo più sicuro, più pronto e meno incomodo.“ d'AMATO benutzt mit Vorliebe das salicylsaure Quecksilbersalz oder das Hydrarg. benzoat. (MEROK) oder Hydrarg. imido-succinicum.

Beachtenswert sind die Geheimnisse der italienischen Kosmetik, die am Schlusse im „Formulario Cosmetico“ verzeichnet sind. Ebenso interessant wie der Inhalt, ebenso sauber und übersichtlich ist die äußere Ausstattung und Anordnung des Buches.

Arthur Bahn-Collm.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Über die pathogenetische Bedeutung des HANSENschen Bacillus beim sog. Pemphigus in den hämorrhagischen Flecken bei der trockenen Gangrän der Lepra anästhetica, von PIAZZA-Tormina. (*Il Morgagni*. 1904. Nr. 2.) Während bis in die neuere Zeit die hämorrhagischen Flecke, die Blasen und die trockene Gangrän bei der Lepra anästhetica als trophoneurotische Erscheinungen angesehen worden waren, erklärt sie der Verfasser auf Grund seiner klinischen und experimentellen Untersuchungen als Produkte der lokalen Wirkung des spezifischen Bacillus, welcher, auf dem Blutgefäßwege angeschwemmt, eine akute Entzündung der Gewebe (Periarteriitis) hervorruft.

C. Müller-Genf.

Ein autochthoner Fall von Lepra in Niederland nebst einigen Bemerkungen über die etiologische Streitfrage, von MENDES DA COSTA. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde*. 1904. I, Nr. 18.) Der Fall betrifft einen 56jährigen Zimmermann, bei dem eine typische Lepra maculo-anästhetica konstatiert wurde. Der Mann war selbst niemals außerhalb Europas gewesen, hatte aber eine zeitlang mit einem aus Indien zurückgekehrten Bruder, der selbst an dieser Affektion litt, zusammengelebt und seine Unterkleider und andere Kleidungsstücke getragen. Verfasser ist nun der Ansicht, daß eine Verbreitung der Lepra auf hereditärem Wege nicht vorkommt. Wenn die Krankheit bei Kindern angetroffen wird, deren Eltern selbst an der Lepra leiden, so hat die Infektion nach der Geburt stattgefunden. Auf welche Weise die Übertragung zustande kommt, darüber will sich der Verfasser nicht aussprechen; dieser Teil der Frage ist von sekundärer Bedeutung. Die Hauptsache bei der Übertragung ist die Ansteckung mittels des HANSENschen Bacillus; dabei können allerdings andere Momente, wie Verwandungen, Klima, Fischessen und vielleicht die Heredität als prädisponierende Ursachen mitwirken. Er hält übrigens nicht alle Fälle von Lepra für ansteckend; der spezifische Bacillus kann nämlich bei dem Leprapatienten nach mehr oder weniger langer Zeit zugrunde gehen. Der weitere Verlauf der Affektion beruht dann, wie dies IMPRY meint, in solchen Fällen auf Nervenentartung oder paralytischen Störungen.

C. Müller-Genf.

Sieben Fälle von Lepra im alten Katharinenhospital im Jahre 1903, (Versuch einer Leprastatistik für Moskau und das Moskausche Gouvernement), von SAMGIN. (*Med. Obozrenje*. 1904. Nr. 15.) Die auffällige Erscheinung, daß im Jahre 1903 sieben Leprafälle im alten Katharinenhospital zu Moskau zur Aufnahme kamen, hat Verfasser zur dankenswerten Nachforschung bewogen, nach allen bisher in Moskau selbst und in der Provinz Moskau bekannt gewordenen Leprafällen zu forschen. Im Jahre 1888 erwähnt PETERSSEN bei Aufzählung aller Provinzen Rufalands, wo sich nach offiziellen Nachrichten Leprakranke gefunden haben, die Provinz Moskau noch nicht. Seitdem hat sich das ganz geändert, indem bald in diesem, bald in jenem Krankenhaus Moskaus Lepröse registriert worden sind, so daß SAMGIN im ganzen 40 Fälle von Lepra gesammelt hat. Von diesen 40, teils der tuberösen, teils der anästhetischen Form angehörigen Kranken, betrafen 22 Personen aus der Provinz Moskau und 18 solche, welche aus anderen Provinzen, wo die Lepra mehr oder weniger heimisch ist, in Moskau eingewandert waren. Es gab aber unter letzteren auch solche, welche aus Provinzen mit sehr spärlichem Vorkommen von Lepra stammten. Von den 22 einheimischen Lepräsen hatten nur 4 sich längere Zeit in Gegenden aufgehalten, welche auf Lepra verdächtig sind, die übrigen hatten teilweise nie, teilweise lange Zeit vor Ausbruch der Krankheit die Provinz Moskau nicht verlassen. Von den Leprakranken aus der Provinz Moskau waren 7, also ein Drittel, aus dem Bronnitskischen Kreise, wobei es sich einmal um Vater und Sohn, das andere Mal um Mutter und Sohn handelte. Hinsichtlich der Beschäftigung fällt es auf, daß von 20 Lepräsen der Provinz Moskau, wo die Beschäftigung angegeben war, sieben Fabrikarbeiter waren, und zwar fünf auf Baumwollspinnereien, je einer auf einer Tuch- und Seidenfabrik. Das überrascht um so mehr, als es den statistischen Angaben des Medizinaldepartements über 998 Lepräsen in ganz Rußland für die Zeit von 1891—1895 widerspricht, wonach unter diesen 358 Personen sich mit Ackerbau, 120 mit Fischfang, 95 mit landwirtschaftlichen, 174 mit hauswirtschaftlichen Arbeiten befaßten, 52 Bediente und nur 32 Fabrikarbeiter waren. Eine strikte Erklärung dieses auffallenden Überwiegens der Fabrikarbeiter speziell unter den Moskauer Lepräsen vermag SAMGIN nicht zu geben; aber es erscheint ihm leicht möglich, daß die Infektionsquelle auf das in den Fabriken zur Verarbeitung kommende Rohmaterial, die Baumwolle, zurückzuführen ist, welche vielfach aus Gegenden Asiens herkommt, wo die Lepra heimisch ist, wie Buchara.

Arth. Jordan-Moskau.

Über die Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl, von A. KUPFFER-Kuda (Estland). (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 17.) Verfasser hat in dem unter seiner Leitung stehenden estnischen Leprosorium das Chaulmoograöl seit 1899 häufig in Anwendung gezogen und kommt zu folgendem Urteil: Ein günstiger Einfluß des Mittels ist nicht abzuleugnen, und zwar bei allen Anwendungsweisen. Die Injektionen empfehlen sich für die Fälle, die innerliche Verabreichung nicht vertragen, oder in denen eine energische örtliche und allgemeine Wirkung schnell herbeigeführt werden soll. Reaktionserscheinungen, nach den Einspritzungen, wie andere sie beobachtet haben, hat Verfasser auch oft gesehen, aber nur bei tuberösen Kranken. Je schwerer der Fall, um so stärker die Reaktion; die an das Mittel gewöhnten Patienten und die mehr abgelaufenen Fälle reagierten nur sehr schwach oder gar nicht. Bei der Behandlung ist es wichtig, ein reines Präparat zu verwenden, oft mit der Darreichungsweise zu wechseln und namentlich die UNNASchen keratinisierten Gynokardseifepillen und das Natrium gynocardicum neben dem Chaulmoograöl zu benutzen, damit man die Patienten so jahrelang unter Gynokardsäurewirkung halten kann. Wenn das gelingt, können selbst schwerere tuberöse und makulo-anästhetische Fälle in das Latenzstadium übergeführt werden. Bei leichten oder gar abortiven Fällen treten die

Leprasymptome viel schneller und ohne Defekte zu hinterlassen zurück. Sehr wichtig ist ein frühzeitiger Beginn der Kur und eine energische Lokalbehandlung neben der Allgemeinkur.

A. Loewald-Kolmar.

b. Tuberkulose.

Die Entstehung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der v. BEHRINGSchen Lehre, von CORNET-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 11.) Verfasser nimmt sehr entschieden Stellung gegen v. BEHRINGS Lehre von der Säuglingsinfektion und zeigt, daß Statistik und Experiment, klinische Beobachtung und epidemiologische Forschung sich vereinigen, um v. BEHRINGS Lehre zu widerlegen und die Entstehung der Tuberkulose auf dem Wege der Einatmung zu beweisen.

A. Loewald-Kolmar.

Über akneartige Formen der Hauttuberkulose, von BETTMANN-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 18 und 19.) Es ist dem Verfasser gelungen, bei einem Falle von Lupus follicularis disseminatus, in dessen Verlauf neben der typischen Eruptionenform akneähnliche Effloreszenzen auftraten, in diesem letzteren Tuberkelbazillen nachzuweisen. Ebenso glückte Verfasser der Bazillennachweis in einem Falle von Lichen scrofulosorum, und zwar im Eiter pustulöser Effloreszenzen, die zugleich mit neuen, vorher nicht sichtbar gewesenen Knötchen im Anschluß an eine Tuberkulininjektion zum Vorschein gekommen waren. Von gewöhnlichen Akneknötchen unterschieden sie sich durch den braunrötlichen Saum. — Beiden Fällen gemeinsam ist also der Bazillenbefund in pustulösen Herden. Verfasser zieht aus diesen Beobachtungen den Schluss, daß tuberkulöse Hauteruptionen akneähnliches Aussehen gewinnen können. Verfasser neigt auch der Ansicht zu, solche Fälle der in Rede stehenden Krankheiten, in deren Verlauf jene pustulösen Eruptionen auftreten, als echt tuberkulöse Prozesse anzusehen; die Tendenz zur Vereiterung ist ja wohl bei beiden Affektionen keine gewöhnliche Erscheinung, aber doch möglich. Verfasser kommt ferner auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß man von einer „Akne tuberculosa“ nicht sprechen dürfe, wenn man dem Begriff „Akne“ die Definition TOUTONS zugrunde lege. Die Akne tuberculosa ist nichts als eine Komplikation oder ein regressives Stadium, das sich unter besonderen Voraussetzungen bei verschiedenartigen Formen der Hauttuberkulose einstellen kann. Der Prozeß, bei dem sich die Vereiterung entwickelt, ist von vornherein eine tuberkulöse Neubildung, nicht wie bei der Akne vulgaris eine banale Entzündung. Zum Schlusse erörtert Verfasser die Frage, ob angesichts der Feststellung, daß verschiedene Typen echt tuberkulöser Hauterkrankungen zu akneartigen Erscheinungen führen können, ein Moment für die Einreihung der „akneiformen Tuberkulide“ unter die bazilläre Hauttuberkulose gewonnen sei. Da der Lichen scrofulosorum und der Lupus follicularis von vornherein aus jener Gruppe ausscheiden, bleibt als ihr Repräsentant noch der Lupus erythematosus disseminatus БОСС (Acnitis und Folliclis) übrig. Für diese Affektion hält Verfasser eine Sonderstellung für notwendig, da sie sich, außer in wesentlichen klinischen Punkten, namentlich auch nach ihrer anatomischen Struktur durchaus von der echten Tuberkulose unterscheidet. Damit ist natürlich die tuberkulöse Ätiologie des Krankheitsbildes nicht ausgeschlossen.

A. Loewald-Kolmar.

Über eigentliche Hauttuberkulose des Penis bei Urogenitaltuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über verschiedene Formen von Peritirethritis, von RUDOLF BLOCH-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 17—19.) Patient, 24 Jahre alt, bekam vor 1½ Jahren links einen Hodenabscess, welcher die Exstirpation des Hodens nebst Samenstrang notwendig machte. Vor einem halben Jahre Blennorrhoe mit Epidid. dextr., welche später abscedierte. Im weiteren Verlauf der

blennorrhischen Erkrankung bildeten sich auf der Schleimhaut der Urethralmündung und auf dem äußeren Integument des Penis eine Reihe von Ulcerationen, die bei der histologischen Untersuchung Miliartuberkel mit Riesenzellen ergaben. An der Unterflache des Schaftes und an der Raphe perinei war es nach Durchbruch von Abscessen zur Bildung von Fisteln gekommen, die Harn entleerten. Der Urin war stets gleichmäßig getrübt mit starkem Sediment, das, wie sicher festgestellt wurde, renalen Ursprungs war. Im Sediment Tuberkelbazillen. Ein mit steril aufgefangenem Harn geimpftes Meerschweinchen ging an Tuberkulose zugrunde. Blase und Prostata erwiesen sich als gesund. Der Verlauf der Urogenitaltuberkulose liefs die Frage offen, ob die Krankheit per contiguitatem sich ausbreitete, oder als Exkoationskrankheit (СОНЕКК) mit deszendierendem Typus oder als bazillämische Embolie an mehreren voneinander unabhängigen Stellen aufzufassen war. Die aufsteigende urinogene Infektion wird jetzt gänzlich geleugnet. (Siehe das Referat in Bd. 38, Seite 628 dieser Zeitschrift.) Die miliare Hauttuberkulose an der Penishaut ist als Tuberculosis cutis propria KARON zu betrachten, welche nach der Beschreibung mehrerer Autoren von den anderen Formen der Hauttuberkulose unterschieden und als Morbus sui generis aufgefaßt wird. Die Form der hier erwähnten Urinfisteln ist als Periurethritis tuberculosa zu bezeichnen, deren Wesen darin besteht, daß sie sich auf Grundlage einer Dyskrasie entwickelt und meist unaufhaltsam fortschreitet. Verfasser bespricht die verschiedenen periurethralen Entzündungsprozesse und lehnt sich dabei besonders an die Arbeiten von ENGLISCH an, der sie nach ihrem anatomischen Sitz und ihrer Ätiologie eingeteilt hat.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Demonstration eines Falles von Lupus nach Tuberkulinbehandlung, von OSKAR PIELKEK. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 19.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 25. April 1904 zeigt P. einen 17jährigen Patienten, der durch 15 Injektionen von Tuberkulin eine überraschende Besserung seines Lupus zeigt; ob es von Dauer ist, muß die Zeit lehren. Im Anschluß daran berichtet SZAROS über einen Fall von Lupus, der vor 14 Jahren unter Tuberkulin heilte und kein Residiv zeigte. LASSAR bemerkt, daß evidente Erfolge bei Lupus mit dem alten Tuberkulin sehr selten sind, dagegen fungöse Hauttuberkulose absolut und sicher auf das alte Tuberkulin zurückgeht und ausheilt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein mit der Dermolampe behandelter und geheilter Fall von Lupus vulgaris, von EDUARD SCHIFF-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. VII. Heft 3.) Es handelte sich um einen flachen Lupus vulgaris der ganzen linken Wange mit einigen isolierten Knötchen auf der linken Nasenhälfte bei einem 50jährigen Kaufmann, der schnell geheilt wurde, wie man aus den Abbildungen vor und nach der Behandlung deutlich erkennen kann.

Bernhard Schulze-Kiel.

Radikalheilung von Lupus vulgaris und Knochencaries durch Röntgenstrahlen, von FREUND-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) Der Lupus exulcerans und tumidus war über das ganze Gesicht ausgebreitet, griff auf die Nasenschleimhaut über, perforierte das Septum, befiel außerdem beide Ellenbogengelenke und beide Handrücken. Die Patientin wurde innerhalb eines Jahres in 60 Sitzungen mittels Röntgenstrahlen geheilt und ist jetzt nach zwei Jahren rezidivfrei geblieben. Verfasser legt Wert darauf, daß die Bestrahlungen milde seien, und daß nur eine leichte Reaktion angestrebt werde. Ist diese eingetreten, dann müsse man nicht nur bis nach Ablauf der Entzündung, sondern längere Zeit darüber hinaus warten. Es sei dann der Anstoß zu einem spontanen Verheilungsprozess gegeben. Erst wenn dieser still stehe, solle man mit den Bestrahlungen fortfahren. Dieselbe Patientin hatte an der distalen Epiphyse des ersten Phalangealknochens hochgradige tuberkulöse Caries mit Fistelbildung. Auch diese wurde durch Röntgenstrahlen in 80

Sitzungen von sechs Minuten Dauer geheilt. Hier wirkte wohl die hervorgerufene Hyperämie ähnlich wie die Biersche Stauungshyperämie.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Betrachtungen über die Behandlung des Lupus; Indikationen der Lichttherapie, von CARL (Lyon méd. 1904. Nr. 12.) C. hat bei 19 Fällen von Lupus, die er nach der FINSSENS Methode unter Benutzung eines Apparates von LOETTER-GROVD behandelt hat, sechs definitive Heilungen, drei sehr weitgehende Besserungen, sechs Rezidive und vier Mißerfolge gesehen. Die Kranken, bei denen sich nach längerer oder kürzerer Zeit Rezidive gezeigt haben, sind nur jeden dritten Tag 15 bis 20 Minuten lang bestrahlt worden. Das genügt jedoch, wie C. sich jetzt überzeugt hat, nicht; die Bestrahlungen müssen vielmehr $\frac{3}{4}$ —1 Stunde dauern, jeder Herd muß sehr oft bestrahlt werden, was sich am besten durchführen läßt, wenn man in jeder Sitzung mehrere Herde bestrahlt, und auch die anscheinend geheilten Partien müssen nach einer vier- bis sechswöchentlichen Zwischenpause nochmals in Angriff genommen werden. Die Behandlung darf erst abgebrochen werden, wenn sich während mehrmonatlicher Beobachtung auch nicht die geringste Spur von lupösen Veränderungen mehr zeigt. Bei solchem Vorgehen werden zweifellos viel bessere Resultate erzielt werden als bisher. — In der Stellung der Indikationen für die Finsenbehandlung stimmt C. mit den anderen Autoren überein.

Göts-München.

Die FINSSENSche Phototherapie in der Behandlung des Lupus vulgaris, von PAUL FRANÇOIS. (Annal. soc. méd. d'Anvers. 1904.) Der Verfasser berichtet über FINSSENS und FORCHHAMMERS Erfahrungen an ihren Kopenhagener Lupuskranken, die radiographisch behandelt worden waren. Von den 800 Lupösen waren 73 % Frauen, 27 % Männer; von beiden zusammen waren drei Viertel der Kranken im Alter von 15 bis zu 45 Jahren mit durchschnittlich elfjähriger Dauer des Hautleidens. In 760 Fällen war das Gesicht affiziert. 57 % betrafen Lupus von kleinerer und mittlerer Ausdehnung (unter 10 bzw. 50 ccm). 43 % große und sehr große lupöse Prozesse (von unter 100 bis zu über 100 ccm). Bis zum Frühjahr 1898 wandte FINSSENS nur Lichtbehandlung an, seitdem daneben die Pyrogallussalbe von BESNIER, den Thermo-kauter und Galvanokauter, Luftkur, Ruhekur und Mastkur. Bei Schleimhautlupus verwendet er neben Galvanokaustik noch Touchierungen mit folgender Lösung:

Jodi	1,0
Kal. jodat.	2,0
Aq.	2,0

Von 407 Geheilten, die 51 % der insgesamt Behandelten entsprechen, haben 15 seit mehr als 4 Jahren, 48 seit 3—4 Jahren, 205 seit $\frac{3}{4}$ —2 Jahren und 80 seit neun Monaten kein Rezidiv bekommen. Die Schleimhaut war in 72 % der gesamten Fälle lupös ergriffen. Beinahe geheilt sind von sämtlichen Kranken 198 = 24 %. Von diesen zeigten 143 Lupus der Schleimhaut, 38 Tuberkulose der Lungen. Wesentliche Besserung trat in 11 % der gesamten registrierten Fälle ein, ungenügend war der therapeutische Einfluß bei 5 % der Patienten.

Hopf-Dresden.

c. Syphilis.

Ein Fall von Syphilisinfection einer ganzen Familie durch eine Amme. (Med. Blätter. 1903. Nr. 49.) Der von FOURNIER veröffentlichte Fall ist vom Standpunkt der Prophylaxe der Syphilis in zwei Richtungen interessant; er zeigt die Gefahr der Syphilisinfection durch eine Amme und konstatiert die Folgen einer solchen Ansteckung in der Familie. In einer Familie wird das Kind von acht Monaten von der anscheinend gesunden Amme mit Syphilis infiziert; in die Pflege des Kindes teilen sich vier Personen, die Mutter, die Großmutter und zwei kleine Dienstmädchen im

Alter von 15—16 Jahren; alle vier werden bei dieser Gelegenheit mit Syphilis infiziert, schliesslich auch noch der Vater des Kindes von der Gattin, mit der er, während sie an floriden syphilitischen Erscheinungen erkrankt war, kohabitierte. Also sechs Infektionen durch eine Amme. *Putzler-Damig.*

In der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg (Sitzung vom 28. Januar 1904. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 18) sprach SCHNABEL über extragenitale Syphilis. Neues enthält der Vortrag nicht. Als beste Syphilisbehandlung bezeichnet SCHN. die vom Patienten selbst auszuführende Schmierkur. MARTIN dagegen verwirft, wie er in der Diskussion ausführte, die „Selbstschmierkur“ vollständig; er verlangt für eine Schmierkur die Ausführung durch einen geübten Wärter, und zwar wöglich innerhalb einer vom Arzte beaufsichtigten Badeanstalt. *Göts-München.*

Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen, von G. NOB. Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 17 und 18.) Die Kasuistik der extragenitalen Primärsklerosen ist, wie N. im Eingang seiner Arbeit nachweist, enorm angewachsen; Hand in Hand damit hat man auch in reicher Fülle Anhaltspunkte gewonnen, welche den Modus infectionis in voller Klarheit beleuchteten, und damit ist man wieder zu einer ganzen Reihe hygienischer Massnahmen gelangt, die geeignet waren, der Verbreitung der venerischen Seuche auf aufergeschlechtlichem Wege Einhalt zu gebieten. Man hat auch auf Grund sehr genauer Beobachtungen einsehen gelernt, dass die früher herrschende Ansicht, der extragenitale Sklerosenitz müsse immer einen schweren Syphilisverlauf bedingen, nicht gerechtfertigt sei. Aber noch immer wird durch die Verkennung des am Standorte häufiger Erkrankungsformen auftretenden Primäraffektes manches Unheil angerichtet, einmal dadurch, dass durch die Ignorierung des Primäraffektes nicht nur die rechtzeitige Einleitung der Allgemeinbehandlung vereitelt wird, sondern auch damit eine unzuverantwortende Gefährdung der Umgebung des Infizierten entsteht; andererseits bietet die verkannte, extragenitale Initialläsion vielfach zu Eingriffen Anlaß, die den Behandlungsleitsätzen der Syphilis zuwiderlaufen und zum Ausgangspunkt dauernder, dem Grundprozess durchwegs fremder, schwerer Schädigungen werden. Nach N.s eigenen Erfahrungen werden zumeist jene Kategorien von extragenitalen Primäraffekten verkannt, welche mit solchen Erkrankungsformen Ähnlichkeiten aufweisen, die der chirurgischen Intervention bedürfen. Es sind dies Formen von Primärsklerosen, die nichts von den typischen Charakteren einer primären Induration an sich haben und für gewöhnliche Zellgewebsentzündungen kokkogener Provenienz imponieren. Freilich können auch hier die fast stets fehlende Suppuration, die ausgesprochene Indolenz der Infiltrate, die meist vorhandene Erkrankung des regionären Lymphknotensystems als warnende Signale dienen. So sollte immer bei entzündlichen Infiltraten an Händen und Füßen, wo in Verkennung des ätiologischen Moments häufiger als irgendwo anders verstümmelnde Eingriffe erfolgen, die Möglichkeit extragenitaler Syphilisinfection sorgfältig in Betracht gezogen werden. N. führt einen Fall an, in welchem die wiederholten Eingriffe am Finger einer Hebamme zum Verlust eines Fingergliedes führten. Andere in Knotenform sich präsentierende Sklerosen, wie solche an den Lippen, Mundwinkeln, Kinn, Zunge, Wangen und Nasenflügeln auftreten, täuschen maligne Neoplasmen vor, werden operiert und dadurch nicht nur inoperable, ewig entstellende Defekte gesetzt, sondern auch Folgezustände heraufbeschworen, die den ursprünglichen Prozess in schwerster Weise komplizieren. Fehldiagnosen zugänglich sind von jeher leicht die unzähligen Formen der Mundhöhlenprozesse gewesen, die mit Syphilis nicht das geringste zu tun haben, während andererseits spezifische Läsionen nicht erkannt und daher weder lokal, noch allgemein behandelt werden. Von den Primäraffekten sind es besonders die Sklerosen der Mandeln, die immer wieder mit gewöhnlichen diffusen Anginen verwechselt werden.

Wenn man es hier bei der exspektativen Behandlung bewenden läßt, so führt der hartnäckige, auf viele Wochen ausgedehnte Fortbestand des streng lokalisierten Primäraffektes, die indolente Drüsenschwellung und das nachträglich auftretende Exanthem schliesslich zur richtigen Diagnose. Wenn aber der mit Fieber einhergehende Primäraffekt der Tonsillen bei hyperplastischen Mandeln zu weiterer beträchtlicher Volumszunahme führt und gelegentlich auch einmal doppelseitig auftritt, so wird er häufig als Tonsillarabscess angesprochen und dann mit tiefgeführten Inzisionen traktiert. Daß solche extragenitalen Primäraffekte auf Inzisionen insofern sehr ungünstig reagieren, als sich an solche Eingriffe regelmäßig im Gebiete der regionären Drüsenverbände nekrobiotische Zerfallsvorgänge oder eitrig-einschmelzende zu etablieren pflegen, Folgezustände, die dem Wesen der Syphilis zuwiderlaufen und einzig und allein in den gesetzten Gewebeatfälligungen ihren Grund haben, belegt N. durch eigene Beobachtungen. Auch daß in allen jenen Fällen, wo die Zertrümmerung der Tonsillarsklerose von eitrig-lymphadenitiden und außergewöhnlich schweren Exanthemen gefolgt wird, der kontraindizierte Eingriff damit in ursächlichem Zusammenhang steht, kann nach N.s Überzeugung und Erfahrung keinem Zweifel unterliegen.

Putsler-Dansig.

Ein seltener syphilitischer Primäraffekt (*Syphilis insontium*), von ROMANOWSKI. (*Russki Wratsch.* 1904. S. 985.) Verfasser beschreibt die Beobachtung eines Falles von typischem syphilitischen Primäraffekt auf der linken Seite der Nasenwurzel, zwischen beiden Augen, bei einem 29jährigen Eisenbahnarbeiter. Nach Angabe des Kranken hatte ihn ein Freund an der Stelle der Erkrankung gekratzt. Unter 1124 extragenitalen Schankern der FOURNIERSchen Statistik betrafen 18 die Nase und in der GAYSchen Statistik unter 118 Fällen 4 die Nase. *Arth. Jordan-Moskau.*

Ein sowohl hinsichtlich der Ätiologie, als der Lokalisation seltener Fall von extragenitaler Syphilisinfektion, von BLANCHE DE LA ROCHE. (*Med. Obozrenje.* 1904. Nr. 15.) Es handelt sich um ein Ulcus induratum palpebrae inf. d. bei einer 22jährigen Dame. Wie die Nachforschungen ergaben, hatte die Dame an der betreffenden Stelle zuerst ein Gerstenkorn gehabt, welches das dienstbeflissene Zimmermädchen nach altem Volksbrauch durch Speichel auszukurieren sich erbot. Dementsprechend hatte das Mädchen der Dame ins Auge gespien. Die Folge war die syphilitische Infektion. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über eine Weiterimpfung vom syphilitisch infizierten Schimpansen, von O. LASSAR. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 30.) Von einem früher schon vorgestellten luetischen Schimpansen wurde ein zweiter, gesunder, geimpft, und zwar mit Erfolg. Es zeigte sich nach zwei Wochen an der Impfstelle am Bande der Orbita ein typischer Primäraffekt, dem im Laufe der nächsten sechs Wochen Sekundärerkrankungen folgten, Papeln, besonders an Hand- und Fußsohle, sowie an Armen und Kopf. Leider starb das Tier bald nachher an Miliartuberkulose. Jedenfalls ist der Beweis erbracht, daß sich die Syphilis vom Menschen auf einen Schimpansen und von diesem wieder auf einen weiteren Stammesgenossen übertragen läßt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Erreger der Syphilis ist ein „Blutprotist“, von RENÉ HORAND - Lyon. (*Lyon méd.* 1904. Nr. 8.) Wieder einmal ist der Erreger der Syphilis entdeckt! Eine Protozoenart soll es sein, ein innerhalb der Blutkörperchen sich entwickelnder Protist, der sich nach H. auf dem Primäraffekt, im Blute, auf den Plaques muqueuses und den sekundären und tertiären Ulcerationen der Syphilitiker finden soll. H. will folgende Entwicklungstufen beobachtet haben: 1. die Sporen, die in unzähligen Mengen auf den Plaques muqueuses vorkommen; sie sind stark lichtbrechend und färben sich nur an der Peripherie, während das Zentrum ungefärbt bleibt; 2. sehr bewegliche

Körnchen, die einzeln und in Gruppen vorkommen und sich auch innerhalb der roten Blutkörperchen finden; 3. lichtbrechende Körper von verschiedener Form und Größe innerhalb und außerhalb der roten Blutkörperchen; 4. lichtbrechende amöboide Zellen, die weiblichen Elemente des Syphilisprotisten; 5. halbmondförmige Gebilde, frei im Blutserum schwimmend oder auf den roten Blutkörperchen liegend; in Gruppen angeordnet finden sie sich auch auf den Primäraffekten und den Plaques muqueuses; 6. Geißeln, die männlichen Elemente, die sich nach allen Richtungen hin frei bewegen und sich auf die amöboiden Zellen legen oder in sie eindringen; sie finden sich außerdem frei im Serum schwimmend, in den roten Blutkörperchen, auf den Sklerosen und den Plaques muqueuses; 7. keulenförmige Gebilde; 8. rosettenförmige Körperchen mit drei oder vier Segmenten; 9. kugelige Gebilde, deren Durchmesser 1 μ bis 1 mm und darüber beträgt, sie sind zum Teil mit Geißeln versehen und kommen im Blute und auf den Plaques muqueuses vor, die größten, mit bloßem Auge sichtbaren Exemplare finden sich auf den Primäraffekten; 10. der Parasit im Zustande der vollendeten Entwicklung. — Das Blut untersucht H. im Trockenpräparat, zur Färbung verwendet er „seine Reagentien H oder T“, über die nichts Näheres mitgeteilt wird. Zur Färbung der Sporen der Plaques muqueuses verfährt H. folgendermaßen: er fixiert mit Alkohol, läßt zuerst 5%ige Chromsäurelösung, dann 80%ige ZIEHLsche Lösung je fünf Minuten einwirken und entfärbt mit 2%igem Anilinwasser und absolutem Alkohol. — Für H. ist die Frage nach dem Erreger der Syphilis nunmehr definitiv entschieden. Die praktische Bedeutung seiner Entdeckung schätzt er sehr hoch ein; da sein „Blutprotist“ in allen Fällen von Syphilis auf den luetischen Läsionen und insbesondere im Blute mit absoluter Sicherheit zu finden ist, so kann es in Zukunft diagnostisch zweifelhafte Fälle nicht mehr geben. (Die ganze Geschichte klingt vorerst wenigstens noch recht mystisch und unglauwürdig. Ref.)

Götz-München.

Ist das Syphilisgift filtrierbar? von VIKTOR KLINGMÜLLER und GUSTAV BAERMANN-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Die Verfasser glaubten, der Lösung des Problems, den Erreger der Syphilis zu finden, einen Schritt näher zu kommen, indem sie die Frage zu beantworten suchten, ob das Syphilisgift filtrierbar ist. Zu diesem Zwecke haben sie Primäraffekte und breite Kondylome filtriert und dann am eigenen Leibe eine Reihe von Infektionsversuchen gemacht, indem sie das Filtrat teils subcutan sich injizierten, teils in zuvor skarifizierte Hautstellen einrieb. Bei den subcutanen Injektionen kam es regelmäßig zu lokaler schmerzhafter Rötung und Schwellung, in wenigen Tagen wieder verschwindend, die Einreibungen verliefen völlig reaktionslos. Sonstige Erscheinungen blieben aus. Damit ist also der Beweis erbracht, daß das Syphilisgift nicht filtrierbar ist (ein Resultat, das namentlich im Interesse der Herren Experimentatoren zu begrüßen ist. Ref.).

A. Loewald-Kolmar.

Die Syphilis der Europäer in den tropischen Gegenden der ostamerikanischen Küste, von ZUR VERETH. (*Arch. Trop. Hyg.* 1904. Bd. 8.) Der Verfasser berichtet über 80 Fälle von Syphilis, die er als Arzt auf einem deutschen Kriegsschiff auf der ostamerikanischen Station, hauptsächlich in Westindien, zu beobachten Gelegenheit hatte. Er kommt zu dem Schlusse, daß bezüglich Inkubation und Ausbreitung des Krankheitsgiftes nichts anders ist als im gemäßigten Klima, daß aber die Lues der Tropen beim Europäer gewisse klinische Erscheinungen mehr hervortreten läßt, die ihr ein schwereres Gepräge geben. Der Primäraffekt zeigte sich meist im Laufe der dritten oder vierten Woche. Bei 47% der Fälle eröffnete ein Ulcus simplex den Reigen der Erscheinungen. Erst allmählich wandelte sich dies weiche Geschwür in ein hartes um. Verfasser wendet sich dann gegen die Auffassung ROTHSCHNIG, der in einer Arbeit über die Syphilis in Nicaragua angegeben hatte,

dafs dortselbst die Inkubationszeit für *Ulcus molle* wie für *Syphilis* gleich sei und 1–6 Tage betrage. Nach ZUR VÜRTH hat es sich bei den Erkrankungen dieses Autors eben nur um weiche Geschwüre gehandelt, die sich später zu spezifischen umgewandelt haben. Des weiteren betont der Verfasser die ausgedehnte Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den romanischen Staaten der ostamerikanischen Küste. Die Bevölkerung soll bis zu 80% und mehr an *Syphilis* leiden. In 28% der Fälle, die der Mitteilung zugrunde liegen, trat vereiternde Leistendrüseneuzündung auf. Die sekundären Symptome erschienen meist in der neunten bis elften Woche. Sie werden fast stets von Fieber, das in acht Fällen 39°, in einem 40° überstieg, begleitet. Dasselbe war anhaltend und wich erst auf gröfsere Dosen Jodkalium. Auffallend häufig waren die Knochen-, Muskel- und Gelenkschmerzen. Schleimhautionen dagegen waren merkwürdigerweise selten. Kondylome zeigten sich gar nicht, nur in zwei Fällen fand man leichte Erkrankungen an Rachen- bzw. Kehlkopfneurosen. Therapeutisch gab VÜRTH jedem Erkrankten in Schmierkuren je 120 g Ung. einer. in Dosen von 3 g und legte auf die Hautpflege besonderen Wert, auch gab er frühzeitig Jodkalium, das sowohl gegen Fieber, wie gegen Knochenschmerzen prompt wirkte. Von einer Heimendung der Erkrankten, wie sie in den holländischen Kolonien bei schwerer *Syphilis* geübt wird, sah Verfasser keinerlei besonders günstigen Einflufs. *Hopf-Dresden*.

Syphilis unter den tropischen Indianern, von OTTO EFFERTZ-MIHUATLAN-Oajaca, Mexiko. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 5.) An der Tuberkulose, den Pocken, Traumatismen und der *Syphilis* kann man als wandernder und von Kontinent zu Kontinent vergleichender Rassenarzt am besten — jedenfalls eher als der Familienarzt an Generationen — den Hergang der hereditären Immunisierung beobachten und damit dieselbe erläutern und plausibel machen. Eigentümlich erscheint es zunächst, dafs die *Syphilis* unter den Indianern so harmlos sich äufsert, dafs sogar schon die „Larsa“ der Kräuterfrau Genüge leistet, und dafs HUMBOLDT auf den Gedanken kommen konnte, die Indianer litten überhaupt nicht an *Syphilis*. Ebenso bei Traumatismen; auch die dekrepidesten Indianer wissen nichts von Wundinfektion und Entzündung und Eiterung, und das kein Wunder! Die tropischen Indianer gehen alle mit blofsen Füfsen und verletzen sich jeden Augenblick, und das ist jedem einzelnen schon in unzähligen Generationen passiert, also mufs hier hereditäre Immunisierung vorliegen, wie bei der *Syphilis*, die bei den Indianern schon längst bestanden hat. Die Europäer sind eine erst seit 1508 syphilitische Rasse, kein Wunder also, dafs die Benignität noch nicht so weit vorgeschritten ist wie bei den Indianern, und doch ist sie jetzt schon eine venerische Krankheit, d. h. eine infektiöse Krankheit in ihrer letzten Phase, wie sie eben zu ihrer Entstehung einer intimeren Einverleibung bedarf. Wenn es bei den Tieren weder spontane noch artifizielle *Syphilis* gibt, so ist eben bei diesen mit dem Aussterben der Krankheit eine Immunität zurückgeblieben. Und schliesslich: Mit steigender Immunität steigert sich die Stärke der spezifischen Wirkung, der spezifischen Mittel, welche also bei der venerischen Phase der Krankheit am grössten sein mufs. Auch im Hinblick zur modernen Tuberkuloseforschung sind die hier geführten Thesen recht interessant. Ob sich freilich alles, namentlich auch das über die Tiersyphilis, bewahrheitet, müssen erst Beobachtungen über artifizielle *Syphilis* bei Tieren ergeben. Interesse erweckt aber der Artikel wegen seiner kühnen und sozusagen kontinentalen Auffassung. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen)*.

Die latente Syphilis als ätiologisches Moment für die Entstehung alltäglicher Erkrankungen; diagnostische Wichtigkeit der kubitale Drüsen-schwellungen, von Prof. DE DOMINICIS-Neapel. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 17 und 18.) Eine grofse Reihe häufig vorkommender Krankheiten mit unklarer Ätiologie, chronischem Verlauf und Kachexie mittleren Grades ohne Tendenz zur Bösartigkeit,

allen therapeutischen Eingriffen hartnäckig trotzend, sind oft auf latente Syphilis zurückzuführen. Fast immer finden sich in diesen Fällen Drüsenschwellungen, unter diesen ist die Anschwellung der Kubitaldrüsen von ganz besonderer diagnostischer Bedeutung. Das Fehlen derselben ist jedoch kein Grund, latente Syphilis auszuschließen. Verfasser berichtet über eine große Anzahl von Fällen, in welchen die Krankheit meist Jahre hindurch bestanden hatte und erst durch eine antiluetische Kur geheilt oder wesentlich gebessert wurde. Es waren dies Fälle von Pleuritis mit Schwartenbildung von meist jahrelangem Bestehen; Bronchitiden, die zuweilen unter dem Bilde der Tuberkulose verliefen; von syphilitischer Milz, oft von enormen Dimensionen; von Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, besonders Arteriosklerose, Myocarditis mit stürmischem, arrhythmischem Herzschlag bei intaktem Klappenapparat; von Affektionen des Magens, Dyspepsie, Erkrankungen des Pankreas (Diabetes); endlich von Neuralgie, hystero-epileptischen Krämpfen, besonders Ischias und Trigeminusneuralgie.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Fall von verkannter Syphilis, von VERBOTTI. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1904. Nr. 10.) Als sich der Patient zur Untersuchung stellte, wurden bei demselben bereits eine Reihe wichtiger Veränderungen konstatiert, über deren Entstehung sich der Patient keine Rechenschaft zu geben wußte. Aus der Anamnese war nur ersichtlich, daß vor 15 Jahren eine kleine Ulceration im Sulcus balano-praeputialis aufgetreten war, welche in ein paar Tagen zur Heilung gelangte, ohne von weiteren Erscheinungen gefolgt zu werden. Zur Zeit der Untersuchung bestand in einer Inguinalfalte ein Tumor, der als tuberkulöse Drüse betrachtet und enukleiert wurde. Von anderen Lymphdrüsen war nur eine einzige (in der rechten Epitrochleargegend) geschwollen. Außerdem bestand eine Fistel, die von der Blase nach der Inguinalfalte führte. Das Zellgewebe des Beckens war stark infiltriert, ebenso die Umgebung der Blase. Der allgemeine Ernährungszustand hatte nicht bedeutend gelitten, es bestand weder Fieber noch Schmerzhaftigkeit in den befallenen Partien. Auf Grund dieser letzteren Faktoren und der Epitrochleardrüsenschwellung wurde die Diagnose *Laes* gestellt, welche denn auch durch den Erfolg der spezifischen Behandlung bestätigt wurde.

C. Müller-Genf.

Über die Syphilis der behaarten Kopfhaut, von E. FINGER - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 24.) Einleitend erwähnt F. die diesbezügliche Literatur und gibt an der Hand seiner eigenen Erfahrungen dann eine Darstellung der einschlägigen Verhältnisse. Er spricht zuerst von den Syphiliden der Kopfhaut und dann von den Ernährungsstörungen derselben. Was die Syphilis der Kopfhaut betrifft, so unterscheidet F. ein makulöses Exanthem, das selten konstatiert wird, weil es bei dichtem Haar schwer zu diagnostizieren ist, und ein krustöses Syphilid der Kopfhaut; zu diesem rechnet er die *Impetigo capitis* (braunschwänzliche, leicht abhebbare, liusen-große Borken) und die *Pustulae partis capillatae capitis* (etwa hirsekorngroße, wenig elevierte, von einem Haar durchbohrte Borkchen). Was die Ernährungsstörungen der Kopfhaut betrifft, so unterscheidet F. zwei Formen:

1. das diffuse *Defluvium* (d. *capillorum diffusum*) und
2. die umschriebene, herdweise auftretende areoläre Alopecie.

Das diffuse *Defluvium* ist ein ausgesprochenes Eruptionssymptom: es tritt gleichzeitig mit anderen Eruptionsercheinungen auf (Fieber, Kopfschmerz usw.), geht also der Eruption des ersten Exanthems voraus, während andererseits die areoläre Alopecie typisch zur Zeit des Abklingens des ersten Exanthems, also im dritten oder vierten Monat, *post infectionem* auftritt; sie hat einen langen Bestand, so daß Patienten mit einem Rezidiv und einer Alopecie als Residuum der ersten Eruption wiederkommen.

Beide Formen sind unabhängig vom Auftreten syphilitischer Effloreszenzen an der behaarten Kopfhaut.

Therapeutisch kommt nach F. bei den makulösen und krustösen Effloreszenzen neben der Allgemeinthherapie noch eine lokale Anwendung von 5–10%iger Präzipitatsalbe in Betracht.

Das Defluvium diffusum sistiert nach der Eruption des Exanthems nach Einleitung der Kur. Bisweilen trotz es auch aller Therapie, und die viel angewandten Kopfwaschungen mit Seifen und alkoholischen Waschwässern sind vergeblich. Ein therapeutischer Einfluss auf die Alopecie ist ebensowenig nachweisbar wie auf das Leukoderma. Die Haare wachsen meist wieder, und F. reibt die Stellen „ut aliquid fiat“ mit Präzipitatsalben ein.

Arthur Rahm-Collm (Sachsen).

In der Société nationale de médecine de Lyon (Sitzung vom 14. Dezember 1903. Nach *Lyon méd.* 1904. Nr. 1) stellte HOBAND einen Kranken vor, der **gleichzeitig sekundäre und tertiäre Syphiliterscheinungen**, ein papulöses Syphilid am Rumpf und an den Armen und ein Gumma am linken Nasenflügel aufwies. Der Mann war vor ungefähr neun Monaten infiziert worden und hatte eine sehr intensive Injektionsbehandlung durchgemacht. Der Grund, warum bei ihm so frühzeitig Tertiärsymptome auftraten, ist wohl darin zu suchen, daß er starker Potator ist und ein sehr unregelmäßiges Leben führt.

Götz-München.

Ein Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser Syphilis, von K. GROSZ-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 7.) G. veröffentlicht aus ZWISSELS Abteilung für Dermatologie und Syphilis einen Fall von gleichzeitiger gummöser und papulöser Syphilis. Bei einem Patienten folgte drei Monate nach dem Primäraffekt ein pustulöses Syphilid, an welches sich ein gummöses Syphilid anschloß, und als diese Erscheinungen in Rückbildung waren, traten an demselben Kranken neuerliche Erscheinungen eines großmakulösen Syphilids auf. G. schließt hieraus, daß ZWISSELS Ansicht von der Infektiosität der gummösen Prozesse berechtigt sei und meint, der Fall beweise zur Genüge, daß alle Effloreszenzen, sie mögen syphilitischer Primäraffekt, Roseolaflecke, Papeln, Pusteln oder Gummata sein, durch den bisher leider noch nicht bekannten Syphilisbacillus hervorgerufen werden, daß die Einteilung der Syphilis in eine primäre, sekundäre und tertiäre nicht zu Recht besteht, daß es nur eine einzige Syphilis gibt, welche mit einem Primäraffekt beginnt, der in der Regel von irgendeiner der konsekutiven Erscheinungen gefolgt wird.

Putsler-Dansig.

Ein Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Aorta, von FRITZ SCHWEITZER-New York. (*New York med. Journ.* 9. Juli 1904.) SCHWEITZER will in dieser Arbeit hauptsächlich die Differentialdiagnose zwischen Arteriosklerosis und Lues der Aorta begründen. Letztere beginnt demnach mit Infiltration längs der Vasa vasorum, oft auch mit Endarteriitis, und führt zu einem genau umschriebenen pathologischen Prozeß, der schließlic mit der Bildung ganz kleiner nekrotischer Herde endet, für welche nach SCHWEITZER die Bezeichnung miliare Gummata berechtigt wäre. Das elastische Gewebe wird bald und in ausgedehnter Weise unterbrochen und speziell die *Elastica externa* geschädigt. Die Arteriosklerosis der Aorta befällt hingegen bald die *Elastica interna*, rarifiziert das elastische spongiöse Gewebe und erweitert dessen Maschen, führt aber nicht zu den äußersten Zerstörungen wie Lues. Wo die Sklerose oder Lues weit vorgeschritten sind, bleibt fast nichts von der Media übrig, wobei die Verkalkung Arteriosklerose und nicht Lues bedeutet. Das Hauptunterscheidungsmerkmal der letzteren von Arteriosklerose sind die Zerstörung der äußeren Gefäßschichten und die nekrotischen, gummösen Herde. Es ergab sich auch bei diesen Untersuchungen, daß unter pathologischen Verhältnissen fast noch mehr wie im normalen Zustande die Eigenschaft des elastischen Gewebes, Überausdehnung zu ver-

hüten, also einer Hemmungsvorrichtung, zu konstatieren ist. Über die Entstehung der Aneurysmen durch akute Aortitis will Verfasser bei anderer Gelegenheit sprechen.

Stern-München.

Über Vererbung der Syphilis, von NEUMANN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 20.) N. wendet sich gegen die Ansicht, daß es ausschließlich eine Vererbung der materneren Syphilis gäbe. Zum Beweis führt er eine Reihe Fälle an, teils aus seiner Praxis, teils von v. BRAUN beobachtet, bei denen gesunde Mütter abortierten oder luetisch infizierte Kinder zur Welt brachten, ohne selbst Syphilissymptome aufzuweisen, und bei denen dann, wenn die früher einmal infizierten Männer eine antiluetische Kur systematisch durchgemacht hatten oder in zweiter Ehe gesunde Männer zur Zeugung kamen, auch gesunde Kinder ohne Syphilissymptome zur Welt kamen. Was die Vererbungsmodi betrifft, so ist die Annahme einer germinativ spermatischen, ebenso die einer ovulären Infektion durch klinische bzw. bakteriologische und physiologische Tatsachen begründet. Es ist also die Behauptung einer ausschließlich plazentaren Infektion des Fötus als einzige Vererbungsmöglichkeit häufig; es muß vielmehr *ceteris paribus* bei maternere Syphilis die ovuläre Infektion leichter eintreten, da die Placenta eine Art Schutzwehr gegen die Invasion der Syphiliserreger bildet.

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Hereditäre Lues in der zweiten Generation, von C. BOECK-Christiana. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 87.) B. beobachtete viermal hereditäre Lues bei Kindern hereditär-luetischer Mütter, die also durch die frische Lues der Großeltern ihre Syphilis hatten. Diese Fälle schildert B. genau und beweisend. Daß ein syphilitischer Vater die Krankheit in virulenter Form auf seine Kinder überträgt, hält B. für eine große Ausnahme; fast immer wird die Lues durch die Mutter auf die Frucht übertragen; so ist auch in BOECKS vorliegenden vier Fällen mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die hereditäre Lues dieser Kinder von der angeborenen Syphilis der Mutter herzuleiten.

Bernhard Schulse-Kiel.

Hereditäre Syphilis der zweiten Generation, von V. CHIRIVINO. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1904. Nr. 1.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von hereditärer Lues bei Kindern, welche mit direkten infektiösen, spezifischen Läsionen geboren wurden. Das eine stammte von zwei hereditär-syphilitischen Eltern, das zweite von einer Mutter, die selbst die Tochter einer an schwerer Lues verstorbenen Frau war, während der Vater des Kindes gesund war. Diese beiden Fälle sprechen somit gegen die Behauptung von TARNOWSKY, welcher die Möglichkeit einer Infektion bei Abkommen von Syphilitikern in der zweiten Generation leugnet.

C. Müller-Genf.

Bulbär-spinale Syphilis hereditaria tarda, von RAYMOND. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 16.) R. behauptet in der Einleitung zu seinem Aufsätze, daß die hereditäre Syphilis sich manchmal erst in die 30er, 40er und selbst 50er Jahren zeigt, und daß sich die Syphilis zuweilen, eine Generation überspringend, vom Großvater auf den Enkel vererbt. Dann teilt R. die Leidensgeschichte eines 20jährigen Mannes mit, der mit einem Hydrocephalus zur Welt gekommen war, schon in früher Jugend das Sehvermögen links vollständig, rechts zum großen Teil verloren und mit 13 Jahren an heftigen, während der Nacht sich steigenden Kopfschmerzen gelitten hatte. Im 18. Lebensjahr begannen starke Schmerzen in der rechten Körperhälfte, es bildete sich ein Torticollis aus, und dazu gesellten sich während der nächsten zwei Jahre Lähmung beider Hände und Atrophie ihrer Muskeln, Lähmung im linken Schultergelenk, Erlöschen der Sehnenreflexe, Koordinationsstörungen und Schmerzen an den unteren Extremitäten, Abnahme des Geruchs- und Geschmackssinns, sowie der Sensibilität auf der ganzen linken Seite, Atrophie beider Sehnerven und partielle

Lähmungen im Gebiete des Oculomotorius und Abducens auf beiden Seiten. Die Intelligenz blieb dagegen intakt. Dieser Symptomenkomplex kann durch nichts anderes hervorgerufen sein als durch eine Meningitis basilaris mit Pachymeningitis cervicalis und Myelitis in der Lendenregion, verursacht durch hereditäre Syphilis. Die Prognose des Falles ist ziemlich günstig.
Göts-München.

Über hereditäre Syphilis des Herzens, von BERNHARD FISCHER-Bonn. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15 und 18.) Bei der Sektion eines fünfjährigen Knaben, der während des Spielens plötzlich verstorben war, fand F. eine starke Vergrößerung des Herzens, die ausschliesslich durch eine enorme Dilatation des rechten Atriums hervorgerufen war; dasselbe war prall gespannt und hatte ein weit größeres Volumen als das gesamte übrige Herz. Bei der näheren Untersuchung fand sich am rechten Herzen eine hochgradige fibröse Myocarditis, am Conus venosus eine umschriebene kirschgrosse aneurysmatische Ausbuchtung, fibröse Endocarditis cavorum schwerster Art mit Bildung weißer, fester, stellenweise über ein 1 mm dicker Sohwielen und nahezu vollständige fibröse Entartung der Papillarmuskeln. Die durch die Retraktion dieser Muskeln bedingte Funktionsstörung der Triuspidalis, deren Segel ganz intakt waren, sowie die Myo- und Endocarditis waren anscheinend die Ursache der starken Dilatation des rechten Vorhofes. Das linke Herz wies nur leichte myocarditische und endocarditische Veränderungen auf. Die Klappen waren links wie rechts normal, Thrombenbildung fehlte. Außerdem wurden an der Leiche noch gefunden: multiple Lymphdrüenschwellungen, Milztumor, interstitielle Veränderungen der Lungen und Nieren und hochgradige interstitielle Hepatitis. Es handelte sich nach all' dem zweifellos um hereditäre Lues; die Richtigkeit der Diagnose wurde auch noch durch die Anamnese bestätigt. In der Literatur ist zwar kein ganz analoger Fall, aber doch eine Reihe ähnlicher Fälle von hereditärer Herzsyphilis beschrieben; es handelte sich aber stets um Totgeborene oder um Kinder in den ersten Lebenstagen; dafs ein Kind mit hereditärer Herzlues fünf Jahre alt wurde, ist bis jetzt noch nicht beobachtet worden.
Göts-München.

Über Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten, von CASSEL-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Das Resultat der umfangreichen Arbeit lautet:

1. Die Nephritis heredo-syphilitica der Säuglinge macht bei Lebzeiten selten klinische Erscheinungen.

2. Die makroskopische Betrachtung von Nieren der an angeborener Syphilis gestorbenen Früchte und Kinder liefert ebenfalls nur ausnahmsweise positive Befunde. Die Gewichtsbestimmungen des Organs liefsen sich im vorliegenden Falle nicht ausführen.

3. Die histologische Untersuchung erweist indessen, dafs sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle pathologische Veränderungen in den Nieren finden, die im Einzelfalle grofse graduelle Verschiedenheiten zeigen. Bei Kindern, die einige Zeit gelebt haben, stehen die interstitiellen und die periadventitiellen Wucherungen und die cystische Degeneration der Glomeruli im Vordergrund. Bei den Föten treten zu diesen Veränderungen noch die Entwicklungshemmungen an den Organen hinzu. Jedenfalls bleibt die Entwicklung der syphilitischen Niere in der Reifung hinter der nichtsyphilitischen zurück; es wirkt also das syphilitische Virus entwicklungshemmend auf die Niere ein.
Bernhard Schulse-Kiel.

Die Heredosyphilis des Nervensystems, von INGELBANS. (*Gas. des Hôpitaux.* 1904. Nr. 58 u. 60.) Eine Zusammenstellung der Affektionen des Gehirns und Rückenmarks, welche auf hereditäre Lues zurückzuführen sind, nebst statistischen Angaben. Bringt nichts Neues. (*Risf. med.* 1904. Nr. 25.)
C. Müller-Genf.

Wie und wo sollen wir hereditär-syphilitische Kinder behandeln, von EDWARD WELANDER-Stockholm. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Die Frage „wie“ beantwortet WELANDER, indem er sowohl bei der Mutter während der Gravidität, als auch bei dem Kinde in den ersten Lebensjahren eine chronisch intermittierende Quecksilberbehandlung vorschlägt, und zwar mit Hg-Säckchen oder dem BLASCHKOSCHEN Merkolintschurz Nr. 3. Die Frage „wo“ löst W., indem er empfiehlt, die Kinder kostenlos für mehrere Jahre in ein Asyl aufzunehmen, wo sie dann chronisch intermittierend behandelt werden (ein solches Asyl hat Verfasser im Krankenhaus St. Göran und war der Erfolg an einer Anzahl von syphilitisch geborenen Kindern ein ausgezeichnete).

Bernhard Schulze-Kiel.

Gehirn und Syphilis, von JOSEF A. HIRSCHL-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 17.) Schließen wir die hereditären Erkrankungen und die vasomotorischen Veränderungen in den Hirnhäuten bzw. die Meningealirritation aus, so müssen wir die große Mehrzahl der Fälle von Gehirnluës in das dritte Stadium der Syphilis verlegen. Es sind zwei Gruppen zu unterscheiden: 1. die Erkrankungen mit pathologisch-anatomischen Veränderungen syphilitischen Substrats und 2. Degenerationen des Nervensystems bzw. nicht spezifische Entzündungen, die dann klinisch nur den Zusammenhang mit der Syphilis erkennen lassen. Zu Nr. 1 gehören die Gummabildung im Hirn und die Arterictis syphilitica; diesen entsprechen die Krankheitsbilder der:

1. luetischen Basalmeningitis;
2. luetischen Konvexitätsmeningitis;
3. Hirnerweichung nach Gefäßverschluss und
4. isolierte und multiple Gummern des Gehirns.

Zu Nr. 2 gehören die metasyphilitischen (MÖBIUS), parasymphilitischen (FOURNIER) und die syphilogenen (STRÜMPFELL).

Hieraus resultieren die Symptomenbilder der progressiven Paralyse, der syphilitischen Pupillenstarre der genuinen syphilitischen Opticusatrophie, die flüchtige Augenskellähmung und Ophthalmoplegie, die syphilitische Migräne, die syphilitische Epilepsie und endlich die syphilitische Neurasthenie. HIRSCHL betont bei der Behandlung die weitgehendste Anwendung der mercuriellen Kur, bespricht die Symptomatik der Luës und die ätiologischen Hilfsmomente der Hirnluës und ist am ehesten geneigt, die Familiendisposition als Ausgangspunkt der syphilogenen Hirnerkrankung anzusehen; um dieselbe nach NONNES Vorgänge auch für die gummöse Hirnluës heranzuziehen, liegt bisher noch zu wenig Material vor.

Schließlich kommt HIRSCHL noch auf das unter den Völkern schwankende Auftreten der progressiven Paralyse zu sprechen, berichtet dabei die irrthümliche Annahme, daß in Japan die Paralyse nicht bestände, gibt aber nach seinen literarischen Erhebungen zu, daß die Bosnier und die Südsee-Insulaner tatsächlich frei von Paralyse sind, und er bezieht dies darauf, daß bei den europäischen Kulturvölkern die Syphilis schon viel weiter vorgeschritten ist, und daß die Bosnier und Südsee-Insulaner erst im Beginn des zweiten Jahrhunderts ihrer Syphilis, also auf dem Standpunkte stehen, auf welchem die Bewohner der europäischen Kulturländer ungefähr um das Jahr 1600 standen. Damals aber gab es in Europa ebensowenig Paralyse, wie heute bei den Bosniern und bei den Südsee-Insulanern.

Arthur Bahn-Cölln (Sachsen).

Das Zeichen von ARGYLL-ROBERTSON und die Meningitis syphilitica, von BERLOTTI. (*Rivista Crit. di Clinica med.* 1904. Nr. 23—25.) Die syphilitische Spinalparalyse beginnt in der Mehrzahl der Fälle mit einem meningitischen Prozesse, wie dies BRISSAUD bereits vor zehn Jahren hervorgehoben hat. Das Zeichen von ARGYLL wird ziemlich häufig bei der progressiven syphilitischen Meningomyelitis an-

getroffen, was zur Stütze der Theorie von BABINSKY verwertet werden kann, wonach das ARGYLLsche Zeichen ein pathognomonisches Symptom der erworbenen oder angeborenen Lues des Nervensystems sein soll. Das Zeichen von ARGYLL-ROBERTSON ist ein Epiphänomen der chronischen syphilitischen Meningitis, welche stets der Beginn eines jeden syphilitischen Prozesses des zentralen Nervensystems ist. Somit ist das Zeichen von ARGYLL-ROBERTSON kein ausschließliches Begleitsymptom der Tabes, da es sowohl der Tabes und progressiven Paralyse als der cerebro-spinalen Syphilis, der Hemiplegie, der pseudobulbären Paralyse und der syphilitischen Meningomyelitis vorausgehen kann. Die epiblastische Natur der den subarachnoidalen Raum überziehenden Membran erklärt die Empfänglichkeit der cerebrospinalen Meningen für das syphilitische Virus.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von sekundärer Syphilis mit schwerer Augenerkrankung, von GEORGE PERNET - London. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Neben anderen syphilitischen Erscheinungen hatte Patientin eine Iritis luetica und Retinitis luetica centralis. Patientin bekam sofort zweimal wöchentlich Injektionen von Hydrarg. sozodolol. lange Zeit. Nach einigen Monaten zeigte sich am rechten Auge Hypopion. Unter Spitalbehandlung erfolgte Heilung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Tabes und Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse von Bosnien und Herzegowina, von C. HÖLDMOSER. (*Wien. klin. Rundschau.* 1904. Nr. 13.) Aus einer sehr großen Zahl ausführlicher Mitteilungen über die Beziehung der Tabes und Syphilis in tropischen und subtropischen Ländern geht hervor, daß die metasymphilitischen Erkrankungen Tabes und progressive Paralyse trotz der starken Verbreitung der Syphilis und trotz der mangelhaften Behandlung überall selten oder unbekannt sind. Die neueren Beobachtungen in Bosnien und Herzegowina aus den Jahren 1897—1900 zeigen, daß unter 7200 Patienten der inneren Abteilung nur neun Fälle von Tabes dorsalis bei Einheimischen vorkamen, von denen in zwei Fällen Lues nachgewiesen werden konnte. Auf eine Anfrage, welche Glück bei den in Bosnien und Herzegowina tätigen Kollegen veranstaltete, gaben von 42 Ärzten nur 14 an, Tabesfälle bei Einheimischen gesehen zu haben. Im ganzen waren 26 Fälle von Tabes zur Beobachtung gelangt, von denen nur in drei Fällen Lues in der Anamnese sicher war. Sehr wichtig erscheint ein Fall, in welchem sich die Syphilis erst zeigte, nachdem die Tabes schon entwickelt war. H. selbst hat nur zwei Fälle von Tabes in Bosnien beobachtet. Es unterliegt demnach wohl keinem Zweifel, daß in Bosnien und der Herzegowina die Tabes eine im Verhältnis zur enorm häufigen Lues seltene Erkrankung ist. Nachdem sich H. über den jetzigen Stand der Ansichten in der Syphilis-Tabesfrage geäußert und die Hauptvertreter der beiden Parteien hat zu Worte kommen lassen, kommt er zu dem Schluss, daß die Zahlen, welche wir aus den Statistiken der zivilisierten europäischen Länder besitzen, zum weitaus überwiegendsten Teil für den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes sprechen. Wie man sich den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes vorstellen muß, darüber können auch die überzeugtesten Anhänger keinen sicheren Aufschluss geben. Es stehen auch heute noch die beiden Auffassungen gegenüber, von denen die eine dahin lautet, in der Lues sei nur eine zur Tabes prädisponierende Schädlichkeit zu erblicken, die andere dahin, daß die Tabes als eine spezifische oder direkt vom syphilitischen Virus ausgelöste Krankheit, als eine der Spätformen der Syphilis aufzufassen sei. Was die Ursache der Tabes außer der Syphilis anbelangt, so könne angeborene Schwäche in der Regeneration, dazu schwächender Einfluß der Syphilis und körperliche Anstrengung Tabes hervorrufen. Eines oder zwei dieser Momente genügen, daß sich Tabes entwickeln könnte. Warum in Bosnien und Herzegowina Tabes so selten ist, findet nach H. seine Erklärung darin, daß die Anforderungen an die Gehirntätigkeit bei

dem erst in kultureller Entwicklung befindlichem Volke geringer sei als in hochkultivierten Staaten. Dazu kommt, daß auch die sicher syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems dort selten vorkommen. Das prädisponierende Moment der geschlechtlichen Ausschweifungen tritt in den Hintergrund, da die dortige Bevölkerung die Ehe frühzeitig eingeht. Alkoholmißbrauch besteht nur in sehr geringem Umfange. Arteriosklerose ist ebenfalls in Bosnien und Herzegowina eine Seltenheit. Ob die Syphilis in Bosnien einen besonderen Charakter hat, daß sie eine so geringe Disposition zur Tabes hervorruft, läßt H. dahingestellt. Daß der Quecksilberbehandlung ein fördernder Einfluß auf die Entwicklung der Tabes zuzuschreiben sei, dafür seien nicht die geringsten Beweise erbracht. Für den rein prädisponierenden Charakter der Lues spricht nach H. auch die Unmöglichkeit, der Tabes mit Hilfe antiluetischer Therapie beizukommen. Als einen Beweis gegen den prädisponierenden Charakter der Lues für die Tabes läßt sich aber das relativ seltene Vorkommen der Tabes in den tropischen und subtropischen Ländern nicht auffassen, da auch andere allgemein anerkannte syphilitische Krankheiten des Nervensystems in diesen Ländern selten zu sein scheinen.

Putsler-Dansig.

Ein Fall von familiärer Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis. Tabes bei der Mutter und ihren zwei hereditär-syphilitischen Töchtern, von M. NORK-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 32.) N. berichtet über einen Fall von Tabes bei der Mutter und zwei Töchtern, und zwar hereditärer Tabes dorsalis mit Opticusatrophie und geringer Ataxie. Bei beiden Töchtern wurden unzweifelhafte Stigmata von hereditärer Syphilis nachgewiesen, ebenso ergab die Anamnese bei beiden eine infantile Entstehung der Krankheit. Interessant ist, daß die hereditäre Tabes dorsalis zwei Kinder befallen hat, zwischen denen ein ganz gesundes war.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder die Anlage und ein sozialer Faktor maßgebend? von O. ROSENBACH-Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1904. Heft 3 u. 4.) In schärfster Weise polemisiert R. gegen ERBS Aufsatz in Nr. 1 ff. der *Berl. klin. Wochenschr.* ERBS Angriffe richten sich gegen die Gegner der FOURNIERSchen Lehre von derluetischen Ätiologie der Tabes, zu denen auch ROSENBACH gehört. R. sucht seinen Standpunkt dann sachlich zu vertreten nach seinen Beobachtungen in der Praxis und an der Hand der ERBSchen Statistik selbst, der sich noch 1878 als Gegner derluetischen Ätiologie der Tabes bekannte. R. ist ein Gegner der Quecksilber- und Jodbehandlung bei Lues, der er jeden spezifischen Einfluß abspricht, aber er ist der Ansicht, daß Quecksilber nicht die Ursache sogenannter tertiärer syphilitischer Erscheinungen sein kann, wenigstens nicht, soweit es sich um Tabes handelt. Wenn die Heilkraft des Quecksilbers nur einigermaßen bedeutsam wäre, meint R., so müßte eine wesentliche Verminderung derluetischen Tabiker gegenüber den Nichtluetischen zu verzeichnen sein. Die Tabes ist vorzugsweise eine Krankheit der sogenannten höheren Stände und von gewissen sozialen Verhältnissen abhängig. Mag die Lues in der Anamnese der Tabiker jeder sozialen Position etwas öfter vorkommen als in der Anamnese anderer Kranken, so ist damit doch der Beweis für den ätiologischen Zusammenhang von Tabes und Lues durchaus nicht geliefert, da die Erwerbung von Lues ebenso wie die der Tabes vielleicht eine traurige Prerogative der materiell besser gestellten Klassen oder der sozial höher bewerteten Kasten sein kann. Die unerläßliche Forderung nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten aber ist nicht genügend, wenn man das Material auf eine bestimmte Bevölkerungsklasse beschränkt, denn durch diese Definition ist eben schon ein anderer wichtiger ätiologischer Faktor, die Anlage resp. Disposition und der Einfluß der sozialen Stellung oder des Berufes, eingeführt. Die scharfe Art dieser Polemik im einzelnen zu be-

schreiben, gehört nicht in den Rahmen eines Referates und wäre auch für die Leser keineswegs erquicklich, da persönliche Konflikte auch auf wissenschaftlichem Boden nie etwas Angenehmes haben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Diagnose und Therapie der Tabes, von E. COESTER-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 28.) An der Hand zahlreicher Fälle bespricht Verfasser die Diagnose der meist aufluetischer Basis beruhenden Tabes. Es ist wesentlich, die Krankheit möglichst früh zu erkennen, um sofort therapeutisch einzugreifen. Wenn auch antiluetische Kuren meist nicht imstande sind, die Krankheit zu heilen, so haben sie doch bessernden Einfluß und bewirken oft einen Stillstand der oft rapide fortschreitenden Tabes.

Bernhard Schulze-Kiel.

Paranoische Zustände bei Syphilis, von WAELSOH-Prag. (*Prag. med. Wochenschrift.* 1904. Nr. 14.) Der erste Fall erkrankte im dritten Jahre nach der Infektion an Paranoia mit Verfolgungswahnideen, nachdem mehrere Hg-Kuren vorausgegangen waren und die Lues eine längere Zeit keine Symptome mehr gemacht hatte. Patient hatte sich eingebildet, er würde von der Polizei verfolgt, weil er ein Mädchen mit Lues infiziert hätte. Eine abermalige Schmierkur in Bad Hall brachte vollkommene Heilung. — Der zweite Fall verlief sofort nach dem Auftreten des Primäraffekts unter dem Bilde der Paranoia kombiniert mit melancholisch-hypochondrischen Ideen. Der Kranke hatte die Wahnvorstellung, der ihn zuerst behandelnde Arzt hätte ihn mit Syphilis infiziert, mit ihm Masturbation getrieben usw. Auch hier trat Heilung ein.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Ein Fall von syphilitischen Konvulsionen, eingeleitet durch einen langen, schlafähnlichen Zustand, von W. B. BENNETT. (*Brit. med. Journ.* 12. März 1904.) Ein 34jähriger, verheirateter Mann fiel eines Morgens in einen schlafähnlichen Zustand und bekam bald darauf einen epileptischen Anfall, der besonders die rechte Körperhälfte betraf. In den nächsten Tagen wiederholten sich die Anfälle derart, daß der Patient nur sehr wenige lichte Momente zeigte, während deren er jedoch die Umgebung nicht erkannte und außerstande war, zu sprechen. Unter einer Jodquecksilbermedikation besserte sich der Zustand langsam, aber stetig. Noch monatelang zeigte der Patient Gedächtnisschwäche. Nach den Angaben der Ehefrau hatte er fünf Monate lang, bevor die Anfälle sich einstellten, sich oft in einem traukeuähnlichen Zustande befunden, worauf er leicht in Schlaf verfiel. Häufig kam er um 7 Uhr abends nach Hause, nahm sein Diner ein und verfiel in einen Schlaf, der von 9 Uhr abends bis zum anderen Abend anhielt; dann erwachte er, um nunmehr in regelrechter Weise zu Bett zu gehen und einen gesunden Schlaf bis zum nächsten Morgen zu genießen.

Der Patient war früher stets gesund gewesen. Vor acht Jahren akquirierte er einen harten Schanker, der vier Wochen behandelt wurde, dem jedoch angeblich keine sekundären Erscheinungen folgten, weshalb auch jede allgemeine Kur unterblieben war.

C. Berliner-Aachen.

Zur Klinik der Hautsyphilide, von E. FINGER-Wien. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) F. zeigt, daß der Verlauf der Syphilis der Sekundärperiode, die Zeit des Auftretens des ersten Exanthems, dessen Lokalisation, die Zeit des Auftretens und der Lokalisation der Rezidive so viel Typisches haben, daß man schon seit langem bemüht ist, den Gesetzen, nach denen diese Vorgänge sich abspielen, nachzuspüren und damit aus Form, Gruppierung und Verteilung der Effloreszenzen einen Schluß auf die Dauer der Erkrankung zu ziehen. Das erste Exanthem charakterisiert sich durch eine große Zahl von ziemlich gleich großen Effloreszenzen, die meistens nur eine geringe Größe erreichen und diffus über den Körper in einer vom Stamme nach den Extremitäten abnehmenden Dichte verstreut sind, keine Gruppierung an

den Stellen, an denen die Spaltbarkeit der Haut eine ausgeprägte ist, aber eine Anordnung nach der Spaltrichtung der Haut zeigen. Demgegenüber charakterisieren sich die Rezidivexantheme meist dadurch, daß bei denselben die Zahl der Effloreszenzen eine geringere, deren Größe eine bedeutendere ist, daß dieselben eine ausgesprochene Neigung zeigen, in Gruppen, Kreisen und Kreissegmenten aufzutreten, daß aber auch die einzelne Efflorescenz die Neigung zur Ringbildung hat, ein mehr oder weniger großes Fleckchen normal scheinender Haut oder höchstens etwas pigmentierter Haut einschließt. Auch das Übergehen der einzelnen Formen syphilitischer Exantheme, der Macula in Papeln usw., das Auftreten von Mischformen wird besprochen. Ebenso gibt es Ausnahmen von der Regel, so daß zuweilen Rezidive die Erscheinungen des ersten Exanthems zeigen, wofür F. einige Beispiele seiner Praxis anführt, wie er denn die einzelnen Formen des Exanthems mit seinen von der Norm abweichenden Erscheinungen beschreibt und sehr interessante Fälle vorführt.

Bernhard Schulze-Kiel.

In der „Société nationale de médecine de Lyon“ (Sitzung vom 14. Dezember 1903. Nach *Lyon méd.* 1904. Nr. 1) stellte GAILLETON einen Patienten mit **scarlatiniformem Syphilid** vor. Bei dem Manne war die Haut in ihrer ganzen Ausdehnung erkrankt. Die Kopfhaut wies schwärzliche, impetiginöse Krusten auf, die Haut des Gesichtes war übersät mit erbsengroßen, blasroten, erhabenen Pusteln, die Haut des Rumpfes bedeckt von ausgedehnten, intensiv roten, entzündlichen Flecken, zwischen denen sich vereinzelt blasfrote Papeln, schwärzliche Krusten und die Decken von Blasen, deren Inhalt bereits resorbiert war, in Form fingerbreiter, 5—8 cm langer, weißlich-grauer Streifen fanden. Die Haut der Arme, Beine und Füße war intensiv gerötet und von dünnen Schuppen bedeckt, die Haut der Hände, Finger, des Gesäßes und der Lendengegend dicht besetzt von blasfrotten Papeln. Der Kranke wurde fortgesetzt von heftigem Jucken gepeinigt, doch konnte die Ursache des Juckreizes nicht gefunden werden, insbesondere bestand weder Scabies noch Pediculosis. Auch der Grund für die Mannigfaltigkeit und Heftigkeit der Hauterscheinungen ließ sich nicht mit Sicherheit feststellen; vielleicht war sie durch die infolge von Potatorium herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Kranken verursacht. Die Prognose des Falles ist nach G. keine ungünstige.

In der Diskussion erklärte HOBAND, daß er das Exanthem für ein pemphigoides Syphilid, das heißt also, für den Ausdruck einer schweren Syphilis halte. AUBERT dagegen glaubt nicht, daß die Hauterscheinungen eine ungünstige Prognose rechtfertige. Der Mann sei Potator und habe zudem unmäßig geraucht, das erkläre die Schwere der Eruption.

Göts-München.

Die Bedingungen der Entwicklung der Pigment-Syphilitide (Leucoderma syphiliticum), von GEORGE THIBIÈREZ. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Über die Bedingungen der Entwicklung des Leucoderma syphiliticum bestehen zwei Meinungen: die eine betrachtet es als eine primitive Hautverletzung, nur charakterisiert durch eine anormale Pigmentation, die andere betrachtet es als eine sekundäre Affektion im Anschluß an eine frühere Hautaffektion und teilt der Weißfärbung die Hauptrolle bei den Symptomen zu. TH. widerlegt die erstere Anschauung, er erklärt die Bedingungen zur Entwicklung des Leucoderma für sehr verschieden, erstens muß eine Prädisposition vorhanden sein, vielleicht angeboren, zur stärkeren Entwicklung oder Wanderung des Hautpigments. Ferner hängen sie mit einer Störung der Sexualorgane zusammen oder mit besonderen Eigenschaften derselben in bezug auf die Zirkulation des Pigments, und meistens muß das syphilitische Virus besondere Eigenschaften haben, das Nervensystem zu beeinflussen, diese Veränderungen hervor-

zurufen, welche sich auf der Haut direkt oder durch Vermittlung der Blutbahn bemerkbar machen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Syphilitische Erscheinungen in Nase und Rachen, von PAUL TURNER VAUGHAN - Hot Springs. (*New York Journ.* 23. Juli 1904.) Im Gegensatz zu anderen Autoren fand V. niemals einen Primäraffekt in Nase oder Rachen, obwohl er über 500 Fälle von Syphilis dieser Organe verfügt. Schleimhaut-Plaques hingegen und Geschwüre finden sich bei den meisten Syphilitikern in irgendeinem Stadium ihrer Krankheit; nicht selten kommen Tertiärererscheinungen, worunter V. tiefe Geschwürprozesse, gummöse Perforationen und Nekrose versteht, schon im frühen Stadium der Krankheit vor und verursachen ausgedehnte Zerstörung sowohl der knorpeligen und knöchernen Scheidewand wie der Muscheln. Zu erwähnen ist der innige Zusammenhang zwischen Erythema des Rachens und der Hauteruption (im Sekundärstadium), indem meist beide gleichzeitig auftreten und verschwinden. Bezüglich der Lokalbehandlung der Schleimhaut-Plaques empfiehlt V. Betupfen mit Jodtinktur oder Arg. nitr.-Lösung, Rauchen und alkoholische Getränke sollten jedem syphilitischen Patienten mit wenigen speziellen Ausnahmen verboten, Aufenthalt und Bewegung in frischer Luft möglichst empfohlen werden. Bezüglich der übrigen und der Allgemeinbehandlung bringt Verfasser nur bekannte Dinge.

Stern-München.

Über das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis, von W. LUBLINSKI-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Verfasser sieht in der Leukoplakie keine Erkrankung sui generis, sondern nur „den identischen Ausdruck der Reaktion der verschiedensten Schleimhäute auf wiederholte, langanhaltende, lokale Reize, welcher sich endlich als weißer Schleimhautfleck zu erkennen gibt.“ Der Bildung des weißen Fleckes geht ein erythematöses Stadium voraus. Für die Leukoplakie des Mundes kommen als örtliche Reize hauptsächlich Tabak und Alkohol in Betracht, daneben Quecksilber, Zahnstümpfe, schlecht sitzende Gebißteile usw. In den meisten Fällen kommt aber zu den örtlichen Reizen noch ein Etwas hinzu, das zur Entstehung der Leukoplakie führt. Verfasser nimmt an, daß alle Krankheiten, in denen ein wiederholter und langanhaltender Reiz auf die Mundschleimhaut wirkt, die Bildung der Leukoplakie begünstigen. So ist auch das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis aufzufassen. Die Syphilis disponiert zur Leukoplakie, diese ist aber nie ein Symptom der Syphilis. Erst auf die Einwirkung der örtlichen Reize (Tabak usw.) reagiert die Schleimhaut mit der Bildung des weißen Fleckes (parasymphilitische Erkrankung). Antiluetische Behandlung übt nie günstigen Einfluß auf das Leiden aus; im Gegenteil, die womöglich noch lokal gereizte Schleimhaut reagiert um so kräftiger mit neuen Eruptionen, die nicht selten krebsig entarten. — Plaquesnarben und oberflächliche, sklerosierende Zungenentzündung dürfen nicht mit Leukoplakie verwechselt werden.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Fall von Angina und Dysphagie; Erfolg antisymphilitischer Therapie bei einem irrtümlich als Epitheliom aufgefaßten Krankheitsbilde, von FRANK WOODBURG-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Jan. 1904.) Eine 35jährige Frau, die ihren an Lungentuberkulose verstorbenen Mann bis zu seinem Tode gepflegt hatte, erkrankte ein Jahr darauf mit heftigen Schluckbeschwerden, die die Nahrungsaufnahme sehr erheblich behinderten. Der Zustand hielt monatelang trotz Anwendung der verschiedensten Mittel unverändert an. Der behandelnde Arzt überwies die Frau einem Chirurgen zur Operation wegen Rachenepitheliom. Die Untersuchung ergab nur eine entzündliche Schwellung der Gaumenbögen und des weichen Gaumens auf der rechten Seite; keine Vergrößerung der Tonsille, keine Ulceration, keine Drüsenschwellung; Lungenbefund normal, Fehlen von Kachexie. Differentialdiagnostisch kamen Epitheliom, Tuberkulose und Syphilis in Betracht; gegen die

ersteren beiden Leiden sprachen der Befund und der Verlauf. Trotzdem für Syphilis auch nicht der leiseste Anhalt vorlag, wurde anti-syphilitische Therapie eingeleitet (Quecksilberjodid intern), daneben ein Gurgelwasser und zur Linderung der Schmerzen Bromkalium verordnet. In fünf Wochen war die Patientin völlig hergestellt. Verf. glaubt, daß es sich um eine spätsyphilitische Erscheinung gehandelt hat.

A. Loewald-Kolmar.

Über Magenstörungen bei Syphilis, von PIERRE BARBIER. (*Méd. orient.* 1904. Nr. 7.) Schon zur Zeit des Überganges vom ersten zum zweiten Stadium der Syphilis kommen in den Verdauungsorganen Störungen vor, welche als Ausdruck der allgemeinen Infektion anzusprechen sind, wie Magendruck, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Fülle in der Magengegend. Häufiger treten diese Erscheinungen mit dem Exanthem und den anderen sekundären Affektionen auf. Oft gehen sie mit Ikterus einher, der durch Übelsein, Erbrechen, Schwere in der Magengegend und Appetitlosigkeit angekündigt wird, was auf Katarrh der Verdauungs- und Gallenwege zurückzuführen ist. TOPINARD berichtet über einen Fall von sekundärer Syphilis, bei dem drei Wochen lang jede Art Nahrung unweigerlich wieder erbrochen wurde, so daß der Patient in bedenklichsten Kräfteverfall geriet, dem erst eine auf rektalem Wege eingeleitete spezifische Kur abhalf. Neben solchen Fällen, in denen die Magenschleimhaut direkt erkrankt ist, gibt es auch viele, bei denen nervöse dyspeptische und gastralgische Störungen vorliegen. Dieselben betreffen vielfach Frauen. Einesteils sind diese Affektionen reine Dyspepsien, andernteils Nervenschmerzen, Appetitlosigkeit oder übermäßig gesteigerter Appetit oder Durst. FOURNIER sah einen Kranken, bei dem während zweier Anfälle von Syphilis jedesmal eine unheimliche Steigerung des Nahrungsbedürfnisses auftrat. Derselbe verzehrte, ohne satt zu werden, zehn Krankenhausrationen. In einem von MALHERBE beobachteten Falle litt ein Patient an unstillbarem Durst, den eine bedeutende Polyurie begleitete. Der Kranke ließ bis 14 Liter Urin täglich. KESER und andere sahen auch Blutbrechen bei sekundärer Lues. Dasselbe deutet auf spezifische Ulcerationen des Magens. Das tertiäre Stadium der Syphilis befällt den Magen weit häufiger, und zwar in der Form der chronischen Gastritis, des *Ulcus rotundum* und des *Pseudo-Carcinoma ventriculi*.

Hopf-Dresden.

Über den syphilitischen Ursprung der Appendicitis, von E. GAUCHER-Paris. (*Presse méd.* 1904. Nr. 30/33.) Auf Grund einer umfangreichen Statistik verweist der Verfasser auf die Häufigkeit der Lues in der Vorgeschichte von Kranken, die an Entzündungen des Wurmfortsatzes leiden. Er glaubt, daß die Appendicitis entweder ein tertiäres oder quaternäres Symptom der Lues oder eine parasyphilitische Affektion darstellt. Bei 32 Fällen von Appendicitis fand GAUCHER 29 mal Lues, 8 mal erworbene, 21 mal hereditäre.

Hopf-Dresden.

Über Lungensyphilis (auf Grund eines einschlägigen Falles). Aus der Königl. ungar. dermatologischen Universitätsklinik zu Kolozsvár (Vorstand v. MARSCHALKO), von FRANZ VERESS (Publikationen der *Pester med.-chirurg. Presse.* 1904. Nr. 22—23.) Der Fall, welchen V. hier eingehend beschreibt, ist vor allem durch die intensiven Temperaturschwankungen, die lange Zeit eine Malaria vortäuschten und für selten bei Lungensyphilis angesehen werden, bemerkenswert. Die letztere Auffassung ist also eine irrige, vielmehr tritt der Temperaturwechsel in mannigfaltigen Typen auf; auch kontraindiziert der febrile Zustand, wie dieser Fall bezeugt, nicht die anti-luetische Kur. Bei begründetem Verdacht auf Syphilis soll daher auch bei Temperatursteigerung nicht mit der Kur gezögert werden, und zwar nach V.'s Ansicht sofort Jodkalium 3—8—10 g pro Tag, außerdem gleichzeitig Quecksilberkur in gelindeste Form: alle zwei bis drei Tage 3 g graue Salbe einzureiben. Weiterhin hebt V. als Charakteristikum der Lungensyphilis hervor, daß sie nicht die Lungenspitzen, sondern

meist nur den mittleren und unteren Lappen einer Lunge befällt. Wenn im Sputum trotz wiederholter genauer Untersuchung Kochsche Bazillen nicht aufzuweisen, Gangrän und sonstige Erkrankungen des Lungengewebes auszuschließen sind, so muß man bei obigen Symptomen an Lungensyphilis denken. Jedenfalls aber muß man, so schließt V., bei Gewinnung der anamnestischen Daten möglichst pedantisch vorgehen; wenn ferner bei einem bisher gesunden, einer gesunden Familie entstammenden Individuum, unerwartet oder latent, den Verdacht einer Lungentuberkulose erweckende Symptome auftreten, möge an Lues gedacht werden, und wird bei entsprechender Anamnese die Wirkung einer Jodkalium-Kur zur Sicherstellung der Diagnose dienen.

Stern-München.

Die syphilitische Wirbelentzündung, von FROELICH - Nancy. (*Presse méd.* 1904. Nr. 46.) Die Mitteilung bringt die Krankengeschichte zweier Fälle von spezifischer Wirbelerkrankung bei einem 35jährigen Zivilingenieur und einem 16jährigen Mädchen. Bei dem ersten Kranken lag die syphilitische Ansteckung zwölf Jahre zurück. Nachdem die ersten Monate mit Schleimbaut- und Hautsymptomen ausgefüllt waren, akquirierte der Kranke drei Jahre nach der Infektion eine spezifische Orchi-Epididymitis. Diese Affektion wurde fälschlich inzidiert und es bildete sich an der Operationswunde eine fungöse Wucherung, die trotz gemischter antisiphilitischer Behandlung mit kurzen Unterbrechungen scheinbarer Heilung den Kranken bis zum Jahre 1899 quälte, also gegen vier Jahre andauerte. Von 1889—1902 setzte eine Periode ostaler Gummibildung (Tibia, Stirn, Brust-, Schlüsselbein) ein, die trotz entsprechender Behandlung so lange währte. 1900 trat ganz plötzlich die Wirbelerkrankung auf, welche sich in Schluckbeschwerden und Unvermögen, den Kopf zu bewegen, äußerte. Der palpierende Finger fühlt eine nußgroße Geschwulst in der Gegend des vierten und fünften Halswirbels, deren Ausläufer wohl auch die Wirbelbögen erreichte. Eine energische spezifische Behandlung wird eingeleitet. Nach drei Wochen erfolgte der Durchbruch des Abscesses. Der Kranke warf stark Eiter aus und seitdem hustet er ständig und das Sputum zeigt vielfach eitrig-Beimengungen, später sogar bis erbsengroße knöcherne Detritus. Eine abermalige Untersuchung zeigt eine Fistel, durch welche man den Knochen erreichen kann. Die mikroskopische Untersuchung der ausgehusteten Teile ergibt beim Suchen nach Tuberkelbazillen einen negativen Befund. Die Kopfbewegung ist noch fast ganz aufgehoben, das Haupt wird stets nach rechts geneigt getragen. Dieser Zustand hält im Juni 1903 noch an. Die Fistel an der hinteren Rachenwand ist zu diesem Zeitpunkt abgeheilt. Die Steifheit der Halswirbelsäule hält auch noch jetzt an, wo der Kranke sich im übrigen als geheilt ansieht. Der zweite Fall bringt ein ganz ähnliches Bild. Differentialdiagnostisch muß an tuberkulöse Wirbelerkrankungen gedacht werden, ebenso an deformierende Spondylitiden.

Hopf-Dresden.

Über syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule, von J. NEUMANN - Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 1.) Einschließlich des von N. selbst lange Jahre hindurch beobachteten Falles sind 36 Beobachtungen über syphilitische Erkrankungen der Wirbelsäule publiziert worden, bei 30 Männern und 6 Weibern, wovon 21 Fälle geheilt und 15 = 40,5% gestorben sind. In der Mehrzahl der Fälle nahmen die Knochenerkrankungen der Wirbelkörper ihren Ausgang von gummösen Prozessen der hinteren Rachenwand. 6 mal war der Atlas, 10 mal der Epistropheus und hier ausschließlich der Processus odontoideus, 11 mal der dritte, 9 mal der vierte, 5 mal der fünfte, 1 mal der sechste und 2 mal der siebente Halswirbel beteiligt. In dem N.achen Fall entwickelte sich bei dem Patienten acht Jahre nach der Infektion am Grunde eines gummösen Geschwürs der hinteren Rachenwand Periostitis an der Vorderseite der Wirbelkörper des dritten und vierten Halswirbels. Der Prozess führte

unter zunehmenden Beschwerden, Steifheit des Halses, Schmerzen im Hinterhaupt, Ankylostoma und Schlingbeschwerden zur phlegmonösen Entzündung mit konsekutiver Zerstörung der Bandscheibe zwischen dritten und viertem Halswirbel mit Luxation. Im letzten Monat vor dem Tode trat unter täglichen Fiebersteigerungen der phlegmonöse Eiterungsprozess ein, der sich entlang der *Mm. capitis longi anteriores* seitwärts in die Pleura-Räume fortpflanzte und elf Jahre post infectionem den Tod herbeiführte. Der Verlauf der Syphilis, die sich in diesem Falle mit immer neu auftretenden Rezidiven in den verschiedensten Organen äußerte (Lichen syphiliticus, ulceröses Syphilid der Stirnhaut und des Oberlides, Gummen an Oberlippe, hartem und weichem Gaumen und in Pharynx), ist ungemein schwer und torpide. Bemerkenswert war in diesem Falle, daß nur die Häute des Halsmarks von dem phlegmonösen Prozesse mitaffiziert waren, während die Nervensubstanz völlig intakt blieb; es verlief nämlich das Halsmark in der Gegend des dritten und vierten Wirbels in geschlängelter Richtung, war also durch den Zug der langen Rückenmuskeln an den luxierten Wirbeln einer Kompression ausgewichen. Es greifen diese Affektionen meist vom Periostrich der vorderen Seite der Wirbelkörper, welches am Grunde eines exulcerierten Rachengummen bloßgelegt wird, auf den Wirbelkörper oder auch auf die Dorn- und Querfortsätze über und führen zur Nekrose derselben. Seltener erkranken die letzteren primär, und es kommt zu Exostosen-Bildung. Die meisten dieser Affektionen werden durch eine ausreichende antiluetische Behandlung geheilt, so daß die pathologischen Anatomen wenig solcher Fälle zu Gesicht bekommen. *Putzler-Danzig.*

Syphilitische Proptosis, von JESSOP. (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1904.) Der Patient litt an intensiven Kopfschmerzen, die von einer Schwellung in der rechten Schläfengegend herrührten. Gleichzeitig bestand Protrusion des Augapfels. Die Behandlung mit Jod brachte nur wenig Erleichterung. Eine Probeinzision in die Schwellung führte zur Entdeckung von nekrotischen Knochen, nach deren Entfernung der Patient sich weit besser befand. Ob danach auch die Protrusion des Augapfels und die Proptosis verschwand, wird nicht berichtet. *C. Berliner-Aachen.*

Spontanes Aneurysma der Arteria plantaris dextra infolge von gummöser Arteritis, von F. GANGITANO. (*Rif. med.* 1904. Nr. 16.) Die wenigen bis jetzt bekannten Aneurysmen dieser Arterie waren sämtlich traumatischer Abkunft. Der vorliegende Fall ist der erste in der Literatur verzeichnete, dessen Ursache auf Lucs zurückzuführen ist. Es hatte sich bei dem nun 51 Jahre alten Patienten, der vor 25 Jahren eine syphilitische Infektion durchgemacht hatte, ein Gumma in der Wandung der Arteria plantaris ausgebildet und die normalen Elemente der Gefäßwandung an dieser Stelle ersetzt. Verfasser sieht hierin eine Stütze für die Theorie, welche auch die sogenannten spontanen Aneurysmen auf entzündliche und degenerative Prozesse in der Gefäßwandung zurückführt. Das Aneurysma wurde extirpiert und es erfolgte vollständige Heilung. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von syphilitischer Kniegelenksentzündung, von J. FELS. (*Przeegląd lekarski.* 1904. Nr. 32.) Der sehr lehrreiche Fall betrifft einen 29jährigen Mann, der vor neun Jahren einen „Tumor“ an der Außenseite seines rechten Knies bemerkt hat. Die Schwellung hat sich allmählich über das ganze Knie und gegen die Wade verbreitet. Die Erkrankung wurde von den behandelnden Ärzten für Tuberkulose gehalten und dementsprechend behandelt. Im späteren Verlaufe kam es zur Fluktuation, weshalb auch das Knie, allerdings erfolglos, punktiert wurde. Vor einem Jahre entstand eine Perforation an der Wade; aus der Perforationsöffnung entleerte sich anfangs wässrige, dann eitrig-flüssige Flüssigkeit.

Das Aussehen der Perforationswunde und des Eiters entsprach vollkommen einem tuberkulösen Prozesse. Patient sollte auch einer Operation unterzogen werden,

doch der zum Konsilium herbeigezogene Chirurg (Professor ZIEMBIŃSKI), durch leichte Schwellungen der Tibia aufmerksam gemacht, hat die Diagnose der exulcerierten Gummata gestellt und die anti-syphilitische Kur empfohlen. Der Erfolg derselben hat diese Diagnose vollauf bestätigt: schon nach fünf Einreibungen trat wesentliche Besserung, nach 35 und 80.0 KJ vollkommene Heilung ein.

Aus der später ergänzten Anamnese wurde ersichtlich, daß es sich hier um eine Lues hereditaria handelt: die Mutter des Patienten litt vor Jahren an einer schweren Knochenkrankung, die durch Einreibung von grauer Salbe geheilt wurde, und auf den Lippen des Vaters (der die Lues ebenso wie der Sohn negiert) wurden Leukoplakien konstatiert, welche nach 80.0 KJ ganz zurückgegangen sind.

Verfasser erwähnt einige Fälle anderer Autoren von Gelenkrheumatismus bei Lues hereditaria, die oft erst im Alter von 25—30 Jahren zum Ausdruck kommen, und macht darauf aufmerksam, daß man bei allen chronischen Gelenkprozessen (insbesondere am Knie) die Lues hereditaria als eventuelle Ursache nicht außer acht lassen soll.

Leon Feuerstein - Bad Hall.

Noch einmal die Syphilisbehandlung im Lichtenfelder Kreiskrankenhaus, von GOLDSCHIEDER - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 22.) Antwort auf einen im „*Archiv für physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis*“ erschienenen Artikel der Leitung des „Verbandes deutscher Ärztevereine für physikalisch-diätetische Therapie (Naturheillehre)“. Ehrenvorsitzender dieses Verbandes ist SCHWENINGER. Der Verband hat SCHWENINGER in der von GOLDSCHIEDER angeregten Angelegenheit zu entlasten versucht; der Versuch ist aber durchaus mißglückt.

A. Loewald - Kolmar.

Einiges über Behandlung der Syphilis, von HENRY H. KOEHLER - Kentucky. (*Louisville Journ.* Juni 1904.) In dieser allgemeinen Betrachtung betont K. die Notwendigkeit, jedesmal Hg anzuwenden, wenn irgendein aktiver syphilitischer Prozess vorhanden ist; Jodkalium ist vor allem ein Mittel gegen Spätsyphilis, oder wo Hg direkt kontraindiziert ist, wie bei Anämie, Tuberkulose, Hämorrhagien. Von den Arten der Quecksilbereinverleibung empfiehlt K. in erster Linie die Schmierkur, bei schwereren Fällen die Injektionen, besonders mit grauem Öl, und unter Umständen auch die innerliche Darreichung (Pillen von Protojodid). Die Injektionen sollten in jenen Fällen versucht werden, wo schon droht, daß Gehirn und Rückenmark befallen werden. K. machte auch Versuche mit Thiosinamin, welches einen zweifellosen Einfluß auf Narbengewebe und Bindegewebs-Proliferationen habe, also fibröse Neubildungen günstig verändere; bei beginnender Tabes wäre daher ein solcher Versuch nicht unbegründet, zu definitiven Schlüssen sind die bezüglichen Fälle K.s noch zu wenige. Das in Amerika so viel gerühmte Bad Hot Springs hält er für reinen Humbug. Ebenso wie bei der intermittierenden Behandlung muß bei der ganzen Therapie der Syphilis genügend individualisiert werden.

In der folgenden Diskussion (in der Louisville surgical society) erklärt ABELL, die Syphilis nehme ihren Verlauf, was immer für eine Behandlung man einschlage; trotzdem empfiehlt er die innere (Protojodid-Pillen) Therapie und tritt warm für Hot Springs ein wegen seiner die Elimination erhöhenden Wirkung. BLUM und BLOOM halten nichts von diesem Bade; ersterer zieht die Pillentherapie vor, rühmt die Dampfbäder und auch die guten Erfolge, welche er in einigen Fällen mit dem Anti-Syphilis-Serum von DE LILLE aus dem PASTEURSchen Institute hatte, BLOOM hebt strenge Individualisierung hervor. CHEATHAM erwähnt die Vorteile der technischen Mittel, ohne welche oft Hg und Jodkalium keine Wirkung hätten; auch letzteres allein ohne jegliche Hg-Darreichung würde von manchem Spezialisten mit Erfolg gegeben.

Stern-München.

Über Syphilisbehandlung, von MAX JOSEPH. (*Ärztl. Prax.* 1904. Nr. 8.) Die Exzision der Primäraffekte beendet zwar die lokalen Erscheinungen elegant und schnell, für die Allgemeinerkrankung ist sie aber im großen ganzen bedeutungslos. Vielleicht, aber auch nur vielleicht, ist der Verlauf der Lues in manchen solchen Fällen leichter, als er es sonst ohne Exzision der Sklerose gewesen wäre. Mehr zu empfehlen ist die Heißluftbehandlung der letzteren nach HOLLÄNDER. Am besten macht man dazu das Operationsgebiet blutleer, durch Umschnürung der Peniswurzel oder eventuell durch Abklemmen derjenigen Hautpartie, welche den Primäraffekt trägt. Lokale Chloräthynarkose genügt, außer bei sehr sensiblen Kranken. SCHLEICH-OBERSTs Methoden sind dazu weniger zu empfehlen. Es erfolgt bei denselben keine völlige Zerstörung des Sklerosengewebes. Zur Heilung des Defektes bedarf es mehrerer Wochen. JOSEPH hält diese Behandlungsart für eine wirklich abortive. Die Allgemeinbehandlung leitet er sogleich ein, sobald die Diagnose Ulcus durum absolut feststeht. Da aber letzteres meist erst dann möglich ist, wenn das Exanthem aufgeschossen ist, so warte man lieber solange mit den Einreibungen oder den anderen Einverleibungsmethoden des Quecksilbers. Die Nachteile der Einspritzungen sind nicht unbeträchtliche und die Dauererfolge der Luesbehandlung bei kräftigen Inunktionskuren am höchsten. JOSEPH empfiehlt hierzu das Sapolentum hydrargyri GÖRNER, eine Quecksilberseife, die in Packungen zu 5, 4 und 3 g im Handel ist. Das Resorbinquecksilber hält der Verfasser für weniger praktisch, da es einerseits nur in oberflächliche Hautschichten einzudringen scheint und bei längerem Reiben stark färbt und schwärzt. Die Anwendung von Mercolinschurzen und anderen Methoden, die nur auf die Einatmung des Metalles Wert legen, ist von zweifelhaftem Einfluß auf spezifische Produkte. Schlimm daran ist, daß der Kranke glaubt, lange, daher kräftige Kuren mit dieser Schurzbehandlung hinter sich gebracht zu haben, während die Wirkung nur eine ganz schwache ist. Auch gegen die neueren als Ersatz des Jodkalium gedachten Jodpräparate spricht sich der Berliner Syphilidologe energisch aus.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis, von GAILLETON. (*Lyon méd.* 1903. Nr. 39, 41, 44, 45, 46, 49. 1904. Nr. 9.) Ausführliche Beschreibung der Syphilistherapie mit allen ihren Methoden und Einzelheiten. G. ist Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung, und zwar wechselt er gerne zwischen Injektionskuren und innerlicher Hg-Verabreichung ab. Er empfiehlt nicht, wie das jetzt vielfach geschieht, die schematische Anwendung möglichst großer Dosen, begnügt sich aber auch nicht damit, ohne Rücksicht auf den Verlauf des einzelnen Falles die geläufigen mittelgroßen Dosen zu verordnen, er probiert vielmehr in jedem Falle aus, welche Hg-Mengen notwendig sind, um die Erscheinungen rasch zu beeinflussen und zum Verschwinden zu bringen. — Von wenigen bekannten Behandlungsmethoden erwähnt G. die von CARNOT im Jahre 1901 empfohlene Methode der intratrachealen Injektionen, die sehr schnell wirken und dabei sehr gut vertragen werden sollen, sie rufen insbesondere weder Husten noch Atembeschwerden hervor. Injiziert werden 5–10 ccm einer 1‰igen Sublimatlösung; doch können auch andere lösliche Hg-Salze verwendet werden.

Götz-München.

Die Notwendigkeit der Präventivbehandlung der Syphilis, von M. LEBEND. (*Presse méd.* 1904. Nr. 29.) Die Syphilis ist keineswegs in der Regel eine an Symptomen so überreiche Krankheit, als man nach Lehrbuch und Moulagensammlung annehmen sollte. Von 100 Kranken, die den Arzt wegen tertiärer Prozesse aufsuchen, haben 60–80 außer ihrem Primäraffekt nur eine Roseola und einige Schleimhautplaques gehabt. Schlimm ist es nur, daß die Affektionen zuweilen, ja oft wichtige Organe und das Nervensystem ergreifen, wo der Effekt vielfach sehr traurig ist. Die

Erwägung, daß solche Zufälle eintreten können, bestimmt viele Kranke, die vorbeugende Merkurbehandlung anzunehmen. Letztere hat Anhänger und Gegner. Erstere behaupten, daß die Syphilis ihrer Patienten so geringe Symptome gezeigt hat, die letzteren sagen, daß sich die Kranken trotz des Fehlens spezifischer Kuren ganz wohl befunden haben. So kommt es, daß sich auch zahlreiche Syphilitiker letzterer Ansicht anschließen und nur beim Auftreten von Erscheinungen etwas vom Quecksilber wissen wollen. Verfasser ist Anhänger der Präventivbehandlung. Denn sie schadet nicht. Chronischen Merkurialismus, den WATRASEWSKI dabei beobachtet hat, sah LEMMONS nicht, obwohl er vielen Kranken einen Monat lang 0,08—0,085 g für den Tag gegeben hat. Ferner zwingt diese Art Behandlung den Kranken zu ständigen Besuchen zum und zur Kontrolle durch den Arzt. Beweise für den positiven Nutzen vorbeugender Kuren sind Fälle, in denen nach mehrfachen Fehlgeburten das Austragen eines Kindes bis zur späteren Reife erzielt oder nach der Geburt syphilitischer Kinder endlich ein gesunder Nachkomme zur Welt gebracht wird. Möglicherweise wirkt die präventive Quecksilberkur auf jene runden Zellen und mikroskopischen Prozesse günstig ein, welche nach J. NEUMANN an der Stelle von Flecken, Papeln und Knötchen im Gewebe, um die Gefäße, um Drüsen und Follikel herum zurückbleiben.

Hopf-Dresden.

Über die Wirkung der in der Therapie der Syphilis gebrauchten Quecksilbersalben, von FELDSCHEWKO-Moskau. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 15.) Durch ein rationelles Verfahren hat Verfasser zu ermitteln gesucht, wieviel von den gebräuchlichen Hg-Salben von der Haut resorbiert wird, und dabei festgestellt, daß viel weniger in die Haut eindringt, als wir bisher geglaubt haben. So wird altes Ung. Hydr. cin. durchschnittlich zu 29 %, frisches zu 26 %, Ung. Hydr. cin. cum Lanolino par. zu 24 %, Ung. Hydr. sapon. zu 27 %, Mollin. Hydr. zu 38 %, Resorbin. Hydr. zu 49 % und Vasogen Hydr. zu 44 % resorbiert. Bei Erhöhung der 30 Minuten betragenden Einreibungsdauer auf 45—60 Minuten wird die Resorbierbarkeit der Salbe um 8—12 % erhöht, doch besitzt die Haut eine gewisse maximale Grenze der Aufnahmefähigkeit, über welche hinaus sowohl die Vermehrung der Salbenmenge als auch die Verlängerung der Einreibungsdauer nutzlos sind. Die halbstündige Dauer der Einreibungen ist die rationellste. Die Resorptionsfähigkeit derselben Hautfläche kann durch warme Bäder, sowie durch intensive Einreibung mit Massagegriffen gesteigert werden. Es empfiehlt sich, der Salbe etwas Ol. Gaulther. oder Menth. zuzusetzen, wodurch die Resorption um 5—7 % erhöht und der Geruch der grauen Salbe beseitigt wird.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Quecksilber und seine hypodermatische Anwendung bei Syphilis, von BERNART - Hot Springs. (*Mercks Arch.* Febr. 1904.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Methode heilt Fälle, die sich bei anderer Behandlung als unheilbar erwiesen. Sie stellt die Behandlung auf eine wissenschaftlichere Basis und gestattet bessere und genauere Beobachtungen über den Verlauf, namentlich bei Erkrankungen des Nervensystems.

A. Strauß-Barmen.

Die Methode von SCARENZIO bei der Behandlung der Syphilis, von TRUFFI-Mailand. (1904.) In einem Bande von rund 200 Seiten gibt der Verfasser zunächst eine ausführliche Beschreibung der Methode (intramuskuläre Kalomelinjektionen) nach allen Richtungen und ihrer Erfolge nebst vollständiger Literaturangabe. Ohne ein eigenes Urteil abgeben zu wollen, das er für vollständig überflüssig hält, stellt er zum Schlusse die Urteile der namhaftesten Syphilidologen zusammen, welche sich sämtlich außerordentlich günstig, zum Teil begeistert, über die Methode aussprechen.

C. Müller-Genf.

Kupfer bei Syphilis, von **PARL.** (*Mercks Arch.* Nov. 1904.) Die Arbeit ergibt folgende Resultate:

1. Die Behandlung der Syphilis in allen ihren Formen wird günstig beeinflusst durch die Anwendung von Kupfersulfat (Durchschnittsdosis $\frac{1}{30}$ g) in Verbindung mit Kalomel in einer für den Kranken verträglichen Dosis.

2. Bei alten Formen von Syphilis sind ganz kleine Dosen zu geben, die allmählich zu vergrößern sind, jeden zweiten Tag.

3. Bei frischer Syphilis soll das Kupfersalz in Verbindung mit Quecksilber gegeben werden.
A. Strauß-Barmen.

Verschiedenes.

Eine bakteriologische Untersuchung über die Sterilisation der Hände, von **J. R. COLLINS.** (*Brit. med. Journ.* 11. Juni 1904.) Auf Grund von Experimenten gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die Nagelbürste sollte vor dem Gebrauche entweder gekocht, oder noch besser ständig in einer antiseptischen Lösung gehalten werden.

2. Kräftiges Reiben für wenigstens fünf Minuten ist erforderlich.

3. Das Waschwasser soll so heiß, als es vertragen werden kann, sein.

4. Chemische Antiseptika von hinreichender Stärke sollten zur Reinigung der Haut gebraucht werden.

5. Bei hinreichender Zeit und Sorgfalt ist eine völlige Sterilisation der Haut gut möglich.
C. Berliner-Aachen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 39.

N^o. 11.

1. Dezember 1904.

Aus Dr. UNNAS Dermatologikum in Hamburg.

Zur Histologie des Hauthorns.

Von

Dr. med. CAESAR PHILIP.

Mit einer Abbildung im Text und einer Farbentafel.

An der Hand zweier Fälle von Hauthorn aus der Klinik des Herrn Dr. P. G. UNNA möchte ich in folgendem näher auf Histologie und Pathogenese des Hauthorns eingehen.

Das eine Hauthorn befand sich auf dem Abdomen einer Frau von fast 70 Jahren, soll daselbst ungefähr 40 Jahre bestanden haben und der Trägerin durch seine außerordentliche Grösse mannigfache Beschwerden gemacht haben.

Das Gebilde setzt sich aus einem grösseren und einem kleineren Horn zusammen, die aus der umgebenden Haut schroff und steil emporwachsen. Eine Einfalzung gleich einem Nagel an seinem Nagelbett, wie sie an anderen Hauthörnern beschrieben worden, ist hier nicht zu beobachten, nur an der Basis des kleineren Hornes, zwischen diesem und dem grösseren, sehen wir eine ähnliche Bildung; dieselbe verdankt jedoch ihr Entstehen dem Umstande, dass neben dem eigentlichen Horn kleinere Warzen sich gebildet haben, die z. T. zusammenfiessen und sich von dem Ursprung des (kleineren) Hornes durch eine leichte Rinne normaler Haut absetzen. (Der an der Basis von Hauthörnern beobachtete Falz kommt meines Erachtens überhaupt erst sekundär zu stande dadurch, dass das Horn durch Kleidung, besonders durch das Schuhzeug, sowie durch andere äussere mechanische Einwirkung in seine Wurzel hineingedrückt wird.)

Beide Hörner zeigen in ihrem Aufbau eine spiralige Windung wie die meisten und vor allem die grösseren Hörner. Sie sind von schmutzig gelbbrauner Farbe mit in der Längsrichtung dicht nebeneinander befindlichen Rinnen versehen, als wenn sie aus einzelnen Säulen aufgebaut wären. Die Höhe des grösseren von der Basis bis zur Spitze, längs der

spiraligen Kante gemessen, beträgt 14 cm, das Horn wächst scheinbar aus zwei Wurzeln heraus, da es an seinem Grunde geborsten ist, und man nur an der Außenseite seine einheitliche Entstehung erkennen kann. Das kleinere Horn ist nur halb so hoch und dementsprechend von geringerem Volumen. Die Konsistenz der Hörner ist ungefähr die eines Clavus, das Mark jedoch ist weicher und bröckelig. Die Haut zwischen den beiden Hörnern ist zum großen Teil warzig verändert, wie schon oben angedeutet, und wir können in diesen Warzen wohl die Anfänge der Hauthornbildung erblicken.

Das zweite Horn hatte seinen Sitz auf der Oberlippe einer Frau; es ist ca. 1 cm hoch, von derberer Konsistenz als das erste.

Bevor wir auf den histologischen Bau unserer Hauthörner eingehen, müssen wir uns mit den erwähnten Warzen näher beschäftigen. Dieselben



bedecken den größten Teil der Haut zwischen beiden Hörnern, sie überragen die umgebende Haut meist nur um Stecknadelkopfgroße, nur an einer Stelle befindet sich noch ein größerer, ca. 1 cm hoher Auswuchs, ein kleines Hauthörnchen. Ich habe sie bisher schlechtweg Warzen genannt, weil ihr makroskopisches Aussehen das einer älteren, an der Oberfläche zerklüfteten, brombeerartig aussehenden Verruca ist. In diesen Warzen, die am Fusse zweier Hauthörner stehen, die in dem genannten Auswuchs den Übergang zum Hauthorn zeigen, dürfen wir wohl den Beginn der Hornbildung erblicken, und darum müssen sie uns besonders wichtig und der Untersuchung wert erscheinen. Was ihren mikroskopischen Bau betrifft, so finden wir hier mannigfache Unterschiede in bezug auf das Verhalten der Stachelschicht und der Hornschicht: die einen zeigen hauptsächlich eine außerordentliche Anhäufung von

Hornsubstanz, die Stachelschicht ist allerdings auch stark verbreitert, aber sie verschwindet doch fast zwischen den breiten Schichten von Hornlamellen, die die Papillenköpfe umsäumen, zwischen letzteren und der Hornschicht nur einen schmalen Saum von Stachelschicht stehen lassend, die z. T. als Hornperlen fast der Epidermis-Cutisgrenze aufliegen. Die Papillen sind bei ihnen zu dünnen, feinen Ausläufern, oft hoch hinauf reichend, wenn ich so sagen darf, ausgewalzt.

Die anderen zeigen ein Überwiegen der Stachelschicht über die Hornschicht, wenn auch hier die Hornschicht über die ganze Bildung oft noch an einer Stelle aufgetürmt liegt. Es fehlt jedoch meist die Lamellenbildung, es fehlt das Vordringen der Hornschicht fast bis zur Cutisgrenze. Stachelschicht und Papillarkörper bilden ein Netzwerk, da die Papillen nicht so dünn ausgewalzt, sondern von allen Richtungen her, bald hier, bald dort, von der wachsenden Stachelschicht eingedrückt, dicht daneben wieder in die breite, weiche Stachelschicht hineinquellen konnten. Hier finden wir auch bereits die Anfänge der Markbildung, die großen aufgedunsenen Zellen, die UNNA beim Hawthorn beschrieben.

Das Ganze macht mehr den Eindruck eines weichen, schwammigen, stark durchfeuchteten Gebildes, während wir in den zuerst beschriebenen Warzen harte, starre, wie aus Stein geformte Bildungen vor uns sehen.

Die Unterschiede, die ich hier beschrieben habe, sind jedoch nur relative. Zwischen den Extremen finden sich alle Übergänge. Die größere oder geringere Durchtränkung von den Papillen her soll nach UNNA die Ursache für dieses Verhalten sein. Wo sie eine stärkere ist, bildet sich eher die weichere, akantoide, wo sie eine schwächere ist, die härtere, keratoide Form.

Auch die Cutis zeigt bei unseren Warzen einige leichte Veränderungen, abgesehen von der Form der Papillen. An einigen Stellen, besonders an der Basis der langen Papillen, finden sich Kernanhäufungen, die z. T. mit in die Höhe hinauf sich fortsetzen. Die Gefäße sind meist stark erweitert. Auf ein selbständiges Wachstum des Bindegewebes aus diesen Kernanhäufungen oder aus der Verästelung der Papillen zu schließen, ist jedoch, abgesehen vom Fehlen der Mitosen, schon durch die schwächliche Gestalt der Papillenausläufer vollkommen ausgeschlossen. Die Verästelung der Papillen erklärt sich leicht durch die formende Tätigkeit der wuchernden Stachelschicht. Die Entstehung der Kernanhäufungen hat man durch eine sekundäre, mechanische Reizung von außen (Druck der Kleidung, des Schuhzeuges usw.) erklärt. Doch möchte ich dagegen zu bedenken geben, daß unsere flachen Warzen durch die beiden bedeutend hervorragenden Hawthörner vollkommen vor mechanischen Insulten geschützt waren, und daß der Druck im allgemeinen eher eine Atrophie — wie beim Callus und Clavus —, als Entzündungserscheinungen des Binde-

gewebes hervorzurufen pflegt. Bei Betrachtung meiner Präparate fiel Herrn Dr. UNNA die Ähnlichkeit dieser Kernanhäufungen mit gewissen Zellenanhäufungen auf, welche sich am Grunde mancher harten Naevi befinden und bei guter Erhaltung und nicht zu grossem Alter der Individuen noch deutlich als Reste von Epithelabschnürungen zu erkennen sind, die an demselben Naevus in einer früheren Periode seiner Existenz stattgefunden haben. Es handelt sich in solchen Fällen nach UNNA um gemischte Naevi, die zunächst unter dem Bilde weicher, epithelabschnürender Muttermaler auftauchen, bei denen aber bald die Abschnürung aufhört, und wo die weichen Naevi sich durch Akanthose und Hyperkeratose in harte umwandeln. Eine sichere Entscheidung, zu welcher Zellengattung die betreffenden Kerne in meinen Präparaten zu rechnen seien, liess sich bei dem hohen Alter der Patienten und der sehr langen Aufbewahrung der Präparate in Alkohol nicht mehr treffen.

Wenn aber in unserem Falle dem Hawthorn an derselben Stelle sicher harte Naevi vorangegangen sind, so erhebt sich die Frage: Wie verhält sich das Hawthorn überhaupt zum harten Naevus? Unsere Warzen müssen als kleine Anfänge der Hawthornbildung zu einem solchen Vergleich ganz besonders geeignet sein. Wer die Beschreibung der harten Naevi in UNNAS Histopathologie durchliest, wird in unseren harten, keratoiden Warzen unschwer die keratoiden, harten Naevi wiedererkennen. Es fehlen allerdings beim harten Naevus jene grossen aufgedunsenen Zellen, die den Beginn der Markbildung repräsentieren, und gerade dieses Fehlen unterscheidet die bisher bekannten harten Naevi vom Hawthorn. UNNA sagt darüber in seiner Histopathologie, S. 116: „Doch bei noch so starker Verhornung besitzt der harte Naevus niemals eine Ähnlichkeit mit dem Hawthorn; es bildet sich keine sogenannte Marksubstanz. Dazu wäre wohl die Hornsubstanz fest genug, aber die Papillenbildung und ihre Blutversorgung ist zu schwach.“ Aber wir haben alle Übergänge von der einen Form zur anderen bei unseren Warzen gefunden, und es kann vielleicht ein Zufall sein, dass sie bei den harten Naevi bisher nicht beobachtet wurden. In der mir überlassenen Präparatensammlung fehlen sie allerdings. Ausserdem ist diese Unterscheidung durch das Fehlen des Markes, das ja von UNNA selbst durch die grössere oder geringere Durchtränkung von den Papillen her erklärt wird, keine ätiologisch begründete.

Ich gehe jetzt zur Histologie der Hawthörner selbst über. Die Veränderungen der Cutis sind die soeben bei den Warzen beschriebenen. Was die Veränderungen der Epidermis betrifft, so können wir zunächst eine Verbreiterung der Stachelschicht konstatieren, und zwar weil seine Zellen vermehrt und gegen die normalen verändert sind. Die Vermehrung der Zellen könnte auf einer vermehrten Zellteilung oder einer verlangsamtten Verhornung beruhen, so dass dieselben Zellen, die sonst nach

einer bestimmten Frist in Hornzellen sich umwandeln, jetzt längere Zeit in der Stachelschicht verbleiben. Ein gehäuftes Auftreten von Mitosen würde auf eine selbständige Wachstumsvermehrung hinweisen; sie läßt sich nicht mit Sicherheit konstatieren. Jedenfalls ist aber zu bedenken, daß die basale Lage der Stachelzellen, die Keimlage für das Epithel, beim Hawthorn durch die kolossale Ausdehnung und Verzweigung der Papillen eine außergewöhnliche Verlängerung erfahren hat, und daß trotz dieser Ausdehnung die Basalzellen dicht gedrängt aneinander stehen.

Was die Veränderungen der Zellen betrifft, so müssen wir unterscheiden zwischen primärer und sekundärer Veränderung. Primär fällt mir eine besonders starke Färbbarkeit des Kernes (s. auch DUBREUILH) auf, sowie die Tendenz der Zellen, den Kern auch während der Verhornung zu behalten.

Sekundär, d. h. nicht unbedingt zum Entstehen und zum Begriff des Hawthorns notwendig, sondern (als Zeichen der Degeneration) erst im fertigen Hawthorn sich bildend, finden wir die von UNNA beschriebene Veränderung: Die Zellen (*C*) sind z. T. nur von auffallender Größe, z. T. stark angeschwollen, fibrinös degeneriert aussehend, mit Hämatoxylin sich in toto stark färbend und mit Kernen versehen, oder feinfaserig und kernlos. Die angeschwollenen, fibrinös degenerierten, teilweise zu Riesenzellen angewachsenen Zellen finden wir hauptsächlich oberhalb und seitlich von den Papillenspitzen bei *C*, teilweise aber auch schon in unseren Warzen, obgleich hier die Papillen noch nicht zu so feinen Ausläufern geworden sind. UNNA führt sie zurück auf eine stärkere Durchtränkung vom Papillargefäß her, in dem der Abfluß durch das einschnürende Epithel behindert ist. In dem kleinen, auf der Oberlippe befindlichen Hawthorn finden wir diese Veränderung prachttvoll ausgeprägt.

Diese Veränderungen der Zellen können wohl zu einer leichten Verbreiterung der Stachelschicht beitragen, aber nicht zu einer so riesenhaften Bildung, wie sie das Hawthorn darstellt, abgesehen davon, daß sie, wie oben angeführt, nicht immer vorhanden sind.

Ferner finde ich auch folgende Veränderung an vielen Stellen: In den großen Zellen erblicken wir oft einen außerordentlich großen Kern mit mehreren Kernkörperchen. Verfolgt man diese Zellen weiter hinauf nach dem Stratum corneum zu, so sieht man, wie ganz plötzlich und unvermittelt an Stelle eines großen, schwächer gefärbten Kernes mit mehreren kleinen, deutlichen und dunklen Kernkörperchen plötzlich ein kleinerer (halb so groß oder kleiner) vollkommen dunkel gefärbter Kern tritt, als ob sich der ganze große Kern in ein großes Kernkörperchen verwandelt hätte.

Was das Vorkommen des Keratohyalin betrifft, so habe ich dasselbe an vielen Stellen vollkommen vermisst, an anderen konnte ich sein Auf-

treten, meist jedoch mehr oder minder gegen die Norm verringert, konstatieren. Ich komme noch darauf zurück, ebenso wie auf das Verhalten des Stratum lucidum.

In der Hornschicht sehen wir teilweise eine ganz regelmässige Bildung von Hornlamellen, die eines festeren Zusammenhaltes jedoch entbehren. Man hat geglaubt, die Entstehung des Hauthorns einfach auf ein solches festeres Zusammenhalten zurückführen zu können; das muß ich jedoch bestreiten. Es ist immer nur eine kleine Anzahl von Lamellen, die aneinander haften, von den nächsten lösen diese sich dann wieder los. Besonders dort, wo sich richtige Hornperlen mitten im Rete gebildet haben, ringsum von Stachelzellen eingeschlossen, sehen wir diese Aufsplitterung, ja meist sogar fällt die ganze Hornperle im Schnitt aus und hinterläßt eine Lücke im Rete. An anderer Stelle jedoch, und so besonders an der Spitze des Hauthorns, häuft sich die Hornschicht turnhoch über den Papillen an, aber, und das scheint mir das Wesentliche, hier kommt es gar nicht zu einer richtigen Lamellenbildung, sondern die einzelnen Zellen bleiben als solche bestehen und behalten ihren Kern. Hier können wir auch das Fehlen des Keratohyalin und des Stratum lucidum konstatieren, während dort, wo der Kern verschwindet, eine normale Verhornung eintritt nach Bildung von Keratohyalin und Stratum lucidum. Wenn auch im allgemeinen Kern und Keratohyalin nichts miteinander zu tun haben, so scheinen doch hier Veränderungen bei beiden Hand in Hand zu gehen.

Auffallend bei der pathologischen Verhornung im Hauthorn ist ferner das bekannte Alternieren von verschieden gefärbten Schichten in der Hornsubstanz.

Bei Hämatoxylin-Eosinfärbung sehen wir blaßrosa mit dunkelblau gefärbten Schichten abwechseln. Erstere sind kernlose Hornschichten, letztere erhalten ihre Farbe von kernhaltigen Zellen, von dichtgedrängten Kernen und ihren Zerfallsprodukten, sowie, nach UNNA (Orrs. S. 878), „von einem nukleinhähnlichen, aus dem Zellprotoplasma vielleicht mit Hilfe von abgespaltener Nukleinsäure des Kernes entstandenen Degenerationsprodukt“.

Der Umstand, daß ein stärkeres Anhäufen von Hornschicht stets zusammentrifft mit dem Fortbestehen des Kernes in der Hornzelle, findet eine Analogie im menschlichen Nagel. Auch hier, wo der Kern bestehen bleibt, häufen sich große Hornmassen in festem Zusammenhang an. Sobald jedoch der Kern in der Epithelzelle verschwindet, ist dieselbe vollkommen abgestorben und kann sich nicht lange in größerer Masse erhalten, sondern wird, wenn sie sich stärker über das Niveau der umgebenden Haut erhebt, abgestoßen.

Kommen wir zum Schluß zu der Frage, wohin wir das Hauthorn

zu stellen haben, und welches seine Entstehung sei, so möchte ich dazu folgendes bemerken: UNNA hat das *Hauthorn* unter die *Keratome*, die *Stauungsgeschwülste* der *Oberhaut*, eingereiht. Der folgende Auszug aus der *Klassifikation zur Histopathologie* wird diese Stellung leichter erkennen lassen:

III. Progressive Ernährungsstörungen.

A. Maligne Neubildungen.

.....

B. Benigne Neubildungen.

a) echte (Wucherungs)geschwülste.

1. der Oberhaut.

a) *Akanthome* (*Verruca vulg.*, *Kondylome* usw.).

.....

b) *Stauungsgeschwülste*.

1. der Oberhaut.

a) *Keratome* (*Callus*, *Clavus*, *Cornu cutan.* usw.).

V. Mißbildungen.

A. Progressive Ernährungsstörungen.

1. *Wucherungsgeschwülste* (*Keratoma palmare et plantare*, *Verruca dorsi manus et pedis*, *Naevi* usw.).

.....

Gegen diese Einreihung möchte ich nun zu bedenken geben: UNNA selbst gibt zu, daß beim *Hauthorn* bereits primär eine *Epithelwucherung* vorhanden ist, daß es also nicht allein durch die abnorme Festigkeit der *Hornzellen* oder der *Stachelzellen* zustande kommt. Er sagt: „Erstens wird die *Schwielbildung* verursacht durch eine künstliche, von außen kommende *Schweifung* und *Verhärtung* der *Hornschiebt*, während das *Hauthorn* einer den *verhornenden Zellen* eigenen, abnormen Festigkeit seine Entstehung verdankt. Sodann tritt bei der *Schwiele* eine *Epithelwucherung* nur sekundär hinzu, während sie bei der *Hornbildung* gleichzeitig mit der *Hyperkeratose* einwirkt“ (S. 879). Ferner habe ich bereits auf die *Übereinstimmung* unserer *Warzen* mit den harten *Naevi* aufmerksam gemacht. Zu diesen und damit zu den angeborenen oder in der *Anlage* vererbten *Mißbildungen* es zu rechnen und aus der Reihe der *Stauungsgeschwülste* heraus zu nehmen, dürfte vielleicht späteren Untersuchern nahe gelegt sein und so das Wort UNNAs eine weitere *Bekräftigung* erfahren: „Jedenfalls wird die jetzt schon nicht unbedeutende Klasse der angeborenen *Mißbildungen* der *Haut* auf *Kosten* der *benignen Geschwülste* sich noch erheblich vergrößern.“ (ORTH, S. 1136.)

Für die gütige Überlassung der Fälle, sowie für die freundliche Unterstützung bei Abfassung der vorliegenden Arbeit, sage ich Herrn Dr. UNNA an dieser Stelle meinen wärmsten Dank.

Literatur.

1. AUSPITZ, Über das Verhalten der Oberhaut zur Papillarschicht, insbesondere bei pathologischen Zuständen der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1870.
2. ASMUS, Über Cornu cutaneum, insbesondere dessen Vorkommen an der Glans penis. Inaug.-Diss., Bonn 1888.
3. BÄTGE, Zur Kasuistik multipler Keratosen. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1875.
4. BERGH, Fälle von Hauthörnern. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1873.
5. DUBREUILH, III. internat. Kongress f. Derm. u. Syph. in London.
6. — Des Hyperkératoses circonscrites. *Ann. de Derm.* 1896.
7. — Corne cutanée. *Pratique dermatologique.* 1900.
8. HESSEBERG, Beitrag zur Kenntnis der Hauthörner. Inaug.-Diss., Göttingen 1868.
9. JADASSOHN, Zur Lokalisation der systematischen Naevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 27.
10. JARISCH, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
11. JOSEPH, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
12. KAPOSÍ, Lehrbuch der Hautkrankheiten 1899.
13. KUTSCHER, Ein Beitrag zur Kenntnis des Wachstums der Hauthörner. Inaug.-Diss., Freiburg i. Br. 1895.
14. LEBERT, Über Keratose. 1864.
15. LELOIR - VIDAL, Cornu cutaneum. Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten, übersetzt von SCHIFF. 1892.
16. LESSER, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1900.
17. LEWIN und HELLER, Cornea cutanea syphilitica. *Internat. Atlas selt. Hautkrankh.*
18. MANSUROFF, Hauthörner. Autoreferat. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890.
19. MAROUSE, Zur Kenntnis der Hauthörner. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 60.
20. MIBELLI, Über Hornkrebs. *Internat. Atlas selt. Hautkrankh.*
21. MITWALSKY, Beitrag zur Kenntnis der Hauthörner der Augenadnexa. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894.
22. NATANSON, Cornu cutaneum palpebrae. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899.
23. NEISSER - JADASSOHN, Hautkrankheiten. SCHWALBE - EBSTEINS Handb. der prakt. Medizin. 1901. III, 2.
24. OBTULOWICZ, Ein Fall von Hauthorn. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1886.
25. PICK, Zur Kenntnis der Hauthörner. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1875.
26. RINDFLEISCH, Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. 1875.
27. SCHOEBL, Vorläufige Richtigstellung einiger Angriffe in der Arbeit von MITWALSKY. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895.
28. SPIETSCHKA, Zur Hystologie des Cornu cut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898.
29. THIBIERGE, Corne épithéliomateuse très volumineuse de la région frontale chez une femme âgée. *Ann. de Derm.* 1898.
30. UNNA, Das Fibrokeratom. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1880.
31. — Über Keratoma plantare und palmare hereditarium. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1883.
32. — Histopathologie der Haut.
33. WOLFF, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1897.
34. ZIEGLER, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. II. 1899.

NB. Die einschlägige Literatur bis zum Jahre 1887 hat ASMUS in seiner Dissertation zusammengestellt.

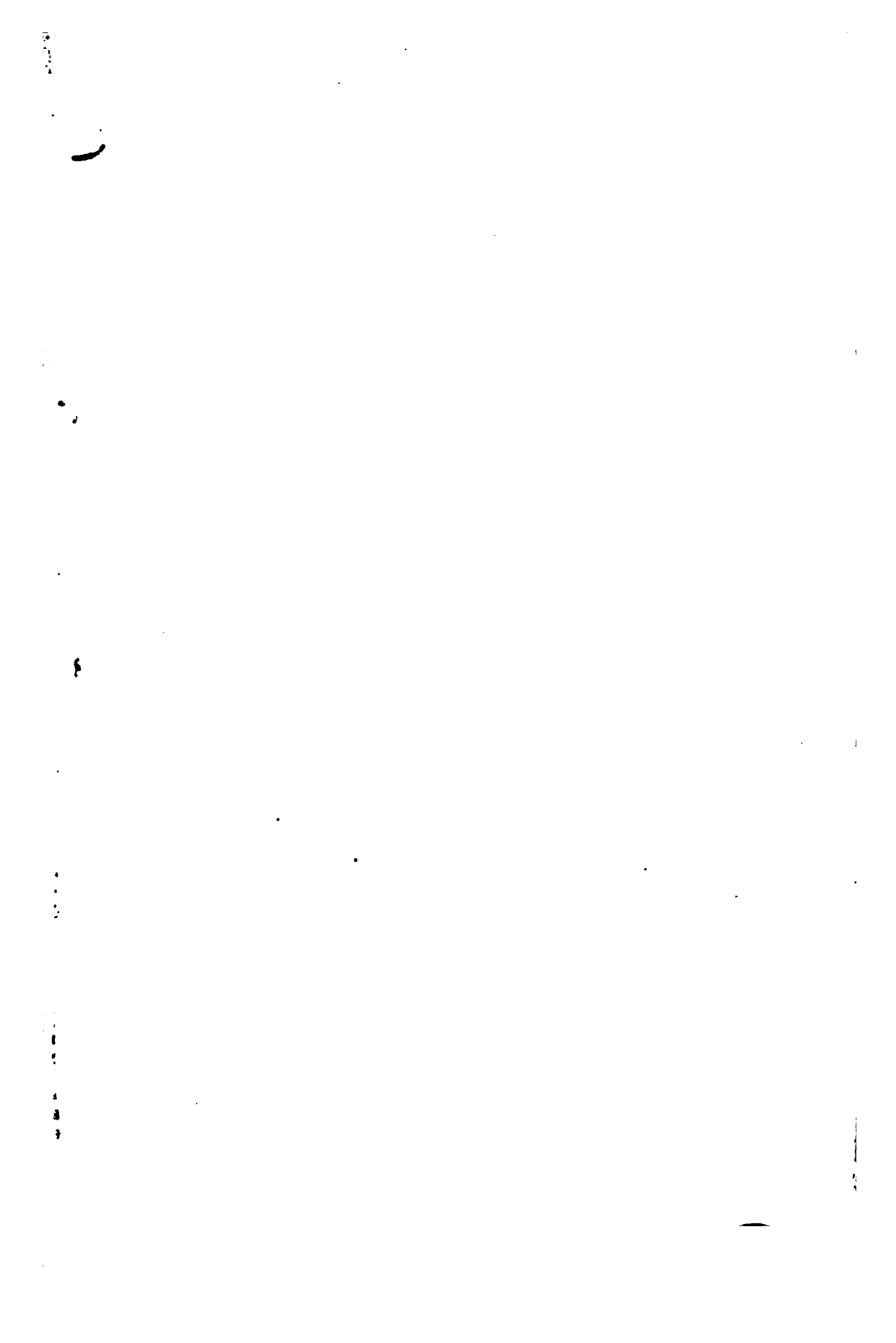


Fig. 1.



Fig. 4.

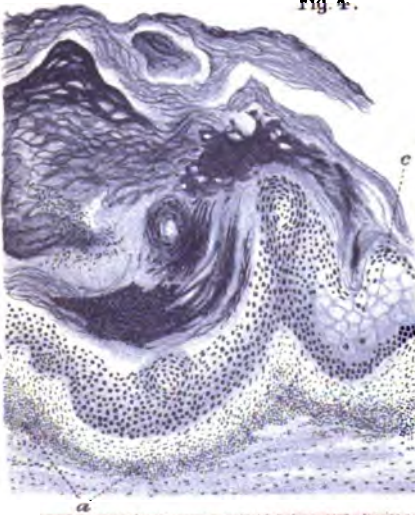


Fig. 5.

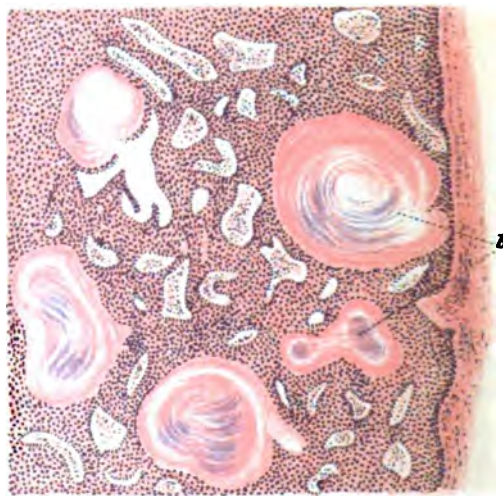


Fig. 2.

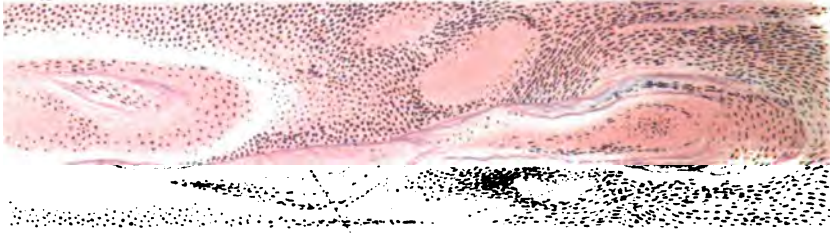
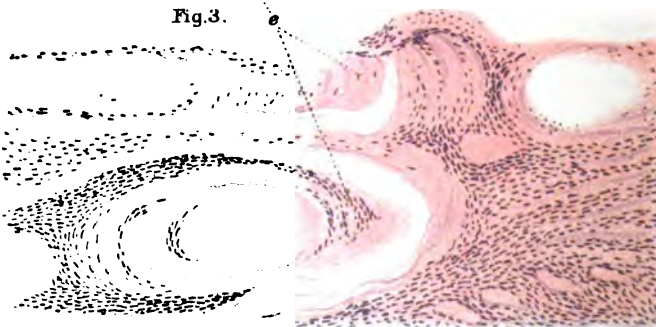


Fig. 3.



Figurenerklärung.

Die Figuren I, II und III sind Präparate vom Hawthorn auf der Oberlippe, Figuren IV und V von den sogenannten Warzen zwischen den beiden Teilen des großen Hornes.

- a* = Kernanhäufungen in der Cutis.
- b* = Hornperlen.
- c* = große, aufgedunsene Zellen in der Stachelschicht.

Ein Fall von Mykosis fungoides.

Von

Dr. J. ULLMANN,

I. Assistent der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Palermo.

Über einen Fall der seit ALIBERT mit dem Namen Mykosis fungoides bezeichneten Erkrankung, der mir sowohl zur Bereicherung der Kasuistik dieser in ihrer Ätiologie und Natur noch nicht aufgeklärten Affektion, als auch wegen einiger Differenzen von dem als typisch beschriebenen Krankheitsbilde der Veröffentlichung wert erscheint, möchte ich im folgenden genaueren Bericht erstatten.

Vor einigen Wochen wurde mir von seinem Arzte ein Patient vorgeführt, damit ich die Diagnose der von diesem dargebotenen, seltenen Hautaffektion stellen und einige Winke für die einzuschlagende Therapie geben solle. Der Kranke war in Trapani, einer Provinzialstadt Siziliens, fünf Jahre lang gegen alle möglichen Symptome fast ohne Erfolg von den verschiedensten Ärzten behandelt worden, ohne daß diese sich über das eigentliche Wesen des Leidens eine richtige Anschauung hätten bilden können. Bevor ich zur Schilderung des objektiven Befundes und zur Stellung der Diagnose übergehe, möchte ich die mir erzählten anamnestischen Daten mitteilen.

Anamnese. Der Patient, Oddo Giacomo, ist 67 Jahre alt. Sein Vater starb mit 57 Jahren an Typhus, die Mutter mit 70 Jahren an unbekannter Krankheit. Er hatte viele Brüder und Schwestern, über deren Schicksale er jedoch nicht unterrichtet ist. Seine Frau starb mit 52 Jahren. Sie hatte zwei Aborte durchgemacht und ihm neun Kinder geboren. Zwei Kinder starben in zartem Alter an Diphtherie, eines an Malaria, drei Söhne gingen an Lungentuberkulose, einer mit 24, zwei mit 32 Jahren, zugrunde. Der Patient gibt an, in seiner Jugend keine venerischen Krankheiten gehabt, dagegen viel an rheumatischen Schmerzen gelitten zu haben. Es sei besonders auffällig gewesen, daß die Schmerzen während der Nacht

immer außerordentlich zunahmen, während sie tagüber so erträglich waren, daß er seiner Arbeit nachgehen konnte. Die Schmerzen waren hauptsächlich in den Handgelenken, die zugleich Schwellung zeigten, lokalisiert. Oft traten auch Fieberanfälle auf. Damals nahm er während zweier Jahre heiße Schwefelbäder, aber ohne jeden Erfolg. Die Schmerzen bestanden in gleicher Weise fort. Vor 14 Jahren entschloß er sich noch einmal zum Gebrauch der Schwefelbäder und machte dann, da diese nicht das gewünschte Resultat zeigten, die sog. „stufe di vinaccia“ (Einhüllungen in bei der Weindarstellung zurückbleibende, heiße Traubenmassen). Diese sollen so ausgezeichnet gewirkt haben, daß seit der Zeit die Schmerzen verschwunden waren. Im Alter von 48 Jahren wurde der Patient von Malaria befallen, an der er ungefähr drei Jahre litt.

Die ersten Zeichen seiner jetzigen Erkrankung bemerkte er vor fünf Jahren. Damals trat am Malleolus externus des linken Fußgelenkes ein dunkelfarbiger Fleck von der Größe eines Soldo auf, und gleichzeitig schwell der Unterschenkel so an, daß er auf Druck Gruben hinterließ. Aber der Kranke wurde nicht durch Schmerzen gequält. Nur die Schwellung war ihm etwas hinderlich. Allmählich jedoch nahmen die Flecken an Zahl zu, und die Schwellung dehnte sich auch auf den Oberschenkel aus. In der linken Leistenbeuge machte sich eine starke Drüsenschwellung bemerkbar, und es zeigten sich auch dort kleine Flecke, die den früher aufgetretenen durchaus ähnlich sahen. Später entwickelte sich an der hinteren Fläche des linken Oberschenkels eine Induration, die etwa die Größe einer Zitrone einnahm. Dieser letztere Zustand datiert seit einem Jahre und soll nach Ansicht des Patienten absolut auf die starken psychischen Erregungen, die er nach dem damals erfolgten Tode eines Sohnes durchzumachen hatte, zurückzuführen sein. Vor etwa fünf Monaten begannen an verschiedenen Körperstellen, wo vorher Flecke und dann Indurationen bestanden, knotige Auswüchse hervorzutreten, während sich gleichzeitig an anderen Partien Flecke bildeten oder schon vorhandene Flecke sich verhärteten. In der letzten Zeit ist an den krankhaft veränderten Hautpartien zuweilen Exsudation aufgetreten. Außerdem litt Patient sehr viel an Jucken, das sich zuweilen auch über den ganzen Körper hin ausdehnte. Während dieser Anfälle konnte man zahlreiche quaddelförmige Eruptionen beobachten, weshalb die Ärzte zur Auffassung kamen, daß eine Art Urticaria einen Teil der unbekanntes oder als Sarcomatosis gedeuteten Krankheit ausmache. Daß sich die Infiltrate oder Tumoren zurückgebildet hätten, soll nicht der Fall gewesen sein.

Vor drei Jahren begann sich vor der Trachea unter der gesunden Haut eine Geschwulst zu entwickeln, die sich äußerst langsam vergrößert hat und dem Kranken keine sonderlichen Beschwerden verursachte.

Der Patient wurde verschiedentlich lokal mit Salben (Jod, Jod-

kalium-, Ichthyl-, Zinc. oxyd.-Salben) behandelt, während per boccam Jodkalium und zuweilen auf längere Zeit Arsenik, sogar in hohen Dosen, gereicht wurde. Ein günstiges Resultat war aber trotz alledem nicht zu erkennen. Während der Exsudation der kranken Stellen wurden Umschläge mit Bleiwasser oder austrocknendem Pulver angewandt.

Objektiver Befund. Der Patient ist ein korpulenter Mann von Mittelgröße, mit kurzem, gedrungenem Halse, breiter Brust, rundem Gesicht von rötlicher Farbe. Die Untersuchung der Radial- und Temporalarterie deutet auf eine allgemeine Arteriosclerosis hin. Also „Habitus apoplecticus“. Muskulatur gut entwickelt, mächtiges Fettpolster, starker Knochenbau. Vor der Trachea fühlt man einen über hühnereigroßen Tumor, die vergrößerte Schilddrüse. Die Lungengrenzen sind etwas nach unten verschoben; es besteht ein leichtes Emphysem. Das Herz läßt bei Perkussion und Auskultation keine krankhaften Veränderungen erkennen. Die Leber befindet sich in normaler Lage. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die Lymphdrüsen in der linken Inguinalgegend zeigen eine beträchtliche Volumenzunahme, während sie rechts kaum vergrößert und in den übrigen Körperregionen überhaupt nicht palpabel sind.

Auffallende Erscheinungen bietet die Haut des Patienten dar. Am ganzen linken Unterschenkel zeigt sie die Veränderungen, wie man sie bei einem schlecht behandelten, chronischen Ekzem zu sehen gewohnt ist. Die Haut ist mit Krusten und schuppenden Lamellen bedeckt, stark infiltriert und elephantiasisch verdickt, so daß der linke Unterschenkel den rechten wohl um ein Drittel an Dicke übertrifft. Im oberen Drittel des linken Unterschenkels sieht man zahlreiche, kleine und große, teils circumskripte, teils zu unregelmäßigen Figuren konfluierende Flecke von blauer Farbe, zwischen denen sich noch dem Aussehen nach normale Hautpartien befinden. Abgesehen von diesen Flecken bemerkt man in dieser Gegend einige Urticariaquaddeln.

Am rechten Unterschenkel finden sich bald blau-, bald kupferrote Flecke in einem kleinen Bezirk unten in der Nähe des Fußgelenkes. Sonst zeigt sich rechts am Unter- und Oberschenkel keine sichtbare Abweichung vom Normalen. Erst in der Inguinalgegend sieht man zahlreiche, umschriebene oder zusammenfließende, in ihrer Größe sehr wechselnde, rote Flecke.

In der Mitte des linken, ödematös geschwollenen Oberschenkels kann man an der hinteren Seite ein starkes, handflächengroßes Infiltrat konstatieren, und an der Oberfläche der Haut Veränderungen, die als nichts anderes wie Ekzem imponieren. Als offenbare Folgen von Juckanfällen sieht man Kratzeffekte. An einzelnen Stellen besteht Exsudation, an anderen ist das Exsudat zu Krusten eingetrocknet. Außerdem haben sich jedoch auf diesem ekzematösen und infiltrierten Boden zwölf Tumoren von

der Größe einer Erbse bis zu der eines kleinen Apfels entwickelt, die am Grunde teils gestielt sind, teils mit breiter Basis aufsitzen. Die Konsistenz dieser Geschwülste ist nicht überall die gleiche, läßt sich am besten als teigig oder derb elastisch bezeichnen, ihre Oberfläche ist unregelmäßig höckerig, weist Vertiefungen und Erhebungen auf. Das Kolorit der die Tumoren bedeckenden Haut ist unverändert oder etwas ins Rote hinüber spielend.

In der linken Inguinalgegend findet man eine Reihe pathologischer Zustände nebeneinander, zahlreiche rote Flecke, einzelne ekzematöse und infiltrierte Partien und endlich viele kleine, bald rundliche, bald ovale Tumoren von Linsen- bis Bohnengröße.

Die Haut der oberen Körperhälfte an Stamm, Gesicht und den Extremitäten zeigt keine krankhaften Veränderungen, hat natürliche Farbe und normalen Turgor bewahrt.

Diagnose. Der ganze klinische Befund war danach angetan, die Diagnose leicht erscheinen zu lassen. Zweifellos konnte es sich um nichts anderes als Mykosis fungoides handeln. Die geschilderten Veränderungen — erythematöse Flecke, ekzematöses Aussehen verschiedener Hautpartien, Infiltrate, Tumoren — sind oft genug als charakteristische Zeichen dieser Affektion beschrieben worden. Einen Unterschied zwischen diesem Falle und denen, wie sie sonst meist als typisch dargestellt werden, kann man darin finden, daß die Krankheit nicht wie gewöhnlich vom Gesicht oder sonst einer Stelle der oberen Körperhälfte ihren Ausgang nahm, sondern daß im Gegenteil gerade die unteren Partien des Körpers von dem krankhaften Prozeß zuerst betroffen wurden, während auch noch nach Jahren, als sich in der unteren Körperhälfte schon alle charakteristischen Symptome der Mykosis fungoides herausgebildet hatten, die obere gänzlich intakt war. Eine Abweichung von dem als klassisch beschriebenen Bilde der Affektion — die allerdings schon häufiger beobachtet worden ist — kann man auch darin erblicken, daß die Erscheinungen der einzelnen Stadien nebeneinander bestehen. Sowohl die für das erste Stadium immer als charakteristisch beschriebenen ekzematösen Plaques, die erythematösen Flecke und urticaria-ähnlichen Ausbrüche, als auch die flachen Infiltrate des zweiten und die „Tumeurs fungoides“ des dritten Stadiums finden sich in buntem Durcheinander. — Natürlich liegt kein Grund vor, sich dadurch in der Diagnose beirren zu lassen; ich glaube vielmehr, daß diese durch das Vorhandensein der verschiedenen Bilder zusammen noch gesicherter erscheint. — Allerdings waren immer zuerst an einer bestimmten Stelle die erythematösen oder ekzematösen Veränderungen vorhanden, aus denen sich dann später die Infiltrate und in einer noch weiter vorgerückten Zeitperiode die Tumoren entwickelten. Während aber an einem Teile der Haut sich Infiltrate oder Geschwülste bildeten, traten an anderen Partien Flecke oder

Ekzemplaques auf. Wir sehen also, daß zwar die einzelnen Stadien eines aus dem anderen hervorgegangen sind, so daß im Laufe von Jahren die ekzematösen Veränderungen in Infiltrate und diese endlich in Tumoren sich umwandeln, daß aber auch, wenn in einem bestimmten Bezirk der krankhafte Prozeß schon alle drei Stadien durchlaufen hat — wozu immerhin einige Jahre erforderlich sind — in einem anderen sich die Erscheinungen des allerersten Stadiums zu zeigen beginnen können.

Histologischer Befund. Der Patient folgte meinem Räte, sich zur Sicherstellung der Diagnose ein kleines Stückchen seiner kranken Haut, das zur mikroskopischen Untersuchung dienen sollte, herauszuschneiden zu lassen, war aber um keinen Preis bereit, sich zu wissenschaftlichen Zwecken der geringfügigen Operation an verschiedenen Stellen zu unterziehen, wenn ich ihm nicht gleichzeitig die Garantie geben könnte, ihn endgültig von seinen Leiden zu befreien. So war es mir leider nicht möglich, die einzelnen Stadien der Affektion einem histologischen Examen zu unterziehen. Ich mußte mich damit begnügen, ein etwa erbsengroßes Geschwülstchen von der hinteren Fläche des linken Oberschenkels bis zum Unterhautfettgewebe zu exzidieren. Ein Teil davon wurde sofort in absolutem Alkohol, ein anderer in Sublimat gebracht und mit Alkohol weiter behandelt. Die Einbettung erfolgte in Celloidin. Die 10—15 μ dicken Schnitte wurden auf die verschiedenste Weise — mit Carmin, nach VAN GIESON, nach der UNNASchen „polychromes Methylenblau-Glycerinäther-“ Methode, der von UNNA modifizierten PAPPENHEIMSchen Methylgrün-Pyroninmethode und nach der TANZER-UNNASchen Methode (saures Orcein) zur Darstellung der elastischen Fasern — gefärbt. Bei Anwendung aller dieser Methoden gelangte ich zu folgenden Ergebnissen: Die Epidermis zeigt unregelmäßige, bald spitze, weit in die Tiefe ragende, bald plumpe, breite und kurze Epithelzapfen, die Epithelleisten sind von wechselnder Größe. Die Zellen lassen keinerlei krankhafte Veränderungen erkennen. In der Stachelschicht bemerkt man eine Reihe von Kernteilungsfiguren. Das Stratum corneum ist an einzelnen Stellen erheblich verdickt. Den eigentlichen Ausgangspunkt des krankhaften Prozesses bildet das Corium. Hier findet man ein Gewebe, das mit einem großen Reichtum an vielgestaltigen Zellen ausgestattet ist, die in einem Netzwerk, den auseinandergedrängten Cutisfasern, eingelagert sind. Die Blut- und Lymphgefäße erweisen sich dilatiert. Der untere Abschnitt der Cutis besteht aus ausgedehnten, von dem übrigen, krankhaft veränderten Gewebe ziemlich gut abgegrenzten Massen rundlicher und spindelförmiger Zellen — die fast an ein Sarcoma glauben lassen —, denen gegenüber das Bindegewebe spärlich erscheint, während sich in den oberen Teilen, bis in die Spitzen der Papillen hinein und diese fast gänzlich ausfüllend, ein an Kollagen reiches Gewebe mit einer immerhin noch sehr großen Menge polymorpher Zellen

zeigt. Die Zellen scheinen mir nichts anderes als Abkömmlinge des Bindegewebes zu sein, Zellen, die denen ähnlich sind, die man im Granulationsgewebe zu sehen Gelegenheit hat. Sie sind arm an Protoplasma und zeichnen sich durch eine große Polymorphie ihrer Formen aus. Zum Teil sind es rundliche, kleinere und größere Gebilde, häufiger sind sie länglich, oval oder spindelförmig, manchmal schicken sie nach den Seiten Ausläufer aus und nehmen so sternförmige Gestalt an. Mitosen sind in beträchtlicher Zahl vorhanden. Die UNNASchen Plasmazellen konnte ich in meinen Präparaten nicht entdecken; auch fehlten Riesenzellen, die von einigen Autoren bei Mykosis fungoides gefunden wurden, die aber auch nach WOLTERS' Ansicht nicht als pathognomonisch für die Erkrankung angesehen werden dürfen. Mastzellen fanden sich nur in einzelnen Exemplaren hier und da zerstreut vor. Die von UNNA beschriebenen körnigen Partikelchen, wahrscheinlich Zelltrümmer, konnte auch ich in großer Masse nachweisen. Von Gefäßneubildung, entzündlichen Erscheinungen, Emigrationsvorgängen, Leukocyten war nichts zu sehen. Das elastische Gewebe schien mir normal zu sein; die Fasern zogen bald einzeln, in langen, geschwungenen Linien, bald zu dichten Bündeln vereinigt durch die ganze Cutis hindurch. Im Unterhautfettgewebe fand ich keine Veränderungen.

Die mikroskopische Untersuchung scheint mir also die klinische Diagnose „Mykosis fungoides“ bestätigt zu haben; es fanden sich viele, wenngleich nicht alle histologischen Erscheinungen, wie sie auch von anderer Seite beschrieben worden sind.

Es handelt sich nach meiner Ansicht bei der Mykosis fungoides um einen vom Bindegewebe ausgehenden pathologischen Prozess, der zur Bildung eines, die Mitte zwischen Granulations- und Sarkomgewebe einhaltenden Gewebes führt. Vom Sarkom unterscheidet sich die Affektion — wenigstens nach meinem Falle zu schließen — besonders durch die Vielgestaltigkeit der Zellelemente, durch das Erhaltensein der elastischen Fasern, vom Granulationsgewebe durch die mangelnde Gefäßneubildung, das Fehlen von Leukocyten.

Aus dem I. Stadthospital zu Moskau.

Über Hautveränderungen bei Nierenkranken.

Von

Dr. ARTH. JORDAN,

ordin. Arzt am Mjassnitzki-Hospital, konsult. Arzt am I. Stadthospital zu Moskau.

Seit FERD. HEBRA haben wir gelernt, in den Hautkrankheiten örtliche Leiden zu sehen, die nichts mit den Säften, wie die Vorfahren annahmen, zu tun haben. Da wir aber trotz der großen Fortschritte, welche die Dermatologie in den letzten Dezennien gemacht hat, immer noch vielen Hautkrankheiten machtlos gegenüber stehen und bei anderen zweifellos neben lokalen auch innere Mittel benötigen, so haben Franzosen, Engländer und andere vielfach nachzuweisen versucht, daß die Hautkrankheiten Ausflüsse irgendwelcher Veränderungen innerer Organe sind. Für einzelne Hautleiden, wie z. B. das Xanthoma diabeticum, ist ein derartiger Zusammenhang entschieden bewiesen, für andere wahrscheinlich, für weitere in der Schwebe. Zu den letzteren gehören die sogenannten albuminurischen Dermatosen, Hautaffektionen, welche durch den Eiweißgehalt resp. die Zylinder im Urin bedingt sein sollen. Da sich gerade in jüngster Zeit das Interesse für diese Frage zu regen scheint, möchte auch ich meine, zwar kleinen Erfahrungen auf diesem Gebiete mitteilen.

Soweit mir die betreffende Literatur zugänglich war, stammt die erste ausführliche Arbeit über dieses Thema von THIBIERGE (1), die im Jahre 1885 veröffentlicht worden ist und auf Grund aller bis dahin publizierten einschlägigen Fälle ein abgerundetes Bild dieser Krankheitsformen liefert. Nachdem THIBIERGE im ersten Teil seiner Arbeit über Nephritis als Folgezustand von Hautkrankheiten gesprochen hat, geht er im zweiten Teil auf die Hautveränderungen im Gefolge von Nierenkrankheiten über. Von der ersteren Möglichkeit, der Nephritis nach Hautkrankheiten, will ich absehen, da eine solche selbstverständlich möglich ist, wie auch gelegentlich beobachtet wird, und wende mich daher gleich der zweiten zu. THIBIERGE beschreibt unter den Hautveränderungen im Anschluß an Nephritis folgende: Pruritus, Urticaria, Roseola, Purpura, pustulöse Ausschläge und noch verschiedene Dermatosen, wie Akne, Ekzem usw. Es ist also eine Reihe verschiedenartiger, zu den häufigsten Hautkrankheiten gehöriger Veränderungen, die zwar nicht immer, aber mitunter von Nephritis abhängig sein sollen. Die meisten dieser Hautaffektionen

können in jedem Stadium der Nephritis vorkommen, einige sind aber mehr den urämischen Zuständen eigen, wie Purpura und Roseola. Im allgemeinen sollen sie jedoch mehr der chronischen Nephritis angehören, wobei THIBIERGE als Ursache dafür Veränderungen des Blutes durch die Nierenentzündung ansieht. Unter den vielen Autoren, auf welche sich THIBIERGE stützt, seien nur einige wenige genannt, wie QUINQUAUD, HUET, BRUZELIUS, DUVAL u. a.

Eine weitere, gleichfalls sehr eingehende Arbeit über dasselbe Thema gebührt LUDWIG MERK (2), welcher an einem reichen internen Material, was hervorzuheben ist, bei Nierenkrankheiten folgende Hautveränderungen fand: Ekzem, Pruritus, Urticaria, Erythem und Furunkulose. Im grossen ganzen sind es dieselben Hautaffektionen, welche auch THIBIERGE erwähnt, nur spricht MERK dem Ekzema albuminuricum eine besondere Bedeutung zu, worauf ich später zurückkommen will. Alle diese verschiedenen Formen sind auch nach MERK vorzüglich der chronischen Nephritis eigen. Wodurch aber die Koinzidenz mit der Nierenkrankheit zu erklären ist, vermag MERK nicht zu sagen. Ausser den schon bei THIBIERGE erwähnten Arbeiten auf diesem Gebiete nennt MERK noch solche von WEST, BOYER, BULKLEY, TILBURY FOX u. a. Seit diesen Publikationen sind noch weitere Mitteilungen über denselben Gegenstand erschienen, so von THURSFIELD (3), welcher Hauterkrankungen im Frühstadium der Nierenkrankheiten (Pruritus, Urticaria, Ekzem) von solchen im Endstadium und bei Vorhandensein urämischer Symptome (universelle Exantheme, Blasenbildungen, ausgedehnte schuppemde Dermatitis) unterscheidet. Dann spricht er aber noch von hämorrhagischen und von ödematösen Hautveränderungen und von Eiterungen, die auf lokaler Infektion beruhen. Da THURSFIELD die letztgenannten Erkrankungen von den beiden ersten Gruppen trennt, ist wohl anzunehmen, dass er sie beiden Stadien der Nierenkrankheit zuspricht. Als Ursache für alle diese Hautveränderungen sieht er im Blut zirkulierende Toxine an. RAYMOND (4) beschreibt auf Grund von drei Beobachtungen speziell urämische Hautausschläge in Form von bald erythematösen, bald papulösen, bald aber auch knotenartigen Efflorescenzen. Diese Ausschläge können zwar seiner Meinung nach an verschiedenen Körperstellen auftreten, begünstigen aber die Extremitäten, besonders in der Umgebung der grossen Gelenke, die Lumbal- und Sternalgegend. Sie nehmen mit den Schwankungen des urämischen Zustandes bald zu, bald ab und weisen immer auf eine Steigerung der Intoxikationserscheinungen hin.

CASARINI (5) stellte im Laufe von sechs Monaten bei allen seinen Hautkranken genaue Urinuntersuchungen an und überzeugte sich, dass „in der grössten Mehrzahl der Hautfälle keine Albuminurie nachzuweisen ist, dass aber dort, wo sie vorkommt, sie häufig die Hautkrankheit bedingt,

und daß endlich in einigen Fällen Hautkrankheit und Albuminurie von ein und derselben Ursache abzuleiten sind.“

Endlich hat BAUM (6) zu Anfang dieses Jahres in der Berliner dermatologischen Gesellschaft eine Patientin mit Akne urticata und parenchymatöser Nephritis vorgestellt, wobei er die Akne von der Nephritis in Abhängigkeit setzte und sie durch Autointoxikation erklärte. Von großem Interesse ist die Diskussion, welche sich an diese Demonstration schloß, indem verschiedene Herren ähnliches bei anderen Krankheiten beobachtet zu haben angaben, nämlich PINOUS bei Stoffwechselkrankheiten oder anderen inneren Krankheiten, WOLTERS bei Obstipation, und LESSER bei Gicht.

Hiernach zu schließen, verhielt man sich in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft skeptisch gegenüber einer speziellen albuminurischen Akne.

Ähnlich lautet das Urteil von ULLMANN (7), indem er sagt: „Bezüglich etwaiger, mit Nierenaffektionen in Zusammenhang stehender Hautsymptome läßt sich bislang wohl eine bestimmte Korrelation von spezifischen Hautveränderungen nicht sicherstellen. Am häufigsten ist es auch nur ein Einzelsymptom, die Albuminurie oft nur geringen, mitunter allerdings stärkeren Grades, auch wohl mit Cylindrurie vergesellschaftet, weit seltener eine ausgesprochene Nephritis, die mit derlei Hautsymptomen parallel gehen oder mit solchen alterieren.“

In den verschiedenen, in den letzten Jahren so reichlich erschienenen deutschen Lehrbüchern der Dermatologie findet sich nirgends eine Andeutung von den albuminurischen Dermatosen; dagegen heißt es in dem bedeutenden, jüngsten französischen Werke über Dermatologie (8) beim Ekzem, daß keine der chemischen Veränderungen des Urins weder direkt, noch indirekt ein Ekzem hervorrufen, wohl aber sich an dem ätiologischen Zusammenhange beteiligen könne.

Das ist alles, was ich über die Literatur der uns interessierenden Frage zu berichten weiß. Auf dem letzten internationalen dermatologischen Kongress in Berlin, wo über den Zusammenhang der Hauterkrankungen mit Stoffwechselanomalien diskutiert worden ist, und wo sich daher vielleicht auch Gelegenheit geboten hätte, die albuminurischen Dermatosen zu streifen, scheint das, nach dem Referat in der „*Berliner klinischen Wochenschrift*“ zu schließen, nicht der Fall gewesen zu sein.

Während meiner jetzt zehnjährigen, dermatologischen Wirksamkeit habe ich nur sehr wenige Hautfälle gesehen, die zu den sogenannten albuminurischen Dermatosen gerechnet werden konnten. In der Privatpraxis gab es nur je zwei Fälle von Pruritus und von allgemeiner Furunkulosis, in der Hospitalpraxis zwei Fälle von Ekzem und einen Fall von Gangrän bei Personen mit bald größerem, bald geringerem Eiweißgehalt

des Urins. Wohl habe ich erst im letzten Jahre begonnen, regelmäßige Urinuntersuchungen in jedem Fall von Hautkrankheit vorzunehmen, aber auch in den früheren Jahren untersuchte ich stets den Urin der Kranken, wo sich die Veränderungen der Haut einer lokalen Behandlung nicht zugänglich erwiesen oder wo sonst Anhaltspunkte für einen Zusammenhang mit den Nieren bestanden. In der Regel war das Resultat der Untersuchung ein negatives, manchmal brachte es aber doch Überraschungen, wie in den vier genannten Fällen der Privatpraxis, von denen die beiden Pruritusfälle je einen 48jährigen und einen 60jährigen Herrn betrafen. Ersterer litt schon seit Jahren an einer chronischen Nephritis, die ihn aber durchaus nicht inkommodierte. Erst das furchtbare Jucken, welches den Kranken zu mir führte, gab Veranlassung zu einer neuen Urinuntersuchung, die das Vorhandensein von 4‰ Eiweiß und vielen hyalinen und gekörnten Zylindern ergab. Bei dem anderen, 60jährigen Patienten, welcher mich gleichfalls eines unerträglichen Juckens wegen aufsuchte, lagen gar keine Anhaltspunkte für ein Nierenleiden vor. Die vorgenommene Urinuntersuchung wies Eiweiß, freilich nur in Spuren und ganz vereinzelt Zylinder im Urin nach; dennoch schwand das Jucken rapid schnell gerade durch Vichy.

In den zwei Fällen von Furunkulosis handelte es sich um einen 45jährigen und einen 20jährigen Herrn. Ersterer hatte sich schon einen ganzen Winter mit Furunkeln gequält, ehe er sich an mich wandte, und vieles, darunter auch die schon den Laien in solchen Fällen als heilsam bekannte Bierhefe, vergeblich gebraucht. Eine Urinuntersuchung war bis dahin nicht vorgenommen worden. Vor allem sah ich daher eine solche als notwendig an, zumal, da ich bei ihm Zucker zu finden vermutete. Von diesem aber fand sich keine Spur, dagegen Salze, Eiweiß und hyaline Zylinder in jedoch spärlicher Menge. Unter einmonatlichem Gebrauch von Helenenquelle hörte die Furunkelbildung dauernd auf. Dasselbe war sowohl in bezug auf den Urinbefund als die Behandlung der Fall beim anderen 20jährigen Herrn mit Furunkelbildung. Ohne mich aber auf diese Fälle besonders stützen zu wollen, da sie entschieden nicht einwandfrei sind, möchte ich nur das Faktum konstatiert sehen, daß der Pruritus, wie die Furunkulosis in allen diesen Fällen vorzüglich durch den Gebrauch von Mineralwässern schwanden, die vor allem auf die Nierentätigkeit wirken.

Gehen wir jetzt etwas näher auf die drei von mir im Krankenhaus beobachteten Fälle ein.

I. Beobachtung. J. G., ein 73jähriger Schmied, liefs sich am 31. Januar 1904 in das I. Stadthospital aufnehmen.

Status praesens. Der für sein Alter äußerst rüstige Kranke zeigte vor allem neben Emphysem die Erscheinungen einer, unter mäßigem

Fieber einhergehenden Bronchitis. Außerdem aber wies die Haut, speziell der Handrücken und Unterschenkel, Exkorationen und Pusteln auf, die auf Pruritus schliessen ließen. Ferner waren beide Fußrücken ödematös und bläulich rot verfärbt. Die 24stündige Urinmenge betrug 700 ccm, und der Urin enthielt deutliches Eiweiß, aber keinen Zucker. Leider ist eine mikroskopische Untersuchung verabsäumt worden. Herztöne rein. Puls 84. Die Diagnose lautete auf Morbus Brightii, Bronchitis acuta und Pruritus. Die Ordination bestand in Excitantien und Infusum Ipecacuanhae.

Am 7. Febr. hatte sich auf dem linken Fußrücken, der noch stärker als früher gerötet war, eine etwa silberrubelgroße, violettrote, fluktuierende Stelle entwickelt. Bei der Eröffnung dieses Abscesses entleerte sich eine übelriechende Flüssigkeit, und der Boden der Abscesshöhle sah schwärzlich und misfarben aus. Gleichzeitig hatten sich auf dem linken Unterschenkel mehrere, etwa erbsengroße, wie mit dem Locheisen geschlagene Ulcera gebildet, die von einem roten Hof umgeben waren. Auf beiden Handrücken sah man ein leicht nässendes Ekzem. Da die Bronchitis in der Besserung begriffen war, wurde Diuretin ordiniert. Die lokale Behandlung bestand in Xeroform für die Wunden und Zinköl für das Ekzem.

Am 8. Febr. wurde auf dem rechten Unterschenkel ein etwa halbsilberrubelgroßer, dunkelroter, gangränöser Herd konstatiert, der gleichfalls inzidiert wurde.

Am 11. Febr. begannen sich beide gangränösen Herde zu reinigen und das Ekzem abzutrocknen und von nun an ging es langsam, aber stetig zur Besserung der Hauterscheinungen, wie der Nephritis.

Am 9. März verließ Patient in bedeutend gebessertem Zustande das Hospital. Die Bronchitis wie die Hautveränderungen waren geschwunden und es bestand nur etwas Eiweiß im Urin.

II. Beobachtung. M. D., ein 15jähriges Mädchen, wurde am 7. Juni 1904 eines juckenden Hautausschlages wegen in das I. Stadthospital aufgenommen. Die Anamnese fiel ganz negativ aus. Patientin konnte nur angeben, daß sie sich vor einiger Zeit erkältet habe, worauf sich der juckende Ausschlag einstellte.

Status praesens. Die gracil gebaute Patientin zeigte aufser ganz leichtem Ödem des Gesichts und der Fußknöchel, auf beiden Knie-scheiben und unterhalb derselben etwa erbsengroße, isoliert stehende, auf der Kuppe ein Eiterköpfchen tragende, stark juckende Knötchen. Ähnliche, nur flachere und kleinere Erhabenheiten, fanden sich, gleichfalls in symmetrischer Anordnung, auf beiden Glutäen. Die inneren Organe boten keine nennenswerten Veränderungen dar. Das subjektive Befinden war bis auf Kopfschmerz und Juckgefühl gut. Die tägliche Urinmenge

betrug 1400 cem. Der Urin gab eine deutliche Eiweißreaktion und enthielt spärliche hyaline Zylinder. Die Diagnose lautete: Nephritis parenchymatosa et Eczema. Die Behandlung bestand in Diät, Bädern, Urotropin und Zinksalbe. Zu den genannten Hautveränderungen gesellten sich noch später die Erscheinungen eines nässenden Ekzems am äußeren Rande der linken Hand und zwischen dem Zeigefinger und Daumen der rechten Hand.

Der Verlauf der Krankheit war ein ungemein langsamer. Ganz allmählich schwanden das nässende Ekzem, wie die Knötchen auf den Knien, letztere mit Hinterlassung von Pigmentflecken. Die Knötchen auf den Glutaeen, wie auch ein geringer Eiweißgehalt blieben aber nach, als Patientin am 7. August das Krankenhaus verließ.

Endlich eine III. Beobachtung, die noch augenblicklich in Behandlung steht. M. N., eine 26jährige Frau, hat sich ihrer Angabe gemäß stets einer guten Gesundheit erfreut. Sie hat dreimal geboren und befindet sich jetzt im achten Monat der Schwangerschaft. Seit dieser Schwangerschaft fühlt sie sich nicht gut.

Das Leiden begann mit allgemeiner Schwäche und Kopfschmerz, wozu dann ein Ausschlag kam, dessentwegen sie am 18. Juni 1904 das I. Stadthospital aufsuchte. Damals wies sie die Erscheinungen eines Ekzema madidans faciei et rubrum extremitatum auf bei gleichzeitiger Nephritis. Sie lag einen Monat im Hospital und verließ dasselbe in gebessertem Zustande. Das Nässen hatte aufgehört, die Haut war aber noch hier und da gerötet. Im Urin konnte ich kein Eiweiß mehr nachweisen. Sehr bald haben sich aber die alten Beschwerden, Müdigkeit, Juckgefühl usw., wieder eingestellt, und am 7. Oktober trat sie von neuem in das Hospital ein.

Status praesens: Patientin ist von kräftigem Körperbau, gut entwickelter Muskulatur und Fettpolster. Temperatur ein wenig erhöht, morgens 37,0, abends 37,6. Atemzüge 48. Puls 96.

Das Gesicht ist ein wenig gerötet, die Haut schelfert. Überhaupt beobachtet man am ganzen Körper starke Trockenheit und Abschuppung der Haut. In den beiden Achselhöhlen, auf der unteren Partie des Bauches, in den Genitocruralfalten, auf den Oberschenkeln, wie in der rechten Kniebeuge ist die Haut stark gerötet und nässt, während sie über beiden Handgelenken verdickt ist. Beide Handflächen sind mit dicken Hornmassen bedeckt, die von tiefen Einrissen durchzogen werden. An den Fußknöcheln ist ein leichtes Ödem zu konstatieren.

Von den inneren Organen zeigt das Herz keine Veränderungen, aber über den unteren Partien der Lungen ist der Perkussionschall gedämpft. Die Atmung ist vesikulär; hier und da sind einige trockene Rasselgeräusche zu hören; die Leber ist ein wenig nach oben gedrängt. Die Milz ist

nicht palpabel, die Verdauung ein wenig träge. Der Leib ist in Anlaß der Gravidität stark aufgetrieben.

Die tägliche Urinmenge ist stark herabgesetzt, beträgt 600 ccm. Der Urin enthält $\frac{1}{2}$ ‰ Eiweiß und viel Sedimentum lateritium, spärliche Zylinder.

Diagnose: Nephritis gravidarum, Ekzema universale. Ordination: Coffeini natr. benz. — Lokal: Umschläge von Bleiwasser.

Am 11. Oktober stellte sich auch auf den Handrücken Nässen ein. 500 ccm Urin.

Am 13. Oktober hatte das Nässen der Haut stellenweise ein wenig nachgelassen, aber die Haut des Rumpfes ist im allgemeinen stärker als früher gerötet. Das Urinquantum beträgt 500 ccm. Die Temperatur ist normal.

Am 18. Oktober ist die tägliche Urinmenge auf 780 ccm gestiegen, das universelle Ekzem ist im allgemeinen ein wenig besser geworden, aber die Handflächen und Fußsohlen inkommodieren die Kranke sehr an den Stellen der schmerzhaften Rhagaden, welche die dicken Hornmassen durchziehen.

Diese an Zahl freilich sehr geringen Krankheitsfälle bestätigen insofern die Angaben der Autoren, als wir überall nur dank einer gleichzeitigen Behandlung des Nierenleidens eine Besserung der Hautveränderungen erzielten. Die anfänglich alleinige örtliche Behandlung blieb erfolglos oder brachte nur zeitweilige, subjektive Erleichterungen. Es liegt daher die Annahme sehr nahe, daß in den beschriebenen Fällen die Erscheinungen von Pruritus, Ekzem und Gangrän von der Nierenerkrankung abhängig waren, die bald mehr akut, bald chronisch auftrat. Gibt uns aber dieses Zusammentreffen zweier Krankheiten ein Recht, die Veränderungen der Haut auf die Albuminurie, resp. Cylindrurie zurückzuführen und von einer besonderen Krankheitsgruppe der albuminurischen Dermatosen zu sprechen? An und für sich bestimmt, denn da wir vom Zucker sicher wissen, daß er eine Gangrän, Furunkulose und Ekzem bedingen kann, ist es möglich, dasselbe vom Eiweiß zu erwarten. Ist es denn aber so gewiß, daß der Zucker an sich diese Erscheinungen hervorruft? Sehen wir jedoch vom Zucker ab und ziehen wir nur die Hautkrankheiten bei Nephritis, resp. Albuminurie in den Kreis der Betrachtung. Vor allem überrascht einen die große Seltenheit dieses Zusammentreffens. Unter immerhin einigen hundert Fällen von Hautkrankheiten, die ich im Laufe der Jahre zu behandeln Gelegenheit hatte, sind die erwähnten meine einzigen Beobachtungen. Es ist zwar möglich, daß mir früher, wo ich noch keine regelmäßigen Urinuntersuchungen anstellte, der eine oder andere Fall entgangen ist, aber es können nur vereinzelte gewesen sein, weil ich auch damals in jedem Fall längerer Dauer der Hautstörung, wie gesagt, nach

Eiweiß oder Zucker fahndete. Die regelmäßig mit diesem Jahre bei jedem Hospitalpatienten vorgenommene Urinuntersuchung hat nur in den drei angeführten, unter im ganzen 160 Hautfällen, diesen Zusammenhang erbracht. In allen drei Fällen überraschte das Ergebnis der Urinuntersuchung nicht. Andererseits ist es aber möglich, daß sich die Nephritiker nur ausnahmsweise an den Dermatologen wenden, da sie mehr die Domäne des Internisten bilden. Das könnte sein, und darum erscheint es wünschenswert, diese Frage in weiteren Kreisen anzuregen.

Lassen wir also das Verhältnis der Hautveränderungen zum Verhältnis der gestörten Nierentätigkeit unentschieden und fassen wir die sog. albuminurischen Dermatosen im einzelnen näher ins Auge.

Der Pruritus, den ich zweimal beobachtete, betraf beide Male vorzüglich die Extremitäten, bot aber sonst nichts Besonderes dar. Er zeigte sich bei beiden Kranken unter dem unbezwingbaren Drang zum Kratzen, wie das aber jedem Pruritus eigen ist. THIBIERGE schildert den Pruritus der Nephritiker in drei Variationen, nämlich erstens und am häufigsten unter den Symptomen des Pruritus vulgaris, wobei er bald vorübergehend, bald dauernd auftritt, bald den ganzen Körper, bald einzelne Körperteile, wie die Waden, die Knie, das Kreuz, die Arme, Hände, Fußsohlen und Genitalien betrifft. Zweitens tritt der Pruritus unter dem Gefühl von Kitzel und drittens unter dem von Ameisenkriechen auf. So fein diese Unterschiede sind, welche THIBIERGE macht, sind es doch nur subjektive Sensationen, verschieden je nach der Individualität der Patienten. Im Pruritus kann man nur ein Symptom sehen, welches durch außerordentlich viele, äußere wie innere Umstände bedingt sein kann. Unter den letzteren allein nennt NEISSER (9) folgende: Diabetes, Ikterus, gichtische und anämische Zustände, Carcinom, Störungen des Darmchemismus und Nervosität. Im Pruritus liegt daher nicht das geringste charakteristische Moment für Nephritis.

Ebensowenig ist das der Fall mit der Furunkulose. Sie kommt vor zur Zeit der Pubertät, bei regerer Tätigkeit aller Drüsen und somit auch der Talgdrüsen, ferner im Gefolge von Darmstörungen, wo sie durch Bierhefe, welche auf die Verdauung wirkt, günstig beeinflusst wird. Sie ist weiter nicht selten eine Folge von Diabetes und führt mitunter zur Erkennung der Zuckerkrankheit, aber sie kann ebensogut von Gicht, Nephritis und anderen inneren wie äußeren Ursachen abhängen.

Ungewöhnlicher ist die Gangrän. Eine solche entwickelt sich zwar unter sehr verschiedenen Umständen, aber eine sozusagen spontane Gangrän galt als pathognomonisch für Zuckerkrankheit und wird bei Nephritis meines Wissens nur selten erwähnt. Sie entstand aber unter meinen Augen auf der Basis eines gewöhnlichen Ödems bei einem Brightiker und betraf den linken Fußrücken, wie den rechten Unterschenkel, begann als bläulichrote,

allmählich immer dunkler werdende, circumskripte Verfärbung der Haut, die sich dann zu einer Blase emporhob. Angestochen, entleerte sich eine übelriechende Flüssigkeit, und es trat ein mifsfarbiger, nekrotischer Boden zutage, der sich aber ziemlich bald unter Xeroform, bei gleichzeitiger antinephritischer Kur, reinigte und vernarbte. Unwillkürlich drängt sich einem daher die Möglichkeit eines Zusammenhanges auf, die um so wahrscheinlicher wird, als sie bei Diabetes allgemein anerkannt ist. Warum sollte das Eiweifs nicht ebenfalls zu Gangrän Anlaß geben können? Gewifs, aber ganz vereinzelt dastehende Beobachtungen können wir unmöglich als ein charakteristisches Merkmal einer ganzen Gruppe ansehen.

Es bleibt die vierte Form, das albuminurische Ekzem. MÆRK beschreibt dasselbe als „ein meist streng umschriebenes, papulöses, chronisches Ekzem bei Personen vorgerückteren Alters, das häufig seinen Sitz an den Unterschenkeln, seltener auch an anderen Körperstellen hat, sich durch intensives Jucken auszeichnet, jedem therapeutischen Versuche so gut wie vollständig widersteht, hingegen aber spontan unter Anbildung von Pigment abheilen kann“. Dieser Beschreibung entsprach das von mir im zweiten Fall beobachtete Ekzem in vielen, aber nicht in allen Hinsichten. Es trat auch streng umschrieben, in symmetrischer Weise auf beiden Unterschenkeln, speziell unterhalb der Knie, als papulöses, chronisches Ekzem auf, welches stark juckte und bei einer antinephritischen Behandlung unter Pigmentbildung schwand. Dabei gab es aber einzelne unterscheidende Momente, so das gleichzeitige Auftreten eines Ekzema rubrum auf den Glutäen, wie auf der Haut zwischen dem Daumen und Zeigefinger der linken Hand, ferner das Alter der Patientin, das nicht ein vorgerücktes, sondern ein jugendliches war. So verlockend es erscheint, diese Form des Ekzems als eine selbständige anzusprechen, scheinen mir die Merkmale doch nicht genügend überzeugend zu sein. Ähnliche Hautveränderungen kommen bei Gichtikern vor und sind auch bei Gonorrhoe beschrieben worden. Was aber die Heilung unter Pigmentbildung anbelangt, so ist das eine überaus häufige Erscheinung. Endlich ist diese Art Ekzem bei Nephritikern nicht die einzige, wie meine dritte Beobachtung lehrt, wo sich zweimal bei der Kranken ein akutes, universelles, nässendes Ekzem ausbildete.

Auf die weiteren Formen der albuminurischen Dermatosen, Urticaria, Purpura usw., kann ich nicht näher eingehen, da ich sie selbst in dieser Kombination nicht beobachtet habe. Es sind aber gleichfalls keine Hautveränderungen, die etwas Besonderes an sich tragen, wenn sie sich mit Nephritis paaren.

Kurz, weder meine eigenen, freilich nur spärlichen Beobachtungen, noch die verschiedenen in dieser Sache erschienenen Arbeiten, haben mich von der Notwendigkeit überzeugt, eine besondere Gruppe von albuminurischen

Dermatosen aufzustellen. Jedoch muß ich zugeben, daß es zweifellos Hauterkrankungen bei Personen mit gestörter Nierentätigkeit, angefangen von leichter Albuminurie und Cylindrurie bis zu chronischer Nephritis, gibt, die nur bei gleichzeitiger allgemeiner, diese Urinveränderungen berücksichtigender Behandlung besser werden. Diese Fälle glaube ich derart erklären zu müssen, daß durch die Störung der Nierentätigkeit die Haut empfänglicher wird zu lokalen Erkrankungen, wie Ekzem, Furunkulosis, Gangrän usw.

Literatur.

1. G. THEIBERGER. Des relations des dermatoses avec les affections des reins et l'albuminurie. *Annal. de dermatolog. et de syphiligraphie.* Paris 1885. S. 424.
 2. L. MERK. Dermatoses albuminuricae. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1898. Bd. XLIII. S. 469.
 3. THURSFIELD. Hautkrankheiten bei Brighter Krankheit. *Med. chir. Transact. Ref. VIRCHOWS Jahresber.* 1900. Bd. II.
 4. RAYMOND. Des Urémides. *Le progrès médical.* 1900. Nr. 51. Ref. *Virchows Jahresber.* 1901. Bd. II. S. 591.
 5. CASARINI. Sulle dermatosi albuminuriche. *Giornale italiano delle malattie venere.* 1901. Fasc. 1. p. 77. Ref. *Annal. de dermatol.* 1901. Bd. II. S. 902.
 6. Berliner dermatologische Gesellschaft. Sitzung vom 5. Januar 1904. Ref. *Dermatol. Zeitschr.* 1904. Bd. XI. S. 422.
 7. ULLMANN, Zur Beurteilung von Hautanomalien als Ausdruck von Organstörungen. *Wien. med. Wochenschr.* 1903. S. 170.
 8. BESNIER, BROcq et JACQUET. La Pratique dermatologique. Paris 1901. T. II. S. 92.
 9. NEISSER. Über das Jucken und die juckenden Hautkrankheiten. *Deutsche Klinik Ref. Ther. Monatsh.* 1904. H. 4. S. 373.
-

Das Tonogen supra renale sec. RICHTER
Adstringens und Anaestheticum in der Urologie
und Dermatologie.

Von

Dr. MORIZ POROSZ-Budapest.

Auf Empfehlung FINGERS machte auch ich Versuche mit dem Wirkungsstoffe der Nebenniere, dem Tonogen. Ich kann vorausschicken, daß diese Versuche von Erfolg gekrönt waren.

Das Tonogen, welches vom Budapester Apotheker Richter erzeugt wird, ist ein ungarisches Präparat. Es besteht aus

<i>Wasser</i>	100
<i>Nebennieren-Extractum</i>	0,10
<i>Chloreton</i>	0,50
<i>Natrium chlorat.</i>	0,70

Anfangs benutzte ich es parallel mit dem in der Parkeischen Fabrik erzeugten Adrenalin. Ich kam zu dem Resultate, daß die Wirkung des Tonogens mit der des Adrenalins zumindest gleichwertig ist. Übrigens ist der Grad der Wirkung beider Präparate bei einzelnen Personen individuell verschieden.

Ich machte mit diesem Präparate nach mehreren Richtungen Versuche.

I. In Fällen von akuter Blennorrhoe.

Die Einspritzungen machte ich mit einer 5—10%igen Lösung der 1 : 1000 - Originallösung (Tonogen [1 : 1000] 5—10,0, aqu. destill. 100) mit einer gewöhnlichen Tripperspritze. In diesen Fällen ist in den ersten ein bis zwei Tagen die auch durch andere Flüssigkeiten verursachte Spannungsempfindsamkeit eingetreten. Wenn aber die Spannung durch Entleerung einiger Tropfen abnimmt, hört auch die Empfindsamkeit sofort auf. Nach täglich ein- bis zweimaliger Einspritzung ist die Abnahme der Sekretmenge sehr auffallend. Die Einspritzungen verträgt der Patient ohne jedes unangenehme Gefühl, und er nimmt es auch mit großer Befriedigung wahr, daß der Ausfluß minimal wird. Leider kann der Arzt mit dem Resultate nicht so zufrieden sein, weil noch viele Gonokokkengruppen und noch unzählige Paare auch in dem abgenommenen Sekret zu finden waren.

II. Catarrhus post blennorrhoeam.

In Fällen, in denen noch der schleimige, eitrige Ausfluss vorhanden ist, aber in diesem keine Gonokokken nachgewiesen werden können, wird das Tonogen mit gutem Erfolge verwendet. Auch hier nimmt der Ausfluss in ungewöhnlichem Maße ab. Das Sekret, das bald nur morgens herausgedrückt werden kann, enthält auffallend viel Epithelialzellen. Ich sah auch solche Fälle, in denen nur Schleim- und Epithelialzellen vorhanden waren. Die Schleimproduktion kann aber auch das Tonogen nicht immer verhindern. Ich verwendete die Normallösung (1 : 1000) auch in 10—20—33%iger Lösung, die Patienten fühlten nach der Einspritzung gar nichts. Wenn noch viel Eiter vorhanden war, versuchte ich es mit anderen Adstringentien zusammen zu verwenden. So z. B. ordiniere ich es gern mit Crurin derart, daß ich zu 100 g 1—2 g Tonogen (1 : 1000) geben lasse. Nach meinen Erfahrungen kann das Tonogen ein wertvolles Adjuvans anderer Adstringentien und als Antigonorrhoea verwendeter Mittel sein. In letzterer Zeit habe ich das Mittel in Originallösung (1 : 1000) angewendet. Anfangs nur in der Pars anterior, später habe ich mit GUYON-Katheter einige Tropfen auch in den Pars posterior gebracht. Nach zehn Minuten wurde die Menge von $\frac{1}{2}$ bis $\frac{2}{3}$ bis eine ganze GUYON-Spritze hinausgelassen. Der Erfolg war glänzend. In zwei Fällen wurde der Frührin ohne Flocken ganz klar. In fünf Fällen blieben die Flocken nur in der Frühe zu sehen, aber auch besonders vermindert.

III. Bei hypertrophisierter Prostata.

Bei Patienten mit hypertrophisierter Prostata mußte das Tonogen theoretisch als adstringentes, Blutgefäße zusammenziehendes und anästhetisches Mittel von besonderem Nutzen sein. Die anästhetisierende Wirkung ist aber nur vorübergehend und von sehr kurzer Dauer. Aber auch diese kann ausgenützt werden. Bei einem an diesem Leiden laborierenden Asthmatiker, der des häufigen Harndranges halber keine „halbe Stunde“ schlafen konnte, habe ich nach den allabendlich vorgenommenen Blasenwaschungen eine verdünnte Lösung bis zur Hälfte in die Blase, die andere Hälfte während des Herausziehens in die Harnröhre gespritzt. Angeblich hat dies einen ein- bis zweistündigen Schlaf ermöglicht. Ich machte noch in drei bis vier Fällen mit diesem Mittel Versuche, aber die Patienten klagten sofort nach der Einspritzung (Blase, Harnröhre) mehr oder weniger über ein brennendes Gefühl, welchem später wohl eine auffallende Linderung folgte. Meine Erfahrung ist die, daß sie die Lösung besser gefunden haben, wenn sie dünner, als wenn sie konzentrierter war. Sie ertrugen sie nicht gleichmäßig. Ein Patient ertrug eine 20%ige Verdünnung des Tonogens sehr gut und hatte nachher Ruhe, bei

einem anderen Patienten verursachte es sehr intensive Schmerzen. Bei einer Gelegenheit, als ich gegen Schmerzen mit starkem und ständigem Drang eine 50%ige Verdünnung einspritzte, hatte der Patient stundenlang Schmerzen, so daß er lange ruhen mußte, bis er von mir weggehen konnte. Die Erklärung für diese Wirkung ist folgende: Eine sehr starke Lösung des Tonogen hat eine mehr reizende, als schmerzstillende Wirkung. Selbstredend bleibt es unentschieden, welcher größerer Teil der übermäßigen Empfindsamkeit bei hohem Alter und welcher größerer Teil dem Mittel selbst zuzuschreiben ist. Soviel ist aber Tatsache, daß auch nach solchen starken Einwirkungen eine längere oder kürzere Ruhe eintritt.

IV. Harndrang bei Urethrocystitis.

In einigen Fällen von Urethrocystitis benutzte ich Tonogensuppositorien (4 cg). Sie (drei bis vier Stück täglich) waren nach Aussage der Patienten von guter Wirkung. Ich sage, nach der Aussage der Patienten, denn ich habe dabei auch andere Heilfaktoren verwendet, und so kann mein Einblick nicht vollkommen sein. — Schmerzen störten die Nachtruhe eines an Prostatahypertrophie leidenden Patienten. Die von einem anderen Arzte ordinierten Morphiumsuppositorien linderten nicht die Schmerzen. Ich ließ ihm zu 0,01 Morphium 3—4 cg Tonogen geben. Von der Wirkung war der Patient ganz entzückt. Das Tonogen kann in Form von Suppositorien in sehr entsprechender und angenehm wirksamer Weise gebraucht werden.

V. Hämorrhoidale Blutung.

Ich hatte Gelegenheit, die Suppositorien noch in vier von diesen abweichenden Fällen anzuwenden. Ein Patient litt an hämorrhoidalen Blutungen. Es war eine mir nahestehende Person, die mir schon oft Sorgen verursacht hat, weil ich die hämorrhoidalen Blutungen nicht stillen konnte. Ich machte mit Suppositorien 4—5 cg pro dosim dreimal täglich einen Versuch. Die Blutung wurde sofort geringer und nach 24 Stunden hörte sie ganz auf. Er brauchte drei Stück täglich. In noch zwei Fällen hatte ich Gelegenheit, bei hämorrhoidalen Blutungen mich von der günstigen Wirkung der Suppositorien zu überzeugen. Der eine Herr blutete stark seit zehn Tagen, der andere mäßig seit drei Wochen. Der erste benutzte vier, der zweite fünf Stück Suppositorien, und die Blutungen kamen zum Stillstand. Diese Wirkung überraschte ihn so sehr, daß er auch dann nicht entbehren wollte, wenn er keine Blutungen hatte, um so weniger, weil, wie er sagte, ihm die goldene Ader keine Schmerzen verursache. Einige Tage nach diesem Versuche las ich den Artikel von Dr. CZIRFUSZ (Gyógyászat) über diesen Gegenstand.

VI. Bei Entzündung der Schleimhaut des Rektums.

Die Entzündung der Rektalschleimhaut verursachte einem Patienten ständig Unannehmlichkeiten und beim Stuhlgang groÙe Schmerzen. Ich ordinierte Suppositorien dreimal täglich, und zwar, wenn es möglich war, eine Viertelstunde vor dem Stuhlgange. Der Patient lobte schon nach Gebrauch von drei bis vier Suppositorien das ausgezeichnete Mittel, so daß er es am dritten Tage nur beim Stuhlgange anzuwenden brauchte. Später war der Stuhlgang auch ohne Suppositorien schmerzlos.

VII. Die blutstillende Wirkung des Tonogens.

Bei einem Patienten nahm ich nach einer cystoskopischen Untersuchung eine Blutung aus dem vorderen Teile der Harnröhre wahr. Die Blutung war so hochgradig, daß nach der Entleerung des Wassers aus der Harnröhre Bluttröpfchen kamen. Ich nahm von der 25%igen Tonogenlösung (Tonogen 10.0, aqu. dest. 40.0) eine halbe Tripperspritze voll und ließ sie fünf Minuten in der Harnröhre. Die Blutung hörte auf, so daß der vor dem nächsten Urinieren herabgenommene Watteverband ganz trocken war. In solchen Fällen dient die Indikation zur Stillung des Blutens nur zur Beruhigung des Patienten. Es ist sehr oft auf den empfindsamen Patienten von schlechter Wirkung, wenn ein bis zwei Bluttröpfchen seine Wäsche beschmutzen, denn er glaubt, der Arzt habe „drinnen“ etwas „aufgerissen“ oder „verletzt“.

VIII. Das Stillen der Schmerzen bei Ulcus molle.

Ich versuchte auch die Schmerzen bei Ulcus molle mit Tonogen zu stillen. Ich tropfte von der reinen Tonogenlösung (1 : 1000) auf die ulceröse Stelle. Zusehends wurde die ganze Umgebung in der hyperämischen Nachbarschaft weiß (auf dem Penis). Wenn sie schon ganz weiß war, fing der Patient an, ein Jucken und Brennen zu fühlen, wie man es fühlt, wenn Eis oder Äthylchlorid angewendet wird. Da das Mittel in die tieferen Gewebe der entzündlich infiltrierten Nachbarschaft nicht eindringt, nimmt die Schmerzhaftigkeit kaum ab, weil nicht die Basis des Ulcus empfindlich ist, sondern die empfindlich infiltrierte Umgebung.

* * *

Um die Schmerzen bei Ulcus molle zu stillen, machte ich auch mit in Pulverform hergestelltem Tonogen Versuche. Wie ich schon bei anderen Gelegenheiten erwähnte, benutze ich für Ulcera und Wunden als Streupulver Alumen ustum pulverisatum mit sehr gutem Erfolge. Es war aber wegen der Schmerzhaftigkeit der Ulcera wünschenswert, daß ich Pulver (1 : 1000) anfertigen ließ. Das so angefertigte Tonogenstreupulver entspricht der Normallösung (1 : 1000). Leider mußte ich auch hier die

Erfahrung machen, daß die Empfindlichkeit, wenn sie auch auf der Oberfläche abnimmt, die Nerven der tieferen Gewebe nicht berührt, so daß ich mein Ziel nicht vollständig erreichte. Ich habe aber doch die Impression aufgenommen, daß die Anwendung des so hergestellten Streupulvers eine kürzere Zeit anhaltende Empfindlichkeit zur Folge hat.

Um so überraschender war die Wahrnehmung, daß das Streupulver nach Entfernung von Papillen und acuminaten Condylomen sich vortrefflich bewährt hat. Solche frisch blutende Wunden lassen sich schwer verbinden (z. B. auf dem Kopfe, auf der Stirn). Deshalb pflege ich, um das Bluten zu stillen und um die Bildung des Schorfes hervorzurufen, sie mit *Alumen ustum pulverisatum* zu bestreuen. Oft pflegt aber auch durch eine dicke Schicht *Alumen* das Blut durchzusickern, so daß sich ein großer dicker, schwarzer Schorf bildet. Das ist nicht nur nicht schön, sondern er fällt auch leichter herunter und stört das Heilen. In solchen Fällen stillt *Tonogen* mit *Alumen* das Bluten sofort und es bildet sich ein leichter, dünner Schorf, und es fördert so das Heilen.

* * *

IX. Schmerzen bei Harnröhrenneurose.

Auch bei Schmerzen und brennendem Gefühle bei Harnröhrenneurose wendete ich das *Tonogen* an. In einigen Fällen leistete es gute Dienste, in anderen Fällen blieb der Erfolg ganz aus (auch bei 33 %igem *Tonogen*). Es ist wohl wahr, daß auch ein anderes Verfahren erfolglos blieb.

* * *

Aus meinen Erfahrungen ist daher ersichtlich, daß das *Tonogen* ein ausgezeichnetes blutstillendes und in vielen Fällen ein gutes blutgefäßes-zusammenziehendes, anästhesierendes, sekretverringendes Mittel ist.

Ich meinerseits sehe in dieser hervorragenden Eigenschaft große Vorteile, die auch in der Urologie verwertet werden können.

Zur Anatomie des Präputiums.

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

Mit einer Tafel und vier Abbildungen im Text.

Im August 1901 war mir zum ersten Mal an der Innenfläche des Präputiums die gelbe Körnelung aufgefallen, über deren anatomische Grundlage in *dieser Zeitschrift* (Bd. 38, S. 536) in Form einer vorläufigen Mitteilung berichtet wurde. Auf dem Anatomentage zu Jena (18.—22. April 1904, vgl. Verhandlungen, Gustav Fischer-Jena) und in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins (Sitzung vom 12. April 1904, vgl. *Münch. med. Wochenschr.*, 1904, Nr. 26) hatte ich mich ausführlicher über die nach verschiedenen Richtungen fesselnde Beobachtung geäußert. Meine beiden Vorträge sollen in der vorliegenden Abhandlung kurz zusammengefaßt werden. Die beigelegte Tafel veranschaulicht in präziser Art meine einschlägigen anatomischen Studien. Außerdem liegt mir daran, zu prüfen, ob ein nennenswerter Fortschritt in der Erkenntnis der Bedingungen des massenhaften Auftretens freier Talgdrüsen seit AUDRYS¹ und meiner Arbeit² (1899) in der Literatur niedergelegt worden ist. Die genaue Kenntnis des klinischen Bildes im Munde klärte mich ohne weiteres über die gelbe Körnelung an der Innenfläche des Präputiums auf. Die Voraussetzung, daß die klinische Parallele in den histologischen Bildern bekräftigt würde, hat sich durchaus bestätigt. Noch an einem dritten Ort ist mir inzwischen die histologische Untersuchung der gleichen gelben Körnelung zugefallen, an der weiblichen Scheide, und zwar an den kleinen Labien und der Clitoris. Eine weitere Mitteilung wird über diesen Befund berichten.

Im August 1901 hatte mich ein 29-jähriger Handlungsgehilfe wegen einer vermeintlichen geschlechtlichen Ansteckung konsultiert. Es waren überaus lebhaft beschwerden in der Urogenitalsphäre gewesen, von welchen der hochgradige Neurastheniker gleichzeitig zu berichten wußte. Hier interessiert nur, daß die Eichel samt dem Präputium in sehr gereizter Verfassung waren: reichliche Smegmaabsonderung neben einer ausgebildeten Dermatitis praeputialis. Dem sich sehr genau beobachtenden Patienten waren die gelben kleinsten Einlagerungen, welche dicht am Frenulum am besten sichtbar

¹ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. 29.

² *Ibidem.*

waren, bereits aufgefallen. Wenige Tage später war es wiederum ein Neurastheniker, fast in gleichem Alter, gewesen, bei welchem mir an seiner gereizten Vorhaut die gelbe Körnelung zu Gesicht gekommen war. Eine anatomische Untersuchung bot sich mir in bequemer Weise zu Beginn dieses Jahres. Der 25jährige Tischler, welcher übrigens auch ausgesprochene neurasthenische Symptome aufwies, hatte sich seinen an der Umschlagsstelle des Präputiums gelegenen Primäraffekt schon einige Zeit selbst behandelt bzw. mißhandelt. Der Patient, welcher an seine Syphilis nicht glauben wollte, ging bereitwillig auf eine Probeexzision ein, welche sich ausschließlich auf die dem Ulcus durum nächst gelegenen gelben Einlagerungen der gereizten Vorhaut beschränkte. Übrigens stützen sich meine histologischen Untersuchungen nicht auf diesen Fall allein. Ein zweiter Patient, welcher der unschuldigen Probeentnahme sich unterworfen hatte, bot keinerlei Zeichen von Syphilis. Klinik und Histologie dieser gelben Körnelung stehen natürlich außerhalb jeglichen ursächlichen Zusammenhanges mit irgendwelcher geschlechtlichen bzw. syphilitischen Infektion.

Seit dem erwähnten ersten Fall habe ich das ausgeprägte Bild der gelben Körnelung der inneren Vorhautlamelle etwa achtzig Male besonders in meinen Notizen aufgeführt. Das Bild ist also keineswegs selten. Irgend ein bestimmtes Zahlenverhältnis bezüglich seiner Häufigkeit vermag ich nicht zu geben. Nur meine Privatklientel habe ich zur Beobachtung herangezogen, da ich in den letzten Jahren nur selten in der Poliklinik ordinierte. Die Privatklientel konnte aber nur zum kleineren Teil verwertet werden. Bei den mit einem Hautleiden behafteten verbietet sich eine solche Untersuchung aus naheliegenden Gründen oft von selbst, zumal wenn die Angst vor einer syphilitischen Natur des Leidens besteht. Die genaue Revision des Gliedes würde einer solchen Angst Nahrung geben. Hinzukommt, daß die gelben Körner erst gut in die Erscheinung treten, wenn die Vorhaut ordentlich gereinigt ist. Zu einer Reinigung seitens des Arztes liegt gewöhnlich auch keine Veranlassung vor. Diese und andere Gründe müssen die statistischen Feststellungen in die Hände von Ärzten geben, welche einer Krankenhausabteilung vorstehen. Geeignet für solche Erhebungen erscheinen mir besonders die Militärärzte bei ihren regelmäßigen Revisionen der Genitalien der ihnen unterstellten Mannschaften. Ich möchte für solche Untersuchungen um so mehr die Anregung geben, als sie lebendes Material voraussetzen, denn es steht auch für mich zweifelsohne fest, daß die gelben Einlagerungen an der Leiche zurücktreten und an dieser bei den fehlenden Farbenüancen sehr leicht übersehen werden. Darin stimme ich STIEDA zu.³ Wenn SPRUNCK,⁴ welchem

³ Briefliche Äußerung.

⁴ Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1897.

wir eine verdienstliche Arbeit über die vermeintlichen TYSONSchen Drüsen verdanken (1897), an den dreihundert Lebenden, an welchen er seine Untersuchung angestellt hat, nicht ein einziges Mal die Talgdrüsen an der Innenfläche der Vorhaut gesehen hat, so ist solcher Widerspruch mit meinen Beobachtungen nur daraus zu erklären, daß erst durch AUDRY und mich (1899) die gelbe Körnelung als solche an den Schleimhäuten auf ihren Talgdrüsencharakter zurückgeführt wurde. Die gelbe Körnelung hatte schon vor AUDRY und mir FORDYCE⁵ beschrieben. Wofür sie vor uns in einem meist inspizierten Organ, wie es die Mundhöhle ist, von Laryngologen, Syphilidologen, Dentologen, Klinikern u. a. gehalten wurde, entzieht sich der Beurteilung.

Man bekommt die gelbe Körnelung an der Innenfläche des Präputiums am besten zu Gesicht, wenn man das Präputium straff zurückgezogen und die Innenfläche gereinigt hat. Zur Reinigung empfehle ich Benzin. Die gehäuften Talgdrüsen umrahmen nach meiner Erfahrung gewöhnlich das Frenulum; in unmittelbarer Nachbarschaft des Frenulums liegen sie dicht gedrängt, um sich allmählich in die Umgebung zu verlieren. Die gelben Körner erinnern lebhaft an das entsprechende Bild der Mundschleimhaut; nur dürften sie in dieser eher auffallen wegen ihres Farbenunterschiedes gegenüber dem tiefen Rot der Umgebung, als inmitten der nicht so tiefroten, oft geradezu blassen Präputiallamelle. Trotzdem bleibt mir unklar, daß sie, an letzter Stelle wenigstens, nach meinen und AUDRYS Mitteilungen über die Mundschleimhaut nicht schon eher zur Beschreibung gelangten. Die Existenz freier Talgdrüsen in der Vorhaut ist gerade in den letzten Jahren so lebhaft diskutiert worden.

Daß die freien Talgdrüsen in solcher Häufung gerade in gereizten Vorhäuten und bei Neurasthenikern sich finden, vermag ich als einen Zufall nicht zu erkennen. Daß die gewöhnliche Dermatitis praeputialis infolge des Juckens und Brennens zu mechanischen und anderen Reizen (häufigen Waschungen u. a.) Anlaß gibt und zu einem Circulus vitiosus führt, bedarf nicht besonderer Erwähnung. Bei den Neurasthenikern, vor allem bei den sog. Sexualneurasthenikern, kommt hinzu, daß sie eine Dermatitis praeputialis so oft selbst herbeiführen oder eine bestehende in ganz unvernünftiger Weise verschlimmern. Die schwer zu definierenden und kontrollierenden Parästhesien im Glied, die unglaublichen Manipulationen, welchen sie nach einem verdächtigen Koitus das Glied unterwerfen, die stündliche Besichtigung und das Pressen des Gliedes, um den für sie unausbleiblichen Ausfluß zu Gesicht zu bekommen, die Ätzungen, welche an den oberflächlichen Exkoriationen der inneren Lamelle vorgenommen werden: zu diesen äußeren Reizen treten sicherlich

⁵ *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases.* Nov. 1896.

bei den Neurasthenikern noch solche, welche geradezu als physiologische bezeichnet werden dürfen. Einmal sind es Stoffwechselstörungen, wie die Phosphaturie und die Oxalurie, welche, ebenso wie sie eine Urethritis bedingen können, auch einen Reizzustand der Glans und des Präputiums unterhalten können. Ein solcher Zusammenhang von Phosphaturie und Reizzustand der Genitalien scheint mir, wie mich zwei Beobachtungen gelehrt haben, auch für das Kindesalter von größter Bedeutung zu sein. Dann halte ich es auch für denkbar, daß die Vorhaut gerade bei den Neurasthenikern lebhafter absondert, ebenso wie auch sonst bei ihnen Haut und Schleimhäute in abnormen Formen sezernieren können. Die Absonderung der Vorhaut, das Smegma, besteht übrigens, um es hier wenigstens zu erwähnen, bekanntlich nur aus Hornschüppchen. Bei der syphilitischen Induration, neben welcher ich öfters die gelbe Körnelung sah, erklärt sich die Reizung der oft ödematösen Vorhaut von selbst. Die Phimose bedingt eine Stagnation des Smegma, welches sich mit der eitrigen Absonderung des Ulcus vermischt, um so auch hier den Circulus vitiosus im Sinne der Reizung zu schliessen. In letzter Zeit sah ich die gelbe Körnelung der Vorhaut öfters bei Patienten, welche unter spezifischer Behandlung gestanden, deren Syphilis ich aber nicht von vornherein behandelt habe. Gleichzeitig zeigte die Mundschleimhaut die Talgdrüsen. Ob da ein weiterer Zusammenhang besteht?

Ich verhehle mir nicht, daß, wie stets mit dem Begriff der Reizung eine nicht ganz klare Vorstellung sich verbindet, auch der Zusammenhang der Reizung einer Schleimhaut mit dem Aufkommen massenhafter freier Talgdrüsen nicht leicht zu umgrenzen ist. Für die Mundschleimhaut betonte ich als erster, daß man die gelbe Körnelung häufig bei Patienten, welche eine Quecksilberkur durchgemacht haben oder aus anderen Gründen an Salivation leiden, zu Gesicht bekommt. Auch die den Zahnreihen entsprechende bevorzugte Lokalisation der Wangenschleimhaut, worauf ich auch als erster hingewiesen hatte, nahm ich für eine Verstärkung des Reizes durch direkten Druck als eine Art „auslösendes Moment“ in Anspruch. Als das wesentliche aber sah ich die starke Durchfeuchtung der Schleimhaut an, welche eine aus irgendwelchen Gründen angeregte Proliferation eines bestimmten Gewebes aufs kräftigste unterhält. Ein wie dunkles Problem in diesem Falle aber die Neuanlage oder, um nicht aus der Reserve zu treten, die Weiterbildung von freien Talgdrüsen aus Talgdrüsenanlagen bedeutet, davon an späterer Stelle.

Die massenhaften freien Talgdrüsen an der inneren Lamelle der Vorhaut zeigten mir Patienten im Alter von 20 bis 38 Jahren. Meine Erfahrung gibt aber natürlich nicht den geringsten Anhalt dafür, in welchem Alter sie am häufigsten, bis zu welchem Alter und in welchem frühestem Alter sie der Kliniker beobachtet. Für die Mundschleimhaut kann ich

jetzt mit Bestimmtheit behaupten — vor fünf Jahren drückte ich mich vorsichtig aus —, daß die gelben Körner in einer Reihe von Fällen erst nach einer Hg-Kur sichtbar werden. Ich möchte auch BETTMANN⁶ zustimmen, daß sie nach einer gewissen Zeit in solchen Fällen wieder unsichtbar werden können. Solche Beobachtungen sind an der Vorhaut viel schwieriger zu sammeln, und die von mir angegebenen Jahre fallen mit den Jahren der stärksten sexuellen Tätigkeit des Mannes zusammen.

Da meine Erfahrungen über die freien Talgdrüsen der Vorhaut, wie oben angedeutet, vorwiegend an solchen Leuten gesammelt wurden, welche wirklich infiziert waren oder glaubten, infiziert zu sein, so beweist der Zeitraum von 20 bis 38 Jahren für die tatsächlichen Verhältnisse wiederum garnichts.

Bevor ich zu den von mir erhobenen histologischen Befunden übergehe, möchte ich die wesentlichen in der Literatur niedergelegten einschlägigen Angaben hier zitieren.

Ich beginne mit v. KÖLLIKER, dessen bestimmte Angaben es vor allem waren, welche so energischem Widerspruch begegnet sind. In der sechsten Auflage seines Handbuches der Gewebelehre (Leipzig 1889) findet sich der folgende Passus — soweit ich orientiert bin, in voller Übereinstimmung mit den früheren Auflagen —:

Die Talgdrüsen an der Glans penis und dem inneren Blatte des Präputiums oder die Tysonischen Drüsen sind sehr unbeständig und finden sich bald nur in höchst geringer Anzahl (2—10), bald in großer Menge, selbst zu Hunderten. Dieselben sind gewöhnliche Talgdrüsen, die von denen anderer Gegenden nur dadurch sich unterscheiden, daß sie nicht mit Haarbälgen in Verbindung stehen, sondern frei in der Haut sich öffnen. Man unterscheidet sie meist schon mit freiem Auge als kleine, weißliche, nicht über die Haut hervorragende Punkte, und an mit Natron oder Essigsäure behandelten Hautlamellen lassen sich mikroskopisch ihre Eigentümlichkeiten sehr leicht studieren. Es ergibt sich, daß dieselben teils einfach schlauchförmig, teils einfach traubenförmig sind. Die ersteren besitzen einen rundlichen oder birnförmigen Schlauch von 110—270 μ Durchmesser und einen geraden Ausführungsgang von 220 μ Länge und 55—75 μ Breite, die letzteren haben 2—3, höchstens 5 Endbläschen und messen 80—400 μ im ganzen; die Öffnungen der beiderlei Drüsen von 50—140 μ sind nicht schwer zu sehen. Bezüglich auf den Sitz dieser Drüsen bemerke ich, daß ich dieselben, 10—50 und darüber an Zahl, an der Vorhaut (innerem Blatt), besonders in der Gegend des Frenulums und ihres vorderen Teiles, nie vermisste, während sie an der Glans selbst und ihrem Halse bald vollkommen mangeln, bald, und dann meist in größerer Zahl bis auf 100, besonders an der vorderen Fläche vorkommen. An der Vorhaut sind die Drüsen vorzüglich traubige, hier mehr einfache. Der Inhalt derselben ist vollkommen wie bei anderen Talgdrüsen, namentlich fetthaltige Zellen, worüber unten mehr.

⁶ Offizieller Bericht über die VII. Versammlung des Vereins süddeutscher Larynologen. Selbstverlag des Vereins.

Im schroffen Gegensatz zu den Ergebnissen von v. KÖLLIKER befinden sich die Untersuchungen anderer hervorragender Anatomen. STIEDA, WALDEYER, EBERTH sind zu folgenden Schlüssen gelangt:

STIEDA (*Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.* 1902. Bd. IV. Heft 3):

An der Oberfläche der Glans penis und an der Innenfläche des Präputiums finden sich bei vielen erwachsenen Individuen einzelne freie Talgdrüsen, jedoch nur wenige.

1. Die vermeintlichen sog. Tysonschen Drüsen der Corona glandis sind keine Drüsen, sondern sind Papillen — die Coronalpapillen der Glans penis.

2. Es finden sich aber unzweifelhaft, sowohl an der Oberfläche der Glans selber, als an dem inneren Blatt des Präputiums, freie Talgdrüsen — allein wohlgemerkt, die Talgdrüsen sind sehr klein und ihr Vorkommen ist unbeständig; bei jugendlichen Individuen fehlen sie stets. Wahrscheinlich treten sie erst in der Pubertätszeit auf.

WALDEYER (Das Becken, Bonn 1899):

Es finden sich kleine, mit 3—4 Endkammern versehene Talgdrüsen auf der Eichelhaut, an der Corona glandis, sowie am unteren Präputialblatt, jedoch überall nur zerstreut und sparsam. SPRUNCK und STIEDA haben aber insofern recht, als besonders zu benennende zahlreiche und größere Talgdrüsen in der Eichelkrone und im Präputium nicht vorkommen. Die Namen Glandulae praeputiales und Tysonsche Drüsen sind daher entbehrlich.

EBERTH (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. S. 316):

Die präputialen Talgdrüsen — und andere kommen beim Menschen nicht vor — sind beschränkt auf eine ganz schmale, 1—2 mm breite Zone unterhalb der Übergangsstelle des äußeren Präputialblattes und des inneren. In diesem Bezirk mögen im ganzen 3—6 kleine Talgdrüsen vorkommen; die übrigen dem Präputialsaum angehörigen Teile, Glans, Corona und Collum glandis, Frenulum, Fossa navicularis und das innere Vorhautblatt, mit Ausnahme des oben erwähnten Bezirkes, besitzen keine Talgdrüsen.

Die Angaben von STIEDA stehen in einer größeren Abhandlung (1902), welche betitelt ist: Das Vorkommen freier Talgdrüsen am menschlichen Körper. Für das besondere Kapitel der Glans penis und des Präputiums hatte STIEDA vor mehreren Jahren (1897) durch die Untersuchung seines schon zitierten Schülers SPRUNCK bestimmend eingegriffen. Die dermalige Dissertation „Über die vermeintlichen TYSONSchen Drüsen“ (Königsberg 1897) hatte den alten Streit über die Existenz dieser vermeintlichen Drüsen wieder lebhaft entfacht. Die Ergebnisse dieser Arbeit, welche übrigens eine sehr gute Abbildung des klinischen Bildes der Coronalpapillen bringt, — vor allem ist die parallelreihige Anordnung sehr gut wiedergegeben — faßt STIEDA selbst so zusammen:

SPRUNCK leugnete strikt jegliche Drüsen an der Glans und der Vorhaut und erklärte die sog. Tysonschen Drüsen für die Coronalpapillen. Ich habe mich damals mit den SPRUNCKSchen Angaben einverstanden erklärt. SPRUNCK hat sowohl Lebende untersucht, als auch Schnittpräparate unter dem Mikroskop. Die Untersuchung

Lebender ergibt sehr deutlich die Existenz der Coronalpapillen; ob man mit Sicherheit die kleinen Talgdrüsen erkennen kann, scheint mir zweifelhaft. An den Schnittpräparaten der Glans fanden sich damals keine Drüsen, offenbar, weil an der betreffenden Eichel keine Drüsen vorhanden waren oder, wenn sie vorhanden waren, durch die Schnitte nicht getroffen worden waren; daher wurde die Existenz jeglicher Drüsen geleugnet.

Die Frage, warum SPRUNCK an den Lebenden keine Drüsen gesehen hat, haben wir schon berührt. Bezüglich der histologischen Schlussfolgerungen SPRUNCKS zitieren wir die Worte von TANDLER und DOMÉNY¹ — über die Untersuchungen dieser Autoren später —:

Was die von SPRUNCK geübte histologische Technik betrifft, so ist wohl beim Schneiden mit dem Rasiermesser — von Schnittserien kann doch da keine Rede sein — und bei einem Untersuchungsmaterial von sechs Objekten keine Aussicht auf Erfolg vorhanden. Für die unbedingte Negation der Talgdrüsen kann daher SPRUNCKS Arbeit nicht ins Feld geführt werden.

STIEDA selbst fährt in seiner Abhandlung wörtlich so fort:

Nachträglich habe ich mich überzeugt, daß an der Oberfläche der Glans, wie im inneren Blatt des Präputiums vielfach kleine Talgdrüsen vereinzelt vorkommen. Sowohl Präparate KÖLLIKERS, wie Präparate des Dr. HEUSS-Zürich haben mich darüber belehrt.

Die Veröffentlichung Dr. SPRUNCKS hat den Vorteil gebracht, daß sie wegen ihrer scharfen Behauptung des Fehlens aller Drüsen den Widerspruch reizte und zu neuen Untersuchungen anregte.

v. KÖLLIKERS Präparate, welche STIEDA auf dem Genter Anatomentag veranlaßt hatten, die Existenz von Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputiums sehr bedingt zuzugeben, sind mir nicht bekannt. Hätten diese in der Massenhaftigkeit, wie meine STIEDA vorgelegten Präparate die Talgdrüsen gezeigt, dann, so möchte ich glauben, wäre STIEDA zu einer weiteren Aufgabe seines negierenden Standpunktes gelangt. Die Annahme erscheint mir daher berechtigt, daß gerade der Kliniker die freien Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputiums zu Gesicht bekommt.

HEUSS hat sich zu der vorliegenden Frage auf der Hamburger Ärzte- und Naturforscherversammlung (1901) geäußert im Anschluß an den Vortrag von STIEDA, welcher ein kurzes Resümé der in der zitierten Abhandlung niedergelegten Ergebnisse gab. Das offizielle Protokoll der Sitzung, welcher ich leider nicht beiwohnen konnte, lautet:

Diskussion. Herr E. HEUSS-Zürich: Nach seinen Erfahrungen aus der Praxis hält er das Vorkommen von Talgdrüsen am Innenblatt des Präputiums, auch am Sulcus coronarius und (seltener) Glans beim Erwachsenen für relativ häufig, vielleicht jede dritte untersuchte Person zeigt auch bei im übrigen vollständig intakter Schleimhaut mehr oder weniger reichlich charakteristisch gelbe, stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroße Punkte oder Knötchen ohne bestimmte Anordnung. Ein aufgedrücktes Fließblatt ergibt, über Osmiumdämpfe gehalten, punktförmige Schwarzfärbung.

¹ *Wien. klin. Wochenschr.* 1898. Nr. 23. — *Arch. f. mikrosk. Anatomie.* Bd. 54.

Die am Coronawulst hier und da vorkommenden Gebilde unterscheiden sich schon durch das Fehlen der Gelbfärbung, ihre charakteristische ringförmige Anordnung und Länge von den Talgdrüsen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt das charakteristische Bild der freien Talgdrüsen.

Herr STIEDA-Königsberg: Gegenüber einer Bemerkung des Herrn Heuss-Zürich, daß ihm Coronalpapillen bekannt seien und deshalb von einer Verwechslung der Talgdrüsen und Papillen keine Rede sein könne, hebt STIEDA hervor, daß das als ein großer Fortschritt der Erkenntnis zu betrachten sei; er habe die Tysonschen Drüsen geleugnet, d. h. geleugnet, daß die Coronalpapillen Drüsen seien. Das Vorkommen von freien Talgdrüsen an der Innenfläche der Vorhaut und an der Oberfläche der Glans könne nicht bestritten werden. Wenn das anerkannt werde, sei vollständige Einigkeit in den Lagern der Streitenden.

Der unbefangene Leser wird sicherlich keine „vollständige Einigkeit in den Lagern der Streitenden“ aus den Ausführungen von STIEDA und von HEUSS entnehmen. STIEDA spricht von dem unbeständigen Vorkommen einzelner kleiner Talgdrüsen. HEUSS hat „vielleicht bei jeder dritten untersuchten Person“ offenbar das Bild gefunden, auf welches ich meine Fachgenossen aufmerksam machen möchte. Ich stehe nicht an, HEUSS die Priorität zuzuerkennen. Wir beide aber haben schließlichschließlich nur bestätigt, was v. KÖLLIKER vor Jahren schon so bestimmt geäußert hat. HEUSS hätte gut daran getan, seinen doch schließlichschließlich nicht unwichtigen Befund genau zu publizieren. Aus seinen kurzen Diskussionsbemerkungen geht natürlich auch nicht hervor, wie weit unsere klinischen Beobachtungen voneinander abweichen. Unverständlich bleibt mir nur, daß STIEDA aus den HEUSSschen Präparaten, welche doch ein meiner Abbildung völlig gleiches Bild wohlentwickelter, gehäufte Talgdrüsen nach der makroskopischen Beschreibung geliefert haben müssen, nur ein vereinzeltes Vorkommen kleiner Talgdrüsen entnommen hat.

Neben HEUSS muß ich an dieser Stelle des französischen Arztes RAYMOND ROZIÈRES gedenken, welcher in einer unter AUDRYS Leitung gefertigten Dissertation (Toulouse 1901), „De l'état ponctué et des glandes sébacées de la muqueuse labio-buccale“, der gelben Körnelung des inneren Präputialblattes und der kleinen Labien Erwähnung tut. Die mir erst nach Vorlegung meiner Vorträge zu Gesicht gekommene Stelle lautet:

La caractéristique de ces glandes c'est, comme on a en l'occasion le voir, d'être indépendantes des poils. Ce phénomène n'a rien d'inattendu et il en existe d'autres exemples en anatomie normale, ainsi sur la face interne du prépuce, ainsi autour du gland. Enfin, nous avons déjà indiqué a fait que sur la face interne des petites lèvres d'un bon nombre de femmes adultes, on trouvait les mêmes glandes se manifestant par une apparence identique à celle que nous étudions plus particulièrement. De telle sorte qu'il existe non pas seulement un état ponctué de la muqueuse labio-buccale mais encore un état ponctué préputial, un état ponctué des petites lèvres, qui ont le même aspect et la même signification.

WALDEYERS Angaben stützen sich auf die von EDMUND SAALFELD¹ in seinem Institut ausgeführte Untersuchung (1898). SAALFELD hatte eine Glans penis in 500 Abschnitte zerlegt und ca. 830 Schnitte durchgemustert. Insgesamt wurden 28 Drüsen gefunden.

Es handelte sich um tubulöse, teils unverästelte, teils mehr oder weniger verästelte Talgdrüsen; daß diese wirklich als solche anzusehen und nicht etwa einfache Einstülpungen oder Krypten waren, dafür sprach deutlich der anatomische Bau, der klar die Anordnung der kleinen Seitentubuli, den Ausführungsgang und die in den Tubulis gelagerten Talgzellen erkennen liefs. An der Übergangsstelle von der Glans penis auf das innere Blatt des Präputiums, im Sulcus coronarius, fanden sich ebenfalls die Drüsen, und nicht minder fanden sie sich im inneren Präputialblatt.

Im vordersten Teil der Glans penis konnte ich sieben verästelte und zwei unverästelte Drüsen nachweisen, während ich im mittleren Teile der Glans dieselben vermifste. Der unterste Teil der Glans penis besafs zwölf verästelte und sieben unverästelte Drüsen; dieselben lagen zum Teil in der unmittelbar an der Corona gelegenen Partie des Sulcus coronarius.

In der einen der Länge nach geteilten Hälfte der Lamina interna praepatii eines anderen Penis konnte ich zwölf verästelte und eine unverästelte Drüse nachweisen.

Geht schon aus den zitierten, wörtlich wiedergegebenen Befunden hervor, daß SAALFELD das von uns studierte Bild nicht gesehen hat, so wird solches noch klarer aus den Schlusssätzen des Autors:

Nach dem Gesamtergebnis dieses Befundes ist es also unrichtig, das Vorkommen von Talgdrüsen an der Glans penis zu bestreiten, wie dies SPRUNCK tut; dagegen muß es als ein Verdienst der Mitteilungen von STIERDA und SPRUNCK anerkannt werden, daß sie diese Talgdrüsen durch ihre Untersuchungen auf ihren wahren, sehr unbedeutenden Wert zurückgeführt haben. Sie sind durch nichts vor den übrigen Talgdrüsen der Haut ausgezeichnet als durch ihre Kleinheit, ihre geringe Zahl und durch ihren Sitz an einer haarlosen Stelle; durch den letzteren Umstand und durch ihre Kleinheit stellen sie sich zu den Talgdrüsen der Nymphen, mit denen sie die meiste Ähnlichkeit haben; nur sind die letzteren in viel größerer Zahl vorhanden. Ebenso wenig aber wie die Nymphendrüsen verdienen die der Glans penis (oder eventuell die der Glans clitoridis) einen eigenen Namen, um so weniger, als, wie ich nachweisen konnte, TYSON diese Drüsen gar nicht einmal selbst beschrieben hat. — Von den Beschreibungen der früheren Autoren entspricht diejenige SCHWEIGGER-SEIDELS² vollständig den tatsächlichen Verhältnissen.

EBERTHS inzwischen veröffentlichtes Werk „Die männlichen Geschlechtsorgane“ in v. BARDELEBENS Handbuch der Anatomie des Menschen (G. Fischer, Jena 1904) hatte mir bei meinen Vorträgen und meiner vorläufigen Mitteilung noch nicht vorgelegen. Mehr als schon im vorstehenden zitiert ist, bringt es nicht über die Talgdrüsen der Vorhaut. Von Bedeutung aber sind die vergleichend anatomischen Bemerkungen:

Bei Ratten, Mäusen und dem Igel finden sich im Vorhautraum größere, traubenartige Drüsen, die ein talgartiges Sekret liefern. Der Biber besitzt keine eigentlichen

¹ Arch. f. mikrosk. Anatomie. Bd. 53.

² Virchows Arch. 1866.

Vorhautdrüsen, sondern taschenförmige Einstülpungen des inneren Vorhautblattes, dem eigentliche Drüsenzellen fehlen. Das von diesen Säcken abgestoßene Epithel (Smegma) ist das Bibergeil.

Beim Rind fehlen Drüsen auf der Glans und dem inneren Vorhautblatt. Letzteres enthält zahlreiche und große Lymphfollikel. Drüsen fehlen auch in dem sog. Nabelbeutel des Ebers, der ebenfalls zahlreiche Lymphfollikel besitzt. Das innere Präputialblatt des Pferdes ist, wenigstens im vorderen Abschnitt, reich an Knäueldrüsen (Schweißdrüsen) und acinösen Talgdrüsen. Beim Hunde und der Katze fehlen Drüsen im Vorhautreum.

Bezüglich der Literatur über die TYSONSchen Drüsen verweise ich auf die sorgfältigen Hinweise von SPRUNCK und SAALFELD.

Dem ZUCKERKANDLSchen Institut entstammt die Arbeit von TANDLER und DOMÉNY (1899). In äußerst umfangreicher Art — an nicht weniger als 21 Objekten, darunter 15 Embryonen jeglichen Lebensalters, zwei Neugeborenen und Kindern bis zum siebenten Lebensjahr — haben die Autoren ihre Studien angestellt. Außerdem beziehen sich ihre Angaben noch auf 50 Vorhäute erwachsener Männer, eine samt Glans penis in 900 Schnitte zerlegte Vorhaut. Eine samt Präputium in Serienschnitte zerlegte Clitoris interessieren uns hier weniger.

Ich beschränke mich hier auf die Zusammenfassung der Ergebnisse:

„Die anfangs bei beiden Geschlechtern ganz gleichartig gestaltete Oberfläche der Glans penis resp. Glans clitoridis ist mit der Innenfläche des Präputiums durch eine solide Epithelmasse verbunden. Dieselbe löst sich erst ziemlich spät: knapp ante, vielfach post partum, mit welchem Vorgange erst das Auftreten eines eigentlichen Präputialcavums verbunden ist. Die Lösung der beiden miteinander verwachsenen Flächen geht in Form einer retrograden Metamorphose der Zwischenzellenschicht — der Epithelperlenbildung — vor sich. Die ehemals glatten Oberflächen der Glans bekommt Papillen und Vertiefungen, von denen einzelne sich zu Krypten ausbilden. Hierzu ist zu bemerken, daß die Glans clitoridis mehr den embryonalen Charakter beibehält, da ihre Epithelien dem Verhornungsprozeß fast gar nicht unterworfen sind, ihre Papillen flach und niedrig bleiben. Von einer Lanugoanlage war innerhalb des Präputialcavums beider Geschlechter nichts auffindbar. Die in demselben vorkommenden Drüsen sind histologisch echte Talgdrüsen; sie variieren an Zahl und Größe bei verschiedenen Individuen außerordentlich und sind morphologisch als irreguläre Talgdrüsen aufzufassen. Dieselben sind sicher nicht identisch mit den von Tyson beschriebenen, nach ihm als „Tysonsche Drüsen“ bezeichneten Gebilden, da diese wohl den mit abgefallenen Epithelien angefüllten, stark entwickelten Krypten entsprechen. Die Krypten aber sind ein regelmäßiger Befund bei allen Individuen.“

Die in eine lückenlose Querschnittserie zerlegte Glans penis eines im mittleren Lebensalter stehenden Mannes förderte nur zwei Talgdrüsenutage. Die Autoren sprechen hier von irregulären Talgdrüsen, da solche mit den Talgdrüsen anderer Hautstellen keineswegs in eine Reihe zu stellen sind und sich an einer Hautstelle entwickeln, wo normalerweise gewiß keine Lanugoanlage vorhanden ist.

Es ist ohne weiteres nicht ersichtlich, warum so sorgfältige Schnittserienuntersuchungen ganzer Vorhäute auf die makroskopisch so häufige Talgdrüsenhäufung nicht gestofsen sind.

Eine in dem gleichen Jahre (1899) erschienene Arbeit von J. Löwy:¹⁰ „Über den Bau des Rete Malpighi der Haut der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane“, weiß von zahlreichen „Drüsenausführungsgängen“ am Sulcus coronarius zu berichten.

„Am Sulcus coronarius, Fig. 4, treten die Längleisten wieder weiter auseinander und nehmen an Dickendurchmesser zu. Zugleich ändern sie ihre Verlaufsrichtung und werden wieder parallel der Längsachse des Penis. Dann teilen sich die einzelnen Längleisten in zwei resp. drei dünne Leisten, welche sich verästeln und kreuzen, häufig auch dicht nebeneinander verlaufen. Die schmale dazwischen liegende Rinne ist dann durch minimale Querleisten geteilt, die punktförmige, dicht gedrängt liegende Maschenräume bedingen. Zwischen diesen Bildungen verlaufen stark entwickelte, gewulstete und kammartig verdickte Längleisten mit zahlreichen Drüsenausführungsgängen, welche in der Gegend der Corona glandis spiralförmige und schleifenförmige Gebilde, die durch sekundäre Leisten in kleinere Unterabteilungen geteilt sind und mächtige Papillen bedingen, umgreifen. Dann werden die Leisten wieder schwächer, führen fast gar keine Drüsengänge mehr, treten näher zusammen und bilden durch häufige Kreuzung und vermittels häufiger Querleisten ein Netzwerk, welches Papillen umgreift, die wie Tannenzapfen erscheinen, welche dicht gedrängt schräg in die Unterlage eingelassen sind. . . .“

Löwys Arbeit, welche das Studium der Strukturverhältnisse der Stachelschicht an der Hand von Flächenbildern nach den Methoden von BLASCHKO und PHILIPPSON bezweckt, enthält keine Angaben über die zu den Ausführungsgängen gehörenden Drüsen.¹¹

¹⁰ *Arch. f. mikrosk. Anatomie.* Bd. 58.

¹¹ Längst nach dem Abschluss meiner, dieser Abhandlung zugrunde liegenden Untersuchungen stöße ich auf das Referat einer im *Lancet* vom 16. Januar 1904 erschienenen Arbeit von H. KEITH und A. SHILLITON-London. Wegen der Erwähnung der „Tysonschen Drüsen“, vor allem wegen meines in vorliegender Abhandlung schon erwähnten Befundes von dem Auftreten massenhafter freier Talgdrüsen in den kleinen Labien bei Reizzuständen der Scheide, bringe ich wörtlich das Referat aus der Feder eines unserer sachkundigsten und sorgfältigsten Referenten, PHILIPPI-Salzschlirf (*diese Zeitschr.* 15. Juli 1904. Bd. 39. S. 93): Bei Hypospadie haben Verfasser verschiedentlich auf dem Rücken des Penis eigentümliche, wie kleine Augen aussehende Linierungen gesehen, die sie als „Ocelli praeputialis“ bezeichnen. Als sie Gelegenheit hatten, einen solchen Fall mikroskopisch zu untersuchen, fanden sie Reihen von großen, weitmündigen Talgdrüsen. Auch fanden sie vielfach Haarstümpfe an diesen Stellen, zwei Beobachtungen, welche den Angaben der Lehrbücher direkt entgegenstehen. Etwas Analoges findet sich bei Mäusen und Ratten, bei denen in der Periode der Entwicklung eine große Talgdrüsenbildung von Kleinrosinengröße an der Vorhautfalte sich entwickelt, aus welcher ein mit besonderem Geruch behaftetes Sekret ausgeschieden wird. Ein weiteres Nachforschen ergab, daß auch bei anderen Tieren (Schwein, Kaninchen, Katze u. a.) sich Talgdrüsen, die in Beziehung stehen zu den geschlechtlichen Vorgängen, vorfinden; doch sind dieselben nur zum Teil am Geschlechtsorgan (Penis oder Vulva) lokalisiert, finden sich vielmehr in vielleicht stärkerer Entwicklung auch in der Umgebung des Anus. Untersuchungen an Frauen zeigten das Vorhandensein dieser Ocelli und von Reihen von Talgdrüsen vorsugweise an den kleineren Labien

in größerer oder geringerer Entwicklung bei einem sehr großen Prozentsatz der Untersuchten. Des weiteren fanden Verfasser, daß beim Manne mit großer Regelmäßigkeit sich Reihen von Talgdrüsen an der ventralen Seite des Präputiums zu beiden Seiten der Raphe bis auf die Stelle am Scrotum, wo sonst Talgdrüsen bekannt sind, erstrecken. Dagegen haben sie von dem Vorhandensein der sog. Glandulae Tysonii sich durchaus nicht überzeugen können, glauben vielmehr, daß dieselben tatsächlich gar nicht existieren, wie dies auch von anderer Seite bereits behauptet worden ist. Jedenfalls sei das Smegma praeputiale kein Drüsenprodukt.

(Schluß folgt.)

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1904.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LESSER: Nachruf auf die verstorbenen Mitglieder und Ehrenmitglieder ABRAHAM, FINSEN, KÖBNER.

2. WECHSELMANN: Nekrolog auf KÖBNER.

3. LESSER erwähnt die Eröffnung der Lupusheilstätte in Wien durch Prof. LANG, den 70. Geburtstag von Prof. PICK in Prag, und legt die Liste für das Finsendenkmal zur Zeichnung vor. Sodann gibt er eine kurze Übersicht über den außerordentlichen Erfolg des internationalen Dermatologenkongresses, an dem 523 Teilnehmer teilgenommen haben.

4. H. ISAAC demonstriert einen 45jährigen Gastwirt (Lues vor Jahren, mäßiger Potus), welcher seit einigen Monaten symmetrisch auftretende Blaseneruptionen (Schultern, Unterschenkel) aufweist, die mit Narben und Pigmentierung abheilen. Die Affektion juckt fast gar nicht. Vortragender betrachtet sie als chronischen Pemphigus vulgaris mit auffallend mildem Verlauf.

Diskussion: WECHSELMANN glaubt das Fehlen von Mundschleimhautveränderungen als Gegengrund gegen die Diagnose Pemphigus anführen zu sollen.

5. PINKUS demonstriert einen 31jährigen Mann mit Lichen planus, welcher in der Zone des 4. und 9. Cervikalsegments rechts (Brust, Hals, Schulter) entwickelt ist.

6. TH. MAYER demonstriert ein junges Mädchen mit Lupus des Ellenbogens und macht auf die Ähnlichkeit mit Psoriasis und die Möglichkeit der Verwechslung an dieser Stelle aufmerksam.

7. TH. MAYER demonstriert eine strichförmige Knötcheneruption am Bein einer jungen Frau, welche er aus klinischen Gründen als Lichen planus ansieht.

Diskussion: WECHSELMANN hält den Ausschlag für ein strichförmiges Ekzem.

8. WECHSELMANN demonstriert einen Mann mit Sklerose unter der Zunge (noch keine regionäre Drüsenanschwellung) und Phlebitis der linken Vena cephalica.

Diskussion: HOFFMANN erwähnt einen auf dem internationalen Kongress vorgestellten Fall von gangränöser Lippen- und Zungensklerose, dessen Drüsen gleichfalls erst sehr spät auftraten.

PALM wendet sich gegen die Diagnose einer Thrombophlebitis, worauf WECHSMANN und HOFFMANN die Kriterien dieser Affektion (Stauungsversuch, vor allem Erfüllung der seitlich einmündenden Venenäste) darlegen.

9. BUSCHKE demonstriert einen jungen Mann mit **Keratosis follicularis rubra** an Rumpf und Extremitäten.

10. FRIEDLÄNDER demonstriert:

a) einen Mann, der angeblich seit 1891 an einer Hautaffektion leidet, die angeblich sich als ein **annulärer**, zentral mit Atrophie und Pigmentierung abheilender **Lichen planus** an den *Volae antibrachii* und am Unterbauch darstellt. Seine Familienanamnese deutet auf Nervosität; er selbst hat ein möglicherweise als auflösendes Moment anzusprechendes Empyem gehabt.

b) eine Frau mit **halbseitigem Lichen ruber planus**, ebenfalls mit Atrophien geheilt, ausschließlich an der Rückseite der linken Gesäßhälfte, des linken Ober- und Unterschenkels, in **zwei Längsstrichen** angeordnet.

c) das Röntgenbild eines Unterarms mit **syphilitischer Spontanfraktur der Ulna**.

11. LEDERMANN demonstriert ein 19jähriges Mädchen mit **hereditärsyphilitischen Geschwüren** nach Gummern der Tibien und des Stirnbeins. Er bespricht die Frage der *Lues hereditaria tarda*, der hereditären und der in der frühen Kindheit erworbenen Syphilis.

Diskussion: BRUHNS geht auf die Frage der *Syphilis hereditaria tarda* ein, welche er in dem Sinne HOCHSINGERS insofern nicht anerkennt, als es sich möglicherweise um eine *Lues hereditaria* ohne erkannte oder sogar ohne erkennbare Symptome gehandelt haben mag.

JAPHA hält die Zahnbildung für verdächtig der hereditären *Lues*, LIPMAN-WULF hält die Zähne für keine charakteristischen HUTCHINSONSchen Zähne.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15./28. Oktober 1904.

Originalbericht von Dr. ARTH. JORDAN-Moskau.

1. JORDAN demonstrierte einen Fall von **Erythema exsudativum multiforme et Atrophia cutis idiopathica manum**. Die betreffende 50jährige Köchin gibt an, seit vier Jahren an einem immer im Herbst wiederkehrenden Ausschlage zu leiden, der sie dieses Mal, wegen größerer Heftigkeit, gezwungen hat, sich in das I. Stadthospital zu legen. Stirn und Wangen der Kranken sind gerötet und mit Borken belegt, auf dem Kinn finden sich einzelne rote Flecke. Die Augen werden schwer geöffnet wegen beiderseitiger *Conjunctivitis palpebr. et bulbi*, *Keratitis ulceroza* und Entzündung der Tränensäckchen (Untersuchung von Dr. AWEBBACH). Die Haut des Körpers ist unverändert. Auf den Streckseiten beider Unterarme finden sich symmetrisch angeordnete, bläulichrote Flecke, teilweise schon bräunlich, ferner weiße und pigmentierte Narben verschiedener Form und Größe. Auf den Handrücken sieht man gleichfalls hier und da bläulichrote Flecke, die teilweise mit Borken bedeckt sind. Außerdem ist aber die Haut der Handrücken verdünnt und in feinen Fältchen erhoben. Beim Erheben der Haut zu einer Falte gleicht sie sich nur langsam aus. Das Knistern von Zigarettenpapier, wie das Durchschimmern der Venen ist nur schwach ausgeprägt. Auf den Unterschenkeln finden sich nur Narben, teils weiße, teils pigmentierte, die stellenweise stark atrophisch sind. Das Allgemeinbefinden der Kranken ist befriedigend, die Temperatur ist nicht über 37,6 gestiegen. Die inneren

Organe sind normal. Kein Eiweiß und Zucker im Urin. Als Besonderheiten des Falles werden hervorgehoben: die Ausbreitung des Prozesses auf die Conjunctivae und Corneae, die Neigung zu Rezidiven, zu Narbenbildung und endlich der Übergang in Atrophie der Haut.

Diskussion: METSCHERSKI hält eine Diagnose des Falles bei einmaliger Berücksichtigung zwar nicht möglich, glaubt aber, daß die Narbenbildung und der Übergang auf die Corneae entschieden gegen ein Erythema exsudativum sprächen, und ist eher geneigt, an Pemphigus vegetans zu denken. Die Atrophie könne er auch nicht als eine idiopathische, sondern als eine senile ansehen.

SHIWULT und SOKOLOW sprechen sich ebenfalls für Pemphigus aus.

JORDAN bleibt bei seiner Diagnose, da er während einer zweiwöchigen Beobachtungsdauer gar keine frischen Blasen hat aufschiefen sehen und da ihm die spontan auftretende Narbenbildung gegen die Diagnose eines Pemphigus vegetans, dieses bösartigen, meist letal endenden Leidens zu sprechen scheint.

SHIWULT hält die Beobachtungszeit für zu kurz.

POSPELOW erklärt es gleichfalls für unmöglich, eine Diagnose zu stellen, einige Stellen entsprechen dem Erythema exsudativum multif., andere ähneln einem Pemphigus, noch andere einem Herpes zoster. Er spricht den Wunsch aus, daß der Fall nach einiger Zeit, wenn möglich, nochmals vorgestellt werde.

2. FOKIN stellte einen Fall von **Sarcoma cutis multiplex melanosum** vor und zeigte die dazu gehörigen, die Diagnose bestätigenden mikroskopischen Präparate. Der Fall betrifft ein 16jähriges junges Mädchen, welches im Anschluß an einen Naevus diese Hautveränderungen bekommen hat, welche nur die linke obere Extremität einnehmen, und zwar speziell den linken Handrücken, dann den lateralen Teil des linken Vorderarmes und auf der Vola manus, den Daumen, Zeige- und Mittelfinger. Aus der Entfernung gesehen, macht es den Eindruck, als wenn die Hand mit Tinte bespritzt wäre, in der Nähe sieht man die einzelnen pigmentierten Wärzchen und Knoten bis zu Haselnußgröße.

Diskussion: METSCHERSKI wird durch diesen Fall an den von HUTCHINSON beschriebenen Fall von **Lentigo malignum** erinnert, welcher später in **Melanosarkom** überging.

FOKIN erwidert, in seinem Fall ist ein Naevus vorausgegangen.

POSPELOW hebt beim Vergleich der Kranken mit der Moulage des Falles, welche vor der Behandlung abgenommen worden ist, die unter Arsenik entstandene zweifellose Besserung hervor.

3. METSCHERSKI führte eine 33jährige, unverheiratete Dame mit **Morbus Addisoni** vor, welche Krankheit sich nach Angabe der intelligenten Patientin nach einem Sturz von dem Tramway eingestellt hat. Die Haut des ganzen Körpers zeigt eine diffuse, gleichmäßige, schwärzliche Färbung. Nur die Volae manus lassen noch den rosafarbenen Fleischtönen durchschimmern. Ebenso sind auch die Schleimhäute schwärzlich verfärbt. Die Diagnose wird gegenüber Arsenmelanose und Argyrie gesichert durch die allmählich zunehmende, diffuse Schwarzfärbung der Haut, durch den Verfall der Kräfte und Schmerzen im Kreuz und Rücken.

4. RESCHETILLO sprach über einige neue Forschungen auf dem Gebiete der Lichttherapie, und zwar speziell über die Arbeiten von DREYER, NEISSER usw.

5. POSPELOW demonstriert einen neuen, binokularen Apparat von ZEISS, das **Dermatoskop**, welches er zu klinisch-dermatologischen Zwecken warm empfiehlt.

Fachzeitschriften.

Monatschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. I, Heft 2.

Die interne Behandlung der Blennorrhoe, von S. BOSS-Straßburg. Verfasser tritt enthusiastisch für die unter dem Namen Gonosan bekannte Mischung von echtem ostindischen Sandelholzöl mit 20% Kawaharz ein. Das Mittel wird gewöhnlich in Kapseln zu 0,3 g Inhalt verabreicht. Es hat nach den im Auszug mitgeteilten Erfahrungen von SAALFELD, FRIEDLÄNDER, VINCENZO MEYER u. a. neben einem sehr willkommenen schmerzstillenden Effekt eine ausgesprochene Wirkung auf den Ausfluß und die Gonokokken.

Über Adrenalin, von J. COHN-Berlin. Bekanntlich ist das Mittel von verschiedenen Autoren für die Blutstillung und zur Erzeugung von Blutleere, namentlich an den Schleimhäuten, warm empfohlen worden. C. hat bei endoskopischen Beobachtungen mit einer Lösung in der Stärke von nur 1 : 10 000 letztere Wirkung prompt eintreten sehen, so daß er das Adrenalin als eine sehr wertvolle Hilfe in der Behandlung von Strikturen empfehlen zu können glaubt.

Über Impotenz, von M. GORDON-Hamburg. (Fortsetzung und Schluß.) In diesem Abschnitt bespricht G. die Diagnose, Prognose, Prophylaxe und Therapie der Impotenz und gibt verschiedentliche Winke, welche für solche, die das Leiden wissenschaftlich zu würdigen noch nicht gelernt haben, von entschiedenem Werte sein dürften. Im Referate kann dies nicht wiedergegeben werden.

Zur Ätiologie und Behandlung der Prostitution, von W. HANAUER-Frankfurt a. M. In bezug auf die Prostitution machen sich zurzeit vier verschiedene Gesichtspunkte resp. Parteien geltend:

1. Die Reglementierung.
2. Das Bestreben, die Zahl der Prostituierten zu vermindern durch Schaffung von Magdalenenasylen, Belehrung, Besserung der sozialen Verhältnisse usw.
3. Der Abolitionismus.
4. Die Gruppe derjenigen, welche die Prostitution durch gesetzliche Strafen unterdrücken zu können vermaßen.

Der Hauptgrund, weshalb bisher Reglementaristen und Abolitionisten, denn um diese zwei Standpunkte kann es sich in praxi wirklich nur handeln, zu keiner Einigung kommen konnten, ist nach H. hauptsächlich in dem Mangel an eigentlichem Beobachtungsmaterial zu finden. Man müßte umfassende Enqueten anstellen bei den Prostituierten in bezug auf Heredität, Erziehung, früheren Beruf, vorhergegangene Krankheiten, Verführung, Geburten, gerichtliche Strafen, gegenwärtigen Gesundheitszustand, anthropometrische Verhältnisse, Bildungsgrad, moralischen Charakter, Lebensweise usw. Hierzu hätten Gefängnisärzte, Polizeiärzte, Irrenärzte u. a. vielfach Gelegenheit. Die bisherigen Publikationen (LOMBROSO, STROMBERG usw.) sind noch keineswegs erschöpfend.

Philippi-Bad Salzschlief.

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band 11, Heft 10.

I. Zur Anatomie der Hautepitheliome, von K. KREIBICH - Graz. Der Beschaffenheit des Parenchyms nach kann man zwei große Gruppen von Krebsen unterscheiden: die eine charakterisiert sich durch relativ große Zellen mit acidophilem Protoplasma, durch erhaltene Protoplasmafaserung (Riffeln) und durch die Tendenz zur Verhornung. Die Krebse dieser Gruppe bezeichnet man als „Cancroide“. Die zweite Gruppe weist kleine, weiche, zusammendrückbare, daher oft spindelige Zellen mit intensiv färbbarem Kern und geringem Protoplasma auf, ferner fehlende Protoplasmafaserung, Tendenz zur Nekrose, Erweichung und fettiger Degeneration. Diese Form von Krebsen heißt nach DUBREUILH „Ulcus rodens“, nach HANSEMANN „medulläre Carcinome“. Das Cancroid kommt nicht so häufig vor als das Ulcus rodens. Bei letzterem sind die randständigen Knötchen und der Carcinomwall viel deutlicher als beim Cancroid, das vorwiegend alte Leute befällt, während das Ulcus rodens auch jugendliche Personen treffen kann. Lymphdrüsenanschwellungen kommen beim Ulcus rodens fast gar nicht vor, sind aber beim Cancroid nicht so sehr selten.

Zwischen der Gruppe der Cancroide und derjenigen des Ulcus rodens gibt es Übergangsformen oder Zwischenformen. Die Zellen sind hier nicht besonders basophil, das Protoplasma nicht ausgesprochen acidophil, es finden sich keine deutlichen Riffeln; weder besteht Verhornung noch Nekrose. Manche der von HANSEMANN so benannten schlauchförmigen Carcinome oder UNNAS Lymphbahninfiltrate dürften ihrer Zellbeschaffenheit nach hierhergehören.

Nach denselben Gesichtspunkten können auch alle Epitheliome beurteilt werden, welche vom Follikel ausgehen. Vom obersten Anteil aus entstehen Cancroide, während sich von der Haartasche, vom Rand der Talgdrüse häufiger das Ulcus rodens entwickelt. Daneben gibt es Cancroide, die sich nur wenig von akanthotischer Epidermis unterscheiden, in denen Basalzelle, Stachelzelle, Körner- und Hornschicht wie in normaler Epidermis aufeinanderfolgen.

Nicht so regelmäßigen Bau, wie die letzterwähnten Cancroide, zeigt das Trichopithelioma, bei welchem die Randzellen nur einige Reihen Stachelzellen mit sehr undeutlicher Stachelbildung aufweisen; die inneren enthalten Keratohyalintropfen; nach innen folgt eine Cyste oder das Haar.

Wo keine Haare, sondern nur Cysten sind, hat das Epitheliom große Ähnlichkeit mit dem von BROOKE, UNNA, WOLTERS beschriebenen Epithelioma adenoides cysticum. Verfasser hält dasselbe nicht für einen Naevus, sondern für eine intravitam entstandene Geschwulst.

II. Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen, von H. STREBEL-München. Die Kathodenstrahlen erzeugen durch ihre Absorption in der Haut eine ähnliche Wirkung, wie sie Röntgen- und Radiumstrahlen hervorbringen; sie richten sich auch, wie diese, nach dem von KIENBÖCK und HOLZKNECHT aufgestellten Gesetze, wonach die Wirkung von der Größe der absorbierten Energie abhängig ist. Je größer der Energieaufwand und je länger die Expositionszeit waren, desto früher tritt auch bei den Kathodenstrahlen wie bei den Röntgen- und Radiumstrahlen die Entzündung auf.

Was die therapeutische Verwendbarkeit anlangt, so scheinen die Kathodenstrahlen in ihrer Wirkung den Radiumstrahlen näher zu stehen als den Röntgenstrahlen. Verfasser hat zunächst wegen der Schwierigkeit der Applikation nur zwei Fälle von Cancroid und einige Lupusherde behandelt. Es genügte hin und wieder eine Be-

strahlung von 8—10 Minuten, um mäßige Reaktion und im Anschluß daran Resorption der Infiltrationen herbeizuführen.

Die Kathodenstrahlen können somit als Ersatz für das schwer erhältliche, hochwertige Radium Verwendung finden.

Verfasser hat seit einiger Zeit ein neues Verfahren der Kaustik eingeführt, welches darin besteht, daß man die mittels eines kleinen Hohlspiegels gesammelten Wärmestrahlen des elektrischen Voltabogens konzentriert auf die Haut fallen läßt. Diese Elektrophotokaustik liefert bedeutend höhere Temperaturen als das HOLLÄNDISCHE Heißluftverfahren. Arbeitet man mit offenem Lichtkegel, so kann man große Lupusflächen in einer Sitzung zum Verschorfen bringen, so daß kein Rezidiv mehr eintritt, und auch eine kosmetisch ziemlich einwandfreie Narbe erzielen. Verfasser verwendet deshalb die Photokaustik als vorzügliches Ergänzungsmittel der FISSEXSCHE Lupusbehandlung und konnte diese wesentlich abkürzen. Das Verfahren kann auch ohne Narkose in der Sprechstunde geübt werden, wenn man sich eines vom Verfasser erfundenen Kühlkompressoriums, das an die Wasserleitung angeschlossen wird, bedient. Dasselbe enthält in der Mitte eine kleine Öffnung, in welche die zu kauterisierende Hautpartie, z. B. ein kleiner Lupusherd, eingestellt wird. Die durch das fließende Wasser in dem Kompressorium hervorgerufene Abkühlung ist genügend stark, um die bei der Photokaustik sonst sehr intensiven Schmerzen wesentlich herabzusetzen, so daß selbst Kinder das Verfahren ertragen können.

Über die Glimmlichtbehandlung der Blennorrhoe, welche Verfasser als dritten Punkt der vorliegenden Arbeit bespricht, ist an anderer Stelle referiert worden. (Vergl. Bd. 39, S. 389, *dieser Zeitschrift*.)

C. Berliner-Aachen.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. Oktober 1904.

I. Über das Rhinophym, von G. W. WENDE und Ch. A. BENTZ. Der 69jährige Patient war früher ein starker Trinker. Als er etwa 20 Jahre alt war, bemerkte er, daß seine Nasenspitze sich zu röten anfang, und daß auch die Backen nach dem Trinken stets unnatürlich rot wurden. Später bewirkten dasselbe Übersättigung, heißer Tee oder Kaffee. Bald wurde der bis dahin temporäre Zustand permanent. Gleichzeitig traten hier und da im Gesicht Pusteln und Papeln auf, von denen einige langsam zu knolligen Gewächsen sich vergrößerten. Der Patient liefs an denselben nichts vornehmen, weil er sich einredete, daß er durch sie vor anderen Krankheiten verschont blieb. Er legte sich auch im Trinken keinerlei Schranken mehr auf. In ganzen mochte er etwa acht bis neun verschieden große Tumoren auf der Nase sitzen haben. Der größte, einer Zwiebel gleich, hing gestielt von der Nasenspitze herab bis über die Mundöffnung hinaus, so daß der Patient sowohl im Essen wie im Trinken behindert war. Er wurde wegen seines komischen Aussehens in Buffalo stadtbekannt. Eines Tages fand ihn der herbeigerufene Arzt in halbkomatösem Zustande vor. Die genaue Untersuchung stellte als wahrscheinliche Diagnose Leberkrebs fest. Der Patient starb. Acht Stunden nach seinem Tode wurden fünf Tumoren entfernt und histologisch untersucht. Die Befunde werden ausführlich mitgeteilt. Sie decken sich bis auf geringe Abweichungen, welche den verschiedenen Entwicklungsstadien der Tumoren zuzuschreiben sind, mit denen anderer Autoren.

Der größte und älteste Tumor bestand hauptsächlich aus Bindegewebe mit vollständiger Obliteration der Talgdrüsen, Hypertrophie des Rete und partiellem Schwund der Epidermis. Der ganze Prozess wird in ätiologischer und pathologischer Beziehung kurz, wie folgt, dargestellt:

Ätiologie.

I. Angioneurosis:

- a) Teleangiectasis (Periode, wo Nase und Gesicht gerötet sind),
- b) Alkohol,
- c) Stimulantien (Tee, Kaffee usw.),
- d) Indigestion (chronischer Katarrh),
- e) Auto-Intoxikation (verminderte Widerstandsfähigkeit),
- f) Berufstätigkeit.

In dieser Periode kommt es zu persistierender Röte der Gesichtshaut, der Nase.
 Pathologie.

II. Akne:

- a) überflüssige Ernährung
- b) Auto-Intoxikation
- c) Infektion (wahrscheinlich mit dem Aknebacillus von GILCHRIST),
- d) Entzündung (akute, glanduläre),
- e) Entzündung (chronische, periglanduläre).

III. Gewebsproduktion (periglanduläre) mit konsekutiver Cystenbildung, Kompression, Obliteration der Gefäße, Anämie und Nekrose usw.

II. Die Ätiologie und das Wesen der toxischen Erytheme, von J. F. SCHAMBERG. Die Hauterscheinungen der Erythema-Gruppe sind so verschiedenartig, daß eine befriedigende Klassifizierung derselben bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens nahezu unmöglich ist. Es ist eine bislang ungelöste Frage, weshalb dieselbe Ursache bei demselben Individuum das eine Mal einen Urticariaausschlag, zu einer anderen Zeit ein Erythem oder einen Purpuraausschlag hervorruft. Noch schwieriger ist die Klassifizierung der Substanzen, welche die verschiedensten Hauterscheinungen produzieren können.

Der Verfasser macht dennoch den Versuch, die Arten von Giften zu klassifizieren, welche zu Ausschlägen führen.

Er unterscheidet:

1. Bakterielle und protozoische Toxine,
2. Ptomaine,
3. Leukomaine und andere metabolische Gifte,
4. Drogen.

Die einzelnen Punkte werden eingehend besprochen.

Unter Leukomain versteht Verfasser ein basisches, organisches Gemisch, welches durch metabolische Veränderungen im tierischen Stoffwechsel entsteht. Leukomaine sind chemische, pflanzlichen Alkaloiden sehr ähnliche Substanzen. Man unterscheidet zwei Gruppen von Leukomainen; die eine gehört zur Harnsäure-Gruppe und umfaßt das Adenin, Guanin, die verschiedenen Xanthinprodukte; die andere ist die Kreatinin-Gruppe. Einige dieser Leukomaine sind äußerst giftig.

Auf Grund seiner Untersuchungen hält Verfasser es für sehr wahrscheinlich, daß fast alle Fälle von scharlachartigem, morbillenartigem Erythem, von Erythema multiforme, Erythema nodosum, Urticaria und Purpura das Resultat von im Blute kreisenden chemischen Giften sind. Selbst die Urticaria-Ausschläge, welche scheinbar nervösen Ursprunges sind, dürften auf metabolische, durch fehlerhafte Innervation produzierte Gifte zurückzuführen sein.

III. Xanthoma multiplex, von H. H. WHITEHOUSE - New York. In dem vom Verfasser beschriebenen Falle handelt es sich um eine 34jährige, sehr kräftige, etwas nervöse, im übrigen aber gesunde Frau, welche, wie alle ihre Familienmitglieder, ein wenig dem Alkoholismus huldigte.

Die Hautaffektion begann vor acht bis neun Jahren mit gelben Verfärbungen in den Linien der Handteller. Sie verschwanden niemals, sondern griffen weiter auf die Interdigitalräume, dann auf die Handgelenke. Vor zwei Jahren entstanden an beiden Ellenbogengelenken Knoten, die langsam, aber stetig wuchsen und weder Schmerzen noch Jucken verursachten. In der jüngsten Zeit entwickelten sich einige Knoten an der Innenfläche des linken Oberschenkels. Sie sehen alle dunkelrot aus, haben die Größe einer Haselnuss, fühlen sich hart an und sind tief in der Haut eingebettet.

Nirgends konnte bei der Patientin, abgesehen von einem Herzfehler, eine Visceralerkrankung entdeckt werden. Sie hatte niemals Gelbsucht gehabt.

Im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren hat Verfasser sieben Fälle ohne Icterus gesehen, es handelte sich allerdings um ganz milde Fälle.

Histologisch handelt es sich um einen vorwiegend neoplastischen, auf den oberflächlichen Teil des Coriums beschränkten, nicht entzündlichen Prozefs. Die Epidermis zeigt keine Veränderung. Die Zellen des tuberösen Xanthoms sind mehr oder weniger unregelmäßig in Herden längs des Gefäßplexus, welcher den Papillarkörper von der Reteschicht trennt, verteilt. Sie entstehen augenscheinlich vom Endothel der Gefäßkanäle und Lymphstränge, obgleich es unmöglich ist, ihren Ursprung mit Sicherheit zu bestimmen. Die Zellen sind grofs, mit einer Zellmembran, welche ein fast homogenes Protoplasma und einen ovoiden Kern einschliesst. Das Protoplasma geht augenscheinlich eine fettige Degeneration ein. Es ist mit kleinen Vacuolen besät, welche vor dem Härten in Alkohol mit Fett erfüllt waren, und zeigt ausserdem zahlreiche kleine, schwach acidophile Körnchen.

Nach der Ansicht des Verfassers ist das Xanthoma vulgare nicht als Lipom, sondern eher als Endotheliom mit Neigung zu granulo-fettiger Degeneration aufzufassen.

IV. Pinta Paño Blanco, von P. G. WOOLLEY-Manila. Mit dem obigen Namen bezeichnet man eine in Mexiko, Zentral- und Südamerika, auf den Philippinen und im nördlichen Afrika vorkommende Dermatomykose, welche charakterisiert ist durch eigentümliche Flecke auf der Haut, in deren Schuppen man Hyphen, Sporen eines Schimmelpilzes, findet, welcher bisweilen dem Penicillium, zuweilen dem Aspergillus ähnlich sieht.

Verfasser sah einen Fall auf Manila. Es handelte sich um einen 15jährigen, sonst gesunden Knaben, welcher an den Knöcheln, den Fußrücken, Schienbeinen, Knien, Ellenbogen, Händen, Handgelenken und an der rechten Schulter rötlich-weiße, verschieden grofse und verschieden und unregelmäßig gestaltete, nicht bestimmt begrenzte Flecken aufwies. Die gröfseren hatten ein etwas helleres Zentrum, das sich rauh und verdickt anfühlte. Einzelne zeigten geringe Schuppenbildung. Die Dermatomykose verursachte ein wenig Jucken.

Es gibt eine Art brauner Pinta, welche wegen ihres Kolorits lebhaft an Pityriasis versicolor erinnert und vielleicht auch mit ihr verwechselt wird.

Der vorliegende Fall liefs jedoch klinisch wie mikroskopisch keinen Zweifel zu, dafs man es mit der echten Paño blanco zu tun hatte. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 15 und 16.

1. Untersuchungen über die Muskeln des Perineums und des Diaphragma pelvis, über die sog. Cowper'schen Drüsen und über die Entwicklung dieser Organe, von ALBERT HOGGE Lüttich. (Heft 14—16.) H. hat die Muskeln des Damms

und des Diaphragma pelvis, insbesondere die quergestreiften Muskeln, welche die Urethra vom Bulbus bis zum Blasenorificium umgeben (*M. sphincter urogenitalis*), dann gewisse Muskeln des Dammes, deren Topographie und Entstehung noch viel umstritten ist (*M. sphincter rectalis*, *M. transversus superficialis*), das Centrum tendinosum perinei, die akzessorischen Geschlechtsdrüsen, namentlich die COWPERSCHEN Drüsen, die Beziehungen zwischen den Muskeln des Dammes und diesen Drüsen, und endlich die Entwicklung dieser Organe zum Gegenstand eingehender Studien und Untersuchungen gemacht, deren Ergebnisse in der vorliegenden, mit zahlreichen Abbildungen versehenen, umfangreichen Abhandlung niedergelegt sind.

Der erste Teil der Arbeit enthält eine Übersicht über die von den verschiedenen Autoren gegebenen Beschreibungen der einzelnen Muskeln des Dammes; ihr folgt im zweiten Teile eine ausführliche Darstellung der Befunde, die H. bei seinen eigenen anatomischen Untersuchungen gemacht, und der Auffassung, die er infolge dieser Befunde von der Zusammengehörigkeit der einzelnen Muskelzüge gewonnen hat. Über die Details dieser Schilderungen zu berichten, ist im Rahmen eines Referates nicht möglich; nur einzelne Hauptpunkte können hervorgehoben werden. Als Muskel des Diaphragma urogenitale oder *M. sphincter urogenitalis* bezeichnet H. die Gesamtheit der quergestreiften Muskelbündel, welche die Urethra und ihre Drüsen vom Bulbus bis in die Nähe der Blase umgeben und das Diaphragma urogenitale HOLL'S ausfüllen. Der *M. sphincter urogenitalis*, der auch die Hauptlappen der COWPERSCHEN Drüsen einschließt, stellt also die quergestreifte Muskelscheide des hinteren Harnröhrenteiles dar; er wird von der Mehrzahl der Anatomen in mehrere Muskeln zerlegt. — Die Muskeln des Diaphragma pelvis werden vielfach unter dem Namen *M. levator ani* als ein Muskel beschrieben; H. dagegen akzeptiert die von HOLL vorgeschlagene Einteilung dieser Muskelgruppe in vier Muskeln: *M. ischio-coccygeus*, *M. ileo-coccygeus*, *M. pubo-coccygeus* und *M. pubo-rectalis*. Den letzteren nennt HOLL auch *M. sphincter rectalis*, während H. als *Sphincter rectalis* einen von den *Musculi coccygei* unabhängigen Muskel bezeichnet, der, vom Diaphragma urogenitale ausgehend, das Rektum gurtenförmig umgibt; dieser *M. sphincter rectalis* im Sinne H.'s wird von den Autoren als Teil des *Levator ani* oder des *Sphincter ani* beschrieben.

Die COWPERSCHEN Drüsen bestehen nach H. 1. aus den beiden Hauptlappen, den „diaphragmatischen“ COWPERSCHEN Drüsen, weil sie innerhalb des Diaphragma urogenitale gelegen sind, und 2. aus zwei nach innen und unten von den Hauptlappen gelegenen, akzessorischen Lappen, die H. die „bulbären“ COWPERSCHEN Drüsen nennt, weil ihre Läppchen in den Maschen des spongiösen Gewebes des Bulbus liegen; sie haben den gleichen histologischen Charakter wie die diaphragmatischen Drüsen. Im Gegensatz zu anderen Autoren hält A. diese akzessorischen Lappen, an deren Stelle sich nur ausnahmsweise ein median gelegener Lappen findet, für konstante, normale Gebilde, die in der Pathologie, namentlich bei den periurethralen blennorrhoeischen und tuberkulösen Prozessen, eine wichtige Rolle spielen; ihre Läppchen sind nicht miteinander zu einer zusammenhängenden kompakten Drüsenmasse verbunden, sondern durch eine mehr oder weniger dichte Schicht spongiösen Gewebes von einander getrennt; sie entleeren ihr Sekret nicht in einen gemeinschaftlichen Ausführungsgang, sondern einzeln in die Ausführungsgänge der COWPERSCHEN Drüsen.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Entwicklung der Muskeln des Perineums und des Diaphragma pelvis, sowie der bulbo-urethralen und prostatischen Drüsen faßt H. in folgende Sätze zusammen: 1. Beim Manne wird die erste Anlage der quergestreiften Muskeln des Perineums und des Diaphragma pelvis nach dem Auftreten der Scheidewände in der Kloake erkennbar. 2. Der Beginn der Bildung dieser Muskeln konnte bei Föten von 23—28 mm Länge (vom Scheitel bis zum Steißbein),

also bei 2—2½ Monate alten Föten konstatiert werden. 3. Die Muskeln des anderen Teiles des Perineums (des Perineums im engeren Sinne) und die des hinteren Teiles des Perineums (perineale und perirektale Muskeln) haben eine gemeinsame Anlage, die von der Anlage der Muskeln des Diaphragma pelvis getrennt ist. Doch treten diese beiden Arten von Muskeln (kloakale und kaudale Muskeln) sehr frühzeitig in Verbindung miteinander durch die vorderen Muskelbündel des *M. pubo-coccygeus*. 4. Die Trennung der verschiedenen Muskeln des Dammes beginnt bereits bei einem Fötus von 37 mm Länge, bei einem Fötus von 45 mm Länge ist sie schon deutlich sichtbar. 5. Die Gemeinsamkeit des Ursprungs der *M. ischio-* und *bulbocavernosi* ist noch an einem Fötus von 10½ cm Länge bemerkbar. 6. Der *M. sphincter urogenitalis* wird frühzeitig sichtbar; er stellt eine Fortsetzung des *M. bulbo-cavernosus* nach oben dar. 7. Die Bogen- oder Brückenform, welche den Prostatasteil des Sphincter urogenitalis vor der Urethra bildet, ist nicht etwa dadurch verursacht, daß seine Fasern durch die prostatatischen Drüsen auseinander- oder zurückgedrängt werden. 8. Der *M. ischio-bulbosus* besteht aus Muskelfasern kloakalen Ursprungs, die jedoch durchaus nicht konstant sind; sie stammen entweder vom *M. sphincter rectalis* oder vom *M. bulbo-cavernosus*. 9. Der *M. transversus superficialis perinei* ist ein konstanter, aber im einzelnen variabler Muskel kloakalen Ursprungs; seine tiefliegenden Faserszüge werden gebildet durch den perinealen Teil des *M. sphincter rectalis*, seine oberflächlichen durch abweichende Fasern der *Musculi bulbo-cavernosus* und *sphincter externus ani*. 10. Der *M. sphincter rectalis* trennt sich vom *M. sphincter externus ani* erst beim 8½ cm langen Fötus; seine erste Anlage grenzt nach vorn an die des *M. bulbo-cavernosus ani*. 11. Die akzessorischen Geschlechtsdrüsen (Cowper'sche Drüsen und Prostata) entwickeln sich alle gleichzeitig. 12. Die erste Anlage dieser Drüsen erscheint bei Föten von 5½—6 cm Länge (vom Scheitel bis zum Steißbein) unter der Form von Wülsten, die vom Epithel des Urogenitalkanals ausgehen. Diese Wülste verästeln sich später und werden dann hohl.

2. Spontane Torsion des Samenstranges, interstitielle Tuberkulose des Nebenhodens, Tuberkulose des Präputiums: histologische Studie, von E. DALOUS und E. CONSTANTIN-Toulouse. Bei einem 30jährigen Manne, der in seiner Jugend zweimal an Blennorrhoe erkrankt war und vor ungefähr zehn Jahren Syphilis akquiriert hatte, trat nach einer schweren körperlichen Anstrengung eine schmerzhaft Anschwellung des rechten Hodens und Nebenhodens auf; dieselbe ging bis auf eine knotige Anschwellung des Kopfes des Nebenhodens und der untersten Partie des Samenstranges zurück, stellte sich aber im Laufe der nächsten Monate ohne äußere Veranlassung mehrere Male wieder ein. Gleichzeitig entstand am Präputium ein erbsengroßes rötliches Knötchen, das aufbrach und einige Zeit hindurch eiterte, dann allmählich größer wurde; die darüber liegende Haut infiltrierte sich ziemlich stark und verfärbte sich bläulich. Die histologische Untersuchung eines an dieser Stelle exzidierten Gewebstückes ergab, daß es sich um Hauttuberkulose handelte; man nahm infolgedessen an, daß auch die Erkrankung des Hodens und Nebenhodens, die unterdessen zu einer festen, unregelmäßig geformten, fast indolenten Masse geworden waren, tuberkulöser Natur sei, und entschloß sich zur Exstirpation. Beim Versuche, den Nebenhoden zu isolieren, blieben jedoch, obwohl sehr vorsichtig und schonend gearbeitet wurde, Hoden und Nebenhoden dem Assistenten in der Hand, ohne daß ein Tropfen Blut aus dem Samenstrang floß. Der Hoden war etwas verkleinert, gelblichweiß gefärbt und zeigte makroskopisch normale Struktur, während der Nebenhoden in eine homogene, weiche, rotbraune, nicht blutende Masse verwandelt war, an der sich mit bloßem Auge keine Einzelheiten mehr erkennen ließen. Hoden und Nebenhoden waren, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, im Zustande der

aseptischen Nekrose, der am Nebenhoden befindliche unterste Teil des Samenstranges wie nekrotische Veränderungen und schwere Läsionen der Gefäße (Nekrosen und Venenthrombosen) auf; es handelte sich demnach um eine spontane Torsion des Samenstranges mit sekundärer Nekrose des Hodens und Nebenhodens. Außerdem aber fanden sich im Bindegewebe des Samenstranges zerstreut liegende Haufen von polynukleären Riesenzellen, zum Teil in Knötchen, zum Teil in Streifenform angeordnet; das Bindegewebe in der Umgebung dieser Haufen von Riesenzellen zeigte gar keine oder nur ganz geringfügige entzündliche Reaktion. Die Verfasser glauben, daß diese Riesenzellen tuberkulöser Natur waren, daß also eine interstitielle Tuberkulose des Samenstranges vorlag; das Ungewöhnliche in ihrem Aussehen mochte durch die Torsion verursacht sein, die die Struktur aller Elemente des Samenstranges, Hodens und Nebenhodens schwer geschädigt hat. Andererseits hat die Tuberkulose des Samenstranges sicherlich das Zustandekommen der Torsion begünstigt. Die Tuberkulose des Präputiums war zweifellos sekundärer Natur, abhängig von der Tuberkulose des Samenstranges.

1904. Heft 17.

1. **Über die Behandlung der Blasensteine beim Manne**, von JEAN PETIT. P. teilt die Krankengeschichten von zehn Patienten mit Blasensteinen mit; in acht von diesen zehn Fällen ist die Lithotripsie, in zwei Fällen die Sectio alta gemacht worden. Der Hauptzweck der Publikation ist, darauf hinzuweisen, wie notwendig und segensreich bei Steinkranken mit Harninfektion eine präparatorische Behandlung der Blase mit Instillationen von Höllestein ist, und wie sehr durch eine solche das Gebiet der Lithotripsie, die zweifellos ungefährlicher und harmloser ist als die Sectio alta, erweitert wird. Neben der vorbereitenden Behandlung der Blase wird auch die zur Verhütung von Rezidiven in allen Fällen notwendige Nachbehandlung ausführlich geschildert. Für Prostatiker mit Harnretention und Blasensteinen empfiehlt P. gleich ALBARRAN die perineale Prostatektomie und Entfernung der Steine durch die eröffnete Urethra. Allerdings ist diese Operation nicht in allen Fällen möglich. Von den beiden Kranken, bei denen P. die Sectio alta ausgeführt hat, hatte einer eine Prostatahypertrophie nebst kompletter, seit Jahren bestehender Harnretention. Die Prostata lag so hoch, daß sie mit der Fingerspitze kaum noch gefühlt werden konnte; da aber der Kranke ungemein schwach und elend war und rasch, aber möglichst schonend eingegriffen werden mußte, nahm P. von der Prostatektomie, die in diesem Falle zweifellos sehr schwierig gewesen wäre, Abstand und eröffnete nach einem vergeblichen Versuche, den Stein zu zertrümmern, die Blase mittels Sectio alta. Am zweiten Tage nach der Operation trat eine sehr heftige Haematemesis auf, die sechs Tage lang anhält. Der Kranke genas. — Bei einem Kranken mit leichter Prostatahypertrophie verschwand nach der Lithotripsie eine seit langer Zeit bestehende inkomplette Harnretention vollständig und dauernd.

2. **Beitrag zur Kenntnis der Cystadenome des Harnapparates**, von B. MORZ und A. CARIANI. Die Cystadenome des Harnapparates sind nach den Erfahrungen der Verfasser nicht so selten, wie gewöhnlich angenommen wird. Sie selbst haben 15 Fälle gesehen, die Mehrzahl betraf alte Leute, in fast allen Fällen bestand daneben eine chronische Cystitis. Unter 50 Harnblasen von Prostatikern, die infolge von Harninfektion gestorben waren, fanden die Verfasser zwölfmal cystische Veränderungen, die aber zum größten Teile nur mikroskopisch sichtbar waren; in zwei Fällen war die Entwicklung der Cysten eine sehr beträchtliche, und in diesen beiden Fällen fand sich außer der Prostatahypertrophie und der Harninfektion, das eine Mal am Darm, das andere Mal am Penis, eine carcinomatöse Neubildung. — Die Cystadenome des Harnapparates sind nicht, wie manche Autoren annehmen, die Folge einer Dilatation nor-

maler Drüsen der Blase, der Ureteren oder des Nierenbeckens; solche Drüsen sind, wenn sie überhaupt vorkommen, jedenfalls außerordentlich selten und spärlich; die Tausende von Cysten, die in den einzelnen Fällen beobachtet werden, können also unmöglich aus dilatierten normalen Drüsen hervorgegangen sein. Nach den Ergebnissen der von den Verfassern vorgenommenen Untersuchungen kommen die Cystadenome entweder durch Einstülpung des epithelialen Übersuges zustande, oder aber durch Wucherung der Schleimschicht infolge einer langdauernden Reizung; eine Reihe von Abbildungen zeigt, wie ihre Entwicklung in beiden Fällen vor sich geht. Der Inhalt der Cysten ist entweder durchscheinend oder milchigweiß gefärbt; in letzterem Falle können sie bei der cystoskopischen Untersuchung leicht mit tuberkulösen Granulationen verwechselt werden. Manchmal brechen einzelne Cysten auf, in anderen Fällen bilden sie sich einen meist ganz dünnen, aus wenigen Bindegewebsbündeln bestehenden Stiel. Das Vorhandensein zahlreicher Cystadenome in einem Ureter kann die Urinentleerung behindern und die Ursache einer Dilatation des Nierenbeckens und der Nierenkelche werden.

3. Beitrag zur Kenntnis der Hämaturien, wie sie bei brücker Katheterisierung in Fällen von akuter kompletter Harnretention vorkommen, von ADAM GRELINSKI. GUYON behauptet bekanntlich, daß die Hämaturien, die bei plötzlicher und vollständiger Entleerung einer durch komplette Harnretention dilatierten Blase vorkommen, in den meisten Fällen ausschließlich durch eine im Verlaufe der Retention entstandenen Kongestion der Blasenwände verursacht sind. Diese Auffassung erhielt eine Stütze durch die Ergebnisse die Tierexperimente, wie sie von GUYON und ALBARRAN vorgenommen worden sind; sie fanden nämlich bei Harnverhaltung, die künstlich durch Ligatur des Penis erzeugt war, Blutergüsse in der Muscularis und in der äußeren Bindegewebschicht. GR. nun hatte Gelegenheit, in drei Fällen, in denen die Entleerung einer durch Retention dilatierten Blase von Hämaturie gefolgt war, die Harnorgane mikroskopisch zu untersuchen. Aus seinen Befunden schließt er, daß wenigstens in der Mehrzahl der Fälle diese Hämaturien verursacht sind durch chronische Veränderungen, die schon vor der Retention vorhanden waren. Ein Beweis dafür, daß die Hämaturie durch eine einfache Kongestion der Blasenwände hervorgerufen sein könnte, war in keinem der Fälle zu finden. Blutergüsse in die Muscularis und in die äußere Bindegewebschicht wurden nicht beobachtet.

4. Behandlung der Prostatiker mit inkompletter Harnretention und Distension der Blase, von NICOLICH-Triest. Die inkomplette Harnretention mit Distension der Blase bei Prostatikern ist bekanntlich außerordentlich gefährlich; selbst bei sorgfältigster Katheterbehandlung kommt es fast in allen Fällen früher oder später zur Infektion der Blase und der oberen Harnwege. Um das zu vermeiden, hat N. in einem Falle die transvesikale Prostatektomie vorgenommen und die Blase, die er ebenso wie die Bauchwunde offen gelassen hatte, acht Tage lang mit Jodoformgase drainiert. Der Erfolg war ein glänzender, der Kranke genas ohne irgenwelche Zwischenfälle; vier Wochen nach der Operation entleerte sich der Urin spontan durch die Harnröhre.

Göts-München.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 9.

Die Spezifität der Hautkrankheiten, von H. HALLOPRAU. „Jeder Krankheitserreger erzeugt im Körper eine spezifische Störung, und jedes Körperorgan reagiert in seiner eigenen Weise auf die verschiedenartigen Angriffe, denen es ausgesetzt ist.“ Dieser Satz steht im Widerspruch mit der Ansicht der meisten Dermatologen; er steht

namentlich im Widerspruch mit der von Brocq, der den gegenteiligen Standpunkt in den Worten zum Ausdruck bringt: „Die nämliche Ausschlagsform kann bei einer prädisponierten Person durch die verschiedensten Ursachen zum Ausbruch kommen.“ Der Begründung seiner abweichenden Auffassung hat H. die vorliegende Arbeit gewidmet und verteidigt sich in geschickter und nachhaltiger Weise. Er hebt namentlich hervor, daß die sogenannten generischen Hautaffektionen, wie Ekzem, Pityriasis, Urticaria, Prurigo, Lichen, Herpes und selbst Psoriasis, die von den Autoren als immer gleichförmige Hautreaktionen auf die verschiedensten Reize hingestellt werden, in ihren feineren Zügen ein dem jeweiligen Reiz entsprechendes wechselndes Aussehen aufweisen, daß z. B. eine durch Flöhe verursachte Urticaria von einem autographisch hervorgerufenen doch wesentlich unterschieden sei usw. Im folgerichtigen Ausbau seiner eigenen Theorie bekämpft er auch am Schlufs die Brocqsche Lehre von den Übergangsformen, wodurch die scharfen Grenzen zwischen den einzelnen dermatologischen Formen verwischt würden; er erklärt vielmehr ausdrücklich, daß die meisten der aufgestellten dermatologischen Typen klinisch wohl abgegrenzt sind, und daß nur wenige von ihnen durch Übergangsformen miteinander verbunden erscheinen.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Urologie, von ANTON v. FRISCH und OTTO ZUCKERKANDL. Bd. I. (Verlag von Alfred Hölder, Wien.) Wenn das Handbuch der Hautkrankheiten von MRAČEK seitens der Dermatologen mit großer Spannung erwartet wurde, so gilt dies in noch höherem Maße von einem zusammenfassenden Handbuch der Urologie, da in der deutschen Literatur ein ähnlich angelegtes Werk bisher nicht existierte, und es für den Spezialarzt fast unmöglich war, sich gegebenenfalls in einem größeren Nachschlagewerk Rat zu holen.

An dem vorliegenden Werke sind 14 Autoren beteiligt, deren Namen jedem Urologen bekannt sind. Die Herausgeber, die beiden bekannten Wiener Chirurgen, bürgten von vornherein für eine gediegene und praktische Anordnung des großen Stoffes. Der erste Band, welcher bisher erschienen ist, behandelt der Reihe nach:

1. Die Anatomie des Urogenitalsystems, von E. ZUCKERKANDL.
2. Die Physiologie der Harnabsonderung, von HANS KOEPPF.
3. Die Physiologie der männlichen Geschlechtsfunktionen, von SIGMUND EXNER.
4. Die chemische Untersuchung des Harns, von J. MAUTHNER.
5. Die Bakterien der gesunden und kranken Harnwege, von RUDOLF KRAUS.
6. Die Asepsis in der Urologie, von O. ZUCKERKANDL.
7. Die klinischen Untersuchungsmethoden, von A. v. FRISCH.
8. Allgemeine Symptomenlehre, von O. ZUCKERKANDL.

Neben der mustergültigen Ausstattung, den gediegenen Abbildungen und Tafeln, der klaren und erschöpfenden Schilderung der einzelnen Kapitel seitens der Autoren ist besonders hervorzuheben das jedem Kapitel folgende Literaturverzeichnis, das eine wertvolle Beigabe des Werkes für den ratsuchenden Praktiker bildet.

Das in großem Stile angelegte Werk gibt bereits in seinem ersten Bande einen Überblick der gewaltigen Leistungen auf urologischem Gebiete, mögen sie nun die Anatomie, die Physiologie, die Chemie, die Bakteriologie oder die klinischen Untersuchungsmethoden betreffen.

Hoffen wir, daß die folgenden Bände sich dem bereits erschienenen, was Anordnung und Behandlung des Stoffes betrifft, in ebenso würdiger Weise anreihen.

Drewo-Hamburg.

Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung durch Verhütungsmaßnahmen, von MAX SALOMON - Berlin. (S. Karger, Berlin 1904.) „Ein Mahnruf an das deutsche Volk“, und als populäre Schrift von der „Hufelandischen Gesellschaft“ preisgekrönt. Das 60 Seiten umfassende Buch geht auf alle Fragen überaus gründlich und mit großem Takte ein. Erst die nationalen, dann die sozialen Fragen und Statistiken, dann die Ergebnisse der neueren Forschung und als hauptsächlichstes Kapitel (zwei Druckbogen umfassend) die Verhütung der Tuberkulose, und zwar:

- A. Allgemeine behördliche Verhütungsmaßnahmen,
- B. Individuelle Verhütungsmaßnahmen, und
- C. Prophylaktische Maßnahmen in bezug auf Disponierte.

Im allgemeinen eine gemäßigte und den praktischen Forderungen eher noch etwas Rechnung tragende Schrift, wieweil auch ihr einige der Praxis zuwiderlaufende Seiten sprünge nicht fehlen.

Arthur Rahn-Collm.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Ein neuer Fall von *Scabies norvegica crustosa*, von THOMAS DE AMICIS-Neapel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) In der Festnummer der *Berl. klin. Wochenschr.* zum Internationalen Dermatologenkongress schildert A. einen Fall dieser nicht häufigen Erkrankung. Es handelt sich um ein 18 jähriges Mädchen aus Neapel von rachitischem schwachen Körperbau. Der ganze Körper zeigte eine lebhaft rote bedeckt mit weißlichen Stellen und Erhebungen, am Ellenbogen und Knie waren weißliche Krusten, ebenso grauweiße Krusten auf Armen, Rücken, Händen, welche sich schwer entfernen lassen, und unter denen die Haut rot und durchscheinend ist. Auch die Nägel sind in Mitleidenschaft gezogen und sind in Krallen umgewandelt. An den Händen, zwischen den Fingern, in den Achselhöhlen ist nichts Besonderes zu bemerken, das Gesicht ist unbeteiligt, die Inguinal-, Cervikal- und Skapulardrüsen sind geschwollen. Die Diagnose war anfangs schwankend, doch erschien der Vater, welcher eine langdauernde Scabies hatte; er gab an, daß seine Tochter dasselbe Bett benutzte wie er. Dadurch aufmerksam gemacht, fand A. mikroskopisch auch in der Haut der Tochter Milben und Eier, sowie Larven von *Acarus scabiei*, und die Diagnose wurde somit klar, daß es sich um die krustöse norwegische Form der Krätze handelte. Unter antiscabiöser Behandlung erfolgte nun schnell die Heilung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Kopfhaut und Lidrand, von WALTER ALBRAND-Sachsenberg (Mecklenburg). (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Verfasser weist auf den Zusammenhang von Lidrandentzündungen mit Seborrhoea sicca capitis hin und betont die Notwendigkeit der Pflege der Kopfhaut, wenn man die Lidrandentzündung erfolgreich behandeln will.

A. Loewald-Kohner.

Zur Frage der Seborrhoide, von R. SABOURAUD. (*Presse méd.* 1904. Nr. 45 und 50.) Die alte Bezeichnung der Pityriasis simplex capitis Willan ist heute als Krankheitseinheit anzusehen. Sie stellt eine chronische Epidermismykose dar, die gewöhnlich und hauptsächlich die Kopfhaut befällt. Zu diesem Prozess vermag sekundär ein Coccus mit grauen Kulturen hinzuzukommen. Dann werden die Schuppen speckig. Durch dieses förmliche Zusammenleben zweier Pilzarten entstehen ganz neue klinische Symptome, und wird ihre Ausbreitungstendenz gefördert. Auf der behaarten Gegend bereitet die Pityriasis die Haut auf die Seborrhoe vor. Nach jahrelangem Bestehen der einfachen Pityriasis folgt die Seborrhoe. Umgekehrt geht auf den unbehaarten Körperstellen die Seborrhoe der Pityriasis voraus. Die Pityriasis mediothoracica baut sich fast stets auf einer Seborrhoe auf. Ob in der Zukunft die Klasse der sogenannten Seborrhoide sich als solche wird halten lassen, ist zweifelhaft. Die Klasse der Seborrhoide war auf der Gleichartigkeit der äußeren Erscheinung aufgebaut, welche auf seborrhoischem Boden abortive Impetigoformen, atypische Schuppenflechten, normale und anormale Fälle von Pityriasis rosea und Ekzematisationsformen von mancherlei Krankheitstypen darbieten konnten. Es gilt jedoch, diese Gruppe nicht mehr auszudehnen, sondern eher einzuzengen. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung des Ekzems mit den neueren und neuesten Mitteln, unter anderem auch am eigenen Körper untersucht, von LUDWIG MAYER-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 80.) Kurze Empfehlung des Lenigallol, des Thigenol, des Empyroform und des Anthrasol zur Behandlung der verschiedenen Ekzemstadien. Bei der Behandlung von Geschwüren an ekzematösen Unterschenkeln hat sich M. einfaches Auftreten von Tannoform glänzend bewährt; es bildet sich in ca. zwei Tagen eine feste Kruste, unter welcher bei Anlegung eines mälsig komprimierenden Verbandes die Überhäutung im Verlaufe von acht Tagen vor sich geht. *Göts-München.*

Über einen Fall von Ekzema reflexum s. neuroticum in Kombination mit Urticaria, von L. EIMS-Ekaterinodar (Kauk. Russ.). (*Deutsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 39.) E. berichtet von einem Fall von Ekzema reflexum kombiniert mit Urticaria bei einer 19jährigen Patientin. Dieselbe hatte mehrere Stunden lang in der Kälte mangelhaft bekleidet zugebracht und bekam nach Betreten des Zimmers erwähntes Ekzem. Stirn, Wangen und Ohrmuscheln, Nase-, Mund-, Kinn- und Augengegend und die Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten — Beugeflächen waren frei — bedeckte ein Exanthem, welches aus hellroten Flecken und Knoten, sowie Bläschen und Borken besteht. Bisweilen hat Patientin unter Anfällen von echter Urticaria zu leiden. Das Ekzem juckt stark, trotz lange jeglicher medikamentöser Behandlung und ist nach E.s Ansicht infektiöser Natur. Für das Ekzema reflexum ist folgendes typisch: 1. Das Auftreten desselben an bestimmten symmetrischen Stellen — Stirn, Wangen, Ohrmuscheln, Streckseiten der Extremitäten —, die mittleren Gesichtsteile und die Beugeseiten bleiben frei. 2. Die bedeutende Widerstandsfähigkeit gegen medikamentöse Mittel und Neigung zu Rezidiven. 3. Die rein reflektorische Entstehung. *Arthur Bahn-Cölln (Sachsen).*

Über Ekzema unguium localisatum, von F. POOR. (*Orvosi Hetilap.* 1903. Nr. 29.) Die banale ekzematöse Erkrankung der Nägel gehört nicht zu den Seltenheiten, wenn das Ekzem per continuitatem von den erkrankten Fingern auf diese fortgeschreit; in der Literatur sind kaum einige Fälle erwähnt, wo die ekzematösen Veränderungen ausschließlich auf den Nägeln resp. Nagelbette lokalisiert erscheinen, ohne daß die umgebenden Hautteile erkrankt sind oder je erkrankt waren. Verfasser beschreibt nun drei solche Fälle. In neuester Zeit berichtet UNNA folgende interessante Beobachtungen. Er fand nämlich bei denjenigen, bei denen das Ekzem aus-

schließlich die Nägel der oberen Extremität affizierte, auch den Anfangstypus des Ekzema seborrhoicum in der Form der Pityriasis capitis oder Pityriasis alba faciei, und ist es wahrscheinlich, daß der Kranke, indem er sein Ekzema seborrhoicum mit den Nägel kratzt, so die Nagelbettinfektion akquirierte. Zur Bekräftigung dieser Annahme führt UNNA noch an, daß die auf die Nägel lokalisierten Ekzemläsionen in der Regel im distalen Teile beginnen und von hier gegen die Lunula fortschreiten; andererseits, daß die lokalisierten Ekzeme auf den Nägeln der unteren Extremitäten nie beobachtet werden, welches dem zuzuschreiben ist, daß der Kranke die unteren Extremitäten zum Kratzen nicht benutzt. Verfasser konnte wohl in zwei Fällen sowohl das Ekzema seborrhoicum als auch die distale Erkrankung konstatieren, im dritten Falle war aber keine Spur von Ekzema seborrhoicum nachzuweisen, und die Erkrankung hat sicher proximalwärts begonnen. *A. Alpar-Alexandria.*

Zur Ekzembehandlung mit dem neuen, farblosen Teer „Anthrasol“, von SKLABEK-Hannover. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) Verfasser schließt sich den bisherigen günstigen Beurteilungen des Anthrasols an; etwaige Reizungen schreibt er weniger dem Anthrasol, als der verfrühten Anwendung eines Teermittels überhaupt zu. Bei nässenden, subchronischen Bläschenekzemen empfiehlt Verfasser Vorbehandlung mit 5–10 %iger Lenigallol-Zinkpaste oder eine Anthrasol-Lenigallol-Zinkpaste (Anthrasol 1,5, Lenigallol 3,0, Past. Zinc. ad 50,0). *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Ätiologie und Therapie, speziell Balneotheapie der Psoriasis vulgaris, von H. KÖNNER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Die Drucklegung der letzten Veröffentlichung des jüngst verstorbenen Forschers hat anscheinend unter ungünstigen Einflüssen gestanden. Die Abschnitte sind etwas bunt durcheinandergewürfelt; auch innerhalb der einzelnen Abschnitte ist mehrfach nicht Zusammengehöriges mit einander vereinigt. Es scheint, als ob Verfasser die Theorie des parasitären Ursprungs der Psoriasis für widerlegt hält und der neuropathischen Theorie zuneigt. — Was die Therapie der Psoriasis betrifft, so warnt Verfasser vor kaltem Fluß-, Sol- und vor allem vor Nordseebädern, weil er davon die häufigsten Rezidive gesehen hat, und empfiehlt nur den häufigen Gebrauch warmer Wannenbäder, event. mit Zusatz schwacher (1 %iger) Sodalösung oder verbunden mit Schmierseifeabreibungen. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Behandlung der Psoriasis durch den praktischen Arzt, von DREUW-Hamburg-Altona. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 20.) DR. hat in den *Dermat. Monatsheften* (1903. Bd. 36, S. 508) zur Behandlung der Psoriasis folgende Salbe empfohlen:

<i>Acid. salicyl.</i>	10,0
<i>Chrysarobin.</i>	
<i>Ol. rusc.</i>	■ 20,0
<i>Sapon. vir.</i>	
<i>Vaselín.</i>	■ 25,0

Mit dieser Salbe haben nun auch LASSAR (cf. *Derm. Zeitschr.* Bd. 10. Heft 5, S. 560) und UNNA bei Psoriasis vorzügliche Resultate erzielt; LASSAR hat sie auch bei Prurigo, pruriginösen Infiltraten und veraltetem Lichen ruber mit Erfolg angewandt. Da der Gehalt der Sapo viridis an Alkali schwankt und auch die Teersorten verschieden sind, hat DR. die Fabrikation seiner Salbe der Firma Beiersdorf & Cie. übertragen, die für eine stets gleichmäßige Zusammensetzung der Salbe Sorge trägt. Die Firma stellt überdies mit der angegebenen Salbe einen Pflastermull her, der ebenso wie die Salbe vollkommen reizlos ist und sich insbesondere zur Beseitigung der letzten Reste psoriatischer Herde, sowie bei der Behandlung von Psoriasisrezidiven sehr gut bewährt hat; er kann vier bis acht Tage liegen bleiben. *Göts-München.*

Die Behandlung der Psoriasis mit Atoxyl, von J. GUTZMANN. (*Orvosi-Hetlap.* 1908. Nr. 29.) Verfassers Beobachtungen erstrecken sich auf 31 Fälle, von denen die meisten in Hospitalbehandlung standen und zumeist rezidivierende Fälle waren. Ein großer Teil wurde bloß mit Atoxyleinspritzungen ohne Lokalbehandlung behandelt, der andere Teil auch lokal mit Teersalicylsalben oder anderen reduzierenden Mitteln. Die Anfangsdosis bestand in 0,05 g, jeden dritten bis vierten Tag wurde mit derselben Dosis gestiegen bis 0,50–0,60 g und ebenso zurückgegangen, und konnte G. bereits nach 8–15 Einspritzungen eine nennenswerte Besserung beobachten. Seine Erfahrungen resümiert Verfasser in folgendem: 1. Das Atoxyl erreicht als Antipsoriaticum die älteren Arsenmitteln im Werte vollkommen, hat sogar denen gegenüber den Vorteil, daß es außerordentlich milde ist, und infolge seiner unschädlichen Nebenwirkungen zu einer intensiven Arsenbehandlung geeignet ist. 2. Es erwies sich als ein sehr geeignetes Arsenpräparat, intramuskulär angewendet, infolge seiner außerordentlich milden und reaktionslosen lokalen Eigenschaften. 3. Bei Behandlung der Psoriasis ist es zweckmäßig, die Atoxyleinspritzungen mit äußerer, hauptsächlich Teerbehandlung zu kombinieren, ob zwar im Notfalle selbst vom Atoxyl allein auch ein gutes Resultat zu erwarten ist. 4. Die Anfangs- und Tagesdosis der Atoxyleinspritzungen soll mit 0,05 g beginnen, welche mit nötiger Vorsicht ohne jedwede Störung bis auf 0,40, ja selbst bis 0,60 g gesteigert werden kann.

A. Alpár-Alexandria.

Untersuchungen über das Trichophytin, von TRUFFI. (*Clinica medica.* 1904.) Unter der Bezeichnung von Trichophytin hatte PLATO ein Präparat dargestellt, das aus einem Filtrat von Trichophytonkulturen bestand, die durch passende Verfahren aller fungösen Elemente entledigt worden waren. Nachdem dann dieses Filtrat durch Übertragungen auf Agarkulturen als steril erkannt worden, wurde es mit 0,25 %iger Karbolsäure versetzt. Mit dem so erhaltenen Präparate wurden nun eine Reihe von Versuchen gemacht, welche zu folgenden Resultaten führten: Die Trichophytonpilze erzeugen Substanzen, welche, gesunden Individuen injiziert, gar keine Erscheinungen irgendwelcher Art hervorrufen; bei Patienten mit tiefgreifenden Trichophytien dagegen erzeugen sie allgemeine und lokale Reaktionserscheinungen. Die lokale Reaktion kommt entweder da zustande, wo die Inokulation ausgeführt wurde oder an der affizierten Stelle; das erstere ist eine konstante Erscheinung, das letztere ist öfters kaum erkenntlich. Das Trichophytin wirkt auch in den Fällen von Trichophytie, welche durch Applikationen von Krotonöl gereizt werden. Die Substanz behält ihre Wirksamkeit bei, auch nachdem sie auf 120° erhitzt worden. Ihr aktives Prinzip ist in absolutem Alkohol löslich. Diese Eigenschaft, derartige Substanzen zu produzieren ist allen Trichophytonspecies unserer Regionen eigen. Die Mikrospora besitzen dieselbe Eigenschaft ebenfalls, aber in einem viel geringeren Grade. Die therapeutische Wirkung des Trichophytins ist eine schwache und steht keineswegs günstig im Verhältnisse zu den Unannehmlichkeiten, die durch das Verfahren den Patienten verursacht werden. Dagegen hat es entschieden einen Wert in diagnostischer Beziehung in zweifelhaften Fällen. Bei Favuspatienten führen Inokulationen von Achorionkulturen (in analoger Weise präpariert wie das Trichophytin) zu keinem bestimmten Resultate. Bei Trichophytiepatienten bleibt es vollständig reaktionslos.

C. Müller-Genf.

Akne keratosa, von WILLIAM S. GOTTHEIL-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Juli 1904.) Mit dem Namen „Akne keratosa“ sind Krankheitsbilder bezeichnet worden, die im einzelnen sich nicht völlig gleichen, aber das Gemeinsame haben, daß sie aus isolierten, spitzen, akneähnlichen Efflorescenzen bestehen, die nicht suppurativ sind und nur ganz unbedeutende Entzündungserscheinungen aufweisen, deren Sitz die Gegend der Talgdrüsenmündungen ist, und an denen besonders charakteristisch die Hornanhäufungen in den Drüsenöffnungen sind; sie sind wahrscheinlich kontagiös

und haben die Neigung, nach einigem Bestehen spontan abzuhellen. Zu diesem Krankheitstypus gehört die Akne cornea (HARDY, LÉLOIR und VIDAL), die Acné kératique (LÉRODRE und TENNISON) und die Keratosis follicularis contagiosa (BROOKS). Eine Trennung dieser Krankheitsbilder wegen unbedeutender klinischer oder anatomischer Differenzen hält Verfasser nicht für gerechtfertigt. Er hat selbst zwei hieher gehörige Fälle beobachtet, von denen er einen ausführlicher beschreibt; dieser Fall war ausschließlich auf das Gesicht, den Kopf und die Handrücken beschränkt, und betraf einen zwölfjährigen Jungen, bei dem die Affektion seit dem zweiten Lebensjahre bestand. Anatomisch fand Verfasser starke Verdickung der Hornschicht in der Umgebung der Talgdrüsen, und zwar stärker im oberen Teil des Follikels, geringer im tieferen Teil. Die Talgzellen selbst konnten nur in den tiefsten Schichten unterschieden werden, sie waren durch Druck atrophisch und abgeflacht. Der erweiterte Follikel stellte einen Sack dar, der bei den jüngeren Efflorescenzen oval, oben breit, unten spitz, bei den älteren breit und kraterförmig war; er zeigte sich ausgefüllt mit Hornmassen, die aus unvollkommen verhornten Zellen zusammengesetzt waren. Nur in dem obersten, zentralen Teil war keine Zellstruktur mehr erkennbar. Haarbestandteile wurden nirgends gefunden. — Es handelt sich in diesen Fällen also um eine Hyperkeratose der Talgdrüsen. Die Ursache des Leidens ist völlig unklar.

A. Loewald-Kolnar.

Keratosis palmaris artificialis, von R. MATZENAUER und A. BRANDWEINER-Wien.

Gewerbdermatose bei Glasmachern, von EMIL STEIN-Teplitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 16.) Zum ersten Male im Herbst 1903 wurden MATZENAUER und BRANDWEINER auf eine ganz eigenartige Gewerbdermatose, und zwar bei einem 30jährigen Schlachter aufmerksam, die klinisch wie histologisch eine mächtige reine Hyperkeratose darstellte. Die Affektion ist ausschließlich auf die Flachhand und die Bogen- und Mittelfinger beschränkt, und die schwierigen Verdickungen zeigen oft lockförmige, wabenartige und grubige Vertiefungen mit Schmutzpfropfen, so daß die Oberfläche der Schwielen ein sieb- und schwammartiges Aussehen hat. Die Affektion erinnert am meisten an das Bild des Keratoma palmare (et plantare) hereditarium, kann aber nicht mit Ekzem oder der Arsenkeratose verwechselt werden.

Merkwürdigerweise fand sich diese Veränderung auch bei vielen anderen Arbeitern der Schlachtereier, und zwar bei denjenigen, welche die Schweine zu enthaaren hatten. Diese Prozedur geht folgendermaßen vor sich: Das Schwein wird zunächst mit nahezu siedendem Wasser überbrüht, sodann mit dem sog. „Saupech“ (gepulvertes Kolophonium) bestreut. Nun werden mit einem stumpfkantigen Instrument die oberflächliche Epidermisschicht und mit ihr die Borsten entfernt. Es gehen dabei die obersten Hornschichten in Fetzen mit den Haaren ab. Die Hände des Schlachters kommen bei dieser Arbeit sowohl mit dem heißen Wasser, mit dem das Schwein gebrüht wird, als auch mit dem „Saupech“, das mit der Hand aufgestreut wird, kurz nacheinander in Berührung. Natürlich lag es da nahe, dem Kolophonium eine ursächliche Wirkung für das Zustandekommen der Hautveränderungen zuzuschreiben. Diese Annahme bestätigte sich denn auch durch eine gleiche Erfahrung STEINs, die derselbe zwar nicht an Schlächtern, aber an Glasmachern des Teplitzer Bezirks gewonnen hatte.

Also auch STEIN konnte den Nachweis bringen, daß die Verbindung der Hitze und des Kolophoniums zu einer merkwürdig übereinstimmenden Gewerbdermatose — selbst bei wildfremden Betrieben — führen kann. Fragen wir uns nach der Entstehung dieser dem Tafelglasarbeiter und dem Flaschenbläser eigenen Schwielenbildung, so ist die Art und Weise des Betriebes und seiner Handhabung maßgebend. STEIN gibt darüber folgendes an: Der Tafelglasmacher und mit ihm zwei bis drei Gehilfen blasen

eine metallene Pfeife im Gewicht von 9—10 kg in seiner linken Hand, die rechte Hand dreht. Die Pfeife ist ohne Holzverkleidung und wird daher deren Hitze stets von der Hand gefühlt, dann schwingt er die Pfeife mit dem Glas und bringt sie in eine offene Form, in die sein Gehilfe zuvor „Stockschmiere“ gestreut hat; der Bläser selbst hat bei Beginn seiner Schicht die Hände gleichfalls in diese Masse getaucht. Auch der Flaschenbläser, der eine viel leichtere Pfeife mit ganz geringer Masse bläst, streut ein Pulver in die offene Form, damit in derselben die Masse sich leichter drehe. Stockschmiere besteht aus Holzkohle, Pech und Kolophonium, und das Pulver der Flaschenarbeiter ist ein reines, gut ausgekochtes (vom Sand befreites) Kolophonium.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über die Behandlung des Pemphigus neonatorum, von L. BALLIN - Berlin. (*Theor. d. Gegenw.* Juli 1904.) B. hält die bisher übliche Behandlungsmethode des Pemphigus, insbesondere des Pemphigus contagiosus höchstens in der Privatpraxis für ausreichend. Für Anstaltsbehandlung empfiehlt er folgendes: Da bekanntlich die Disposition zur Erkrankung beim Neugeborenen am größten ist, und bei gesunden Kindern mit steigendem Alter abnimmt, so soll man für strenge Isolation der erkrankten Kinder sorgen, ferner die Autoinokulation verhindern und drittens die Heilung befördern. Handelt es sich um einzelne Bläschen, so trägt B. diese ab, und bestreicht sie mit folgender Mixtur: β Ichthargan 5,0, Tragacanth 1,5, Aq. dest. ad 50,0, legt dann eine dünne Schicht Watte darüber, und pinselt dann wieder diese Lösung darüber; nach vier bis fünf Tagen fällt diese Hülle von dem geheilten Bläschen ab. Bei ausgedehntem Pemphigus wendet B. die BARDELEBENSche Wismutbrandbinde an, und damit der Verband rein erhalten wird, legt er das Kind in dem BENDIX-FINKELSTEINSchen Apparat für Stoffwechseluntersuchung (siehe *Deutsche med. Wochenschr.* 1900. Nr. 42). In drei von zehn Fällen hat B. mit der Brandbinde nur Besserung erzielt, die Heilung erreichte er dann mit Unguentum sulf. rubrum in Form von Salbenverbänden. Zur Nachbehandlung empfiehlt er dann die Eichenrindenbäder.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein Fall von tödlichem Pemphigus neonatorum (Dermatitis exfoliativa neonatorum RITTER) mit Infektion der Mutter, von M. OSZTERMEYER. (*Orvosi Hetilap.* 1903. Nr. 22.) Verfasser fand es der Mühe wert, den Fall aus folgenden Gründen zu veröffentlichen. Erstens ist der Pemphigus neonatorum malignus an und für sich schon eine seltenere Erkrankung, zweitens ist die Infektion der säugenden Mutter noch seltener, und drittens, weil Pemphigus malignus-Fälle leicht verwechselt werden können mit Verbrennungen oder Verbrühungen, und könnten leicht eine gerichtlich-medizinische Bedeutung hervorrufen. Bei dem neugeborenen Kinde entwickelte sich drei Tage nach der Geburt die Affektion, indem sich über den ganzen Körper — mehr als die Hälfte der Körperoberfläche — selbst bis handtellerflächen-große epidermislose rotbraune Flecke — nach Platzen von Blasen — ausbildeten, und das Kind starb am achten Tage seiner Erkrankung. Bei der Mutter waren beide Brustwarzen und deren Hof entzündet, exkoriert und nässend. An deren Grenze bildete sich ein Ring von zusammenfließenden Blasen, deren Inhalt eitrig trübe war. Nach einigen Tagen heilte alles glatt ab. Am zehnten Tage nach der Entbindung bildeten sich wieder über dem Sternum drei bis erbsengroße Blasen, mit durchsichtigem Serum gefüllt, welche nach einigen Tagen abtrockneten und heilten, ohne daß sich dieselben über den ganzen Körper verbreitet hätten. A. Alpar-Alexandria.

b. Cutis.

Folliculis und Erythema induratum BAZIN, von ARTHUR ALEXANDER - Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 34.) Verfasser beschäftigt sich mit den zwei Formen der Tuberkulide, der Folliculis und dem Erythema induratum BAZIN. Erstere ist cha-

akterisiert durch das schubweise Auftreten von kleinen, in der Tiefe der Haut sitzenden harten Knötchen, welche entweder spontan schwinden oder ulcerieren, und dann mit kleinen weißen Narben heilen. Mit Vorliebe sind die Ulnarränder der Unterarme und Hände, Fingerrücken, Ellenbogen, Ohren, Knie, Unterschenkel und Fußrücken befallen. Die meisten Patienten haben dabei Tuberkulose der Knochen, Drüsen oder inneren Organe.

Beim Erythema induratum BAZIN findet man kirsch- bis wallnufsgröÙe, in der Tiefe des Coriums sitzende harte, derbe Knoten, über denen die Haut bläurot bis hellrot verfärbt ist; sie bevorzugen die unteren Extremitäten. Auch diese Patienten sind meistens tuberkulös. Über die Art des Zusammenhanges beider Affektionen mit der Tuberkulose sind die Ansichten geteilt; einige nehmen an, daß die Tuberkulose durch die Toxine des Tuberkelbacillus erzeugt seien, andere nehmen als ätiologisches Moment den Bacillus selbst an. Diese Ansicht vertritt auch A., ebenso teilt er die Auffassung, daß die Infektion der Haut durch die Bazillen auf dem Blutwege erfolgt, daraus erklärt sich auch der Verteilungsmodus. A. meint, beide Krankheiten sind nichts weiter als Kleindepots zirkulierender abgeschwächter Tuberkelbasillen, welche im Unterhautzellgewebe sich ansiedelnd, bald das labilere Bild der Folliculis, bald das stabilere des Erythema BAZIN erzeugen. Für den Praktiker bleiben beide der Ausdruck dafür, daß irgendwo im Körper ein tuberkulöser Herd vorhanden ist, und daß von ihm aus eine tuberkulöse Infektion des Gesamtorganismus entweder schon erfolgt ist oder doch jeden Augenblick erfolgen kann. Sie sind demnach gewissermaßen die Projektion einer visceralen Tuberkulose auf der Haut und ermöglichen es dem Arzte in manchen Fällen, schon in einer relativ frühen Zeit die dem Organismus drohende Gefahr zu erkennen und ihre rechtzeitige Bekämpfung vorzubereiten.

Bernhard Schulze-Kiel

Pyämische Dermatitisiden, von LEBER-Bern. (*Ann. de Derm. et de Syph.* Dez. 1903.) L. beschreibt einen Fall von Dermatitis pyaemica bei einem sieben Jahre alten Knaben. Bei pyo-septikämischen Infektionen können die Staphylokokken und Streptokokken metastatische Hauterkrankungen hervorrufen, welche multiform sind und sich in Form von Entzündungen äußern. Die Kokken können entweder oberflächliche Metastasen in den Kapillaren der Papillen bilden, oder auch im subcutanen Gewebe, wo sie dann besonders in den Venen angetroffen werden. Doch scheint die Virulenz der Kokken, welche durch Metastasen in die Haut gelangt sind, auf dem Wege durch die Blutbahnen verringert zu sein.

Bernhard Schulze-Kiel

Über Hautdiphtherie im Kindesalter, von EMERICH ADLER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 26—28.) Unter Hautdiphtherie (Diphtheria cutis) versteht Verfasser alle auf der äußeren Körperbedeckung auftretenden entzündlichen Affektionen, die durch KLEBS-LÖFFLERsche Diphtheriebazillen und deren Stoffwechselprodukte erzeugt werden, und unterscheidet die Gruppe der „echten“, an Ort und Stelle entstandenen, von der Gruppe der „fortgeleiteten“ Hautdiphtherie, die sich im Anschluß an benachbarte Schleimhautdiphtherie (z. B. Nasen-, Vaginalschleimhaut, Tracheotomie-wunde) bildet. Während die fortgeleitete Hautdiphtherie also stets sekundär ist, kann die echte auch primär, ohne nachweisbare Schleimhautdiphtherie auftreten. In den meisten Fällen entsteht die Hautdiphtherie auf der durch irgendeine Ursache (Wunden, Ekzeme, Impfpusteln) krankhaft veränderten Haut, sie ist aber auch oft auf intakter Hautoberfläche durch Kultur- und Impfversuche nachgewiesen worden. Nach der primären Hautdiphtherie können sämtliche postdiphtheritischen Folgeerscheinungen, ja sogar der Tod durch Herzlähmung eintreten. Die Fälle von Hautdiphtherie müssen daher wie die der Schleimhautdiphtherie mit Heilserum behandelt werden.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Weiterer Beitrag zur Ätiologie der Noma, von Loxeo. (*Il Policlinico*. 1904. Nr. 5.) In den fünf Fällen von Noma, welche der Verfasser in klinischer und bakteriologischer Richtung untersucht, hat er etwa zwölf verschiedene Arten von Bakterien nachgewiesen; am konstantesten jedoch den *Staphylococcus aureus* und den *Streptococcus pyogenes*. Man muß also wohl der Ansicht der meisten Autoren beipflichten, daß die Noma von den gewöhnlichen pathogenen Agentien verursacht wird, die unter normalen Verhältnissen in der Mundhöhle vegetieren, besonders durch die pyogenen Mikroorganismen; die Virulenz dieser Bakterien wird beträchtlich erhöht durch das Zusammenwirken der verschiedenen Bakteriensorten und durch besonders ungünstige Allgemeinzustände des Organismus, der sie beherbergt. Da sich aber die Noma auch bei ganz kräftigen Kindern entwickeln kann, so müssen offenbar noch andere Momente im Spiele sein. Wie dies MYA seinerzeit richtig hervorgehoben hat, kommen für derartige Fälle im Blute zirkulierende Cytolysine in Betracht, welche bei vielen krankhaften Prozessen gefunden worden sind und welche bei der Noma eine hauptsächlich Rolle spielen dürften. Zum Schlusse berührt Verfasser noch die Frage von der sog. primären gangränösen Angina, die von einzelnen Autoren (OBERWART) als eine besondere Affektion betrachtet wurden, die aber nach der Ansicht des Verfassers weiter nichts als einen der Noma identischen nekrotischen Prozeß darstellt.

C. Müller-Genf.

Noma und seltene Lokalisation des Typhusbacillus, von H. RAVENNA. (*Il Policlinico*. 1904. Nr. 5 und 6.) Der Fall zeichnet sich dadurch aus, daß bei der Autopsie im Darne keine Spur eines frischen oder abgelaufenen spezifischen Prozesses nachgewiesen werden konnte. Dagegen war es zu einer Septikämie mit Typhusbazillen im Blute gekommen; außerdem hatte sich eine sero-purulente Cerebrospinalmeningitis mit Nachweis von EBERTHschen Bazillen entwickelt; ebenso eine Noma der linken Wangenschleimhaut, bei der ebenfalls der Typhusbacillus unter den verschiedenen Bakterien am zahlreichsten vertreten war.

C. Müller-Genf.

Heilung der Noma durch rotes Licht, von MORSCHAN-St. Petersburg. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 21 und 22.) Ermuntert durch eine von SOKOLOV mittels roten elektrischen Lichts erzielte Heilung einer Noma, versuchte Verfasser bei dem hier näher beschriebenen Falle dieselbe Behandlungsmethode, und zwar mit bestem Erfolge. Es handelt sich um einen neunjährigen Knaben, welcher eine ungünstige hereditäre Anlage hatte und durch allerhand Krankheiten (Scharlach, Variellen, Masern, Pneumonie, Herzerscheinungen) sehr heruntergekommen war. Am 17. Tage nach Beginn des Entzündungsprozesses trat Perforation der Wange ein, und am 19. Krankheitstage begann die Behandlung mit rotem Licht. Diese geschah in der Weise, daß eine 16 kerzige Glühlampe mit rotem Glas und einem konischen Beleuchtungsreflektor in einer Entfernung von 25 cm Tag und Nacht auf die Geschwürsfläche einwirkte. Bemerkenswert war eine rasche Abnahme der Schmerzempfindung, des fötiden Geruchs und der Sekretion. Nach Ausstoßung eines Sequesters des Unterkiefers erfolgte schließlich die Heilung mit glatter, rosafarbiger, nicht entstellender Narbe. Das rote Licht wirkt austrocknend und erzeugt durch die Wärme eine Hyperämie, welche das Fortschreiten der Nekrose verhindert. Fraglich ist, ob die roten Strahlen durch Ausschließung des violetten und ultravioletten Teiles des Spektrums die „photochemische Entzündung“ beschränken, und ob sie eine bakterizide Wirkung ausüben. Vielleicht könnte man annehmen, daß das rote Licht die Eigenschaft besitzt, die Gewebe gegen Infektion widerstandsfähiger zu machen.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Zur Behandlung des Erysipels, von BRAGAGNOLO. (*Rivista med.* 1904. Nr. 5.) Nach Aufzählung der bekanntesten Behandlungsmethoden des Erysipels kommt Ver-

fasser auf das Ichthyol zu reden, das er allen anderen bei weitem vorzieht; er empfiehlt Salben mit Lanolin (m). Das Mittel soll nicht als Bakterizid, sondern als Antiphlogistikum wirken.

C. Müller-Geuf.

Bouba, Pian, Framboesia, von BALDOMERO SOMMER. (Mitteilung auf dem II. latino-amerikanischen medizinischen Kongress zu Buenos Aires, April 1904.) Auf Grund der klinischen, histologischen und bakteriologischen Untersuchung eines weiteren Falles dieser Affektion kommt Verfasser zum Schlusse, daß die Bouba (Pian oder Framboesia) eine selbständige, von allen anderen bekannten Krankheiten (speziell der Tuberkulose und Syphilis) verschiedene Affektion ist. Sie läßt sich inokulieren und ist autoinokulierbar. Es existiert eine ulceröse Bouba, welche wohl eine von der oberflächlichen Bouba verschiedene Krankheit sein dürfte. Die ulceröse Bouba greift öfters die Schleimhäute an. Einen spezifischen Parasiten vermochte der Verfasser trotz aller Inokulationsversuche auf Tiere nicht zu finden.

C. Müller-Geuf.

Erster Fall von Madurafuß oder Mycetoma in der argentinischen Republik, von SOMMER und GRECO. (*Argentina medica*. 16. April 1904.) Der Patient stammt aus der Provinz Sta. Fé und war als Landarbeiter auf den benachbarten Inseln des Paraná beschäftigt, wo er barfuß zu arbeiten pflegte. Der Fall wurde ausführlich in klinischer, histologischer und bakteriologischer Beziehung untersucht und als wahrer Madurafuß erkannt, mit dem spezifischen Parasiten, dem *Streptothrix madurae*.

C. Müller-Geuf.

Über den Bacillus des weichen Schankers und sein Toxin, von ZDZISLAW SOWIŃSKI. (*Przeegląd lekarski*. 1904. Nr. 28.) Verfasser hat den Eiter des weichen Schankers auf eine Mischung von Agar mit Ascitesflüssigkeit (2:1) verimpft und die Kulturen bei 36—37° C. gezüchtet. Nach 10—12 Stunden konnte man schon die Kulturen des DUCREYSCHEN Bacillus als durchsichtige Punkte wahrnehmen; nach 24 Stunden wurden sie mit der Lupe als regelmäßige, stecknadelkopfgroße Kreise sichtbar. Unter dem Mikroskop sieht man die Bacillen als kurze, dicke, hantelförmige Stäbchen.

Als Färbemittel wurden gewöhnliche Anilinfarben und Polychrommethylensblau verwendet. Mittels der GRAM'SCHEN Methode werden die Bazillen nicht entfärbt. Im hängenden Tropfen zeigen die DUCREYSCHEN Bazillen deutliche selbständige Bewegungen.

Sehr schnell (nach 24—48 Stunden) gehen die Bazillen der Degeneration entgegen.

Als flüssiger Nährboden wurde Bouillon mit Ascitesflüssigkeit oder mit hämorrhagischem pleuritischen Exsudat verwendet. Die auf dem letzten Nährboden gezüchteten Kulturen zeichneten sich durch sehr große Giftigkeit aus.

Alle Versuche des Verfassers auf Menschen und Tieren (Kaninchen und Meerschweinchen) haben die Spezifität des DUCREYSCHEN Bacillus für *Ulcus molle* bestätigt. Auch die frisch erhaltene Kultur ist krankheitserregend für die Tiere: im Verhältnis von 3 ccm auf 1 kg des Gewichts in die Bauchhöhle des Meerschweinchens injiziert, ruft sie in 10—12 Stunden den Exitus hervor.

Das Toxin des DUCREYSCHEN Bacillus, durch Niederschlagen aus der Kultur mit Alkohol en masse (1:3) erhalten, ruft lokale und allgemeine Veränderungen hervor.

Die Injektion des Toxins in die Bauchhöhle hat eine Absceßbildung und eventuell den Exitus nach 12—15 Stunden zur Folge.

Das absceßbildende Element befindet sich ausschließlich in der Substanz des Bacillus und geht nicht in die Lösung des Mediums über.

Die Einimpfung der Abscesse, welche durch Toxininjektion hervorgerufen waren, hatte keine Veränderungen zur Folge — zum Beweis, daß das Toxin in denselben entweder seine toxischen Fähigkeiten einbüßt oder ganz zugrunde geht.

Die DUCREYSCHEN Bazillen gehen im Tierkörper rasch zugrunde, wenn sie nicht in sehr großen Mengen vorhanden sind — dies erklärt auch den Umstand, daß im Bubo nicht immer Bazillen vorgefunden werden. Die Entstehung von Bubonen im Verlaufe von Ulcus molle wird nach Verfasser durch Anwesenheit von DUCREYSCHEN Bazillen in loco und nicht durch Einsaugen von Stoffwechselprodukten hervorgerufen.

Leon Feuerstein-Bad Hall.

Die Behandlung von venerischen Geschwüren, von WOOD RUFFLES-Rochester, N. Y. (*New York Journ.* 20. Aug. 1904.) R. tadelt in erster Linie, daß bei harten Schankern, sobald die Diagnose gestellt sei, der Patient einer Allgemein-(Hg-) neben der Lokalbehandlung unterzogen werde, anstatt, wie er es als Regel ansieht, abzuwarten, bis Sekundärsymptome, vor allem Roseola, sich zeigen (5—10 Wochen nach dem Auftreten des Ulcus); in ausgedehnter Praxis erlebte er es nur einmal, bei einem Mädchen mit schwerer Form von Ichthyosis am ganzen Körper und den Schenkeln, daß dieselben ausblieben. Bei der ersten Untersuchung eines Geschwürs an den Geschlechtsteilen verweigert er aus diesen Gründen stets die genaue Auskunft über die Natur desselben. Die sog. Abortivbehandlung des harten Schankers durch Exzision desselben kann R. nur für ganz besondere Ausnahmefälle zulassen. (Diese so schwierige Frage, wann die Allgemeinbehandlung einzusetzen hat, dürfte doch nicht mit der absoluten Negation wie durch R. zu beantworten sein, zumal er z. B. von jenen Fällen harten Schankers gar nichts erwähnt, welche immer tiefer greifen trotz lokaler Behandlung, durch Hg-Behandlung aber oft in kurzer Zeit geheilt werden. Ref.) Der Fall, welchen Verfasser zum Schlusse anführt, wo trotz Besichtigung durch mehrere Ärzte ein Geschwür am Gliede für Herpes genitalis angesehen wurde, später Allgemeinerscheinungen eintraten und Frau und Kind syphilitisch wurden, sollte ihn eigentlich zu einer etwas milderen Beurteilung „unnützer Quecksilberkuren“ veranlassen.

Stern-München.

Die Bakteriologie des klimatischen Bubo, von CANTLIE und HEWLETT. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) CANTLIE hat im Jahre 1893 die Krankheit in Hongkong beobachtet. Es kamen viele Fälle vor, und etwa ein Jahr später brach die Pest aus. Von großem Interesse war es nun, festzustellen, ob eine Beziehung zwischen klimatischem Bubo und der Pest bestand. Der klimatische Bubo ist eine spezifische Krankheit, begleitet von einem hohen, 3—4 Wochen andauernden Fieber. Die befallenen Drüsen vereitern, oder es tritt Eiterung in dem periglandulären Gewebe auf und verlangt eine baldige Exzision der erweiterten Partien. Bisher erwies sich der untersuchte Eiter als steril. CANTLIE bezeichnete die Krankheit als „Pestis minor“. Erst später gelang es HEWLETT, drei Arten von Bakterien zu isolieren: den Staphylococcus pyogenes albus, Staphylococcus cereus albus und einen kleinen, nach GRAM färbbaren Bacillus, der jedoch im Gegensatz zum Pestbacillus nicht pathogen für Meerschweinchen und Mäuse war. Er entsprach einem Mikroorganismus, den KITASATO im Jahre 1898 von einem Pestkranken isoliert hatte.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung der Ohrfurunkulose, von R. HAUG-München. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1904. 1. Jahrg. Nr. 11.) Von großer Wichtigkeit ist die Prophylaxe. Sogenannte Reinigungen des Gehörganges mit Ohrlöffeln, Ohrschwämmchen führen sehr häufig zu direktem Hineinreiben der Staphylokokken in die Oberhaut und sind deshalb ganz zu meiden. Die gewöhnliche häusliche Reinigung sollte nur mit einem mit Watte gut umwickelten Holzstäbchen geschehen, das zur leichteren Lösung der Ohrfette in etwas Eau de Cologne getaucht ist. Ausspülungen sollen vom Patienten überhaupt nicht vorgenommen werden. Besteht ein Ekzem des Ohres, so bepinselt man zweckmäßig den Meatus täglich mit folgender Lösung: β Acid. salicyl. 0,5

Menthol 0,1, Anästhesin (RITSCHERT) 0,5, Alcohol. absol. 35,0, Glyc. pur. 15,0, und zwar stets mit einem frischen Wattestäbchen.

Im Beginne, wenn eine Rückbildung des Furunkels noch möglich erscheint, sollen keine wasserhaltigen Lösungen verwandt werden, da diese eine Quellung und Mazeration der Oberhaut bewirken. Für diesen Zeitpunkt empfiehlt Verfasser Wattetampone, mit folgender Salbe imprägniert, in den Gehörgang einzuführen: ℞ Zinc. oxyd. Euguform \approx 2,0, Acid. carbol. 0,5, Menthol 1,0, Vasel. alb. 40,0, mf. ungt.; auch sogenannte „Ohrmandeln“ folgender Zusammensetzung haben sich bewährt: ℞ Anästhesin 0,2, Menthol 0,05, Gelat. alb. qu. sat. ut f. amygd. aural. conica D. sal. dos. No. VI.; mehrmals pro Tag einzuführen. Auch Einträufelungen von ℞ Thigenol (ROCHE) 2,5, Anästhesin 1,0, Hydrog. peroxyd. (6 %) 10,0, Alcohol absol. Glyc. pur. \approx 15,0 (3—5 mal täglich 10—15 Minuten) haben sich als erfolgreich erwiesen.

Ist der Furunkel schon weiter vorgeschritten, so legt man Gazestreifen ein, die mit Sublimat 0,05—0,1, Anästhesin 2,0, Alcohol absol. 50,0 getränkt sind. Ist die Schwellung bereits soweit gediehen, daß eine Rückbildung ausgeschlossen erscheint, so hat die Therapie auf die Anstofsung des Propfens hinzuwirken. Man macht Dunstumschläge mit Liq. Buruwii oder Liq. alum. acet. (8%) 5—10,0, Aqu. dest. 90,0 in der Weise, daß man Gazestreifen in eine von diesen Lösungen eintaucht, in den Meatus einführt und darüber noch eine Kompresse mit gleicher Flüssigkeit befeuchtet und das Ganze mit Billrothbattist bedeckt. Hat sich der Furunkel gut sichtbar konsolidiert, so macht man eine ergiebige Inzision. Direkt nach der Inzision werden noch auf ein bis zwei Tage Gazestreifen mit essigsaurer Thonerde eingelegt. Ist die Schwellung vorbei, besteht aber noch etwas Oberflächensekretion, so kann man Einblasungen mit Euguform 2,5, Menthol 0,1, Acid. boric. laevigati 25,0 machen und führt danach einen trockenen Gazestreifen ein. Ein sehr großes Gewicht legt Verfasser auf die Nachbehandlung, um dem so lästigen Rezidivieren nach Möglichkeit vorzubeugen. Er empfiehlt noch 14 Tage täglich Ohrbäder und danach noch drei Monate jede Woche ein Ohrbad. Zu diesen Bädern ist folgende Flüssigkeit mit Nutzen zu verwenden: ℞ Acid. salicyl. 0,2, Acid. boric. laevig. 10,0, Alcohol absol. Aq. dest. \approx 50,0, oder ℞ Hydr. bichlorat. corros. 0,05, Menthol Thymol \approx 0,1, Alcohol absol. 50,0. Die erste Flüssigkeit muß vor der Einträufelung im Wasserbade gut erwärmt werden, die letztere nicht. Man gießt eine dieser Flüssigkeiten bei geneigtem Kopfe ins Ohr und läßt sie 15 Minuten drin. Bei Neigung zu Ekzem verbunden mit Juckreiz läßt man abends noch mit folgender Flüssigkeit den Gehörgang einpinseln: ℞ Acid. salicyl. 0,25, Naftol (3) 0,1, Menthol 0,2, Alcohol absol. 35,0, Glyc. pur. 15,0. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Verschiedenes.

Personalia. Unser Mitarbeiter, Dr. VALENTIN ZARUBIN, ist zum außerordentlichen Professor für Dermatologie und Syphilis und zum Vorstand der dermatologischen Klinik an der kaiserlichen Universität in Odessa (Rußland) ernannt worden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Zur Anatomie des Präputiums.

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

Mit vier Abbildungen im Text und einer Tafel.

(Schluß.)

Mein kleines Material wurde in FLEMMINGS Lösung fixiert, nach der von mir 1899 für FLEMMING-Präparate empfohlenen UNNASCHEN Safranin-Tannin-Wasserblau-Methode gefärbt. (Zur Darstellung des Tuberkelbacillus im Gewebe, *Deutsche Medicinalztg.* 1899. Nr. 1). Meine dermalige Mitteilung schloß mit den Worten:

„Dem Rahmen der kurzen Mitteilung fügt sich zwanglos ein, wenn ich für Flemingpräparate eine Tanninbeize des Safranins nachdrücklich befürworten möchte. Die gewöhnliche Alkoholfärbung der überfärbten Schnitte ist eine unsichere und ungenaue Methode, welche oft genug nicht gestattet, daß alle Kerne gefärbt bzw. gleich stark angefärbt bleiben; durch die Tanninbeize hingegen wird das Safranin auf sämtlichen Kernen, soweit sie die Farbe angenommen haben, fixiert. Eine nachträgliche Alkoholeinwirkung vermag der Kernfärbung dann nichts mehr anzuhaben. Die Beize erfolgt auch hier durch eine 33 $\frac{1}{3}$ %ige Tanninlösung, welche nicht zu kurze Zeit einwirken darf. Für die Färbung des Bindegewebes in Flemingpräparaten eignet sich das Wasserblau. Die Behandlung der Schnitte mit Safranin und folgender Tannin-Wasserblaulösung gibt überaus prächtige Präparate, welche der Methode eine weite Verbreiterung sichern sollen.“

Die Färbung stellt sich demnach so, daß die Schnitte 10–20 Minuten in einer 1 %igen wässerigen Safraninlösung liegen, nach kurzem Abspülen in Wasser in die Tannin-Wasserblaulösung kommen. Diese Lösung wird entweder fertig bezogen von GRÜBLER in Leipzig oder wird frisch so bereitet, daß eine 33 $\frac{1}{3}$ %ige Tanninlösung durch ein Filter gegeben wird, auf welches das Wasserblau in Substanz geschüttet ist. Die durch das Filter fließende Tanninlösung nimmt von dem Wasserblau gerade so viel mit, wie sich für eine distinkte Färbung eignet. In dieser Tannin-Wasserblaulösung liegen die Schnitte je nach ihrer Dicke 10–20 Minuten, werden im schwach angesäuerten Wasser abgespült und in

80%igem Alkohol differenziert. Absoluter Alkohol (mit der Entwässerung braucht man jetzt nicht mehr ängstlich zu sein), Öl, eingedickter Kanadabalsam. Die überaus farbenprächtigen und haltbaren Präparate werden durch die beigelegte Tafel veranschaulicht. Das Bindegewebe ist durch das sehr saure Wasserblau kräftig gefärbt, während es sonst in den Flemmingpräparaten ungefärbt bleibt. Das Protoplasma des Deckepithels hat den gelben Flemmington behalten, die Zellen der Stachelschicht heben sich so aufs schärfste ab von den Talgdrüsenzellen.

Die ganzen Schnitte im mikroskopischen Bilde werden beherrscht von den Talgdrüsenmassen, die die Cutis zum größeren Teile einnehmen. Anordnung und Verteilung der Talgdrüsenhaufen gehen aus Fig. 1 hervor. Die weiteren Ausführungen stützen sich auf die Untersuchung eines sehr kleinen histologischen Materials, bedürfen daher von anderer Seite der Ergänzung. Für mich kann es kaum einem Zweifel unterliegen, daß sich die in ihrer Keimschicht ungemein zahlreiche Mitosen führende Stachelzelllage in einer ziemlich lebhaften Wucherung befindet. Die Epithel-

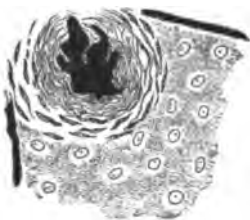


Fig. a.

zapfen haben eine abgerundete Form, ebenso wie die Bindegewebspapillen kolbig angeschwollen sind; der Ausdruck für den ödematösen Zustand der Cutis. Eine mäßige Anzahl von Leukocyten durchsetzt die Stachelschicht, die Hornschicht ist etwas verdickt, an einzelnen Stellen hebt sie sich buckelförmig ab von der Übergangsschicht, was in dem Fig. 1 zu grunde liegenden Präparat allerdings nicht sichtbar ist. Eine eigentliche Parakeratose habe ich nicht zu Gesicht bekommen.

Eines besonderen Befundes muß ich hier gedenken. In einigen Schnitten ist die Hornschicht unterbrochen, an der Stelle der Unterbrechung liegt, in die Stachelzellenlage sich einbettend, eine Hornperle, deren äußere peripherische Schichten keratohyalinhaltige Zellen darstellen, deren Zentrum eine unregelmäßig gestaltete, bei der Flemmingfixation tief schwarz gefärbte Masse bildet (Fig. a). Figg. 1, 2 und 3 zeigen, daß und in welcher Form Epithelzapfen in Talgdrüsen sich umwandeln — davon noch nachher. Um solche jungen Talgdrüsen bzw. um etwas diesen in den oberflächlichen Epithelschichten parallel Gehendes kann es sich bei diesen oberflächlichen Perlen nicht handeln. Ich vermag mir vor der Hand — ein bestimmtes Urteil selbstverständlich ablehnend — diese Hornperlen nur als Überreste der embryonalen Verhältnisse bei der Ausbildung des Vorhautsackes zu erklären. Der das Präputialcavum im embryonalen Leben ausfüllende Epithelpfropf, die epithelialen Glans penis und inneres Präputialblatt miteinander verklebenden Massen zeigen stellenweise eine konzentrische Zellanordnung. Die resultierenden Epithelperlen buchten

das innere Präputialblatt ein, „graben sich in dieses ein“, variieren sehr nach Zahl und Größe und nach den an ihnen sich zeigenden Vorgängen einer regressiven Metamorphose. TANDLER und DOMÉNY haben sich eindringlich in ihrer angezogenen Arbeit mit diesen Epithelperlen beschäftigt. Während das Zentrum der Perlen in eine strukturlose homogene Masse verwandelt wird, wachsen die Perlen an der Peripherie. „In den letzten Monaten des intrauterinen Lebens — ich folge TANDLER und DOMÉNY — zeigen die Epithelperlen eine immer weitergehende regressiv Metamorphose; man findet kleine, dann immer größer werdende Detrituschollen im Innern der Epithelperlen angehäuft, welche sich schlecht färben und differenzieren lassen. Auch die Zeit des völligen Zugrundegehens ist variant, da im 7., 8. und 9. Lunarmonat diese Epithelperlen von uns in verschieden starker Ausdehnung vorgefunden wurden. Sie sollen ja auch nach anderen Autoren noch beim Neugeborenen vorkommen. Wir selbst hatten dergleichen zu sehen keine Gelegenheit.“

TANDLER und DOMÉNY heben hervor, daß diese Epithelperlen vollkommen den in der Mundhöhle vorkommenden sogenannten „SERRESCHEN DRÜSEN“ gleichen, welche v. KÖLLIKER und ZUCKERKANDL als die Reste des epithelialen Verbindungsstranges am Zahnkeime beschrieben haben. — Die mikroskopischen Bilder der in der Mundschleimhaut vorkommenden Epithelkugeln sind mir geläufiger als die gleichen Gebilde im Präputium. Eingehender habe ich mich mit ihnen beschäftigt an der Hand der „Mitteilungen zur Anatomie und Klinik des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut nach mikroskopischen Untersuchungen an verschiedenen menschlichen Altersstadien (Habilitationsschrift, Wien 1903)“ meines Freundes DEPENDORF, jetzigen Vertreters der Zahnheilkunde an der Universität Jena. Die Mitteilungen sah ich mit entstehen. DEPENDORF fand diese Epithelkugeln in allen möglichen Altersstufen, noch in einem Alter von 65, ja, nach 76 Jahren. DEPENDORF schließt sich mehr der Auffassung von EPSTEIN¹² an, welcher die Entstehung von Epithelperlen im harten Gaumen Neugeborener untersucht hat und sie zurückführt auf Reste von Epithelfaltungen. In mannigfachster Weise können daher solche Schichtungskugeln sich bilden. In eingehender Art überträgt DEPENDORF die EPSTEINSCHE Auffassung auf die im Zahnfleisch so zahlreich anzutreffenden Epithelperlen, welche verhornen können oder sich auch cystisch umwandeln, und polemisiert gegen v. KÖLLIKERS Annahme von Resten der embryonalen Schmelzkeime. Makroskopisch sind die Epithelperlen am Gaumen neugeborener Kinder vielfach beobachtet worden. Die kleinen, stecknadelkopf- bis mohnkorngroßen, meist rundlichen Knötchen mit perlweißer Farbe zeigen sich in der Gaumenlinie vereinzelt und in Gruppen. Sie

¹² Zeitschr. f. Heilkunde. 1. Bd. Prag 1880.

treten auch in den Alveolarrändern, und zwar nach hinten zu, in der Gegend der späteren Milchmolaren und vorn in der Gegend des Zwischenkiefers auf. Nicht selten ist, wie EPSTEIN hervorhebt, der ganze Verlauf der früheren Zahnfurche an den beiden Seitenteilen des oberen Alveolarbogens durch mehr oder weniger dicht aneinander gereihte Knötchen gekennzeichnet, mitunter auch an der Vorderfläche des Zahnfleisches in der Gegend des Caninus, in der für die Eckzähne bestimmten Zahnfläche. Diese Knötchen sind für Balggeschwülste, für cystische, aus Schleimdrüsen hervorgegangene Bildungen, für Retentionsbildungen der Talgdrüsen (*Cystes epidermiques* nach GYOM THIERRY) für *Glandulae tartaricae*, und endlich für follikuläre Miliumformen des harten Gaumens gehalten worden. Auf diese Knötchen und weiter auf die diesen Knötchen zugrunde liegenden Veränderungen der Epithelperlen, auf ihre Verhornung und cystische Degeneration, über welche sich DEPENDORF genau auslässt, möchte ich das Augenmerk richten, um einmal die Hornperlen in meinen Präparaten, welche sich durch eine Lücke der Hornschicht in die Stachelnschicht eingraben, vielleicht aufzuklären, um andererseits cystische Bildungen der Glans penis, wie sie unter verschiedenen äußeren Bildern am Lebenden zur Beobachtung kommen, unter eine neue Beleuchtung zu rücken. Ich komme auf solche cystische Bildungen der Glans penis noch kurz nachher zu sprechen. Die weite Abschweifung hätte ich mir nicht erlaubt, wenn nicht TANDLER und DOMÉNY die Epithelperlen des Vorhautsackes mit den embryonalen Schmelzkeimen des Mundes von v. KÖLLIKER in Parallele gebracht hätten. Hier aber die EPSTEINsche Arbeit zu zitieren, erschien mir angezeigt, ebenso wie die Erwähnung der Tatsachen, dass im Munde die Epithelperlen bestimmten Veränderungen unterliegen und noch im hohen Alter vorkommen.

Ich fahre jetzt in der Beschreibung der histologischen Verhältnisse meiner Präparate fort. Fig. 1 beweist, dass die Mehrzahl der Talgdrüsen im Schnitt wenigstens keinen Zusammenhang mit dem Deckepithel haben. Ob die Schnittrichtung an dem Fehlen des Zusammenhanges schuld ist, ob wirklich die Talgdrüsen in der Überzahl ganz abgeschlossen mitten im Bindegewebe lagern: ganz einerlei — selbst da, wo die Talgdrüsen am Deckepithel hängen, ist mir — und darauf kommt es mir an — der Nachweis eines wirklichen Ausführungsganges oder auch nur der Ersatz eines solchen nur sehr selten geglückt. Bei den Talgdrüsen der Mundschleimhaut sprach ich, wo ich einen solchen sah, von einem sehr kurzen und weiten Ausführungsgang. AUDRY sprach davon, dass der Ausführungsgang durch einen einfachen Substanzverlust im Deckepithel dargestellt wird. „der mehr oder minder röhrenförmig aussieht, fast geradlinig verläuft und von eleidinhaltenen Stachelzellen begrenzt wird“. Es sind im übrigen voluminöse Talgdrüsenkomplexe, an welchen im einzelnen genau zu ver-

folgen ist, wie bei jeder „Talgdrüsenvergrößerung“ Hyperplasie und Hypertrophie der verfetteten Epithelien nebeneinander hergehen. Auffällig ist mir, daß trotz guter Fixation der frisch exzidierten Stückchen in frisch bereiteter FLEMMINGScher Lösung einzelne Talgdrüsen nicht den Fettreichtum zeigen, wie nach der Größe der Drüse zu erwarten steht, und daß einzelne Drüsen gerade in der Peripherie mehr Schwärzung als im Zentrum zeigen. Direkt hierher stelle ich auch den interessanten Befund von freien Fettmassen in den interstitiellen und perivaskulären Lymphspalten in der Nähe der Talgdrüsen. Ich verzichte auf jegliche Hypothese, auf die naheliegende Vorstellung, daß aus den eines Ausführungsganges entratenden Talgdrüsen das Fett direkt ausgetreten ist. Daß dieses freie Fett von Wanderzellen transportiert wird, habe ich nicht gesehen. DEPENDORF fand in der Nähe der cystisch degenerierten und zum Teil verfetteten Epithelperlen mit Fett beladene Wanderzellen. Ich habe aus äußeren Gründen auf die Wiedergabe der das freie Fett in den Lymphspalten zeigenden detaillierten Zeichnungen verzichtet.

Fig. 2 und 3 geben die frühen Entwicklungsstadien der freien Talgdrüsen. Im Zentrum der kolbig anschwellenden Epithelzapfen gewahrt man in unregelmäßiger Anordnung, in sternförmigen Figuren sich lagerndes Fett. Die Stachelzellen gruppieren sich — eine Folge der Raumbegung — in konzentrischen Lagen. Von einem eigentlichen Talgdrüsenzellcharakter der einzelnen Stachelzellen ist in diesen Stadien nichts zu entdecken, und es läßt sich darüber diskutieren, ob man hier schon von jungen Talgdrüsen sprechen darf. Zweifellos handelt es sich aber hier nach allem, was wir vornehmlich durch v. KÖLLIKER über die Entwicklung der Talgdrüsen wissen, um die ersten Stadien der vollentwickelten acinösen Talgdrüsen. Der Epithelzapfen nimmt dann eine flaschen- oder birnförmige Gestalt an, der Hals verjüngt sich immer mehr bis zur völligen Abschnürung. Die Sprossenbildung, die zur endlichen, reich gelappten, acinösen Drüse führt, setzt noch vor der Abschnürung ein oder erst nach dieser. Fig. 1 zeigt diese Verhältnisse. Das spezifische großwabige Talgdrüsenzellprotoplasma erscheint verhältnismäßig erst spät. Das FLEMMING-Material verbot mir diesmal ein genaueres Studium der elastischen Fasern. Eine geringe entzündliche Reizung im Bindegewebe ist noch zu notieren. Die Gefäße sind erweitert, in ihrem Lumen zeigt sich eine geringe Leukozytenansammlung, nur sehr vereinzelt finden sich Leukozytenhäufchen im Bindegewebe. Ich lasse es wiederum unentschieden, ob die histologischen Bilder berechtigen, von einer stärkeren Entwicklung der Talgdrüsen unter dem Einfluß eines entzündlichen Reizes zu sprechen. Von Haaren, Haaranlagen oder Haarrudimenten, wenn ich mich eines AUDRYSchen Ausdruckes bedienen darf, habe ich nichts gefunden.

Fasse ich meine histologischen Untersuchungen mit Bezug auf die

wichtige Fragestellung zusammen, so glaube ich, soviel mit Bestimmtheit behaupten zu dürfen: es handelt sich um eine postembryonale Entwicklung von freien, d. h. von Haaren unabhängigen Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputiums. Beweisend hierfür sind die Übergänge der vorhandenen ganz jungen Entwicklungsstadien — als solche ohne die Gegenwart weiterer Stadien kaum als Drüsen zu bezeichnen — zu den vollentwickelten Komplexen reich gelappter Drüsen. Eine andere Erklärung als die gegebene wäre gezwungen und schwer zu begründen, da es sich um Patienten in mittlerem Lebensalter handelt. Mit Nachdruck hat HEUSS¹⁵ die gleiche Ansicht für die Talgdrüsen der Wangenschleimhaut vertreten. Ob und wie weit meine eigene dermalige Ansicht in Widerspruch bezw. Einklang mit meiner heutigen Ansicht steht, davon an späterer Stelle.

1899 haben AUDRY und ich unabhängig voneinander die von FORDYON 1896 als erstem genauer beschriebene gelbe Körnelung der Wangenschleimhaut auf ihren eigentlichen anatomischen Charakter zurückgeführt. Die von uns aufgefundene Häufung freier, von Haaren unabhängiger Talgdrüsen in der Mundschleimhaut hat eine Legion von Publikationen zur Folge gehabt.

In dieser Zeitschrift in der ersten Dezemberrnummer 1899 — des Jahres von AUDRYs und meinen Veröffentlichungen — ist es AUDRY selbst gewesen, welcher auf ein Referat einer Arbeit von MONTGOMERY und HAY in dem *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* vom Juli 1899 aufmerksam machte. Die „Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes“ betitelte Arbeit war in den *Proceedings of Association of American Anatomists*, 10. Session 1897, erschienen. Im Heft 6 des VI. Bandes (1904) der von LASSAR herausgegebenen *Dermatologischen Zeitschrift* haben MONTGOMERY und HAY ihre Mitteilung wiederholen lassen. Mit Beziehung auf AUDRYs und meine Untersuchungen schreibt MONTGOMERY in einer Anmerkung: „. Längere Zeit vor dem Erscheinen dieser obengenannten Publikationen haben W. G. HAY und ich das Resultat unserer Erfahrungen geäußert. Unser Artikel wurde erst vor der „Association of the University of California“ am 5. Oktober 1897 und dann am 28. Dezember 1897 vor der „Association of American Anatomists“, Ithaca, New York, vortragen. Der Artikel ist in dem Protokoll der Verhandlungen der „Association of American Anatomists“ zu finden, aber bis jetzt in keiner anderen wissenschaftlichen oder medizinischen Zeitschrift publiziert worden.“

Diese letzten Worte der amerikanischen Kollegen dürfen noch dahin vervollständigt werden, daß die wichtige Mitteilung sogar den europäischen

¹⁵ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1. Dez. 1900. Bd. 31.

Fachanatomen entgangen war, welche der Befund ebenso sehr hätte interessieren dürfen, wie ihnen der Ort der Publikation näher lag als den Dermatologen. AUDRY hat natürlich die Priorität der amerikanischen Ärzte anerkannt. Die Gerechtigkeit aber verlangt, daß bei einer Sachlage, wie der aufgeführten, und bei der Ausführlichkeit unserer Arbeiten gegenüber der kurzen amerikanischen Mitteilung AUDRY und ich mindestens neben MONTGOMERY und HAY genannt werden und nicht nebenbei als solche, die einen vorliegenden Befund nur bestätigt haben.

In meiner dermaligen Arbeit hatte ich von eigentlichen und uneigentlichen Talgdrüsen gesprochen. Mit letzteren wollte ich die von Haaren unabhängig sich entwickelnden Talgdrüsen bezeichnen. STIEDA hat diesen Ausdruck in seiner angezogenen Abhandlung mit Recht bemängelt. Die Bezeichnung „freie Talgdrüsen“ übernehme ich anstandslos.

Die Häufung freier Talgdrüsen in der Mundschleimhaut glaubte ich bei Leuten vornehmlich zu finden, die eine Quecksilberkur überstanden haben. Ich drückte mich damals, nachdem ich das Vorkommen der gelben Körner auch bei nicht syphilitisch infiziert Gewesenen besonders hervorgehoben hatte, so aus:

Sollte ich mich nicht täuschen in der Annahme, daß die sicher nicht syphilitische Veränderung der Schleimhaut mit einiger Wahrscheinlichkeit gerade bei syphilitisch infizierten während einer Quecksilberkur oder nach einer solchen stärker in die Augen fällt, dann ist auch die Möglichkeit zu diskutieren, daß gerade die Salivation die exzessive Entwicklung der Talgdrüsen fördert. Und zwar würde ich mir denken, daß die stark überschwemmte Schleimhaut den schädlichen Wirkungen eines traumatischen Reizes, wie er in diesen Fällen durch die schadhafte Zähne gegeben ist, in erhöhtem Maße ausgesetzt sei, und daß dem auf die Schleimhaut ausgeübten Reiz eine massige Entwicklung der Talgdrüsen sich anschließt. Warum gerade die ohne ersichtlichen Zweck in die Schleimhaut verlagerten Talgdrüsen auf den Reiz antworten, bleibt allerdings ein dunkles Problem. Ich hüte mich, in weitere Hypothesen mich einzulassen. Wieweit die anatomische Untersuchung meine Auffassung bekräftigt, davon an späterer Stelle. Ob nicht aus irgendwelchen anderen Gründen an Salivation leidende Personen, z. B. Raucher, wenn sie schadhafte Zähne haben, die Veränderung in ebenso hohem Maße zeigen können, und ob einer angespannten Tätigkeit der Speicheldrüsen eine besondere Rolle der in die Schleimhaut verlagerten Talgdrüsen parallel geht, weiß ich nicht.

BETTMANN, HEUSS, LUBLINSKI¹⁴ u. a. haben die im voranstehenden niedergelegten klinischen Erhebungen bestätigt. Andere Autoren aber sind der Ansicht, daß die Talgdrüsen in der Mundschleimhaut bei Syphilitischen durchaus nicht häufiger als bei anderen beobachtet werden. Ich gebe geru die Möglichkeit zu, daß die Beobachtung des Klinikers von vornherein einseitig angelegt ist und zu unrichtigen Schlüssen führen kann. Ich selbst bin aber immer mehr zu der obigen Annahme bei meinen

¹⁴ *Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. Nr. 52.

eigenen Beobachtungen im Laufe der Jahre gekommen und möchte nur noch einmal betonen, daß ich neben der spezifischen Kur auch noch die anderen zur verstärkten Speichelabsonderung führenden Ursachen angeschuldigt habe, und daß ich bei den an starker Salivation und schadhafte Zähne leidenden Personen gerade die Häufung freier Talgdrüsen hervorheben wollte. Daß ein äußerer Reiz ein wesentliches Moment darstellt, geradezu die *Conditio sine qua non* ist, dafür spricht doch in beweisendem Sinne die den Zahnreihen parallel gehende reihenförmige Anordnung der Drüsen, wie sie von allen Autoren gesehen worden ist.

Die Kleinheit des anatomischen Materials gestattet mir keinen sicheren Schluss, wie weit die histologisch festgestellte geringe entzündliche Reizung im Bindegewebe die klinische Voraussetzung eines Reizes bewies. Die Epithelwucherung allerdings, welche eine „postembryonale“ Entwicklung von Talgdrüsen zur Voraussetzung hat — so wie sie HEUSS für die Mundschleimhaut als erster behauptet hat und wie ich sie für die innere Vorhautlamelle bestätige —, würde dem klinisch supponierten Reiz entsprechen.

AUDRY vermeinte, Rudimente von Haaren, „Erinnerungen“ an solche gefunden zu haben. Auf verirrte Keime bzw. auf primäre Haaranlagen aus dem fötalen Leben führt AUDRY die Talgdrüsen der Wangenschleimhaut zurück. In meiner Arbeit habe ich die AUDRYSche Hypothese, da ich keinerlei verkümmerte Haarkeime gesehen hatte, und die aus dieser Hypothese sich ergebenden weiteren Schlüsse abgelehnt. Die Autoren sind fast einstimmig zu derselben ablehnenden Auffassung gekommen, haben festgehalten an den „freien“ Talgdrüsen. Hier muß ich wieder HEUSS' gedenken, welcher ähnliches wie die von AUDRY an den Ausführungsgängen gesehenen, am oberen Ende sich aufsplitternden Garben gelber Schüppchen — AUDRYS Haarrudimente — beobachtet hat. HEUSS spricht aber von spiralig aufgerollten Hornlamellen, welche im Verein mit den Wandschichten des aus einem röhrenförmigen Substanzverlust bestehenden und von Körnerzellen begrenzten Ausführungsganges ein Haar oberflächlich vortäuschen können. Von Interesse ist aber eine Notiz von DEPENDORF, welche in der Wangenschleimhaut eines 23tägigen Kindes Hornspitzen und Hornzähnechen beschreibt, bei welchen die Möglichkeit vorliegt, daß sie die Überreste rudimentärer Organe bedeuten. Ich muß hier STIEDA erwähnen, welcher die Tatsache des häufigen Vorkommens freier Talgdrüsen „an den Stellen, wo Schleimhäute und die äußere Haut ineinander übergehen“, so erklärt: „An den obengenannten Stellen ist die Gegenwart der Haare allmählich überflüssig geworden, dagegen die Notwendigkeit, die Haut einzuöfen, blieb bestehen. Die Talgdrüsen haben sich daher an allen jenen Orten entwickelt, die Haare aber nicht.“

„Hieraus folgt, daß das stetige Beisammensein von Talgdrüsen und Haaren nicht als Regel oder Gesetz gelten kann.“

Der STIEDASchen Erklärung steht die NEUSTÄTTERSche Annahme nahe, welche ich hier doch anführen möchte. NEUSTÄTTER,¹⁵ welchen ich so ausführlich in meiner dermaligen Arbeit zitiert habe, hat in einer dem Jahre 1894 angehörenden Untersuchung über den Lippensaum beim Menschen die Ansicht vertreten, daß von den beim Neugeborenen noch scharf hervortretenden zwei Zonen des Lippensaums auch die äußere aus vergleichend anatomischen Gründen auf die Schleimhaut zurückzuführen ist. Wenn der Bau der äußeren Zone dem der äußeren Haut ähnelt, in ihr sogar vereinzelt Talgdrüsen und Haare gefunden sind, so spricht das für einen Rückbildungsprozefs, der die äußere Zone, welche den gleichen Insulten wie die behaarte Haut ausgesetzt ist, ihrer Funktion möglichst anzupassen versucht.

Das Vorkommen der Talgdrüsen in der Mundschleimhaut dachte ich für ein entwicklungsgeschichtliches Problem heranzuziehen. Da wegen des frühzeitigen und vollständigen Schwindens der Rachenhaut nicht genau anzugeben ist, an welcher Stelle beim Erwachsenen der Übergang der von der Epidermis ausgekleideten primitiven Mundbucht in die Epithelschicht des Darmrohrs zu suchen ist,¹⁶ erwog ich die Möglichkeit, aus der Lage der Grenzlinie, bis zu welcher Talgdrüsen in der Mundschleimhaut vorkommen, Rückschlüsse zu machen auf die Übergangslinie der primitiven Mundbucht in die Epithelschicht des Darmrohrs. „Nach unserem Wissen ist jene“, so drückte ich mich aus, „nicht befähigt, Drüsen von der Struktur der Talgdrüsen der äußeren Haut zu produzieren, und für die Annahme einer weitgreifenden metaplastischen Umwandlung des inneren Keimblattes im Bereich der Mundbucht liegt kein Grund vor.“

BETTMANN, HEUSS u. a. haben zu meiner Freude den eben skizzierten Gedanken aufgenommen; zu meinem Leidwesen aber hat kein Fachanatom ihn in die Tat umgesetzt. ZANDER,¹⁷ welcher übrigens in dieser Richtung nicht genau die Autoren zitiert, bewegt sich meines Erachtens hier in einem Irrtum. Die Annahme, daß der talgdrüsentragende Teil der Mundschleimhaut ektodermalen Ursprunges sei, setzt nach ihm voraus, daß die Talgdrüsen präformierte Gebilde seien. Eine solche Voraussetzung ist nicht nötig. So unbescheiden es klingt, so bin ich doch gezwungen, zugleich um eine weitere wichtige biologische Frage mit Rücksicht auf HEUSS zu klären, mich wiederum zu zitieren. S. 361 meiner Arbeit sagte ich:

¹⁵ *Jenaische Zeitschr. f. Naturwissensch.* 29. Bd. N. F. XXII.

¹⁶ Vgl. auch O. HERTWIG, *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Wirbeltiere.* G. Fischer, Jena 1888.

¹⁷ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 38. Bd. 1901.

Wo die Talgdrüsen in der Haut sich öffnen, da ist es daher ihrer Entwicklung aus der Oberhaut entsprechend, daß sich die Lagen der Oberhaut direkt in den Ausführungsgang fortsetzen, und daß die verfetteten Zellen direkt auf die Oberfläche der Haut bezw. Schleimhaut gelangen.

Bei der Kleinheit des von mir untersuchten Materials will ich die Frage gar nicht aufwerfen, ob die Neubildung der Drüsen ausschließlicly von den präexistierenden ausgeht, oder ob sich auch die Oberhaut daran beteiligt, d. h. ob in meinen Fällen auch eine Neuanlage von Drüsen statt hat.

Die Verteilung der Mitosen im Epithel, das Auftreten und die Verteilung solider Epithelsprossen, wenn letzteren eine Zunahme der Talgdrüsen auch unter pathologischen Verhältnissen vorausgeht, diese und andere Punkte wären heranzuziehen. Ob die obenerwähnten soliden Epithelneester in dem angezogenen Sinne eine Bedeutung besitzen, will ich unentschieden lassen.

S. 365:

Aber ganz abgesehen von der Frage, ob die Talgdrüsen der Mundschleimhaut abhängig oder unabhängig von Haaren sich entwickeln, wir stehen vor der Tatsache, daß (höchst wahrscheinlich zur Zeit der Pubertät) im späteren Leben an einer normalerweise talgdrüsenfreien Fläche Talgdrüsen erscheinen. Es handelt sich also um eine abnorme kongenitale Keimesanlage, welche zu einer bestimmten Zeit des Lebens sichtbar wird, und welche — das ändert aber an der prinzipiellen Auffassung gar nichts — durch besondere Einflüsse, die ich in meinen Fällen in der Salivation und einem durch die Reihen schadhafter Zähne ausgeübten Druckreiz sah, zu einem exzessiven Wachstum gelangen können. Für solche abnormen Keimesanlagen, mögen sie kongenital gleich auffallen oder erst im späteren Leben zur Entwicklung kommen, haben wir vorderhand, wenn es sich um die äußere Haut handelt, keine andere pathologisch-anatomische Bezeichnung als die des Naevus. An diesem Raisonement ändert nichts die Überlegung, welche ich oben angestellt habe: ob in meinen Fällen auch eine Neuanlage von Drüsen aus der Stachelschicht statthatte oder nur ein Auswachsen vorgebildeter Keime. Die Differenzierungsfähigkeit der Oberhaut im ersteren Falle würde entscheidend sein.

Eine zu diesen Sätzen gehörende Anmerkung beweist, wie sehr ich mich der HEUSSschen Ansicht genähert habe.

An diese Sätze aber und an die in meiner Arbeit zitierten Ergebnisse v. KÖLLIKERS bezüglich der feineren Verhältnisse bei der Entwicklung der Talgdrüsen darf ich hier erinnern. Erstens möchte ich meinen Zweifel ausdrücken, ob ZANDER, für dessen Dissertation allerdings v. KÖLLIKER das Referat übernommen hatte, recht hat, wenn er die freien Talgdrüsen aus einer Einstülpung des Epithels herleitet, eine Annahme, welche unseren Kenntnissen über die Entwicklung der Talgdrüsen widerstreitet. ZANDER nimmt wie HEUSS eine postembryonale Entwicklung der Talgdrüsen an, bestreitet aber die von HEUSS beschriebene vorausgehende primäre Wucherung der Stachelschicht. Eine solche erkenne ich voll und ganz an für die innere Lamelle der Vorhaut an. Für die mitten im Oberhautepithel erscheinenden Talgdrüsen kann selbstverständlich eine solche Wucherung keine *Conditio sine qua non* sein. Ich habe solche „intraepithelial“ gelegenen Drüsen in der Wangenschleimhaut häufiger als in der Vorhaut

histologisch gesehen. Das mag ein bloßer Zufall sein. Hier ist der Ort, die einschlägigen Ergebnisse von DEPENDORF zu bringen. In allen möglichen Altersstadien fand dieser Autor die freien Talgdrüsen der Wangenschleimhaut an den der Leiche entnommenen Stückchen. Mit Rücksicht auf die Studien von RÖMER¹⁸ über den primären Epithelkeim, aus welchem Haaranlagen, Schweißdrüsen, Talgdrüsen sich differenzieren können, ist ein Verweilen bei der DEPENDORFschen Arbeit geboten. Ich komme damit auch zu dem zweiten Grunde, aus welchem ich mich vorhin selbst zitierte, um nämlich HEUSS gegenüber daran festzuhalten, daß selbst bei einer postembryonalen Entwicklung der Talgdrüsen für die Auffassung des ganzen Phänomens entscheidend und maßgebend die Tatsache bleibt, daß der primär gewucherten Stachelschicht die Differenzierungsfähigkeit innewohnen muß. Von meiner Auffassung des Bildes als eines „Naevus“ habe ich nichts zurückzunehmen, nur muß der Begriff des „Naevus“ viel weiter gefaßt werden, als HEUSS ihn gefaßt hat, dem nur der sog. weiche Naevus vorgeschwebt hat.

Ich zitiere jetzt DEPENDORF:

Bezüglich des Auftretens freier Talgdrüsen verweise ich auf die einzelnen Stadien. Sie kommen sowohl in der frühesten Jugend, wie im Alter zum Vorschein und bilden als Bestandteile der Wangenschleimhaut in ihrer Art eine interessante Tatsache. Die Anlagen der Talgdrüsen gehen in ähnlicher Weise vor sich, wie das bei den von KÖLLIKER beschriebenen freien Talgdrüsen des Lippenrandes der Fall ist. Ein großer Unterschied besteht nur darin, daß wir in der Wangenschleimhaut Talgdrüsen mitten im Epithel beobachten können, sowohl während der Jugend, wie auch während des Alters. Diese simple Form kennzeichnet sich durch eine Anordnung einzelner Stachelzellen zu konzentrischen Schichtungen innerhalb des interpapillären Bereiches. Eine Bildung wirklicher Drüsenacini findet nicht statt, sondern die Verfettung tritt zuerst innerhalb der konzentrischen Schichtung der Stachelzellen in dem interpapillären Teile des Epithels aus und breitet sich von hier aus allmählich in Form eines Kegels an die Oberfläche des Epithels aus. Der phylogenetische Zusammenhang zwischen freien (unechten) und echten, d. h. mit der Haarpapille verbundenen Talgdrüsen ist hier nicht nachzuweisen.

Die Entwicklung der in der Stachelzellenschicht liegenden Talgdrüsen schildert DEPENDORF des genaueren so:

In der papillären Epithelschicht treten anfangs Veränderungen in der Weise auf, daß einzelne Zellen, besonders im Grunde der interpapillären Epithelschichten, der sogenannten sekundären Papille, heller werden, sich vergrößern und bisweilen konzentrisch lagern. In ihnen sammelt sich Fett, anfangs in kleinen Körnchen an, die größer werden und schließlich zu einer Fettkugel zusammenfließen. Der Prozeß dehnt sich nach der Oberfläche des Epithels hin weiter aus in spitz zulaufender Form, wenigstens nach den vorliegenden Befunden. Die umliegenden Stachelzellen nehmen stets eine besondere Lage ein, indem die zunächst gelegene Schicht sich

¹⁸ Studien über das Integument der Säugetiere. II. Das Integument der Monotremen. SEMON, Zoolog. Forschungsreisen. 1898.

unter Vergrößerung ihres Inhaltes senkrecht zu dem Längsdurchmesser des Bläschen zu stellen sucht, während die weiteren Schichten polygonale abgeplattete Formen zeigen. Das Talgdrüsenbläschen erhält in dieser Weise eine Spindelform. Gleichzeitig mit der Ausbildung der Fettzellen geht an anderen Stellen eine allmähliche Einsenkung des Epithelzapfens in das Bindegewebe vor sich. Man sieht also in mitten einer abgerundeten, zapfenförmigen Epithelinsenkung die kleinen Talgdrüsenbläschen.

In der Zusammenfassung seiner Befunde kommt der Autor dann zu weiteren biologischen Schlüssen:

Der phylogenetische Zusammenhang zwischen unechten (freien) und echten, mit der Haarpapille verbundenen Talgdrüsen, ist wohl anzunehmen; zumal wenn wir auf die neuesten Befunde und Erklärungen zurückgreifen, wie sie von RÖMER in seiner Arbeit: „Studien über das Integument der Säugetiere“ eingehend beleuchtet werden, können wir zu einem einigermaßen abschließenden Urteil gelangen. RÖMER ebenso wie MARKS weisen nach, daß die Anlagen für Schweißdrüsen, Haare und Talgdrüsen ursprünglich in einem Epidermiszapfen vorhanden sind, der von MARKS nicht als Haarkeim, sondern sehr zutreffend als „primärer Epithelkeim“ bezeichnet wurde. Aus diesem Epithelkeim können sich Haarkeime, Schweißdrüsen, Talgdrüsen abscheiden; an den behaarten Körperteilen entwickeln sich, wie RÖMER sagt, meistens alle drei Gebilde aus ihm. Es kann aber gerade so gut nur eine Schweißdrüse oder nur eine Talgdrüse, oder ein Haar mit Talgdrüsen, oder endlich bloß ein Haar oder einen Stachel hervorgehen lassen. Bis zu einem gewissen Alter ist das dem Epidermiszapfen gar nicht anzusehen, da ursprünglich alle drei Anlagen gleich sind. Die Schweißdrüsen sind uns bisher immer nur als selbständig mündende Drüsen bekannt gewesen, zumal bei dem höheren Affen und dem Menschen. Die Arbeiten von DE MEYER und MARKS über die Beziehungen der Schweißdrüsen zu den Haaren zwingen uns, der herrschenden Meinung entgegenzutreten, welche behauptet, die Drüsen seien im allgemeinen selbständig. Bei den meisten Tieren münden sie in den Haarbalg ein, aus dem sie auch ihre Entwicklung nehmen. Das Gleiche gilt für die Talgdrüsen, nur daß hier der Zusammenhang mit den Haaranlagen ein inniger geblieben ist, und die Talgdrüsen beim Menschen nur an einigen Stellen selbständig auftreten. Sie haben sich hier von den Haarkeimen emanzipiert, die aus irgendeinem Grunde überflüssig wurden, und aus dem primären Epithelkeim entwickelt sich, um mit RÖMER zu reden, nur eine Talgdrüse; Haarpapille oder Schweißdrüsen kommen also nicht mehr zur Entfaltung. So gern ich auch meine Befunde, gerade in bezug auf die freien interpapillären Talgdrüsen mit diesen Ergebnissen in Zusammenhang bringen möchte, so ist das ohne weiteres nicht möglich. Denn wir haben in unserem Falle eine Entwicklung einer Talgdrüse mitten im Epithel ohne vorherige Bildung eines wirklichen Epithelkeimes vor uns: anscheinend eine durchaus sekundäre Erscheinung trotz ihrer primitiven Form. Hingegen lassen sich die freien Talgdrüsen im Bindegewebe durch den primären Epithelkeim phylogenetisch erklären. Ich möchte die interpapillären Talgdrüsen, als etwas durchaus sekundär Verändertes, für rudimentäre halten.

Es erübrigt jetzt noch, dreier italienischer Autoren zu gedenken. In dem gleichen Jahre beschrieb mit AUDRY und mir RESPIGHI in Pisa die gelben Körner der Mundschleimhaut. Wie schon der Titel seiner Arbeit: „Su di una speciale modificazione di ghiandole della mucosa orale“ (*Giorn. ital. d. malatt. e d. pelle*) besagt, glaubte RESPIGHI eine Art

Schleimdrüsen vor sich zu haben, deren Zellen einer fettigen Umwandlung statt einer schleimigen unterlegen seien. RESPIGHI hat trotz der nicht leicht verständlichen Auffassung, welche er äußert, das Verdienst, gerade mit Rücksicht auf seine biologischen Gesichtspunkte die histologische Sonderstellung der gelben Körner erkannt zu haben. Wenn ich COLOMBINI (1902)¹⁹ richtig verstanden habe, so geht er ebenso wie sein Landsmann RESPIGHI der sicheren Deutung der gelben Körner als Talgdrüsen aus dem Wege und spricht von fettsezernierenden Drüsen, welche den Talgdrüsen der Haut ähnlich sind. Von Interesse sind seine vergleichend anatomischen Literaturhinweise. In etwas bestimmteren Sinne der Talgdrüsen aber äußert sich CALDERONE,²⁰ aus dessen Arbeit herangezogen werden muß, daß er die Wangenschleimhaut von menschlichen Föten und von den verschiedensten Tierklassen mit negativem Ergebnis durchforscht hat. Irgendwelche äußeren Reize für das Erscheinen der Talgdrüsen mit verantwortlich zu machen, lehnt CALDERONE ab, ebenso wie COLOMBINI ein häufigeres Vorkommen der gelben Körner bei Syphilitischen bestreitet. Statistische Angaben über das Vorkommen der freien Talgdrüsen in der Mundschleimhaut bezüglich des Lebensalters, der Beteiligung der Geschlechter, der Beziehungen zu den Talgdrüsen des Lippenrotes, eines Zusammenhanges mit Reizzuständen u. a. bringen FORDYCE, AUDRY, BETTMANN, ROZIEBES, LIEPMANN,²¹ HEUSS, ZANDER, COLOMBINI, CALDERONE, KRAKOW.²² Letzterer, ein Schüler von STIEDA, bringt auch eine histologische Untersuchung, ebenso wie SUCHANNEK.²³ In Form von Demonstrationen haben sich über das Thema LUBLINSKI und RIEHL²⁴ geäußert.

Den Angaben von SPRUNCK über den Bau, Größe, Zahl der Coronalpapillen habe ich nichts von wesentlicher Bedeutung hinzuzufügen. Figur 5 zeigt, wie sich in meinen Präparaten die Papillen gestellt haben; es handelt sich um plumpe, abgestumpft kegelförmige Gebilde, welche im spitzen Winkel, gegen die übrige Epidermis schräg gerichtet, über die Oberfläche hervorstehen. Figur 5 zeigt die sekundären Papillen in weniger starker Ausbildung wie viele andere Präparate. Die primäre Papille samt den sekundären Papillen wird von der Epidermis in ebener Lage überkleidet. Im Durchschnitt betragen die Papillen des von mir untersuchten Falles im Querdurchmesser (das Epithel nicht mitgenommen)

¹⁹ *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 34. 1902.

²⁰ *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1901.

²¹ Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1900.

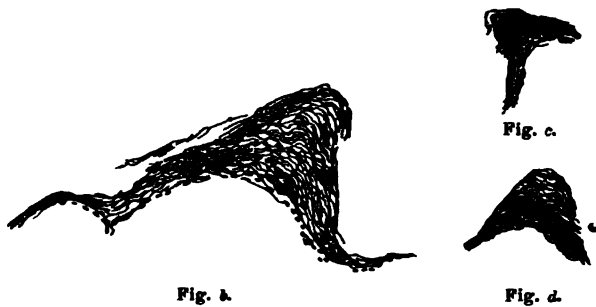
²² Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1901.

²³ *Münch. med. Wochenschr.* 1900. Nr. 17, S. 575.

²⁴ *Münch. med. Wochenschr.* 1901. Nr. 9, S. 364.

0,37 mm, mitsamt dem Epithel 0,5 mm, im Höhendurchmesser 0,4 mm ohne die Epithellage, mit der Epithellage 0,45 mm. Die Cutispapillen als solche zeigen ein geringes Ödem und eine geringe Zellvermehrung. Das Epithel selbst zeigt in seinen intercellulären Spalten keine angewanderten Elemente, zwischen Stachelzellenlagen und Horndecke liegt eine breite Körnerschicht.

Weshalb ich aber meiner Untersuchungen der Coronalpapillen gedenke, geschieht aus dem Grunde, weil ich an der Spitze der Papillen spitz zulaufende Hornkegel gefunden habe, deren Basis durchschnittlich 0,15 mm lang ist, deren Höhe 0,075 mm mißt. In den VAN GIESON-Präparaten — ein solches liegt Figur 5 zugrunde — zeigt das Hornzähnenchen, wie ich mich ausdrücken könnte, die leicht aufgefaseren Lagen im violetten Farbenton. Diese Hornkegelchen bzw. Hornzähnenchen dürften die anatomische Grundlage sein für die Härte, welche die Coronalpapillen klinisch bei dem Betasten mit dem Finger verraten. Biologisch scheinen sie mir noch ein besonderes Interesse zu



bieten mit Rücksicht auf die Bedeutung, welche vielleicht ihnen mitsamt den Coronalpapillen zukommt. EBERTH erwähnt in seiner Bearbeitung der männlichen Geschlechtsorgane, daß die zusammengesetzten Papillen keineswegs selten auch im Bereich der übrigen Glans vorkommen. SPRUNCK hat von 117 Individuen, welche Papillen an der Glans besaßen, nur ein einziges gesehen, welches zerstreute Papillen an der Oberfläche der Glans darbot, während an der Corona keine Papillen vorhanden waren. Mit bloßem Auge sah ich die Papillen bislang nur auf dem Wulst der Glans (Coronalpapillen). Wie schon erwähnt, imponierte mir in allen Fällen die Anordnung in parallel gestellten Reihen, wie SPRUNCK sie gut abbildet. Herr Prof. STIEDA wies mich, als ich ihm von meinen Präparaten berichtet hatte, auf die Coronalpapillen des Katerpenis hin, welche stachelähnliche Bildungen darstellen. Erinnern wir uns jetzt, daß die Katzen wegen Schmerzen beim Coitus schreien, daß, was in unserer Umgebung perverse

Neigungen veranlassen, bei weniger zivilisierten Völkern²⁵ als offener Brauch nicht so selten vorkommt, daß Reizringe um den Penis vor dem Coitus gelegt werden, so ist es möglich, daß die Coronalpapillen für den Geschlechtsakt irgendeine Bedeutung haben. In Verbindung mit dem angeführten sind die von mir gesehenen Hornstachelchen auf den Coronalpapillen (Figg. *b*, *c*, *d* zeigen diese von der Fläche und den Seiten aus gesehen) vielleicht von weiterreichendem Interesse, stellen womöglich rudimentäre Bildungen dar. Eine gewisse Empfindlichkeit dieser Coronalpapillen hatte SAALFELD veranlaßt, dieselben auf ihre nervösen Gebilde zu prüfen. Einen besonderen Nervenreichtum der Papillen im Vergleich zu den papillenlosen Stellen des Glans vermochte SAALFELD nicht festzustellen. Ich möchte dafür sprechen, den Coronalpapillen eine vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken, da sie mir ein außerordentliches Interesse zu verdienen scheinen. Der Entwicklung der Papillen haben TANDLER und DOMÉNY ein eingehendes Studium gewidmet.

Es erübrigt noch eine kurze Erläuterung der Figur 4. Dem Urologen sind die kleinen gelblichweißen, ziemlich derben, halbkugeligen Gebilde an der Corona glandis bekannt, welche unter dem viel mißbrauchten Namen der TYSONSchen Drüsen auch von mir noch in meiner Arbeit über die Talgdrüsen der Mundschleimhaut mitgeführt werden. Welche Auffassung heute den sogenannten TYSONSchen Drüsen gebührt, haben vor allem STIEDA und SAALFELD klargestellt. TYSON²⁶ und sein Vorgänger COWPER²⁷ haben nach den Forschungen dieser Autoren die Coronalpapillen für Drüsen gehalten. Neben den Coronalpapillen und neben den ganz vereinzelt an dem Wulst der Glans gefundenen freien Talgdrüsen kommen noch kleine Aussackungen, Taschen bzw. Säcke vor, welche mit abgefallenen Epithelien sich füllen, und deren auskleidendes Epithel in größerem Umfange der Verhornung unterliegen kann. TANDLER und DOMÉNY haben über diese von ihnen als Krypten bezeichnete Vertiefungen — den Ausdruck Krypten beanstandet STIEDA — genaue Notizen geliefert. Meine Figur 4 gibt das histologische Bild eines solchen obenerwähnten kleinen, einem 35jährigen Patienten entfernten Gebildes wieder. Beweisen will ich mit dem Bilde nur, daß es sich nicht um Talgdrüsen handelt. Die Kleinheit des Materials erlaubt mir nicht, ein abschließendes Urteil über die Genese der durch die Figur 4 wiedergegebenen cystischen Bildung zu äußern. Ob es sich um eine Ansammlung von Hornlamellen in einer Nische des Deckepithels zwischen papillären Erhebungen handelt, indem

²⁵ Von glaubwürdiger Seite wird berichtet, daß bei einigen Stämmen der Südseeinsulaner es vorkommt, daß die Männer kleine Steine in die Haut des Penis einheilen lassen, um bei der Frau kräftigeren Reiz zu entwickeln.

²⁶ u. ²⁷ Vergl. die Literatur bei SAALFELD und SPRUNOK.

gleichzeitig das in die Tiefe versenkte Epithel einer Hyperkeratose unterliegt? Gegen eine solche Annahme würde die überkleidende Epithelschicht in der Figur 4 nicht sprechen, da die Form derselben schon den Schrägschnitt verrät. Ob eine wirkliche zentrale Verhornung eines Epithelzapfens vorliegt? Dafs die Vertiefungen zwischen den papillären Erhebungen des Oberflächenepithels zu cystischen Bildungen führen können, lehrte mich die histologische Untersuchung einiger vermeintlicher Talgdrüsen an der Glans, welche einem zweijährigen Kinde nach einer Phimosenoperation wegen der vorliegenden Arbeit von einem Kollegen entfernt worden waren.

Auf Seite 690 dieser Abhandlung gedachte ich der cystischen Degeneration der Epithelperlen der Mundschleimhaut. Eine solche Veränderung kommt vielleicht auch in Betracht für einen Teil der an der Glans vorkommenden milienartigen Bildungen. Doch möchte ich aus meiner Reserve nicht heraustreten. Ich erinnere an dieser Stelle an die Arbeiten über die Milien der Haut. L. PHILIPPSON²⁸ hat im Anschluß an die Arbeit von ROBINSON,²⁹ welcher einen Teil der Milien auf verirrte Keime der Stachelschicht zurückgeführt hat, die echten Milien für verhornte, in der Cutis freiliegende Epithelperlen erklärt, sie von verirrten Epithelkeimen der Embryonalzeit hergeleitet. Die EPSTEINSche Anschauung über die Epithelperlen des Mundes, welche im voranstehenden erläutert wurde, hatte PHILIPPSON aufgenommen. UNNA³⁰ sieht in den Milien folliculäre Hornzysten, da er die Verbindung mit kleinen Lanugohaarbälgen nachweisen konnte.³¹

Tafelerklärung.

Fig. 1. Schwache Vergrößerung. Flemmingfixation. Safranin-Tannin. Wasserblautinktion. Übersichtsbild über die freien Talgdrüsen der inneren Präputiallamelle.

Figg. 2 u. 3. Mittlere und starke Vergrößerung. Fixation und Färbung wie *Fig. 1.* Junges Entwicklungsstadium einer freien Talgdrüse.

Fig. 4. Schwache Vergrößerung. Cystische Bildung am Wulst der Glans.

Fig. 5. Schwache Vergrößerung. Alkoholfixation. Hämatein - VAN GIESON-Tinktion. Coronalpapille mit Hornzähnen.

Die Einzelheiten sind aus dem Text ersichtlich.

Berichtigung. Im Anfang der Arbeit Heft 11, S. 652, Z. 10 von unten, soll fortfallen: und der Clitoris.

²⁸ *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 11. 1900.

²⁹ Handbuch der Dermatol. S. 37.

³⁰ Histopathologie. Berlin 1894.

³¹ Vergl. die Arbeiten und Anschauungen über die sogenannten Milien der Neugeborenen bei L. PHILIPPSON a. a. O. KÜSTNER, Comedonen und Miliumbildung u. s. (zit. bei W. SCHULZE, Über Talgdrüsen usw. Inaug.-Diss., Berlin 1898).

Fig.1.

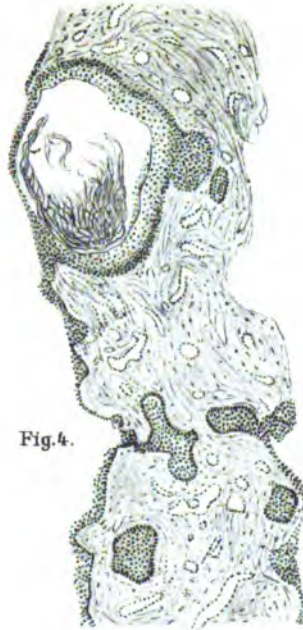
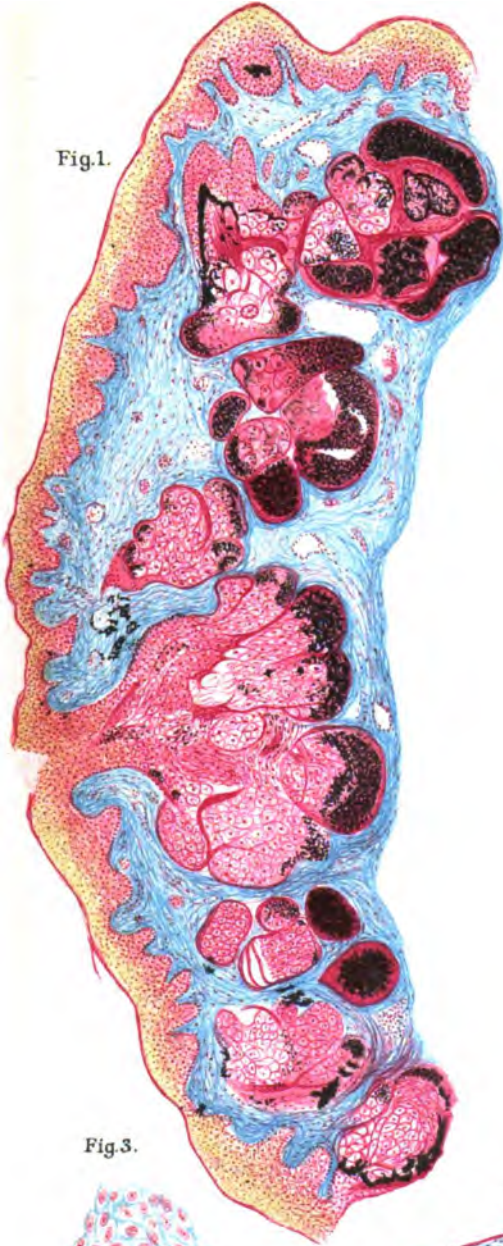


Fig.4.

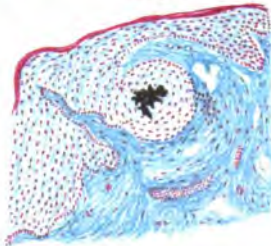
Fig.5.



Fig.3.



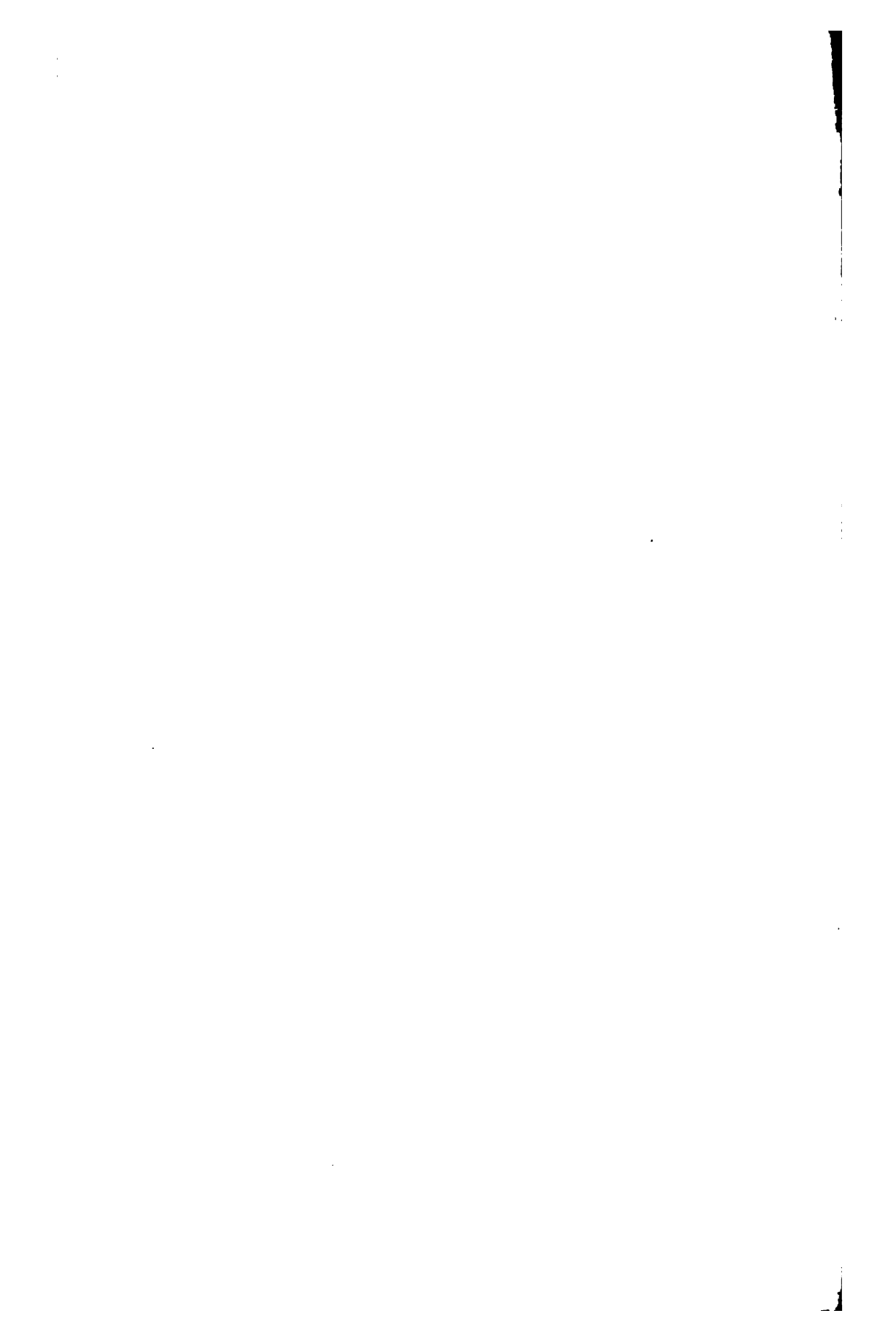
Fig 2.



Delbanco gez.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig



Aus dem dermatologischen Institute der königl. ung. Universität zu Budapest.
(Vorstand: Dozent Dr. LUDWIG NÉKÁM.)

Zur Tabes-Syphilisfrage im Anschlusse an einige mit manifester Syphilis verbundene Tabesfälle.

Von

Dr. JOSEF GUSZMAN,
klinisch. Praktikant und emerit. Universitätsassistent.

Die Frage, ob und inwiefern ein Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis bestehe, gehört wohl zu den interessantesten und umstrittensten Kapiteln der medizinischen Wissenschaft. Diese Frage ist nicht nur von wissenschaftlicher Wichtigkeit, sondern auch von hohem praktischem Interesse, da deren endgültige positive Lösung für die Pathologie beider Krankheiten von höchst prinzipieller Bedeutung wäre. Es erscheint demnach nicht überflüssig, vor der Bekanntgabe meiner Fälle die Entwicklung der Tabes-Syphilisfrage und deren heutigen Stand an der Hand neuerer Daten kurz darzustellen.

Die Tabes versuchte bereits DUCHENNE mit Syphilis in Zusammenhang zu bringen, jedoch konnte er selbst sich nicht vollständig davon überzeugen und fand auch sonst vielfachen Widerspruch. Eine bestimmtere Gestalt nahm die Tabes-Syphilisfrage erst im Jahre 1876 an, als A. FOURNIER auf Grund seiner Beobachtungen die Syphilis als die wichtigste Ursache der Tabes hinstellte. Seiner Ansicht pflichtete zunächst VULPIAN bei, der FOURNIERS Erfahrungen mit einigen Zusätzen bestätigte. Diese Anschauung fand einige Jahre später einen mächtigen deutschen Fürsprecher in der Person ERBS, welcher in seinem Werke über Rückenmarksleiden 1877, ja auch noch 1878 jedweden Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis bestritten hatte, jedoch später auf Grund seiner objektiven Untersuchungen seine ursprüngliche Ansicht fallen ließ und sich rückhaltslos der neueren Anschauung anschloß. In weiterer Folge wurde diese Theorie von vielen hervorragenden Forschern hauptsächlich durch die Statistik fester begründet, in welcher sie nachwies, daß in der Anamnese der Tabeskranken außerordentlich häufig vorhergegangene Lues konstatiert werden kann.

Bereits damals gab sich aber vielerseits ein heftiger Widerspruch kund, an dessen Spitze CHARCOT, LEYDEN und WESTPHAL standen, welche jeden kausalen Nexus zwischen den beiden Krankheiten verwarfen. In der Folge entstand nun ein heftiger literarischer Streit, welcher immer

mehr Teilnehmer fand, so daß über diese Frage bis heute bereits eine sehr umfangreiche Literatur angewachsen ist. Der Ansicht FOURNIER und ERB schlossen sich späterhin GOWERS, STRÜMPPELL und besonders MÖBIUS an, unter welchen der letztere Forscher am weitesten ging, indem er es kurzweg aussprach, daß die Syphilis als eine *Conditio sine qua non* der Tabes zu betrachten ist.

Die statistischen Daten wurden von einigen mit geradezu unermüdlichem Eifer zusammengetragen und wuchsen innerhalb kurzer zwei Jahrzehnte zu einer riesigen Menge an; sie gaben zum überwiegenden Teile ein positives Ergebnis, indem in der weit größten Mehrzahl der Tabesfälle frühere Lues ermittelt werden konnte. Es seien bloß einige Forscher angeführt, welche mit dem größten Krankenmaterial arbeiteten. So fand ERB in 900 Tabesfällen bei 90% vorhergegangene Syphilis, FOURNIER in 1000 Fällen 92,5%, GAIKIEWICZ in 400 Tabesfällen 90%, HIRT in 319 Fällen 92%. In der allerletzten Zeit berichtete ERB in einer überaus lehrreichen und Aufsehen erregenden Zusammenstellung schon über 1100 Tabesfälle, unter welchen ebenfalls in 90% (genauer 89,45%) frühere Syphilis ermittelt werden konnte. Diese statistischen Daten von ERB sind um so wertvoller, als sie sich ausschließlich auf männliche Kranke der höheren Stände beziehen, welche für die Anamnese noch die relativ verlässlichsten Angaben machen.

Diese erwähnten vier bzw. fünf umfangreichen Statistiken würden schon an sich eine genügend feste Grundlage für die Annahme bilden, daß die Syphilis von irgendwelchem Einflusse auf die Entwicklung der Tabes sei, wenn die Angaben über den stattgefundenen Nachweis der vorausgegangenen Lues vollkommen zweifellos wären. Nun macht sich aber eben in letzterer Hinsicht eine bedeutende Subjektivität seitens desjenigen, der die Anamnese aufnimmt, geltend, da doch das Endresultat der Anamnese in erster Reihe davon abhängt, was von den Angaben und Schilderungen früherer Leiden auf Syphilis bezogen wird. Wenn man nun bedenkt, daß der Kranke uns zumeist über längst vergangene Tatsachen seine Angaben macht, so können die hieraus gezogenen Schlüsse keineswegs immer volle Sicherheit beanspruchen. Fernerhin ist es für das Ergebnis der Statistik von sehr großem Einflusse, welchen Standpunkt der betreffende Forscher in der Tabes-Syphilisfrage überhaupt einnimmt oder, besser gesagt, welcher Partei er angehört. Offenbar hierauf ist es zurückzuführen, daß z. B. DÉJERINE in 97% vorausgegangene Syphilis konstatierte, während M. VUCELIC bloß in 15%, MEYER aber unter seinen wenigen weiblichen Tabetischen nicht einmal 1%. Über die Art und Weise, wie so verschiedene Ergebnisse der Statistik zustande kommen, lieferten neuerdings GUTTMANN und KUHN ein beredtes Beispiel; beide sammelten nämlich in einer und derselben Stadt und zum Teil aus dem-

selben Krankenhaus (Berliner Charité) fast zu gleicher Zeit ihre Daten und gelangten dennoch zu völlig entgegengesetzten Ergebnissen und Schlüssen. Die Erklärung dieses auffallenden Umstandes dürfte wohl darin liegen, daß GUTTMANN als Schüler LEYDENS der Syphilis in bezug auf die Tabes jedwede ätiologische Wichtigkeit abspricht, KUHN hingegen die Syphilis als wesentlichstes ätiologisches Moment der Tabes betrachtet. Übrigens gewinnt man heute bereits allgemein den Eindruck, daß ein gewissenhaftes und genaues Erheben der Anamnese — jedoch nicht nach der Art eines Untersuchungsrichters — immer mehr Luesfälle zutage fördern wird, wie dies am besten jene Autoren beweisen, welchen es gelang, den Prozentsatz der Syphilis im Laufe der Zeit wiederholt zu heben. So konnte VOIGT die Verhältniszahl früherer Syphilis von 67% auf 82%, RUMPF von 66% auf 85%, OPPENHEIM von 17% auf 80%, BERNHARDT viermal von 40% auf 83% korrigieren. Demgegenüber sei aber ALTHAUS erwähnt, welcher von 96% auf 86,5% zurückging.

Um das gegnerische Lager vollends zu überzeugen und jedem Zweifel an dem Wert der Tabes Syphilisstatistik entgegen zu treten, wurde als Gegenprobe eine Syphilisstatistik zusammengestellt, welche sich auf solche Personen bezog, welche bei der Untersuchung weder an Tabes, noch an manifester Lues litten, um auch auf dem Wege der vergleichenden Statistik den Prozentsätzen früherer Lues bei Tabes eine größere Bedeutung zu verleihen. Die größte und daher lehrreichste derartige Statistik hat ERB durch die Anamnesen von 10000 über 25 Jahre alten Personen zusammengestellt. Es stellte sich dabei heraus, daß von den Untersuchten bloß 11,7% an Syphilis mit sekundären Symptomen, 9,8% aber bloß an venerischen Geschwüren vorher gelitten haben. Demgegenüber steht die erwähnte große Tabesstatistik von ERB, in welcher 63% (bezw. 64,5%) Syphilis mit sekundären Symptomen und 26% (bezw. 23,75%) venerische Geschwüre vorkommen, also insgesamt 89% venerische Leiden (insgesamt bei 90%). Die Differenz ist also bedeutend und um so auffallender, als man von ERB mit Recht voraussetzen kann, daß er in beiden Untersuchungsrichtungen die anamnestischen Daten in gleicher Weise abgeschätzt hat, da selbst sein größter Gegner, LEYDEN, die Genauigkeit seiner Daten anerkannte. Eine ebenso vergleichende Statistik veröffentlichte auch KUHN, zu welcher er 214 Tabesranke und 600 anderweitige Kranke heranzog, und gelangte auch er zu dem Ergebnis, daß in den Anamnesen der Tabeskranken bedeutend häufiger frühere Syphilis vorkommt als in anderweitigen Erkrankungen. Leider ist KUHN'S Zusammenstellung nicht so einheitlich wie die von ERB, da er zu seiner Statistik auch tabetische Frauen herangezogen hat.

Diesem gegenüber hat STORBECK, ein Schüler LEYDENS, eine minder umfangreiche, aber auf den ersten Blick sehr sorgfältig scheinende Statistik

veröffentlicht, in welcher er in 108 Tabesfällen seines Lehrers bloß 31% bzw. 42% vorhergegangene Syphilis konstatieren konnte. Die Statistik STORBECKS hat jedoch die eine Schwäche, daß in ihr sehr viele weibliche Kranke (33) aufgenommen sind, welche sich bekanntlich zu einer genauen und verlässlichen Anamnese nicht eben bewähren; letztere Behauptung wird schon dadurch bekräftigt, daß STORBECK in der Tat bei keiner einzigen seiner weiblichen Kranken Lues nachzuweisen vermochte, was schier unglanblich klingt. Übrigens spiegelt sich in seiner ganzen Arbeit das Überkritische seines Lehrers in bezug auf die Qualifizierung vorausgegangener Symptome zurück. Immerhin bilden auch die aus der LEYDESEHEN Schule hervorgehenden 42% bereits eine nicht unbeträchtliche Zahl, wenn man die vorhin erwähnten 12% ERBS in Betracht zieht. ERB unterzog später die Angaben STORBECKS einer eingehenden Kritik und griff sie an, da nach seiner Meinung STORBECK zumindestens in 60% Lues hätte feststellen müssen. Um zu demonstrieren, wie schwer es geht, bei weiblichen Kranken frühere Syphilis positiv festzustellen, sei ein neuerdings von NONNE erwähnter Fall angeführt, wo man sogar zur Konfrontation greifen mußte, um ein Geständnis über vorausgegangene Infektion zu erlangen.

Der entschiedenste Standpunkt in der Tabes-Syphilisfrage wurde in den letzten Jahren von MÖBIUS in seiner ausgezeichneten Tabesmonographie vertreten, indem er im Tone der größten Überzeugung und unter zahlreichen gewichtigen Argumenten die Syphilis als ausschließliches Moment der Tabes hinstellt. Seine Argumentation gründet er nicht bloß auf die umfangreichen statistischen Angaben, sondern auch auf vielfache anderweitige Tatsachen der Erfahrung, welche die ätiologische Bedeutung der Syphilis noch augenfälliger demonstrieren. So weist er u. a. darauf hin, daß in der Jugend, namentlich bei Kindern unter 15 Jahren, Tabes außerst selten vorkommt, wofür sich selbst in der Literatur nur sehr wenig Fälle finden, Fälle, in welchen übrigens die Autoren fast ohne Ausnahme hereditäre Lues konstatierten. Die besondere Häufigkeit der hereditären Lues bei juvenilen Tabesfällen sehen wir neuestens in positiver Form in der Arbeit POURBEYRONS, insofern er, sich mit der Frage beschäftigend, zu dem Resultate gelangt, daß die Syphilis in 98% der Fälle nachweisbar ist. Derartige sichere Fälle sind auch von REMAK, STRÜMPPELL, MENDEL, DYDŃSKI und neuestens von v. RAD und IDELSOHN mitgeteilt worden; auch noch viele andere ähnliche Fälle findet man in der Literatur angegeben, welche aber in ihrer Deutung zweifelhaft sind und teilweise der FRIEDREICHSCHEN Ataxie angehören. In Verbindung mit den oben erwähnten Fällen wären noch diejenigen Tabesfälle hervorzuheben, welche ebenfalls bei hereditärer Lues an verhältnismäßig jungen Individuen beobachtet wurden, so von FOURNIER, GOWERS, RAIMOND, NONNE, HUDOVERNIS, HALBAN, BLOCH u. a., neuestens aber von LINSER und C. HARTMANN.

Aber ebenso selten entwickelt sich die Tabes im Greisenalter, und wenn schon, so ist bezeichnenderweise zumeist auch die Syphilis in vorgerücktem Alter akquiriert worden. Derartige interessante, lehrreiche Fälle findet man bei **ERB**, **BERGER**, **NONNE** u. a.

Was das Geschlecht anbelangt, so findet man die Tabes entschieden weit häufiger bei Männern als bei Frauen, und während letztere hauptsächlich den niederen Volksschichten angehören, stammen die männlichen Kranken eher aus den intelligenten Kreisen. Ein ähnliches Verhältnis waltet nach **MÖBIUS** auch bei denluetischen Kranken vor, worin er einen weiteren Beweis für den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes sieht. In dieser Hinsicht kann ich jedoch der Prämisse bei weitem nicht beipflichten, da in Wirklichkeit die Syphilis ihre Opfer unter den Männern der niederen Schichten in ebensolchem Maße holt, wie aus den Kreisen der Intelligenz.

Viele Autoren — so auch **ERB** — haben darauf aufmerksam gemacht, daß man unter Jungfrauen keinen Tabesfall findet, ja **MÖBIUS** wirft sogar sarkastisch die Frage auf, wo denn die nicht syphilitische, aber tabetische Jungfrau sei. Man darf jedoch dies nicht so starr hinstellen, da es ja dennoch solche Fälle gibt, wie wir dies aus den Fällen **EULENBURGS** und **SAENGERES** wissen. Neuerdings wird auch von **NONNE** der Fall einer 20jährigen Virgo erwähnt, deren Mutter während des Stillens an einem Brustschanker litt. Selbstverständlich darf man die Frage nicht einzig und allein davon abhängig machen, ob die Kranke Jungfrau sei oder nicht, sondern worauf es ja schließlich ankommt, ob sie jemals Syphilis akquirierte oder nicht. Nun macht aber eben in bezug hierauf auch **KAHANE** aufmerksam, daß man in derlei Fällen die Möglichkeit einer vorausgegangenen extragenitalen Infektion nie außer Erwägung lassen darf.

In Anbetracht all dieser gewichtigen Daten müssen wir uns eigentlich darüber wundern, daß es überhaupt gelingt, so oft die Syphilis in der Anamnese der Tabesfälle nachzuweisen, und dürfen wir daher keinen Anstoß nehmen an den 10—15%, in welchen die Syphilis eben im Wege der Anamnese nicht ermittelt werden kann. Gleichwohl schrecken selbst die eifrigsten Anhänger der **FOURNIER-ERBS**chen Lehre vor diesen einigen Prozenten zurück und wollen die Ätiologie dieser Fälle in anderweitigen Umständen suchen. Diese Ängstlichkeit ist jedoch wenig begründet, wenn man bedenkt, daß oft selbst in ausgesprochensten Fällen von tertiärer Lues nicht nur keine anamnestischen Angaben von den Kranken zu erhalten sind, sondern eine vorausgegangene Infektion starr gelegnet und oft mit Entrüstung zurückgewiesen wird. Hierauf wies schon **KRAFFT-EBING** auf dem Moskauer Kongresse hin, indem er die von **HIRSCHL** an der **LANGS**chen syphilitischen Abteilung gewonnenen Daten erwähnte. **HIRSCHL** vermochte unter 63 ausgesprochenen Tertiärluetischen in 36,5%

im Wege der Anamnese überhaupt nichts von primären oder sekundären Erscheinungen zu ermitteln, indem die Kranken von ihrer früheren Krankheit gar keine Ahnung hatten. Die gleichen Erfahrungen wurden schon von FOURNIER und FLEINER hervorgehoben. FOURNIER z. B. bemerkt in seinem interessanten Werke „Syphilis und Ehe“, daß es ihm bei tertiärluetischen Frauen in 50% nicht gelang, die syphilitische Infektion im Wege der Anamnese festzustellen. Noch eklatanter beweist dies in neuerer Zeit die Statistik LIONS, die den Nachweis liefert, daß bei tertiärluetischen Frauen die Anamnese in 76% der Fälle keinerlei auf Syphilis deutende Angaben enthält.

Dem von MÖBIUS vertretenen Standpunkt, daß in der Ätiologie der Tabes die Syphilis als *Conditio sine qua non* gelte, nähert sich neuerdings auch immer mehr ERB: „So drängt sich uns die Richtigkeit der MÖBIUSschen Ansicht immer und immer wieder auf. Ich will es mir auch sehr gern gefallen lassen, wenn die zukünftige Forschung die Wahrheit eines solchen konstanten und ausnahmslosen Zusammenhanges in überzeugender Weise konstatiert.“

Trotz aller dieser Tatsachen wird noch heute von LEYDEN jeder Einfluß der Syphilis starr verneint und die Ätiologie der Tabes in Erkältung, Traumen, Überanstregungen usw. gesucht, ja es ist noch nicht lange her, daß auch einer seiner Schüler, GUTTMANN, allerdings im Tone einer schwachen Überzeugung, für den alten Standpunkt seines Meisters eintrat.

In Ungarn haben sich neuerdings SARBÓ, SCHEIBER und KENDE über die Tabes-Syphilisfrage geäußert. Von diesen Autoren erkennt bloß SARBÓ einen engeren Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes an und meint, daß die Prophylaxe der Tabes am besten durch die Prophylaxe der Syphilis erreicht wird. SCHEIBER und besonders KENDE konkludieren dahin, daß der Syphilis in der Ätiologie der Tabes kein wesentlicher Einfluß zukommt; SCHEIBER vertritt eher den Standpunkt VIRCHOWS, KENDE hingegen teilt die Auffassung LEYDENS.

Die Gegner der Syphilistheorie werfen gegenüber den gewichtigen, positiven Beweisdaten sehr häufig die Gegenfrage auf, warum man so selten die Tabes bei Prostituierten finde, da doch bekanntlich unter diesen die Syphilis ungemein verbreitet ist. In der Tat hat diese Frage auf den ersten Blick sehr viel für sich; wenn man aber die Sache näher betrachtet, findet man alsbald, daß der Ausgangspunkt dieser Gegenfrage nur scheinbar richtig ist. Bekanntlich pflügt sich die Tabes am häufigsten in den 35—45iger Jahren einzustellen, d. h. durchschnittlich 8—15 Jahre nach der syphilitischen Infektion, also in einem Alter, in welchem nur sehr wenig Prostituierte zu finden sind. Denn früher oder später gelangt ein großer Teil der Prostituierten in den sichereren Hafen der Ehe oder des Konkubinats, und wenn sie dann erkranken, so erscheinen sie vor dem Arzt

bereits als „anständige Frauen“, und es vermag auch nicht das genaueste Forschen irgend etwas über deren Vorleben zu ermitteln. Unter derartigen „Frauen“ trifft man zweifellos auch tabetische, ohne es aber jemals zu erfahren, daß sie vor Jahren die Prostitution betrieben und daher wahrscheinlich an Lues gelitten haben. Es findet sich in dieser Hinsicht eine lehrreiche Angabe in der schon erwähnten Arbeit NONNES, wo schliesslich der Mann das lüderliche Leben seiner tabetischen Frau eingestand. Ferner erleben sehr viele unter den Prostituierten überhaupt nicht jenes Alter bzw. den Zeitpunkt, in welchem die Tabes aufzutreten pflegt. Besonders die Tuberkulose ist es, welche diese — ein nächtliches, unregelmäßiges Leben führenden — Mädchen rasch zugrunde gehen läßt. Endlich findet man die Tabes unter den Prostituierten überhaupt nicht eben selten, wie dies schon KRON in seiner oben erwähnten Arbeit zeigt. Letzterer hat nämlich von diesem Gesichtspunkte aus 184 Prostituierte untersucht; davon waren bloß 36 über 25 Jahre alt, und unter diesen selbst fand er fünf Tabetische. Unter den älteren Prostituierten kommt daher die Tabes verhältnismäßig häufig vor.

Die Syphilisgegner weisen häufig darauf hin, daß in Ländern, welche von der Kultur weniger oder gar nicht berührt, nichtsdestoweniger aber mit schwerer endemischer Syphilis bedacht sind, die Tabes außerst selten, ja in manchen Ländern überhaupt nicht vorkommt. Besonders SCHEIBER lenkte hierauf die allgemeine Aufmerksamkeit. Diesbezügliche Daten kennen wir von NEFFEL, einem amerikanischen Arzte, der sich in Asien unter den Kirgisen aufhielt und die Beobachtung machte, daß trotz der dort sehr häufigen und schwer verlaufenden Syphilis gleichwohl niemals Tabes angetroffen wird. Es stehen uns noch mehr ähnliche Angaben zur Verfügung. DRAVIE-TRENNEN erwähnt, daß es unter den Negern von Arkansas sehr viele syphilitische gibt, Tabes aber nie zur Beobachtung gelangt; ähnliche Verhältnisse findet man nach ihm auch in Japan. Sehr häufig werden die von GLÜCK in Bosnien und der Herzegowina gemachten Erfahrungen angeführt, wo die Syphilis und deren schwere, besonders mutilierende tertiäre Formen außerordentlich häufig sind, Tabes hingegen überhaupt nicht beobachtet wird. Ähnliche Beobachtungen veröffentlicht DAUBLER vom Ufer des Sambesi, HOLZINGER aus Abessinien, ferner SCHEUBE aus den tropischen Ländern und neuestens PAPADOPOULOS aus Kleinasien. Letzthin erschien von DÜRING eine sehr wertvolle Arbeit über endemisch auftretende Syphilis, in welcher er über seine in der Türkei und besonders in Castamum, einer Provinz Kleasiens, gemachten Erfahrungen berichtet. DÜRING behandelt neben seinem Hauptthema auch die Tabes-Syphilisfrage und hebt seine Beobachtung hervor, daß trotz der dort außerordentlich wütenden Syphilis, welche mit besonders schweren tertiären Erscheinungen einhergehe, die Tabes nur

sehr ausnahmsweise gefunden wird; ebenso selten sind aber dort auch die typischen syphilitischen Krankheiten des Nervensystems überhaupt. Seine auf die Tabes bezüglichen Erfahrungen sind also dieselben wie die von GLÜCK u. a. Andererseits hebt aber DÜRING hervor, daß es nach seiner Erfahrung überhaupt zum Charakter der endemisch auftretenden Syphilis gehört, daß im Vergleich zur Haut und den Schleimhäuten das Nervensystem nur äußerst selten ergriffen wird. DÜRING gibt also selbst zu — obwohl er in der Tabes-Syphilisfrage einen verneinenden Standpunkt einnimmt —, daß die in den orientalischen Ländern wütende Lues hinsichtlich ihrer Wirkung auf das Nervensystem überhaupt einen ganz anderen Charakter besitzt als die bei uns gewöhnlich vorkommende Syphilis. Diese letztere Äußerung DÜRINGS widerspiegelt sich auch in den am Serajewer Kongresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft gehaltenen Vorträgen von HÖDLMOSEK und GLÜCK, indem sie sich u. a. dahin äußerten, daß trotz der in Bosnien in riesiger Zahl vorkommenden Luesfälle die syphilitischen Affektionen des Nervensystems zu den größten Seltenheiten gehören.

Die hier angeführten Daten beweisen indessen noch immer nicht, daß die Syphilis keine hervorragende Rolle in der Ätiologie der Tabes spiele, denn wir wissen ja, daß die infektiösen Krankheiten überhaupt an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten mit wechselnder Intensität auftreten, und gilt dies wohl auch für die Syphilis. Von dieser Erfahrung ausgehend, bestritt auch JENDRÁSSIK (1898) bei einer Diskussion im Budapester Ärzteverein die Beweiskraft der oben angeführten Daten, indem er die Möglichkeit begründete, daß eine mit schweren tertiären Erscheinungen einhergehende Syphilis keine Tabes nach sich zieht, während eine leichte, schon mit der Sklerose endende oder bloß mit geringen sekundären Erscheinungen verbundene Infektion nachträglich das Nervensystem im schwersten Grade affizieren könne.

Bei tertiären, zumal schweren syphilitischen Erscheinungen ist nämlich wohl die Annahme berechtigt, daß das spezifische Virus im Organismus gänzlich aufgebraucht bezw. für die Folge gänzlich wirkungslos geworden ist, so daß nichts mehr davon übrig bleibt, was eine spätere Nervenaffektion hervorrufen könnte.

Die Gegner der FOURNIER-ERBSCHEN Auffassung sind aber, wie es scheint, geneigt, eher allen anderen Umständen, ja sogar zufälligen Ereignissen Wichtigkeit in der Ätiologie der Tabes beizumessen als der Syphilis. So haben schon manche die Tabes traumatischen Einflüssen zugeschrieben. STRAUS, KLEMPERER, SPILLMANN, PARIVOT u. a. haben derartige, auf Trauma beruhende Tabesfälle beschrieben, und neuerdings wurde auch von TRÖMNER, ADAMKIEWICZ, STRAUSS, GAURAUD, NEGRO und LICHTJE je ein diesbezüglicher Fall mitgeteilt. ADAMKIEWICZ' Kranker wurde von einem

Hufschlage getroffen, worauf er unter Tabessymptomen erkrankte; in TRÖMNER'S Falle wieder war der Kranke gestrauchelt und zog sich dabei eine Hautabschürfung am Unterschenkel zu, worauf sich alsbald lanzinierende Schmerzen, ARGYL-ROBERTSON-WESTPHAL-Symptome und Augenmuskellähmung einstellten (!). Einige haben aber in der Ätiologie der Tabes sogar längst stattgefundene Traumen verwertet, wie dies KLEMPERER tat, der Tabesfälle auf ein vor 14, ja 16 Jahren stattgefundenes Trauma zurückführte. ADAMKIEWICZ fand es sogar auf Grund dieser Fälle notwendig, neben einer gewöhnlichen und einerluetischen Tabes auch noch eine traumatische zu unterscheiden.

Die große Wichtigkeit der traumatischen Einwirkungen in der Ätiologie der Tabes betont in einem Vortrage v. LEYDEN von neuem. Bei dieser Gelegenheit demonstrierte er auch mehrere Tabesranke, mit denen er diese Wirkung des Traumas zu beweisen wünschte. Eine wesentliche Stütze meinte er in den Experimenten von EDINGER und HELBIG zu finden, auf deren Besprechung er in seinem Vortrage ebenfalls einging. In der dem Vortrage v. LEYDEN'S sich anknüpfenden Diskussion aufserten sich bezüglich dieser Frage mit wohlthuender Vorsicht SENATOR und BERNHARDT, namentlich aber letzterer, als er dahin zielte, daß die an sog. traumatischer Tabes Leidenden oft schon vor dem Einwirken des Traumas tabetisch waren. Dagegen ist aber BERNHARDT überzeugt, daß die schon beginnende Tabes durch ein Trauma einen viel schlimmeren Verlauf nimmt. Unserer Ansicht nach wäre die Möglichkeit des traumatischen Ursprunges der Tabes nur dann mit vollkommener Überzeugung annehmbar, wenn man sämtliche Symptome der Tabes (so z. B. ARGYL-ROBERTSON) mit einem vorhergegangenen Knochenbruche (ein Fall LEYDEN'S) in einen engeren Zusammenhang bringen könnte. Bis dahin kann man dieser traumatischen Hypothese mit Recht nur mit Zweifel begegnen.

In dieser unserer Ansicht stützen uns neuerdings auch WINDSCHEID und SCHITTENHELM. Ersterer kommt zu dem Resultate, daß die auf Trauma beruhende Ätiologie der Tabes eine sehr heikle Frage ist, die anatomisch keineswegs plausibel begründet werden kann. Auch die statistischen Untersuchungen SCHITTENHELM'S zeigen uns nichts anderes (in 128 Tabesfällen 3,9% reines Trauma), so daß er die rein traumatische Ätiologie der Tabes nicht nur nicht annimmt, sondern direkt verwirft.

Zu diesen gehören wohl auch die BERNHARDT'Schen und LOEWENFELD-Nähmaschinen-Tabesfälle, welche beweisen sollen, daß bei Frauen auch das Jahre hindurch ausgeübte Maschinennähen Tabes hervorrufen könne. Ähnliche Fälle (drei Fälle) demonstrierte auch v. LEYDEN in seinem vorerwähnten Vortrage, in denen als einzige Symptome Ataxie und lanzinierende Schmerzen nachweisbar waren. Es ist jedoch weit wahrscheinlicher, daß den tabetischen Näherinnen ihre vorausgegangene Syphilis verhängnisvoller geworden

ist als ihre Nähmaschine, wie dies übrigens schon aus KROHN'S Untersuchungen hervorgeht, wo bei den tabetischen Näherinnen in den meisten Fällen stattgehabte Lues nachgewiesen werden konnte.

Eine größere Beweiskraft für die Tabes-Syphilislehre haben auch die sog. konjugalen Tabesfälle, d. h. wo beide Eheleute an Tabes leiden, indem in diesem Falle fast ausnahmslos stattgehabte Syphilis beider Eheleute ermittelt ist. Auf die tabetische Erkrankung beider Ehegatten richtete besonders STRÜMPPELL die allgemeine Aufmerksamkeit, indem er betonte, welch bedeutenden Wert diese Fälle in der Tabes Syphilisfrage besitzen. Mit dieser Frage hat sich neuerdings RÄCKE befaßt, der in der Frankfurter Irrenanstalt zwei Ehepaare fand, welche an metasyphilitischer Tabes bzw. an Paralysis litten, und hebt auf Grund dieser Fälle ganz besonders den Zusammenhang der Syphilis mit Tabes und Paralysis hervor. In ähnlicher Weise äußert sich auch GOTTSCHALK, der zwei solcher Ehepaare erwähnt. Der konjugalen Tabes begegnen wir auch neuerdings öfters in der Literatur, doch wollen wir hier nur die Mitteilungen HUDOVERNIES erwähnen, der insgesamt über vier reine Fälle von konjugaler Tabes berichtet. In diesen, sowie in den durch ihn aus der Literatur gesammelten 24 Fällen reiner konjugaler Tabes war die vorhergegangene Syphilis in 96,8% bestimmt nachweisbar.¹

Von den Syphilis-Gegnern ist neuerdings die bekannte EDINGERSche Ersatztheorie mit großem Beifall aufgenommen worden, in deren Sinne die funktionelle Übermüdung in Verbindung mit mangelhaftem Ersatzläsionen in gewissen Teilen des Nervensystems und so auch Tabes hervorzurufen vermag. Der Theorie entsprechend werden also diejenigen Teile des Nervensystems ergriffen, welche am meisten in Anspruch genommen worden sind, mit anderen Worten: die Wirkung ist eine elektive. EDINGER stützt seine Theorie auf Tierversuche, welche ergaben, daß systematische Übermüdung bei anämischen Ratten eine Art Degeneration der Hinterstränge hervorrufen könne. Immerhin ist es jedoch fraglich, ob man solche experimentelle Ergebnisse ohne weiteres auf die menschliche Nervenpathologie übertragen darf, zumal wenn man bedenkt, daß EDINGERS Tiere überhaupt nicht tabetisch waren. Was nun die Übermüdung selbst betrifft, so bemerkt schon ERB ganz richtig, daß die Sache keineswegs so hingestellt werden darf, als ob der Tabetiker die eine oder die andere seiner Nervenbahnen mehr überangestrengt hätte als jeder

¹ In der Frage über die ätiologische Bedeutung der Syphilis für Tabes und Paralyse äußerte sich jüngst im Ärztlichen Verein in Hamburg NONNE, wobei er vor allem solche Fälle für wertvoll betrachtet, in denen die Syphilis in eine Familie hineingetragen wird und bei den verschiedensten Mitgliedern derselben nun Tabes oder Paralyse auftreten. Solche Familien hat NONNE bereits zehn beobachtet, wovon er vier demonstrierte. (Anm. b. d. Korrektur.)

andere gesunde Mensch. SCHULTZE wieder macht gegen diese Übermüdungstheorie den Einwurf geltend, warum man nicht derartige Veränderungen in den Nervenbahnen des Herzens und anderer das ganze Leben hindurch tätiger Organe finde. Gleichwohl wurde von den Syphilis-Gegnern die EDINGERSche Theorie mit großer Begeisterung empfangen, da ihrer Ansicht nach die Tierexperimente klar beweisen, daß die Tabes auch einzig und allein infolge körperlicher Überanstrengung sich entwickeln könne. Indessen trennt selbst EDINGER seine Theorie nicht so scharf von der Syphilisfrage, indem er die Ansicht vertritt, daß die Syphilis zunächst die Widerstandskraft des Organismus schwäche und erst dann eine gegebene Überanstrengung die Hinterstränge zur Degeneration bringen könne. Die elektive Wirkung beschränkt sich seiner Meinung nach deshalb hauptsächlich bloß auf die Hinterstränge, weil das sensitive Neuron nicht so widerstandsfähig sei wie das motorische. EDINGERS Untersuchungen hielt neuerdings bezüglich der Ätiologie der Tabes auch FRIEDLANDER für sehr wichtig, nach dessen Ansicht die Syphilis hier nur durch ihre die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzende Wirkung eine Rolle spielt.

Nun ist es interessant, wie dem gegenüber von den Anhängern der FOURNIER-ERBSchen Auffassung die Wirkung der Syphilis im allgemeinen hinsichtlich der Tabes erklärt wird. Es sei vorweg bemerkt, daß in dieser Hinsicht die Anschauungen auf etwas schwankender Grundlage stehen, da auch die betreffenden Hypothesen selbst bloß auf Annahmen beruhen. Es wurden nämlich die in der neueren Bakteriologie so wichtigen Toxine auch in diese Frage übernommen, bevor man überhaupt von den supponierten Syphilismikroben irgendwelche Kenntnisse hätte. Die allgemein herrschende Auffassung geht nämlich dahin, daß nicht die Syphilis als solche, sondern der durch sie veränderte Chemismus des Organismus zu den tabetischen Degenerationen führe. Die Tabes wäre demnach eine sekundäre, d. h. nichtsyphilitische, sondern bloß durch Syphilis vermittelte Krankheit, was allerdings ein wenig gezwungen scheint. STRÜMPPELL, welcher am meisten für diese Toxintheorie eintritt, machte letztere besonders populär durch die Analogie, welche er zwischen der Tabes und den postdiphtheritischen Lähmungen zog. Die diphtheritischen Lähmungen treten nämlich in ähnlicher Weise wie die Systemerkrankungen bei Tabes, ebenfalls in elektiver Form auf; er faßt demnach die Tabes analogerweise als postsyphilitische auf, meint eben aus dem Unterschiede, daß die Diphtherie eine akute Erkrankung, die Lues hingegen ein chronisches Leiden darstellt, den Umstand zu erklären, daß die postdiphtheritische Lähmung ein kurz andauernder und heilender Prozeß, die Tabes hingegen ein sehr chronisch verlaufendes unheilbares Leiden ist, da die einmal zugrunde gegangenen Nerven-elemente sich nie mehr regene-

rieren können. Die diphtheritische Lähmung und die Tabes besitzen noch den gemeinsamen Zug, daß beide Krankheiten gewöhnlich nach einem milde verlaufenden Grundleiden auftreten. Die Analogie geht sogar so weit, daß bei keiner von beiden Krankheiten spezifische Mittel des ihnen zugrunde liegenden Übels von Nutzen sind, indem sich bei Tabes das Quecksilber, bei den postdiphtheritischen Lähmungen aber das Serum völlig wirkungslos erweist.

STRÜMPELLS toxische Theorie erfreut sich gegenwärtig einer ziemlich Verbreitung, obwohl sie in diesem Sinne nicht recht bestehen kann, auf was wir später noch eingehend zurückkehren werden. Jedenfalls zum Vorteile der Theorie dient aber jene Grundbedingung, die die Tabes herbeiführende Ursache in einem den Organismus vollkommen durchdringenden, folglich offenbar im Blute kreisenden Gifte — sei dasselbe organisiert oder nicht — sucht. Denn es ist zweifellos, daß man die tabetische Degenerationen hervorrufende Ursache nur im zirkulierenden Blute suchen muß, da die alltäglichen Erfahrungen zeigen, daß bei Tabes immer mehrere zerstreut und voneinander fern liegende Nervenbahnen und -Elemente angegriffen werden. Und so ist es wahrlich zum Staunen, daß VIRCHOW auch noch vor einigen Jahren die Tabes für eine lokale Erkrankung hielt. Die Toxine der Syphilis, beziehungsweise das die Tabes herbeiführende Gift, hat zwar noch niemand gesehen und noch nie jemand hergestellt, doch bemerkt hier PÉL ganz richtig, daß wir auch die Urämie und die diabetischen Nervenläsionen erzeugenden Stoffe nicht bestimmt kennen, und bei diesen trotzdem immer von Autointoxikationen sprechen.

Die toxische Theorie wurde unserer Ansicht nach durch HITZIG nur noch unklarer gemacht, als er die Ansicht äußerte, daß es vielleicht ein gemeinsames Gift gäbe, welches sowohl in der Sklerose, wie in dem Ulcus venereum zugegen ist, und den Chemismus des Blutes so verändert, daß nach Jahren in Form quaternärer Erscheinungen Degenerationen des Nervensystems auftreten. Durch diese Annahme wurde die Frage durchaus nicht geklärt, und überhaupt hat es den Anschein, als wäre die Theorie HITZIGS gewissermaßen von der Unitätslehre durchdrungen. Noch weiter ging in dieser Frage HERMANIDES, der sich, durch die allerdings geistreiche Annahme HITZIGS ermutigt, dahin äußerte, daß zu den ätiologischen Momenten der Tabes jedenfalls auch die Gonorrhoe zu rechnen ist, da er einen Kranken beobachtete, der unmittelbar vor den ersten tabetischen Erscheinungen an einer Gonorrhoe litt, eine andere Ursache aber nicht nachweisbar war (1)

NEISSER stellte in seinem in der 73. deutschen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage die Hypothese auf, daß die Tabes durch das Zusammenwirken des Syphilisvirus mit einem noch unbekanntem Agens

veranlaßt wird. NEISSER drückt sich diesbezüglich so aus, daß Syphilis + x (unbekanntes Agens) Tabes verursacht. Er sieht in dem x den wichtigsten Faktor in der Ätiologie der Tabes, denn wenn ersteres vorhanden, so könne die Tabes auch ohne Syphilis zustande kommen, wenn aber das x fehlt, so ist die Syphilis für sich allein niemals imstande, Tabes hervorzurufen. Seine Ansicht will er mit den Daten derjenigen Länder beweisen, in welchem eine tabetische Erkrankung nicht vorkommt, die Syphilis hingegen in schwerer, endemischer Form herrscht. Das Fatale in der NEISSERSchen Theorie bildet aber eben der Umstand, daß der nach ihm wichtigste Faktor, das x, zugleich am unbekanntesten ist. Dieselbe Ansicht äußerte NEISSER auch neuerdings in einem Vortrage auf dem Kongresse der „Deutschen Dermatologischen Gesellschaft“ in Serajewo.

Die Gegner der Tabes-Syphilitheorie berufen sich am liebsten auf die pathologisch-anatomischen und -histologischen Befunde der Tabes, da in diesen die Syphilis sich in keiner Weise kundgebe. Sie gehen hierbei von der Behauptung aus, daß die tabetische Erkrankung mit keiner syphilitischen Affektion des Nervensystems einhergehe. Nun ist aber diese Behauptung ziemlich unzutreffend, denn wenn auch, woran offenbar gedacht wird, „spezifische“ Veränderungen im allgemeinen nicht gefunden werden, so tut das um so weniger zur Sache, als ja überhaupt niemand erwartet, daß die Tabes mit spezifischen Erscheinungen einhergehe, sondern von der Annahme ausgegangen wird, daß die Syphilis eben in anderweitiger Weise, also abweichend von der Norm, sich in der Tabes kundgebe. Man muß eben stets darauf bedacht sein, daß die Lues sich auch in nicht spezifischer Weise äußern kann. Zur weiteren Bekräftigung dieser Anschauung sei hier nur auf die Erfahrungstatsache hingewiesen, daß selbst die luetischen Erkrankungen des Nervensystems zumeist nicht eben von spezifischem Charakter sind und manchmal als solche überhaupt nur durch den klinischen Verlauf erkannt werden. Was aber die syphilitischen Produkte anbelangt, so wissen wir schon seit VIRCHOW, daß diese zum überwiegenden Teile spezifischer Natur sind (z. B. Gumma), andererseits aber auch jeden charakteristischen Zug entbehren können (einfache Infiltration, fibröse Hyperplasie usw.). Und in der Tat hört man immer mehr von solchen Fällen, wo evident luetische Affektionen des Nervensystems anatomisch in keiner Weise sich als solche kundgeben, klinisch hingegen sich zweifellos spezifisch verhalten. Hierher gehören gewisse atrophische und primäre parenchymatöse Degenerationen der Nervenfasern und Zellen. Die Möglichkeit derartiger Affektionen wird nicht nur von Klinikern, wie KAHANE, NONNE, ERB, LEREDDE, P. MARIE, G. GUILLAIN, NAGEOTTE und anderen, sondern auch von dem Pathologen SCHMAUS für wahrscheinlich gehalten. Auch FR. LESSER glaubt die

Tabes als eine direkt syphilitische Affektion auffassen zu können, wobei er annimmt, daß es sich hier um eine quartär syphilitische Form handelt. Sehr lehrreich in dieser Beziehung ist der Fall OPPENHEIMS, in welchem er über die Syphilis des Nervensystems spricht und dabei nachweist, daß bei derluetischen Affektion der Hirn-Rückenmarkshäute die Kerne der Gehirnnerven manchmal solche Veränderungen zeigen, welche sich zwar nicht als spezifische darstellen, aber sehr ähnlich, ja sozusagen, identisch mit jenen anatomischen Befunden sind, auf welchen die tabetischen Erscheinungen beruhen. Und so gewinnt denn auch die hierauf bezügliche Ansicht DINKLERS viel an Wahrscheinlichkeit, daß bei der auf Syphilis beruhenden Tabes das Zugrundegehen der Nerven-elemente auf die ähnliche Ursache zurückzuführen sein dürfte wie die bei Syphilis beobachtete Atrophie der Kerne in der Oblongata.

Die meisten der neueren Autoren (ERB) stimmen darin überein, daß diese Frage auf anatomischem Wege allein unmöglich gelöst werden kann, da die Pathologie derzeit noch nicht imstande ist, jedeluetische Affektion von den nichtluetischen Produkten scharf zu unterscheiden. Die überaus große Vielfältigkeit derluetischen Veränderungen bringt es eben mit sich, daß sich dieselben oft durch bloße morphologische und färberische Eigenschaften allein von ähnlichen, aber anderweitigen Prozessen nicht differenzieren lassen. Und so sind wir denn auch in dieser Frage noch immer auf die genaue Beobachtung des klinischen Verlaufes verwiesen, denn in anatomischer Hinsicht wird auch heute noch bloß dasjenige als syphilitische Affektion des Nervensystems betrachtet, was spezifische Veränderungen zeigt (z. B. Gumma). Offenbar diese Schwäche der pathologisch-anatomischen Kriterien führte ERB zu der Äußerung: „Jedenfalls aber ist die pathologische Anatomie bei dem jetzigen Stande ihres Wissens und Könnens absolut nicht kompetent, zu sagen, daß gewisse Dinge — speziell die tabetischen Degenerationen — nicht syphilitischer Natur sein können.“

* * *

Verhältnismäßig selten findet man Tabesfälle in Verbindung mit manifesten syphilitischen Erscheinungen. Dieser Umstand wurde denn auch alsbald von den Gegnern der Tabes-Syphilitistheorie aufgegriffen und der Einwand erhoben, daß, wenn die Tabes tatsächlich durch Syphilis veranlaßt würde, das gleichzeitige Vorhandensein der Symptome beider Krankheiten viel häufiger zur Beobachtung gelangen müßte. Ja, WESTPHAL stellte es geradezu als Lehrsatz auf, daß gleichzeitig mit der Tabesluetische Erscheinungen nicht vorkommen, eine Ansicht, welche von den später veröffentlichten Fällen mehrfach widerlegt wurde. In der Literatur finden sich verhältnismäßig nur spärlich Angaben über das

gleichzeitige Vorhandensein dieser beiden Krankheiten, und scheint es demnach geboten, derartige Fälle sorgfältig zu sammeln, da man hierdurch sehr wertvolles Material zur Beurteilung gewisser ätiologischer Fragen gewinnt. Nehmen wir zunächst die in der Literatur angegebenen Fälle vor, in welchen die gleichzeitige Gegenwart beider Krankheiten anatomisch, also blofs post mortem, festgestellt wurde.

Über gleichzeitiges Vorwalten von Tabes und manifester Syphilis hat VIRCHOW in seinem berühmten Werke „Die krankhaften Geschwülste“ berichtet. Sein Fall handelt von einer 53jährigen tabetischen Kranken FRERICHS', bei deren Sektion im rechtseitigen *M. longissimus dorsi* ein typisches Gumma gefunden wurde. VIRCHOW war eigentlich der erste, der auf Grund dieses seines Befundes auf einen etwaigen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis hingewiesen hat, von welcher Ansicht er sich später aber immer mehr entfernte.

Ein zweiter Fall von gleichzeitiger Tabes und manifester Syphilis wurde von DUPLAIX mitgeteilt; es handelte sich um eine 54jährige tabetische Frau, bei der schon in der Anamnese luetische Infektion erhoben wurde, und die spätere Sektion Endoarteritis syphilitica und Hepatitis interstitialis ergab.

Über einen ähnlichen Fall berichtet auch J. HOFFMANN, wo ein 36jähriger Kranker bei sämtlichen ausgesprochenen Symptomen der Tabes zur Autopsie gelangte und neben Tabes auch makulöse Meningitis cerebrospinalis und Endoarteritis syphilitica gefunden wurde.

EISENLOHRS Fall handelt von einem 54jährigen, ausgesprochen tabetischen Arbeiter, bei dem die Sektion neben der Tabes auch syphilitische Meningitis spinalis posterior und Hepatitis interstitialis ergab. Überdies wurden auch im Kehlkopf syphilitische Geschwüre gefunden.

Interessant ist auch der Fall von BRASCH, indem sein Kranker, der vor 20 Jahren Lues akquiriert hatte, seit einem Jahre unter tabetischen Symptomen schwere Gehirnerscheinungen zeigte, welche später zum Tode führten. Bei der Sektion fand sich neben geringer tabetischer Degeneration Pachymeningitis und Leptomeningitis luetica.

Einen sehr schweren, mit manifesten syphilitischen Erscheinungen kombinierten Tabesfall hat MINOR beschrieben. Sein Fall bezieht sich auf eine 26jährige Kranke, deren Autopsie luetische Leptomeningitis chronica und Endo- und Periarteritis der Hirngefäße und Erweichung der linken Hemisphäre ergab.

DINKLER berichtet über einen 42jährigen syphilitischen und tabetischen Kranken, welcher eines plötzlichen Todes starb. Bei der Sektion fand man neben Tabes auch eine diffuse spezifische Erkrankung der *A. basilaris*, der *Art. Fossae Sylvii* und außerdem noch miliare und submiliare Gummen in den weichen Hirnhäuten. Der plötzliche Tod wurde durch

eine subpiale Hämorrhagie herbeigeführt. Hierher gehört auch ein von SACHS veröffentlichter Fall, in welchem nach einer normal verlaufenen Tabes anatomisch syphilitische Meningitis und Endoarteritis nachgewiesen wurde.

NONNE beschrieb einen auch in seinem klinischen Verlaufe überaus interessanten Fall, wo neben Tabes incipiens ein anatomisch festgestelltes Gehirngumma vorlag. Derselbe Autor berichtet in seinem großangelegten Werke „Syphilis und Nervensystem“ noch über drei neuere diesbezügliche, zur Sektion gelangte Fälle. Der erste Fall bezieht sich auf einen 39jährigen Tabetiker, der infolge des Berstens eines Aneurysmas plötzlich starb, und dessen Sektion ein ausgesprochenes Gumma im linken Corpus striatum ergab. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 47jährigen Tabetiker, bei dessen Sektion sich Degeneration der Hinterstränge und ein in der Leber sitzendes Gumma fand. Der dritte Fall betrifft schließlich eine 42jährige tabetische Frau, bei der nebenluetischer Sattelnase und Perforation des Septum narium und harten Gaumens [auch Lebergummen gefunden wurden.

Neuerdings wurden von DINKLER noch drei diesbezügliche Fälle veröffentlicht. Der erste Fall betrifft einen 42jährigen Mann, bei dem die Tabes sich im zehnten Jahre seiner Lues entwickelte, und dessen Sektion aufser tabetischen Degenerationen auchluetische Meningitis und Arteriosklerosis ergab. In seinem zweiten Falle war es ein 70jähriger Kranker, der noch beim Militär Lues akquirierte, an Tabes aber erst mit 47 Jahren erkrankte. Die Autopsie stellte typische Sklerose der Hinterstränge, Meningitis spinalis chronica, ausgesprochene Arteriosklerosis und eine Schwielen im Hoden fest. Im dritten Falle endlich ist es ein 48jähriger Mann, der mit 45 Jahren an Tabes erkrankte und dessen Sektion typische tabetische Degenerationen undluetische Meningitis spinalis chronica und Endoarteritis ergab.

In den letzten Jahren wurde auch von PICK ein Fall veröffentlicht, in welchem eine 28jährigeluetische Frau an typischer Tabes, kompliziert mit meningialen Symptomen, litt und die Sektion charakteristische Degeneration der Hinterstränge,luetische Meningitis und Arteriosklerosis ergab. PICK unterzog die vor ihm veröffentlichten Fälle einer sorgfältigen Kritik und erklärte mehrere derselben als zweifelhaft und nicht hierhergehörend.

VALENTINS Kranker litt an Lues, später an Tabes und starb schließlich an Meningitis. Die Sektion stellte schwielige Meningitis cervicalisluetischen Ursprunges fest, welche mit konsekutivem Drucke des Rückenmarks einherging; überdies zeigten auch Milz und Leber syphilitische Erkrankung.

Hierher gehört noch der von HENNEBERG mitgeteilte Fall, in welchem eine 32jährige, an Tabes incipiens leidende Kranke unter

meningo-myelitischen Symptomen starb. Die Sektion ergab tabetische Degeneration, Meningo-myelitis cervicalis und Leptomeningitis chronica fibr. HENNEBENG hielt sämtliche anatomische Veränderungen für metasymphilitische.

Endlich ist noch eine umfangreichere Arbeit PANDYS zu erwähnen, in der unter anderem über den Fall eines 24jährigen Mannes berichtet wird, der an einer mit Syphilis (Rupien, Lues cerebri) verbundenen hochgradigen Tabes litt und an einer Apoplexie plötzlich zugrunde gieng. Der Fall war besonders durch die rapide Entwicklung der Symptome charakterisiert, indem von der luetischen Infektion bis zum Tode nicht einmal zwei Jahre verstrichen.

Es wären vielleicht noch mehrere derartige Fälle anzuführen, doch zeigen die soeben mitgeteilten zur Genüge, daß die Tabes fast ausnahmslos mit Syphilis des Zentralnervensystems kombiniert war, ohne daß letztere klinisch festgestellt hätte werden können. Man sieht also, wie häufig es vorkommt, daß das gleichzeitige Vorhandensein beider Krankheiten bloß durch die vorgenommene Sektion erwiesen werden kann. Diesen Fällen gegenüber stehen die in verhältnismäßig geringer Anzahl mitgeteilten Tabesfälle, in welchen die Syphilis sich an der Hautdecke oder an den Schleimhäuten lokalisierte, und demnach schon am Lebenden der Diagnose zugänglich war.

Die ersten derartigen Fälle veröffentlichte RUMPF 1887 in seiner Monographie über „Syphilis des Nervensystems“, wo er acht solche Fälle bringt, in welchen sich der Tabes teils sekundäre, teils tertiäre syphilitische Erscheinungen anschlossen. Es finden sich in seinen Fällen alle Arten syphilitischer Erscheinungen, wie Plaques muqueuses, nässende Papeln, ulcerierende Syphilitiden usw.

Im folgenden Jahre teilte STRÜMPPELL einen Fall mit, wo die tabetische Frau eines ebenfalls tabetischen Mannes floride luetische Erscheinungen zeigte.

Auch FOURNIER erwähnt ein Beispiel von Tabes in Gemeinschaft mit manifester Syphilis, ebenso später ERB, der über ein tabetisches Ehepaar berichtet, wo der Mann an luetischer Leukoplakie litt.

Im Jahre 1901 teilte BRASCH drei hierher gehörende Fälle mit, von welchen der zweite und dritte charakteristisch und lehrreich, der erste hingegen etwas zweifelhaft erscheint. Der erste Fall betrifft nämlich eine 44jährige Frau, bei der sich die Tabes schon vor zehn Jahren entwickelt hatte, und BRASCH nur deshalb zur Annahme manifester Lues sich bewogen fand, weil bei der Kranken plötzlich heftige Cephalalgie auftrat, welche auf Jodkali ausgezeichnet heilte. Im zweiten Falle trat bei einem 42jährigen Tabetiker in der Sacralgegend ein charakteristischer, zwei handtellergrößer, aus kleineren-größeren, teilweise zerfallenen Papeln bestehender

Ausschlag auf. In seinem dritten Falle war bei einer 26jährigen Tabikerin eine mit Perforation des Septums einhergehende Nasenlues vorhanden.

Kurz darauf berichtete in der Pariser Société de Neurologie G. GASSE über drei ähnliche Fälle. In dem ersten Falle akquirierte der Kranke im Jahre 1886 eine Syphilis, zu der sich zehn Jahre später eine Tabes gesellte; im Jahre 1900 aber entwickelte sich ein Gumma am Stirnbein. Im zweiten Falle wurde die Syphilis im Jahre 1878 akquiriert, welcher im Jahre 1889 eine langsam auftretende Tabes folgte, dieser schloß sich im Jahre 1896 ein fünf Jahre hindurch rezidivierendes Gumma der unteren Extremität an. In seinem dritten, ein Weib betreffenden Falle, wo die luetische Infektion geleugnet wurde, entwickelte sich im Jahre 1894 eine Tabes, zu der sich sieben Jahre später ein Gumma am Schenkel gesellte.

Endlich erwähnen wir aus der letzten Zeit die kurzen und interessanten Mitteilungen von CH. AUDRY und GAUCHER. Ersterer beobachtete zwei Tabesfälle, die mit manifesten luetischen Erscheinungen kombiniert waren. In dem ersten Falle war eine Glossitis syphilitica, im zweiten ein Erythema circinat. syphilit. zugegen. Der Kranke GAUCHERS wies auf seinem linken Knie ein tertiär papulöses Syphilid auf.

Aus all diesem ist ersichtlich, wie verhältnismäßig selten die gleichzeitige Gegenwart beider Krankheiten zur Beobachtung gelangt, wie dies unlängst bei einer Diskussion im „Budapester Ärzte-Verein“ auch FR. KORÁNYI und JENDRÁSSIK besonders hervorgehoben haben.

Meine Fälle sind die folgenden:

I. Fall. L. J., 54jährige ledige Wäscherin, aufgenommen am 8. Aug. 1902. Die Kranke ist von niederer Statur, ziemlich gut entwickelt, doch schlecht genährt. Abgesehen von ihrem gegenwärtigen Leiden will sie niemals krank gewesen sein. Ihre zwölf Schwangerschaften endeten — mit Ausnahme der sechsten — mit normalen Geburten. Letzte Geburt vor zehn Jahren. Sämtliche Kinder starben noch im zarten Kindesalter an ihr unbekanntem Krankheiten. Geschlechtliche Leiden, Hautausschläge werden geleugnet. Ein mit ihr 25 Jahre in wilder Ehe lebender Mann starb vor 1½ Jahren nach einjähriger Geisteskrankheit (Paralysis progr.). Das Krankenhaus suchte sie wegen einer an ihrem Halse befindlichen „Wunde“ auf. Über ihr gegenwärtiges Leiden gibt sie an, daß vor einem Jahre an ihrem Halse ein harter Knoten entstand, welcher sehr schmerzhaft war, später von selbst aufbrach und von ihr mit Hausmitteln behandelt wurde. Die Wunde war nach einigen Monaten geheilt, doch kurze Zeit darauf entstanden in deren Nachbarschaft mehrere neue Knoten, welche alle von selbst aufbrachen. Ihre jetzige Wunde entwickelte sich ungefähr vor zwei Monaten ebenfalls aus einem Knoten und ist mäÙig schmerzhaft.

Gegenwärtig an der linken Seite des Halses, entsprechend dem grossen Zungenbeinhorn ein markstückgrosser, scharfgerändeter, von einem steilen und hart infiltrierten Wall umgebener Substanzverlust, dessen Grund eitrig, speckigen Detritus zeigt. Das Ganze ist von den darunterliegenden Geweben mit der Haut leicht verschiebbar. Beiderseits des Geschwürs ist die Haut narbig und stellenweise noch rötlich verfärbt. Am übrigen Körper nichts Krankhaftes, keine Adenopathie. Diagnose: Gumma ulcerans colli. Therapie: Quecksilberpflaster und innerlich Jodkalium.

Nach eingehenderem Befragen gibt die sehr wenig intelligente Kranke an, das sie manchmal an sehr starken „rheumatischen“ Fusschmerzen leide, gegen welche sie artesische Bäder braucht. Die hierauf vorgenommene eingehendere Untersuchung stellt folgenden Nervenbefund fest.

Pupillen eng, gleich weit; ARGYLL-ROBERTSON. Beiderseitiges Fehlen des Kniephänomens, wie auch der übrigen Reflexe. Unsicherer, ein wenig ataktischer Gang; die Ataxie beschränkt sich blofs auf die unteren Extremitäten und tritt besonders hervor, wenn man in Rückenlage kombinierte, feinere Bewegungen vornehmen läfst. Hochgradige Hypotonie beider unteren Extremitäten. Das Gehen bei geschlossenen Augen unmöglich, ausgesprochenes BRACH-ROMBERG-Symptom. Seit einem Jahre Blasenstörungen, das Harnlassen geht schwer und nur mit starker Inanspruchnahme der Bauchpresse von statten. Seit ihres Aufenthaltes im Spital leidet sie häufig an lanzinierenden Schmerzen, besonders des Nachts, welche, soviel von der Kranken zu entnehmen ist, bereits seit drei Jahren bestehen. In den Füfsen, besonders in den Sohlen, Parästhesien, wie Ameisenlaufen, völliges Fehlen des Tastgefühes an den unteren Extremitäten, besonders an den Sohlen; Schmerzgefühl wesentlich herabgesetzt, aber nur vom Knie abwärts. BIERNACKISCHE Symptome beiderseits nachweisbar. Diagnose: Tabes.

Die Kranke klagt am meisten über die lanzinierenden Schmerzen, gegen welche sie Aspirin mit befriedigendem Erfolg erhält. Das am Halse befindliche Gumma hatte sich auf die vorgenommene spezifische Behandlung bereits in der zweiten Woche gereinigt, granuliert und war in der fünften völlig geheilt. Wir dachten nun mit der Kranken eine energische Quecksilberkur vorzunehmen, nicht so sehr aus eigener Überzeugung, als vielmehr der herrschenden Auffassung zuliebe, konnten jedoch dieselbe nicht durchführen, da unsere Kranke mittlerweile das Spital verliess.

II. Fall: Frau M. J., 43jährige Gattin eines Arbeiters. Heiratete im Jahre 1886, seitdem 13 Schwangerschaften, wovon die ersten zehn von normalem Verlaufe. Gegenwärtig lebt ihr nur noch ein zwölfjähriger Knabe, von den übrigen Kindern starben sechs im Säuglingsalter, drei kamen tot zur Welt. Ihre letzten drei Schwangerschaften endeten alle

mit Abortus; letzte Schwangerschaft vor ungefähr drei Jahren. Die Angaben über ihre Schwangerschaften und Geburten sind indessen ganz unsicher, da die Kranke bei jeder Gelegenheit stets andere Angaben macht. Abgesehen von grossen Kopfschmerzen, welche seit ihrem Mädchenalter bestehen, will sie sich stets gesund gefühlt haben. Ihr Mann war angeblich stets gesund. Sie fühlt sich erst seit einigen Jahren krank; vorangegangener Ausschlag oder Krankheiten der Genitalien werden beharrlich geleugnet. Vor zwei Jahren angeblich infolge Manipulation mit einem grünen Insektenpulver (Schweinfurter Grün?) entstanden an ihren beiden Handtellern Blasen, aus welchen sich Wunden entwickelten, die einige Monate lang bestanden. Während dieser Zeit sollen ihr sämtliche Fingernägel abgefallen sein. Im September 1901 stellte sich plötzlich Diplopie ein, welche drei Monate lang dauerte. Auf unsere Klinik wurde sie wegen ihres gegenwärtigen Hautausschlages geschickt, und zwar von der psychiatrischen Klinik, wo man sie bisher ambulanter behandelt hatte.

Gegenwärtig auf der ganzen Nase, mit Ausnahme der Nasenwurzel, ein seit ungefähr zwei Monaten bestehendes typisches, serpiginöses papulo-squamöses Syphilid. Die Haut an den übrigen Körperteilen zeigt nichts Krankhaftes. Keine Adenopathie. Diagnose: Lues tertiär. Therapie: Zwei Wochen hindurch tägliche 25 %ige Jothioninjektion. (Neues Jodpräparat.) Auf diese spezifische Behandlung hatte sich der Ausschlag innerhalb drei Wochen vollkommen zurückgebildet.

Die Kranke war im September 1901 zuerst in der psychiatrischen Klinik erschienen, wo von ihr in Kürze der folgende Status aufgenommen wurde. Seit ungefähr 20 Jahren sich häufig einstellende charakteristische Migränanfälle. Seit zehn Tagen Paresis nervi trochlearis lat. sin. (Befund der Augenklinik.) Seit drei Monaten häufiges Erbrechen, Appetit stark herabgesetzt. Des Abends und überhaupt im Finstern ausserordentlich unsicherer Gang. Grosse Abmagerung, ein wenig kachektisches Äussere. Linke Pupille weiter, beiderseitige reflektorische Pupillenstarre, ROMBERG, träges Kniephänomen, Globusgefühl, Herzklopfen. Diagnose: Tabes incipiens, Hysterie.

Gegenwärtig ist das Krankheitsbild kein einheitliches und auch die Symptome ein wenig verschwommen. Es wurde daher um einen neuerlichen Nervenstatus ersucht, welchen Herr Assistent Dr. HUDOVERNIG so freundlich war, aufzunehmen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank abstatte. Der Befund war folgender: Gegenwärtig prädominieren die hysterischen Klagen. Kranke klagt ausserdem über lanzinierende Schmerzen in den Füssen und über schlechtes Sehen. ROMBERG ist jetzt nicht nachweisbar. Beiderseitige Pupillenstarre; linke Pupille weiter. Geringe Parese des rechten Facialis. Zungentremor. Kniephänomen ein wenig lebhaft. Fersengang geringen Grades. Wahrscheinlich

derzeitiger Stillstand des tabetischen Prozesses und dadurch bedingtes, stärkeres Hervortreten der hysterischen Erscheinungen.

III. Fall: Frau J. D., 46jährig; erschien am 21. Januar 1900 zum erstenmal an unserer Klinik. Sie gab damals an, daß Ende November 1899 an ihren äußeren Genitalien ein Geschwür entstand, welches ihr Vereinsarzt angeblich mit einer weissen Salbe zur Heilung brachte. Ihr Mann soll gesund sein, ist aber zur Untersuchung nicht erschienen. Die Untersuchung ergibt einen makulösen Ausschlag am ganzen Körper, spezifische Pharyngitis und ausgesprochene Adenopathie. Therapie: 30 Injektionen (90 g), Mundpflege. 21. II. 1900 war der Ausschlag verschwunden, die Quecksilberkur wurde aber trotzdem fortgesetzt. Am 27. III. 1900. Condylomata lata ad anum; neuerlich 30 Injektionen. Am 11. IX. 1900. Kranke zittert ein wenig, fühlt sich matt und klagt über Kreuzschmerzen. Therapie: Jodkalium (10 : 300). 27. X. 1900. Kranke erscheint neuerdings und klagt über starkes Schwindelgefühl, Zittern und häufige Kopfschmerzen. Therapie: 20 Injektionen (40 g). Am 8. V. 1901. Kranke klagt jetzt über stechende Fußschmerzen von lanzinierendem Charakter, über starkes Schwindelgefühl, heftige Kopfschmerzen und ist fast vollkommen arbeitsunfähig. Angeblich springen ihr schwarze Punkte vor den Augen. Sie klagt über die verschiedensten Parästhesien, über Ameisenlaufen und Krabbeln usw. in den unteren Extremitäten. Augenuntersuchung (Augenklinik) ergibt folgendes: Sehkraft an beiden Augen $\frac{5}{7}$, Neuralgia supraorbitalis, Myodesopsia, Hyperaesthesia retinae geringen Grades. Am 18. XI. 1901. Kranke klagt wieder über Parästhesien und Schwindelanfälle. 4. XII. 1901. Injektionen, Jodkalium. 25. IV. 1902. Wegen ihrer fortwährenden Nervenbeschwerden schickten wir sie in die psychiatrische Klinik, wo von ihr folgender Status aufgenommen wurde. Die Kranke, welche vor dem an lanzinierenden Fußschmerzen gelitten hatte, klagt gegenwärtig bloß über Taubsein der Füße; stolpert leicht beim Gehen und hat manchmal das Gefühl, als müßte sie rücklings fallen. Ausgesprochenes Gürtelgefühl; keine Magenkrämpfe. Beim stärkeren Husten unfreiwilliges Harnlassen. Pupillen eng, reagieren, Sehnenreflex erhalten, BIERNATZKI fehlt. Diagnose: Tabes incipiens. Im September 1902: der Zustand der Kranken kaum verändert, von den Hauptsymptomen treten besonders hervor Kopfschmerzen, ausgesprochenes Gürtelgefühl, mäßige Blasenstörungen und lanzinierende Fußschmerzen. Rechtsseitiges Kniephänomen ein wenig träge, feiner Tremor in den Händen. Im allgemeinen gewinnt man den Eindruck, daß die Krankheit sich zu Tabo-Paralysis entwickelt.

IV. Fall: Frau L. T., 42jährige Köchin. Seit 20 Jahren von ihrem Manne getrennt. Hatte noch im ersten Jahre ihrer Heirat eine normale Geburt, wurde aber seitdem nicht mehr schwanger. Seit einigen Jahren

leidet sie an „Reißen“ in den Füßen, welche lanzinierenden Charakter sind und stets häufiger auftreten. Vor ungefähr sechs Jahren bekam sie einen Ausschlag am Halse und einen ähnlichen später auch in der Mitte des Rückens. Im übrigen will sie niemals krank gewesen sein und leugnet insbesondere jedes auf die Genitalien bezügliche Leiden. Vor einigen Jahren entstand auf ihrem linken Unterarme neuerdings ihr alter Ausschlag, welcher trotz häuslicher Behandlung sich nicht veränderte, sondern sich noch mehr verbreitete und auch jetzt noch besteht. Die Kranke suchte wegen ihrer derzeit sehr häufig eintretenden lanzinierenden Schmerzen die psychiatrische Klinik auf, wo folgender Nervenstatus aufgenommen wurde. (Dr. HUDOVERNIG.) Lanzinierende Schmerzen in den unteren und oberen Extremitäten, welche besonders des Nachts sich steigern. Kranke stolpert leicht und klagt über Schwäche in den Füßen und häufige Kopfschmerzen. Gesicht, Gehör gut. Pupillen von unregelmäßiger Form, auf Licht kaum reagierend. Kniephänomen nur mittels JENDRÁSSIK auflösbar. Linker Achillesreflex wesentlich herabgesetzt. Die übrigen Sehnen und Hautreflexe normal. ROMBERG geringen Grades. Kombinierte Bewegungen der Füße und Hände werden ungeschickt ausgeführt und gelingen nur schlecht. Beträchtliche Hypotonie. Blasen-Darmstörungen sind nicht und waren auch nicht vorhanden. Häufige Magenkrämpfe. Diagnose: Tabes.

Am 22. Oktober 1902 wurde sie wegen ihres alten Hautausschlages an unsere Klinik gewiesen, wo wir außer der obigen Anamnese die folgenden Hautaffektionen feststellten. In der Mitte des Rückens ein handtellergroßes Gebiet, welches Pigmentation und reichliche linsengroße Narben zeigen. Am linken Ellenbogen und von hier auch auf die Dorsal-seite des Unterarmes sich erstreckend auf infiltriertem Boden, ein ausgesprochener serpiginöser papulo-squamöser Ausschlag, und in dessen Umgebung pigmentierte, narbige Flecken. Diagnose: Lues tertiär. Therapie: 30 Injektionen, Jodkalium.

Man sieht also, daß in jedem unserer Fälle neben zweifelloser manifester Lues, auch Tabeserscheinungen in kleinerem und größerem Maße vorhanden waren. Die primäre Sklerose konnte bloß im dritten Falle durch die Anamnese ermittelt werden; in den übrigen drei Fällen war dies nicht möglich, wie dies übrigens bei tertiärluetischen Frauen sehr häufig der Fall ist. Der Charakter der manifesten Erscheinungen war fast in jedem der vier Fälle ein anderer. Die verhältnismäßig frühesten Erscheinungen der Syphilis beobachteten wir im dritten Falle, wo wir zwei Attacken des sekundären Stadiums gesehen haben. Die erste in Form eines makulösen Ausschlages, die zweite in Form von Kondylomata. Dieser Fall ist auch deshalb sehr interessant und lehrreich, weil die Anfangerscheinungen der Tabes sich unmittelbar nach dem Verschwinden

der luetischen Erscheinungen vor unseren Augen entwickelt hatten. In meinem zweiten Falle hatte sich zu der bereits entwickelten Tabes ein tertiärer papulöser Ausschlag von serpiginösem Charakter hinzugesellt. Die in der Anamnese der Kranken vorkommenden „Wunden“ dürften ebenfalls luetischen Ursprunges gewesen sein. Diesem Falle fast vollkommen ähnlich war auch unser vierter Fall. Endlich sahen wir in unserem ersten Falle bei einer vollkommen entwickelten, im ataktischen Stadium befindlichen Tabes, gummöse Syphilis. Im zweiten Falle müssen wir die Dauer der Lues zu mindestens auf fünf bis sechs Jahre setzen, da, wie wir in der Krankengeschichte erwähnt haben, die Kranke zuletzt vor drei Jahren schwanger gewesen war und schon vorher zweimal Abortus stattgefunden hatte. Die Zeit zwischen den erwähnten drei Fehlgeburten kann zwar die Kranke nicht genau angeben, jedenfalls scheinen sie sich aber zu mindestens innerhalb dreier Jahre abgespielt zu haben.

In unserem ersteren Falle konnte die Dauer der Lues überhaupt nicht festgestellt werden, da die außerordentlich geringe Intelligenz der Kranken jede genauere Anamnese unmöglich machte. Dieser Fall gewinnt ein weiteres Interesse durch den bereits oben erwähnten Umstand, daß der Mann, mit welchem die Kranke 25 Jahre lang im Konkubinate gelebt hatte, an Paralysis progr. litt, wovon wir uns aus den Aufzeichnungen des „Alten Sanct Johannes-Spital“, wo dieser längere Zeit gepflegt wurde, überzeugen konnten.

Es dürfte nun nicht uninteressant sein, meine Fälle mit der gegenwärtig fast allgemein angenommenen ERBSCHEN Anschauung in Einklang zu bringen, denn, wenn man einmal auch die im Wege der Anamnese nachgewiesene Syphilis zum Beweise der Tabes-Syphilitheorie heranzieht, so scheinen meine Fälle, in welchen manifeste Symptome der Lues vorwalteten, von um so größerer Beweiskraft zu sein. Die Erklärung derartiger Fälle stößt indessen auf einige Schwierigkeiten, wenn man die Tabes, wie dies fast allgemein geschieht, als meta-, para- oder postsyphilitische Erkrankung auffaßt, denn die Ausdrücke „meta-, para- und namentlich postsyphilitisch“ umschreiben die Hypothese, daß die Syphilis als solche im Organismus bereits erloschen und die Tabes derselben bloß eine Nachkrankheit darstelle. Nun waren aber in unseren Fällen außer den mehr und weniger ausgesprochenen Symptomen der Tabes auch typische, spezifische, luetische Erscheinungen vorhanden, die Syphilis hatte also noch immer in voller Kraft bestanden. Schließen nun derartige Fälle einen post- oder metasymphilitischen Ursprung zweifellos aus, so fällt es uns andererseits schwer, anzunehmen, daß die Tabes in dem einen Falle postsyphilitisch, im anderen wieder anderen Ursprunges sei, mit anderen Worten, daß die Tabesfälle auch schon auf dieser Grundlage in mehrere Gruppen geteilt werden müßten. Eine so einheitliche Krankheit wie die

Tabes, bald auf Syphilis, bald auf eine andere Ursache, und wenn schon auf Syphilis, wieder bald auf einen postsyphilitischen, bald auf einen direkt syphilitischen Zustand zurückzuführen, scheint wohl eine gezwungene Theorie zu sein. Unter den postsyphilitischen Nervenaffektionen und Degenerationen der Nervelemente wird allgemein ein theoretischer Krankheitsprozeß verstanden, welcher in dem mit Syphilis längst infizierten Organismus auf toxischer Grundlage zustande kommt, aber mit der Syphilis überhaupt nicht identisch ist. Im Sinne dieser Auffassung müßte nun aus derartigen Fällen, wie die meinigen, gefolgert werden, daß im Organismus zu gleicher Zeit sowohl das postsyphilitische Toxin, wie auch, daß die spezifische Erscheinungen der Syphilis hervorrufende Virus zugegen sein könne, was logischerweise zweifellos unmöglich ist, da der eine Begriff den anderen ausschließt.

So wären wir nun eigentlich dort, wohin ERB in einer seiner neuesten Arbeit gelangte, daß man nämlich in der Tabes-Syphilisfrage den Ausdruck postsyphilitisch und die damit im Zusammenhange stehende Toxintheorie getrost fallen lassen kann, da die postsyphilitische Anschauung wesentlich bloß die Umschreibung einer allgemeinen Erfahrung ist, daß die Syphilis durch das Hinzutreten gewisser Umstände Tabes veranlassen kann. Nehmen wir diesen Standpunkt ein, so können wir bereitwilligst der auf zahlreichen klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen und den Daten der Literatur begründeten Ansicht ERBS beipflichten, daß es nämlich, wenn einmal die Syphilis nachgewiesen ist, gar nicht notwendig sei, nach einem Toxin oder ähnlichen Körper zu suchen, da auch die Syphilis als solche imstande ist, einfache Degenerationen und mithin auch Tabes hervorzurufen. ERB äußert sich diesbezüglich folgendermaßen: „Sie beweisen (die Erfahrungen) mit aller Entschiedenheit, daß primäre Degenerationen und Atrophien der hinteren Wurzelbahnen und der Hinterstränge bei früher Syphilitischen vorkommen können. Jedenfalls ist es zweifellos, daß die Syphilis auf irgendeine — uns jetzt noch unbekannt oder nur hypothetisch angenommene — Weise Systemerkrankungen auslösen kann.“ Dieser Anschauung nach ist also die Syphilis imstande, neben „spezifischen“ Erscheinungen auch nicht „spezifische“ Degenerationen in den Nervelementen primär hervorzurufen. Diese Ansicht ERBS übertrug in letzter Zeit REUTSCH auch auf die Paralysis progressiva, indem er betont, daß syphilitische Veränderungen im Gehirn auch „nicht spezifisch“ sein können. Diese Annahme begründet er mit zwei gut beobachteten und obduzierten Fällen, wo die an ausgesprochener Paralysis progressiva leidenden Kranken manifest-luetische Veränderungen aufwiesen. Mit ERB stimmt auch LEREDDE überein, der in mehreren Arbeiten die FOURNIERSche Parasyphilistheorie kurzweg verwirft und die tabetischen Degenerationen einfach als tatsächliche syphilitische Veränderungen quali-

fiziert. Derselben Auffassung ist auch AUDRY, der nur darin von LEREDDE abweicht, daß er die allzu energische Quecksilberbehandlung der Tabes nicht für notwendig hält. Meine Fälle scheinen nun nicht bloß diese Anschauung ERBS zu unterstützen, sondern auch weiterhin zu beweisen, daß das syphilitische Virus in seltenen Fällen infolge gewisser Ursachen zu gleicher Zeit das Nervensystem in Form von primären Degenerationen, den übrigen Organismus aber in Gestalt spezifischer Erscheinungen ergreifen kann. Im Anschluß hieran wäre es von Wichtigkeit, zu ermitteln, wie viele von den in ungeheurer Anzahl befindlichen Syphilitischen an Tabes erkranken bzw. unter welchen Umständen und Verhältnissen. In diesem einen Punkte begegnen wir uns also einigermaßen mit den Syphilisgegnern, besonders GLASER, daß man nämlich unter allen existierenden Luetischen die Tabesfälle ermitteln und hieraus eine Statistik aufstellen müßte.² Dieser Forderung ist übrigens schon vor zwei Jahrzehnten von REUMONT entsprochen worden, der 3600 Syphilitische auch von diesem Gesichtspunkte aus untersuchte und hierbei 40 Tabesfälle fand. Ähnliche Untersuchungen führte neuerdings auch KRON aus. So lehrreich und wichtig aber auch derartige Untersuchungen sein mögen, so scheinen sie doch in dieser Form ganz undurchführbar, da ja, wie allgemein bekannt, die Tabes nach der syphilitischen Infektion zumeist erst sehr spät auftritt, also in einer Zeit, wo von den spezifischen Erscheinungen der längst infizierten Individuen in den meisten Fällen bereits jede Spur verschwunden ist.

Ich glaube daher, daß sich in dieser Beziehung eher auf die Weise etwas erreichen ließe, wenn man bloß jenen kleineren Teil der Syphilitischen konsequent auf Tabes untersuchen würde, welche zwar über das sekundäre Stadium längst hinaus sind, aber wegen tertiärer Erscheinungen unter dauernder Beobachtung stehen, mit anderen Worten, die Tabesstatistik sollte sich bloß auf die Tertiär-Syphilitischen beschränken, wenn sie anders von Wert sein soll. Auch unser erster Fall zeigt, daß die Kranke das Spital bloß wegen ihres Gummas aufsuchte und nur so nebenher erwähnte, daß sie häufig an „rheumatischen“ Schmerzen leide, obwohl ihre Tabes sozusagen sämtliche Symptome zeigte. Wie leicht könnte nun bei der Untersuchung Tertiär-Luetischer die Tabes übersehen werden, wenn sie sich bloß im Anfangsstadium befindet? Grund genug, um auf eine konsequente, genaue Untersuchung von Tertiär-Luetischen auf Tabes zu bestehen.

Endlich kann ich nicht umhin, meinen hochverehrten Chef, Herrn Dozenten Dr. LUDWIG NÉKÁM, für die freundliche Überlassung der Fälle meinen wärmsten Dank auszudrücken.

² Neuestens auch DALOUS, *Revue de médecine*. 1904. I. 10.

Literatur.

- ADAMKIEWICZ, Über traumatische Tabes. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. Nr. 23—24.
- AUDRY, Faits pour établir la nature syph. du Tabès. *Journ. de mal. cut. et syph.* 1903. H. 7.
- BLOCH, Ein Fall von infantiler Tabes. *Neurol. Centralbl.* 1902. Nr. 3. S. 113.
- BRASCH, Beiträge zur Ätiologie der Tabes. *Dtsch. Zeitschr. f. Neuroheilkde.* 1901. Bd. XX. H. 5—6. S. 345.
- *Neurol. Centralbl.* 1901. Nr. 16—18. S. 489.
- DINKLER, Tabes dors. inc. usw. *Dtsch. Zeitschr. f. Neuroheilk.* 1893. Bd. III. H. 4—5.
- Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Tabes dors. *Dtsch. Zeitschr. f. Neuroheilk.* 1900. Bd. 18. S. 225.
- DRAVIN TRENNEN, Syphilis as. an aetiological. 1896. (Ref.)
- DUPLAIX, *Annal. de dermat.* 1884.
- DÜRING, Studien über endemische und hereditäre Syphilis. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1902. Bd. LXI. H. 1—3.
- DYDŃSKI, Tabes dors. bei Kindern usw. *Neurol. Centralbl.* 1900. Nr. 7. S. 298.
- EDINGER, Über experim. erz. tabesähnliche Erkrankung. Kongress f. inn. Medizin in Wiesbaden. 1898.
- ERB, Syphilis und Tabes. *Berl. klin. Wochenschr.* 1896. Nr. 11.
- Die Therapie der Tabes, vor dem XII. internationalen medizinischen Kongress in Moskau. *Dtsch. Zeitschr. f. Neuroheilk.* 1897.
- Bemerkung zur pathologischen Anatomie der Syphilis usw. *Dtsch. Zeitschr. f. Neuroheilk.* 1902. XXII. H. 1—2.
- Syphilis und Tabes. *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 1—3.
- FLEINER, Über Syph. occult. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1889 u. 1891.
- FRIEDLÄNDER, Über die Bedeutung der Syphilis usw. *Therap. Monatsch.* 1903. H. 4.
- FOURNIER, Etiologie d. Tabès etc. *Le bull. med.* 1901. S. 95.
- GAIKIEWICZ, Syph. d. syst. nerveux. 1892. (Ref.)
- GASNE, G., *Société de neurolog. de Paris.* 1901. VII. 4.
- GAUCHER, Accident syphilit. en activité chez un tabétique etc. *Gas. des Hôpitaux.* 1903. Nr. 59.
- GLÄSER, Über die angebliche Ätiologie der Tabes dorsalis. Hamburg 1901.
- *Therap. Monatsch.* 1902. 12. H. S. 609.
- GLÜCK, Tabes und Syphilis. *Wien. med. Wochenschr.* 1896. S. 251.
- GOTTSCHALK, Tabes und progressive Paralysis bei Ehegatten. Würzburg 1899. (Ref.)
- GUTTMANN, Tabes und Syphilis. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1898. Bd. 35.
- HALBAN, Weiterer Beitrag zur Kenntnis der juvenilen Tabes. *Wien. klin. Wochenschr.* 1901. Nr. 46.
- HARTMANN, Über Tabes juven. und Lues hered. *Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 51.
- HENNEBERG, *Neurol. Centralbl.* 1902. S. 336.
- HERMANIDES, Syphilis und Tabes. *Virchows Arch.* 1897. Bd. 148. S. 102.
- HÖDMOSER, Tabes und Syphilis. *Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 13—15.
- HUDOVERNIG, *Orvosi Hetilap.* 1901. Nr. 7. (Ungarisch.)
- A házastársak tabeséröl. *Orvosi Hetilap.* 1901. Nr. 44. (Ungarisch.)
- *Orvosi Hetilap.* 1902. Nr. 25.
- IDELBOHN, Ein Beitrag zur Frage über infantile Tabes. *Dtsch. Zeitschr. f. Neuroheilkde.* 1902. XXI.
- KAHANE, Die syphilitische Erkrankung des Nervensystems. *Nothnagels Spec.-Path. et.* XXIII. Bd.
- KENDE, Die Ätiologie der Tabes dorsalis. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1898. Bd. XXXVII.

- KRON**, Über *Tabes dorsalis* beim weiblichen Geschlecht. *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkde.* 1898.
- KUHN**, Über die Häufigkeit des Vorkommens usw. *Westphals Arch.* 1898. Bd. XXX.
- LEREDDE**, Le question de la parasyph. *Le Progrès med.* 1902. Nr. 14.
— *La nature syphil. et la curabilité d. Tabès.* Paris 1903.
- LESSER, FR.**, *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.
- LEYDEN**, Zur Ätiologie der *Tabes.* *Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 20.
- LINSER**, Über *Tabes juven. und Lues hered.* *Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 51.
- LION**, Statistik der tertiären Syphilis. *Neumanns Festschr.*
- VIII. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Sarajevo. Bericht von Dr. LÖWENHEIM. *Dermatol. Zeitschr.* 1903. Bd. X. H. 5.
- MASS**, *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* 1902. XII. 3. S. 231.
- MINOR**, *Zeitschr. f. klin. Med.* 1891.
- MÖBIUS**, Über die *Tabes.* Berlin 1897.
- NEPTEL**, Beiträge zur Ätiologie und Therapie der *Tabes.* *Virchows Arch.* 1889. Bd. 117.
- NEGRO**, *Giornale d. r. accad. di med. d. Torino.* VII. (Ref.)
- NEISSER**, Die Beziehungen der *Tabes* usw. Verhandlungen der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. LXI. Bd. 2.—3. H.
- NONNE**, Syphilis und Nervensystem. Berlin 1902.
— Ein Fall von *Tabes* usw. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. Nr. 15—17.
— *Fortschr. d. Med.* 1903. Bd. XXI. Nr. 29 u. 30.
- OFFENHEIM**, Über einen Fall von syphilitischer Erkrankung usw. *Berl. klin. Wochenschrift.* 1888.
- PAÁNDY, A** *tabes d. keletkezése.* *Orvosi Hetilap.* 1902. (Ungarisch.)
- PEL**, Die Ätiologie und Therapie der *Tabes.* Saec. Artik. *Berl. klin. Wochenschr.* 1900. Nr. 29.
- RAD**, *Tabes dorsalis* bei jugendlichen Individuen. *Festschr. z. Feier d. 50jähr. Besteh. d. ärztl. Ver.* Nürnberg 1902.
- REUMONT**, Syphilis und *Tabes dorsalis.* Aachen 1881.
- REUTSCH**, IX. Versamml. mitteldeutsch. Psych. u. Neurol. in Leipzig 1903.
- RUMPF**, Die syphilitische Erkrankung des Nervensystems. Wiesbaden 1887.
- SACHS**, *New York. med. Journ.* 1894.
- SÄRNGER**, *Neurol. Centralbl.* 1896.
- SARBÓ**, Die Rolle der *Lues* bei der *Tabes* usw. *Pester med.-chir. Presse.* 1898. Nr. 3—5.
- SCHWEIBER**, Die *Tabes-Syphilisfrage.* *Pester med.-chir. Presse.* 1898. Nr. 47.
- SCHREUBE**, Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern. *Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygien.* 1902. Bd. VI.
- SCHITTENHELM**, Zur Ätiologie der *Tabes* usw. *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* XXIV.
- STORBECK**, *Tabes* und Syphilis. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 29.
- TRÖMNER**, *Tabes* und Trauma. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899. Nr. 7.
- VALENTIN**, Pachymeningitis und *Tabes* usw. *Neurol. Centralbl.* 1899. Nr. 45.
- VIRCHOW**, Die krankhaften Geschwülste.
— *Berl. klin. Wochenschr.* 1898. Nr. 31. S. 692.
- WINDSCHEID**, *Tabes* und Trauma. *Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 26.

Aus der Praxis.

Zur Therapie der Impetigines.

Von

Dr. HONCAMP-Berlin.

So reichlich die Dermatologie mit Mitteln versehen ist, die zur Behandlung der Impetigines dienen, erscheint es mir nicht überflüssig, auf die schnelle und stets gleichmäßig sichere Heilwirkung eines neueren Präparats hinzuweisen: des Chinolin-Wismuth-Rhodanats (Crurin EDINGER). Dasselbe wird nach Entfernung der Bläschen oder Borken am besten mittels eines Holzspatels aufgestreut. Metallinstrumente sind nicht zu verwenden, da sie bei Berührung mit dem Pulver außerordentlich leicht oxydieren. Im Moment des Aufstreuens wird meist ein leichtes Brennen verspürt, das rasch vorübergeht. Diese unerfreuliche Nebenerscheinung kann durch Beimischung von Amylum zu gleichen Teilen ohne wesentliche Beeinträchtigung der Heilwirkung fast gänzlich aufgehoben werden. Es bildet sich sofort nach dem Aufstreuen ein anfangs gelber und loser Schorf, der nach kurzer Zeit durch Serumimbibition braun und krustig fest wird. Ein Deckverband ist nicht nötig. Die Impetigines heilen unter dem Schorf in 3—4 Tagen narbenlos ab.

Das Mittel schließt sich in seinen Wirkungen möglichst eng an den natürlichen Heilungsvorgang an, indem es zunächst die Leukocyten anlockende serotaktische Wirkung der Kokken durch deren Vernichtung aufhebt und gleichzeitig das entgiftete Serum zur Bildung einer schützenden Borkendecke verwertet. Dafs es nebenher hervorragende keratoplastische Eigenschaften besitzt, ist nach seiner chemischen Natur als Schwefelverbindung



nicht zu verwundern.

Das Chinolin-Wismuth-Rhodanat erfüllt somit in glänzender Weise ein Postulat, das schon HEBRA an ein ideales Impetigomittel stellte, wenn er § 313 IV. Gruppe: Pustelausschläge, sagt: „Läge es in unserer Macht, den eitrigen Inhalt einer Pustel schnell zur Austrocknung zu bringen, also aus einer Pustel eine Borke zu machen, wie wir dies bei normalem Verlaufe durch die Naturtätigkeit zuwege gebracht sehen, so wäre dies allerdings der zweckmäßigste und kürzeste Weg, um pustulöse Effloreszenzen zu heilen.“

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 29. Oktober (10. November) 1904.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. KRASNOGLASOW stellte einen 24jährigen Bauer mit **Mykosis fungoides** vor. Der Kranke gibt an, vor zwei Jahren unter Jucken erkrankt zu sein, wozu sich später ein Ausschlag gesellt hat. Mit Ausnahme des Gesichtes, des oberen Teiles des Rückens, der Hände, Unterschenkel und Füße ist der ganze Körper übersät mit Infiltraten von Zwanzigkopekenstückgröße bis zu Geschwülsten von Apfel- und Kindsfaustgröße. Neben diesen roten, schuppenden Infiltraten ist die Haut noch im allgemeinen verändert, indem sie stark schuppt und stellenweise mit lichenoiden Eruptionen bedeckt ist. Wenn man von den tomatenähnlichen Geschwülsten absieht, erinnert die Haut an Psoriasis vulgaris. Die Inguinal-, Hals- und Axillardrüsen sind vergrößert. Die Schleimbhäute sind unverändert, die inneren Organe normal. Der Urin enthält 0,06% Eiweiß, keinen Zucker, Chloride in normalem Verhältnis und mikroskopisch einige hyaline Zylinder. Der Hb-Gehalt des Blutes beträgt 98%, rote Blutkörperchen finden sich zu 5 000 000, weiße zu 10 000. Die mikroskopische Untersuchung eines zu diesem Zweck exstirpierten Hautstückchens zeigte die Erscheinungen eines chronischen Granuloma. Auffallend war die schnelle Vernarbung an der Stelle der Exstirpation. Die Behandlung des Kranken bestand anfangs in Arsenikinjektionen (eine Kur zu 30 und eine zu 38 Injektionen), die bis auf Hebung des Allgemeinbefindens resultatlos blieben. Die darauf bisher nur an einer bestimmten kleinen Stelle des Rückens vorgenommene Behandlung mit Röntgenstrahlen (18 Sitzungen zu je fünf Minuten, über einen Tag, mit harten Röhren) brachte sehr bald allgemeines Schwinden des Juckgefühls, Flacherwerden, Zerfall und Vernarbung der Infiltrate an der behandelten Partie hervor.

Diskussion: POSPELOW rät, die Röntgenbehandlung in größerem Maßstabe fortzusetzen und diese Behandlung mit Gebrauch asiatischer Pillen zu kombinieren. Der vorgestellte Fall ist interessant durch das jugendliche Alter des Patienten, wie den schnellen Verlauf der Krankheit.

SRITZIN interessiert sich für die ätiologische Seite der Krankheit und glaubt, daß die stark vergrößerten Lymphdrüsen bei nicht veränderten inneren Organen für einen lymphatischen Ursprung sprechen.

ORLOW glaubt an einen mykotischen Ursprung und schlägt zur Behandlung Jodkalium vor.

KRASNOGLASOW erwidert, daß er gerade dieser Möglichkeit nachgegangen ist, daß sich aber in seinen beiden Fällen keine Bakterien nachweisen ließen.

2. KÜBEL demonstrierte einen 57jährigen, hebräischen Advokaten mit **Dermatitis universalis**. Die Krankheit soll vor fünf Jahren begonnen haben. Die Haut ist auf dem ganzen Körper bläulichrot verfärbt, trocken, gespannt und bedeckt mit mehr oder weniger dicken Schuppen. Die Finger sind zusammengezogen. Der Gesichtsausdruck ist ein starrer. Die Augenlider sind ektropioniert. Die Haare auf dem Kopf, an den Augenbrauen, im Gesicht, wie an den Geschlechtsteilen und unter den Achseln sind ausgefallen. Die Nägel sind verdickt. Außer im Gesicht und an den Händen ist die Haut nirgends atrophiert, dagegen ist die Muskulatur atrophiert. Allgemeine Schwäche.

Febris intermittens continua. Von seiten der inneren Organe beobachtet man eine leichte Spitzenaffektion. Tuberkelbazillen lassen sich aber nicht im Sputum nachweisen. Die Leisten- und Halsdrüsen sind etwas vergrößert. Im Urin findet sich etwas Eiweiß, aber kein Zucker. Da eine mikroskopische Untersuchung der Haut noch nicht hat vorgenommen werden können, erscheint eine präzise Diagnose des Falles noch verfrüht. Klinisch erinnert der Fall aber an BRUNSGARDES *Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa*.

Diskussion: SIMIZIN fragt, wie tief die Hautveränderungen gehen mögen.

KÖSEL erwidert, daß sie bis zum Stratum subpapillare zu gehen scheinen.

SIMIZIN ist der Ansicht, daß auch die tiefen Hautpartien mitbetroffen sein dürften.

POSPFLOW schließt sich der letzteren Ansicht an. Hinsichtlich der Diagnose sagt P., daß der Fall an *Pityriasis rubra HEBRA* erinnert, daß aber das Fehlen der Atrophien trotz fünfjähriger Dauer, die täglichen Temperaturschwankungen usw. dagegen sprechen; mehr ähnelt der Fall der BRUNSGARDESchen Beschreibung, wo freilich die definitive Diagnose auch erst nach der Sektion gestellt werden konnte.

3. METSCHERSKI zeigte ein 18jähriges Mädchen mit *Xeroderma pigmentosum*. Bereits im fünften Lebensjahre hat die Haut zu schilfern begonnen, worauf im zehnten Lebensjahre kleine Knötchen und im dreizehnten stärkere Erhabenheiten aufgetreten sind. Die Eltern haben keine derartigen Hautveränderungen, aber von fünf lebenden Geschwistern sollen noch zwei Brüder analoge Hautveränderungen aufweisen. Das Gesicht, der Hals, die obere Partie des Rückens und die Streckseiten der oberen Extremitäten, also mehr oder weniger die unbedeckten Körperteile, sind mit den für *Xeroderma pigmentosum* charakteristischen Veränderungen behaftet: pigmentierte Flecke, Knötchen, depigmentierte Narben usw. Außerdem finden sich Veränderungen seitens der Augen, wie Blepharitis usw. Die inneren Organe sind gesund.

4. Prof. POSPFLOW machte, an der Hand des von Prof. METSCHNIKOW ihm gütig zur Verfügung gestellten Manuskriptes, Mitteilung über dessen weitere Beobachtungen über *Syphillisimpfung an anthropoiden Affen*.

Gesellschaft der Charité-Ärzte.

Sitzung vom 30. Juni 1904.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904. Nr. 36.)

LESSER stellt Fälle von *Sklerodermie*, *Erythromelie*, *Lupus*, *Pemphigus acutus* vor. Interessant ist der Fall von *Erythromelie*, jener seltenen Affektion, bei der im Anfang braune Flecke an den Extremitäten, besonders über den Streckseiten der Gelenke, auftreten, an den Knien und Ellenbogen, die sich dann weiter ausbreiten, und wo es dann gewöhnlich zu einer eigentümlichen Marmorierung oder Netzbildung durch Ektasie der Venen kommt, ohne subjektive Symptome. Später stellt sich öfters Atrophie ein, wie auch bei der vorgestellten Kranken. Der eine Fall von *Sklerodermie* ist vergesellschaftet mit den Erscheinungen der *RAYNAUDSchen* Krankheit. Der Fall von *Lupus* besteht seit 26 Jahren und hat trotz der langen Dauer nur ein kleines Gebiet befallen, wo sich sehr erhebliche tumorartige Wucherungen zeigen. Die sich an die Vorstellung anschließende Diskussion brachte nichts Besonderes.

Ferner stellt WEBER vor je einen Fall von *Syringocystadenom* und *maligner Syphilis*. Erstere betraf eine Frau, die seit 20 Jahren *Syringoadenome*, *Angiome* und *Fibrome* hat. Die anderen drei Fälle sind solche von schweren Hauterkrankungen, die schon in einem sehr frühen Stadium der *Syphilis* aufgetreten sind, alle drei haben noch einen sichtbaren Primäraffekt. Bei dem ersten sah das Exanthem aus wie

Variola vera, aus dem sehr bald ulceröse Hautsyphilide entstanden, ähnlich verliefen die beiden anderen. Bei solchen Fällen wirkt eine Schmierkur oder Sublimatspritze entweder gar nicht oder bewirkt sogar eine Verschlechterung, dagegen erweisen sich Injektionen ungelöster Quecksilbersalze, wie Kalomel, als nützlich, ebenso Hydrarg. salicyl.
Bernhard Schulse-Kiel.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

September 1904.

I. Urologische Beiträge, von FRIEDRICH BIBERSTEIN-Berlin.

1. Über die Kapazität der Harnröhre.

Die Kapazität der vorderen Harnröhre schwankt zwischen 6 und 20 ccm. Daher muß wegen der bedeutenden Schwankungen in der Kapazität zur sachgemäßen Injektionstherapie die Spritze in jedem einzelnen Falle dem Kaliber der Urethra angepaßt werden. Diesem Erfordernis sollte die ENGELBRECHTSche Ventilspritze entsprechen, doch ergaben die auf Veranlassung MAX JOSEPHS vom Verfasser angestellten Nachprüfungen, daß sie sich in keinem Falle bewährte.

2. Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe.

Dagegen hat sich bei den Versuchen, instrumentelle Neuerungen der Blennorrhoebehandlung zu verwerten, ein anderes Instrument als praktisch erwiesen, die von ARTHUR STRAUSS-Barmen konstruierte Spülsonde, welche die Kombination der Sondenbehandlung mit der Spülung der ganzen Harnröhre ermöglicht. Es ist eine in GUYONscher Krümmung hergestellte Sonde, welche in ihrer Länge von einem Kanal durchbohrt ist, der am Sondengriff in einem seitlichen Bohrfortsatz endigt und an diesem durch ein Verbindungsstück mit einem Irrigator verbunden werden kann. Wenn die Sonde eine Zeitlang gelegen hat, so strömt die Spülflüssigkeit durch sie aus dem Irrigator in die Blase. Später entfernt man das Instrument und läßt den Kranken die Flüssigkeit entleeren, wobei er seine Harnröhre in Zwischenräumen komprimiert. Sie empfiehlt sich bei chronischer unkomplizierter Urethritis.

II. Das Phänomen der Gänsehaut und seine Erklärung, von F. B. SOLGER-Neisse.

Die Erscheinung der Gänsehaut beruht auf der Zusammenziehung der kleinen, in der Cutis liegenden Haarbalgdrüsenmuskeln. Wie sich der Pelz eines Tieres durch Einwirkung von Kälte sträubt, so tritt beim Menschen nach Entfernung der wärmenden Kleider die Gänsehaut auf. Während dies jedoch am menschlichen Körper ein ganz zweckloser Reflex ist, finden wir darin bei pelztragenden Tieren ein Mittel, die Kälte abhaltende Eigenschaft der Haarkleider zu verstärken. Das Sträuben der Haare ist eine Vorrichtung, die die Regulierung der Körpertemperatur beherrscht. Beim Menschen ist das Haarkleid zum rudimentären Organ geworden, der Reflex ist daher nur noch phylogenetisch zu erklären. Nebenbei ist das Auftreten der Gänsehaut ein Ausdruck der Gemütsbewegung, der damit zwanglos in Einklang zu bringen ist.

Oktober 1904.

Über ungewöhnliche Entstehung eines Quecksilberexanthems, von MAX JOSEPH-Berlin. Ein 36jähriger Herr, welcher schon früher einmal nach Anwendung grauer Salbe eine Dermatitis hatte, kam mit einem besonders im Gesicht stark entwickelten

Arzneiexanthem zu J. Obgleich Patient absolut sonst kein Quecksilber angewandt hatte, schienen die Erscheinungen dennoch darauf hinzuweisen. Schliesslich zeigte es sich, dass Patient von einem Zahnarzte Amalgamplomben erhalten hatte. Nach Entfernung derselben und Ersetzung durch Zementplomben, ging das Exanthem anfangs noch nicht zurück, sondern nahm eher noch zu. Bei einer wiederholten Besichtigung durch den Zahnarzt zeigte es sich, dass noch eine Plombe vorhanden war, welche in Abwesenheit ein Assistent angelegt hatte. Nach Entfernung dieser letzten Amalgamplombe heilte das Exanthem in normaler Weise. Jedenfalls handelte es sich um eine starke Idiosynkrasie gegen Quecksilber, wie sie in dem Masse selten beobachtet worden ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatsberichte für Urologie.

1904. Heft 9.

Wann und wie sollen wir bei Prostatahypertrophie operieren? von **WILLY MEYER**-New York, Professor für Chirurgie an der N. Y. Post-Graduate Medical School and Hospital usw. Der in seiner Objektivität sehr wohlthuend wirkende, übersichtliche Bericht, welcher auf 59 nach **BOTTINI** operierte Fälle sich stützt, kommt zu folgenden Allgemeinschlüssen: 1. In Anbetracht der erreichten grossen Fortschritte in der Prostatachirurgie sollte der Selbstkatheterismus als eine der „Routine“-Methoden in der Behandlung der Prostatahypertrophie keine Anerkennung mehr finden. 2. Der operative Eingriff sollte dringend angeraten werden, sowie der Katheter in die Hände des Patienten selbst gelegt werden muss. 3. Prostatektomie ist der radikalste und chirurgischen Grundsätzen entsprechendste Eingriff. Sie verdient daher den ersten Platz in der chirurgischen Behandlung der Vorsteherdrüsenanschwellung, besonders im Hinblick auf die Tatsache, dass die Operation heute eine verhältnismässig sichere ist (Mortalität weniger als 5%). 4. Die perineale Prostatektomie scheint augenblicklich in der grösseren Anzahl der Fälle der suprapubischen vorzuziehen zu sein, weil sie sich unter Benutzung von Retraktoren mehr als erstere unter Leitung der Augen des Operateurs ausführen lässt. 5. Die Wahl des Operationsweges, perineal oder suprapubisch, wird zukünftig voraussichtlich in erster Linie von der Möglichkeit, die Sexualkraft zu erhalten, abhängen, vorausgesetzt, dass dieser Punkt in dem betreffenden Falle überhaupt noch in Betracht kommt. 6. Vorgeschrittenes Alter des Patienten ist keine Kontraindikation zur Operation, nur sein Allgemeinzustand ist entscheidend. 7. In Fällen, wo die Folgen der Allgemeinanästhesie gefürchtet werden, ist Spinalanästhesie indiziert. 8. Wird die Operation mit dem Messer vom Patienten refüsiert oder erscheint dieselbe kontraindiziert, so sollte **BOTTINI**s Operation angeraten werden, da auch durch diese vorzügliche Resultate erzielt werden. 9. Wir haben demnach zwei treffliche Operationsmethoden zur Heilung der in Frage stehenden Krankheit: Prostatektomie — auf perinealem oder suprapubischem Wege — und **BOTTINI**s Operation. Jede derselben nimmt ihren eigenen, bestimmten Platz in der Chirurgie der Prostata ein und die eine ergänzt die andere. (Ob wohl nach dieser präzisen Zusammenstellung **MEYER**s auch weiterhin die Fachblätter von bezüglichen Aufsätzen überschwemmt sein werden? Ref.)

Die Hypospadie der weiblichen Harnröhre, von **VIKTOR BLUM**, Assistent an der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane der Wiener allgemeinen Poliklinik (Vorst.: Reg.-Rat Prof. v. **FRISCH**). Analog der beim männlichen Geschlecht so häufigen Hemmungsmißbildung, der Hypospadie der Harnröhre, bezeichnet man beim Weibe als Hypospadie das Offenbleiben eines mehr oder minder langen Stückes des Harnröhrenkanals, häufig kombiniert mit einer fehler-

haften Ausmündung der Urethra in die Vagina. Diese echte Hemmungsbildung, d. i. Stehenbleiben auf einer frühen Stufe der embryonalen Entwicklung, ist beim Weibe ziemlich selten. BLUM konnte nur 35 Fälle aus der Literatur sammeln, wobei er allerdings zu berücksichtigen gibt, daß eine große Anzahl hierher gehöriger Fälle vollständig symptomlos verläuft und daher der Beobachtung entgehen kann. In dem Falle B.s, welchen er, mit Abbildungen versehen, genau beschreibt, handelte es sich um ein zehnjähriges Kind gesunder Eltern: seitdem es zu gehen anfang — im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren —, fiel es den Eltern auf, daß fortwährend Urin von ihm abtröpfelte, und zwar nur bei Tag, während es bei ruhiger Lage (bei Nacht) den Urin gut in der Blase behielt. Im fünften Lebensjahre trat plötzlich, angeblich nach einer intensiven Erkältung, eine vollständige Harnverhaltung unter heftigen Schmerzen usw. ein; dieselbe ging allmählich wieder zurück und stellte sich im Alter von $8\frac{1}{2}$ Jahren wiederum ein; das Kind blieb damals über ein halbes Jahr in Spitalsbehandlung. Gegenwärtig ist dessen Allgemeinbefinden sehr daniederliegend; Appetit sehr gering, häufig Kopfschmerzen und Übelkeit, Sodbrennen, Stuhlverhaltung; das Kind muß sehr häufig, oft mehrmals in der Stunde, urinieren und hat immer heftige Schmerzen dabei. Es sieht stark abgemagert, anämisch aus und ist unter dem Durchschnittsniveau seiner Altersgenossinnen entwickelt. Bei Besichtigung des Leibes ist vor allem ein starkes Vortreten der Unterbauchgegend auffällig; das charakteristische Bild der enorm distendierten Harnblase wird durch die perkutorische und palpatorische Untersuchung vervollständigt. Die Besichtigung der äußeren Genitalorgane zeigt eine Reihe auffallender Befunde, die nur unter Beilage der Zeichnung verständlich sein dürften, von einer Urethralöffnung ist keine Spur vorhanden; der Damm ist auffallend schwach entwickelt, wodurch die Analöffnung in die unmittelbare Nähe der Vulva gerückt wird. Das Hauptsymptom, an welchem das Kind leidet, ist die beinahe komplette Harnretention, deren Ursache nach Verfassers Ansicht in dem ganz abnormen Verlauf der Harnröhre (horizontal statt der normalen, fast vertikalen Richtung) liegt. Entwicklungsgeschichtlich ist die Hypospadie bedingt durch den Mangel oder fehlerhafte Ausbildung des Septum vesico-vaginale, wie B. nach einem längeren Exkurs auf das Gebiet der Embryologie nachzuweisen versucht. Das Stehenbleiben auf einer Stufe der embryonalen Entwicklung, in der am äußeren Genitale keine Geschlechtsunterschiede nachweisbar sind, bewirkt auch, daß die Persistenz des Sinus urogenitalis und äußerer weiblicher Pseudohermaphroditismus häufig zusammentreffen. B. führt kurz einige mit dem vorliegenden verwandte Fälle an, ebenso wie die zusammengestellte Literatur.

Stern-München.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexueller Hygiene.

Band. I. Heft 3.

Über syphilitische Harnröhrenstrikturen, von C. ADRIAN-Straßburg i. E. Verfasser bespricht auf Grund der in ziemlicher Vollzähligkeit angeführten Literatur, namentlich die durch Gummata bedingte Verengung der Harnröhre und führt folgenden Fall an: Ein 59jähriger Schlosser mit Icterus, Ascites und Leberschwellung, zeigte Narben an der Glans und einen Defekt im weichen Gaumen, Überreste einer anamnestisch festgestellten, lange zurückliegenden Infektion. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bestand Schwierigkeit in der Harnentleerung, und die Urethra war nur für dünnste Sonden durchgängig. Unter Jodkalium und mechanischer Dehnung der Strikturen wurde ein voller Erfolg erzielt.

Über Enuresis nocturna, von K. RIES-Stuttgart. (Schluß.) Abgesehen von den allgemein üblichen Vorschriften betreffs Regelung der Diät, Entleerung von Blase

und Mastdarm, Waschungen, Art des Bettes und sonstiger Hygiene empfiehlt R. die Elektrizität in Form des faradischen Stroms vom Mastdarm aus in ziemlicher Stärke 1—1½ Minuten lang, täglich während zwei bis drei Wochen zu applizieren. Von der Lokalbehandlung der Blase sieht er wegen der damit verbundenen Infektionsgefahr ab. Unter den sonstigen Mitteln scheinen ihm die epidurale Injektion nach CATHELYN, ferner das Rhus aromaticum (als Tinktur 10—15 Tropfen mehrmals täglich), sowie die Entfernung von etwa gleichzeitig bestehenden adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum (nach GRÖNBECKS Beobachtungen) die bemerkenswertesten zu sein.

Die interne Behandlung der Blennorrhoe, von S. BOSZ-Strasbourg i. E. (Schluß.) Die Resultate, welche Verfasser bei 50 Fällen von akuter blennorrhöischer Urethritis mit der ausschließlichen internen Behandlung mittels des Gonosans erhielt, sind kurz folgende: Bei zwei Patienten mußte die Behandlung wegen eines bestehenden Magenkatarrhs ausgesetzt werden. Von den übrigen 48 Patienten konnten fast 75% ganz ohne Lokalbehandlung als geheilt entlassen werden. Meistens waren nach acht bis zehn Tagen bereits die Gonokokken in dem inzwischen spärlich und dünnflüssig gewordenen Sekret verschwunden. Bei 14 Kranken war auch nach vier Wochen allerdings eine Morgensekretion vorhanden. In diesen Fällen nahm B. Einspritzungen mit Zinc. sulfo-carbolic. (1,0:200,0) oder Cupr. sulfuric. (0,1:200,0) zu Hilfe und erzielte damit im Laufe der sechsten und siebenten Krankheitswoche Heilung. Von Komplikationen hat er nur fünfmal ein Übergreifen auf die Pars posterior beobachtet, das zweitemal mit Epididymitis verknüpft war. Demnach ist nach B. diese Behandlungsart (Darreichung von zwei Kapseln Gonosan zu 0,3 g fünf- bis sechsmal täglich nach den Mahlzeiten) warm zu empfehlen, da dieselbe die Schmerzen in der Harnröhre schnell beseitigt, die Gonokokken abtötet, Komplikationen und Übergang in den chronischen Zustand verhütet und gut vertragen wird.

Über das Ulcus molle, von F. HAMMER-Stuttgart. Aus dem Katharinenhospital in Stuttgart. Diese Arbeit enthält eine Reihe von klinischen und therapeutischen Beobachtungen, die sich aber im Referate nicht gut wiedergeben lassen. Als ein besonders eigentümlicher Fall ist über einen Patienten berichtet, bei dem der schankröse Bubo bis auf den Leistenkanal vorgedrungen war, so daß man bei der Untersuchung in Gefahr geriet, die Sonde frei in die Bauchhöhle hineinzuschieben. Trotzdem erfolgte vollständige Heilung.

Über Phlebitis blennorrhöica, von F. J. PALM-Berlin. Von dieser seltenen Affektion teilt P. folgenden Fall mit: Ein 56jähriger Tierarzt akquirierte eine akute Blennorrhoe, welche er auf eigene Faust mit 1%igen Iochtharganeinspritzungen behandelte, worauf sich eine heftige entzündliche Schwellung des Penis, Urethrocystitis, Prostatitis und Epididymitis sinistra einstellte. Im weiteren Verlaufe, als diese Erscheinungen im Rückgange waren, trat eine akute Endocarditis hervor, und etwa ein Vierteljahr nach der Infektion eine starke Schwellung mit intensiver Schmerzhaftigkeit an der linken Wade. Als nach achtwöchigem Krankenlager die Schwellung nachließ, konstatierte man eine Verdickung der V. saphena minor zwischen den Köpfen des Gastrocnemius. Noch nach der Genesung ist eine merkliche Verdickung des Unterschenkels zurückgeblieben. In therapeutischer Beziehung ist das wichtigste die Fixierung des Teiles in erhöhter Lage nebst feuchtwarmen Umschlägen und die Vermeidung aller Salben und Pflaster.

Ein Fall von Algolagnie (Schmerzgeilheit) im Kindesalter, von W. HAMMER-Berlin. Ein 30jähriger Volksschullehrer, seit zwei Jahren verheiratet und sexuell zurzeit völlig normal, berichtete dem Verfasser, daß er mit dem achten Jahre geschlechtliche Erregung und Wollustgefühl empfand, als er einen Mitschüler vom Lehrer kräftig aufs Gesäß schlagen sah. Er habe in den folgenden Jahren bis etwa zum 15. Lebens-

jahr fortwährend ein entschiedenes Wollustgefühl bei Schilderung von Züchtigungs-szenen gehabt, und namentlich habe er sich immer es als eine Wonne vorgestellt, von demselben Lehrer geschlagen zu werden. Später vergingen diese Vorstellungen völlig.

Ein Beitrag zur Bordellfrage in rechtlicher Beleuchtung, von Rechtsanwalt SCHWEIZER-Stuttgart. Betreffs der Prostitution befindet sich die deutsche Gesetzgebung in einem krassen Widerspruch, indem nach dem einen Paragraph mit Gefängnis bis zu fünf Jahren bestraft wird, „wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittlung oder durch Gewährung oder durch Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet“, während auf der anderen Seite (§ 361, al. 6) Prostituierte unter polizeilicher Aufsicht als solche anerkannt werden, da spezielle Strafbestimmungen gegen sie erlassen werden, wenn sie den öffentlichen Anstand und Ordnung oder die Gesundheit gefährden. Namentlich der erstgenannte Paragraph führt, wie Verfasser an verschiedenen Entscheidungen des Reichsgerichts kurz darlegt, in seinen weiteren Konsequenzen zu den krassesten Absurditäten. S. fordert als unabwendbar notwendig eine andere gesetzliche Regelung dieser Frage unter legislatorischer Anerkennung der Bordelle als eine soziale Notwendigkeit, wenn man sie auch gewifs als ein Übel bezeichnen muß.

Band I. Heft 4.

Der gegenwärtige Standpunkt der Therapie der Blasen-tuberkulose, von H. WOSNLO-Berlin. Während diese Affektion sonst ein Noli-me-tangere darstellte, mehren sich in letzter Zeit die Berichte über günstige Erfolge der Behandlung (GUYON, MORZ, DESROS u. a.). In den meisten, vielleicht, wie von mancher Seite behauptet wird, in allen Fällen ist die Blasen-tuberkulose eine sekundäre Erscheinung. Jedenfalls kommt es in erster Linie darauf an, sonstige Herde (Niere, Prostata, Hoden usw.) aufzusuchen und wenn möglich zur Heilung zu bringen oder zu entfernen. Die von der Niere ausgehende Blasenaffektion führt allerdings zu rascher fortschreitenden Zerstörungen als die ascendierende Form, wird aber gewöhnlich frühzeitiger erkannt und gibt bei der Möglichkeit einer vollständigeren Beseitigung des Primärherds durch die Nephrektomie eine relativ günstigere Prognose. Die Lokalbehandlung besteht der Hauptsache nach in der Instillation verschiedener bakterizider Mittel. Verfasser gibt dem Sublimat den Vorzug. Außerdem kommen Jodoform, Guajakol und Acid. lactic. in Anwendung. Von einigen Chirurgen (BROHL, DELAGENIÈRE, TUFFIER) ist die Blase vom Perineum oder von der Bauchwand aus eröffnet worden, um die erkrankten Stellen zu entfernen, und es ist sogar die Schleimhaut in toto ausgeschnitten worden.

Über Sondenbehandlung der Prostatahypertrophie, von A. STRAUSS-Barmen. Bei Prostatikern mit mäfsiger Vergrößerung des Organs hat S. vielfach sehr erfreuliche Resultate mittels seiner ursprünglich zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe empfohlenen Spülsonden erzielt. Natürlich wird auf diese Weise keine Verkleinerung der Drüse bewirkt, aber die mechanische Erweiterung der Pars prostatica urethrae bei gleichzeitiger vollständiger Entleerung des Residualharns und die eventuelle nachherige Einspritzung von Arg. nitric. oder (5%igem) Protargol hatten bei einer Reihe von Patienten im Alter von 52—63 Jahren den Effekt, daß die subjektiven Beschwerden aufhörten, und die Urinentleerung leicht und in längeren Zwischenräumen von statten ging. Es empfiehlt sich, die Prozedur zweimal wöchentlich vorzunehmen, die Sonde etwa zehn Minuten in situ liegen zu lassen, und die Kur auf zwei bis drei Monate auszudehnen.

Sexualhygiene, Frauenproteste und Libido sexualis, von C. ALEXANDER-Breslau. Von der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ ist bekanntlich ein „Merkblatt“ herausgegeben, in welchem darauf hingewiesen wird,

dafs der außereheliche Geschlechtsverkehr am besten ganz zu meiden sei, aber hinzugesetzt wird, dafs unter Berücksichtigung der tatsächlichen Verhältnisse gewisse Vorsichtsmafsregel (Schutzmittel) immerhin als zweckmäfsig zu empfehlen seien. Hiergegen hat die „Internationale Frauen-Föderation“ einen schroffen Protest erhoben mit der Forderung absoluter Enthaltbarkeit vom geschlechtlichen Verkehr bis zur Verhehlung. Verfasser bedauert zwar, dafs die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten“ durch diese Empfehlung einer sich zurzeit breit machenden widerlichen Geschäftsreklame und industriellen Ausbeutung einer menschlichen Schwäche Vorschub geleistet habe, indessen ist die von den enragierten Frauenrechtlerinnen aufgestellte Behauptung, die sexuelle Abstinenz habe niemals nachteilige Folgen verursacht, als durchaus unwahr entschieden zurückzuweisen. Autoritäten wie ERB, MOLL, v. SCHMINK-NORZING u. a. haben wiederholt Beweise vom Gegenteil beobachtet, und A. nennt auch einige diesbezügliche Beobachtungen. Sehr zu denken andererseits gibt auch die von NEISSER publizierte Statistik, der zufolge 27 % der poliklinischen Geschlechtskranken verheiratet waren. Auch A. hat in seiner Privatpraxis unter seinem Tripperkranken 22,5 % verheiratete Patienten gehabt. *Philippi-Bad Salschlief.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 18.

1. Die Rolle anormaler Gefäfsse in der Pathogenese der Hydronephrose. von F. LÉGUÉ. L. beschreibt zwei Fälle von intermittierender Hydronephrose, die beide infolge Abknickung des Ureters durch anormale Gefäfsse entstanden waren; das eine Mal war es eine von der Aorta ausgehende Arterie, das andere Mal verlief mit einer solchen Arterie auch noch eine aus der Vena cava entspringende Vene. Im ersten Falle wurde, da an der Stelle der Kreuzung von Ureter und Arterie eine förmliche Delle in der Wand des Harnleiters vorhanden war, die Niere entfernt. Im zweiten Falle begnügte sich L., da die Ureterenwand nicht verändert erschien, mit der Unterbindung und Resektion der beiden Gefäfsse; da aber alsbald wieder heftige Beschwerden auftraten, mußte auch bei dieser Kranken nachträglich noch die Niere extirpiert werden. Bei dieser Operation zeigte sich, dafs der Ureter da, wo die Gefäfsse unterbunden worden waren, in festes Bindegewebe eingebettet war. — Fälle von intermittierender Hydronephrose infolge von Abknickung des Ureters durch anormale Gefäfsse haben auch PICOÜ und HARTMANN beschrieben; sie erzielten durch Resektion der Gefäfsse und Anheftung der Niere Heilung. Ein derartiges konservatives Verfahren wird nur in solchen Fällen zum Ziele führen, die sich noch ganz im Anfangstadium befinden; in Fällen, in denen die Wand des Ureters schon Veränderungen aufweist, genügt die Resektion der Gefäfsse nicht mehr.

2. Beschreibung eines Blasenschnitt-Dilatationspekulums, von BARTHÉLEMY GUIRY-Athen. G. beschreibt ein Blasenschnitt-Dilatationspekulum, dessen Anwendung die Sectio alta in manchen Fällen ersetzen soll, insbesondere wenn es sich um sehr alte und geschwächte Individuen handelt, bei inoperablen Tumoren, in Fällen, in denen Ruhigstellung und Drainage der Blase, ein Curettement der Blasenschleimhaut oder eine retrograde Katheterisierung notwendig erscheint, bei heftiger Blasenblutung, kompletter oder inkompletter Retention. Auch Blasensteine können mit Hilfe des Instruments entfernt werden, grofse Konkremete allerdings nur, wenn sie vorher zerkleinert worden sind.

Das Instrument ist konstruiert wie das bekannte VOLTOLNISOHE Nasenspekulum; nur verlaufen seine beiden Blätter nicht, wie bei diesem, gerade, sondern leicht bogenförmig, sie sind in querer Richtung nur wenig gekrümmt und 11 cm lang; durch eine

am Handgriff angebrachte Schraubenvorrichtung können sie in jeder Stellung fixiert werden. Zwischen den Blättern befindet sich eine Klinge, welche die gleiche Bogenform besitzt wie jene, flach, dünn und 12—13 cm lang ist; sie ist nur in ihrem äußeren, über die Blätter des Spekulum hinausragenden Ende scharf und wird durch eine Schraube, die durch das rechte Blatt an seinem oberen, am Handgriff gelegenen Teile hindurchgeht, in ihrer Lage fixiert; nach Entfernung der Schraube kann sie nach oben herausgezogen werden. — Der Kranke muß zur Vornahme der Operation tief chloroformiert, seine Blase möglichst stark gefüllt sein; während ein Assistent mit seinen Händen auf die seitlichen Partien des Abdomens drückt; um die Blase zu fixieren, wird das Instrument dicht über der Mitte der Symphyse in der Richtung nach hinten und unten eingestochen. Austritt von Flüssigkeit zeigt an, daß die Spitze in die Blase eingedrungen ist, Schraube und Klinge können dann entfernt werden. Bei sehr fetten Individuen empfiehlt es sich, Haut und Unterhautzellgewebe zuerst mit dem Messer zu durchtrennen und dann erst die Punktion vorzunehmen. Bevor das Spekulum zurückgezogen wird, führt man durch die Urethra in Fällen, in denen die Blase für einige Zeit vollständig ruhig gestellt werden soll, durch die Wunde einen Katheter ein.

G. hat mittels des Instruments bisher in zwei Fällen Blasensteine entfernt, bei einem Kranken mußte der Stein zuerst verkleinert werden. Außerdem wurde das Verfahren bei vier Prostatikern mit kompletter Retention und starker Distension der Blase angewendet, bei einem von diesen vier Fällen wurde überdies ein Phosphatsteine durch die Wunde extrahiert.

1904. Heft 19.

1. Über die Pyelonephritis in ihren Beziehungen zum Wochenbett, von F. LEQUEU.

2. Die Fruchtbarkeit der Frau in 63 Ländern, von SAMUEL GACHE-Buenos-Ayres.

1904. Heft 20.

1. Ruptur einer Varicocele mit Hydro-Haematocoele, von MAURICE PATEL-Lyon. Bei einem 57jährigen Manne mit linksseitiger Varicocele und Hydrocele trat ohne nachweisbare Ursache ein sehr starkes Gefühl von Schwere im Skrotum und eine bläuliche Verfärbung und ödematöse Schwellung der oberen Partie des Hodensackes ein. Die Untersuchung ließ all die Erscheinungen erkennen, wie sie bei der Ruptur einer Hydrocele gewöhnlich vorhanden sind. Bei der Operation jedoch fand sich nach außen an der mächtig bedeckten Vaginalis ein Blutgerinnsel, nach dessen Entfernung die stark blutenden Venen des Samenstranges sichtbar wurden. Die Vaginalis selbst war vollständig intakt, ohne die geringste Ruptur oder Fissur; als sie insidiert wurde, entleerte sich eine ziemlich große Menge schwarzroter Flüssigkeit. Die innere Fläche der Serosa war glatt, der Nebenhoden unverändert. Dagegen war der Hoden klein, weich und bläulich gefärbt; er erholte sich jedoch vollständig. — Es handelte sich in dem beschriebenen Falle nicht, wie vor der Operation vermutet worden war, um die Ruptur einer Hydrocele, sondern um die Ruptur der Venen einer Varicocele. Die Hämatocoele ist vielleicht durch Ruptur einer der an der Vaginalis befindlichen Venen entstanden.

2. Ein Fall von häufig sich wiederholender Torsion des Samenstranges, von J. VANVERTS - Lille. Wiedergabe der Selbstbeobachtung eines Arztes, bei dem häufig, besonders während eines Marsches, wenn der Hodensack nicht genügend befestigt ist, eine Torsion des rechten Samenstranges eintritt. Diese äußert sich in dumpfen Schmerzen in der Inguinalgegend, die sich beim Gehen steigern und nach dem Hoden und der Weiche ausstrahlen; dabei ist die unterhalb des Leistenkanals

gelegene Partie des Samenstranges verdickt, hart und sehr druckempfindlich. Umdrehungen des Hodens beseitigen die Schmerzen augenblicklich und bewirken, daß der Samenstrang sich alsbald wieder normal anfühlt. Die Genitalien des Mannes sind im übrigen völlig normal.

8. **Sectio alta wegen Blasensteins**, von **DELEFOSE**. Kurze Mitteilung über einen Blasenstein (Harnsäurestein), der so hart war, daß er mit dem Lithotripter nicht zertrümmert werden konnte und daher mittels Sectio alta entfernt werden mußte. Der Kranke hatte fünf Jahre vor der Operation längere Zeit hindurch blutigen Urin entleert, seitdem aber war merkwürdigerweise keine Blutung aufgetreten, obwohl der Patient täglich große Strecken auf schlechten Wegen zurücklegen mußte, und der Stein andauernd heftige Schmerzen in der Gegend des Blasenhalbes verursachte, also in direkter Berührung mit diesem stand. *Göteborg-München.*

Annales de therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1904. Bd. IV, Nr. 11.

Apparate für Maßbestimmungen bei der Radiologie und deren Anwendung, von **H. LESON-Paris**. Unter den wichtigen Bereicherungen des Instrumentariums für Röntgenbehandlung nennt L. in erster Linie den Osmoregulator von **VILLARD**, wodurch es ermöglicht wird, hart gewordene Röhren in kurzer Zeit weich zu machen und auch die zu weichen Röhren zu härten. Dies wird in verhältnismäßig einfacher Weise erreicht durch Anfügen eines nach außen geschlossenen, nach innen frei mit dem Hohlraum der Crookeschen Röhre kommunizierenden Platinrohres. Indem man letzteres erwärmt, erfolgt durch osmotisches Durchtreten von Wasserstoffgas ein Ausgleich in der Spannung, ein Weichwerden der Röhre. Das Umgekehrte tritt ein, wenn man das genannte Platinrohr mit einem zweiten Rohr umgibt, indem dann beim Erhitzen Gas der Ampulla, wenn auch ziemlich langsam, entzogen wird. Um den Evakuationsgrad der Ampulla zu prüfen, bedient man sich des Spintermeters nach **BÄCKLÉN**. Es ist dies ein einfaches Gestell, auf welchem zwei Elektroden, in einer bestimmten Entfernung einander zugekehrt, aufgestellt sind. Dieselben stehen mit der Leitung in Verbindung, so daß der elektrische Funke bei zu großer Resistenz der Tube den Weg durch die Luft nimmt, anstatt in voller Stärke die Tube zu passieren. Zur Prüfung der Intensität der Röntgenstrahlen in ihren verschiedenen Graden dient der **CHABAUDSche** Radiochromometer. Derselbe besteht aus einer runden Scheibe von Aluminium mit zwölf nach Art der Ziffern auf einer Uhr angeordneten Öffnungen nebst einer dreizehnten, zentral gelegenen. Letztere ist mit einer Blende aus Silber versehen, die anderen mit Aluminiumscheiben von je 1—12 mm, Bestrahlung mit Röntgenlicht wird je nach dem Grade desselben, der Schatten der Zentralplatte mit dem von einem der zwölf Aluminiumplatten übereinstimmen, womit dann also die Numerierung gegeben ist. Verfasser erwähnt noch das Chromoradiometer von **HOLZNECHT-Wien**, ein besonderes Milliampèremeter von **GAIFFE** und einige andere Einzelheiten.

Bd. IV, Nr. 12.

Die Behandlung des Hautkrebses mittels Röntgenstrahlen, von **LEBEND**. Die Vorzüge, welche L. den X-Strahlen zuschreibt, sind ganz hervorragend. Er gibt Sitzungen von 20—25 Minuten Dauer bei 2 cm Entfernung mit der **VILLARDschen** Röhre einen Tag um den anderen. In manchen Fällen genügten drei bis vier Sitzungen. Namentlich die mit Ulcerationen und einem harten Rande verknüpften Neubildungen gehören in die Domäne dieser Behandlung. Ein Hauptvorzug dieser

Therapie sei das prompte Verschwinden der Schmerzen und des etwaigen üblen Geruches, sowie ferner das ausgezeichnete kosmetische Resultat und das in der Regel zu konstatierende Freibleiben von Rezidiven bei gründlicher Durchführung der Methode. Die Chirurgie ist dagegen am Platze bei solchen Fällen, bei denen sie wegen sekundärer Drüsenschwellungen schon sowieso indiziert ist, und ferner bei Neubildungen, welche sehr trocken, hart und reich an keratoplastischer Substanz sind. Vielleicht tut man auch besser, die Krebse der Unterlippe mit dem Messer zu entfernen. Dagegen sind Krebse der Augenlider vorzugsweise für die Strahlenbehandlung geeignet.

Die Massage bei Acne faciei, von A. J. POSPELOW. (Nach dem *Roussky Journ. hojn. i vener. bol.* Febr. 1904.) Um einen wirklichen Erfolg zu erzielen, muß nach P. die Gesichtsmassage folgendermaßen ausgeführt werden: Abends eine Stunde vor dem Zubettgehen führt der Patient mit der vorher durch Eintauchen in heißes Wasser erwärmten, gut getrockneten und mit Vaseline bestrichenen Hand 15–20 Minuten lang Streichungen in der Richtung der Ausführungsgänge der Talgdrüsen und der Muskelfäße der Haut aus. Man massiert jede Stirnhälfte einzeln, von der Mittellinie nach der Schläfe hin; die Wangen von außen nach innen und in paralleler Richtung zum Unterkiefer, Nasenwurzel und Nasenrücken direkt von oben nach unten; die Umgebung der Nase von oben nach unten und von innen nach außen, die Oberlippe von der Mittellinie nach der Kommissur hin und das Kinn von oben nach unten, aber in kreisförmigen Touren um das Zentrum. — Nach der Massage wird die Haut mit Talkum eingepudert, und erst am folgenden Morgen wird gewaschen. Hierzu nimmt man lauwarmes Wasser und benutzt keine Seife. Wenn keine Reizung der Haut besteht, kann morgens 5–10 Minuten lang mit einem festen Wattetampon massiert werden. Die Behandlung muß mehrere Monate lang fortgesetzt werden. Indurierte, eiterhaltige Knötchen soll man zuvor aufstechen.

Die Behandlung der Syphilis bei Komplikationen mit Tuberkulose, von DUSÉ-MONTRÉAL. (Nach *L'Union méd. du Canada*. April 1904.) Verfasser führt unter Berufung auf verschiedene andere Autoren aus, daß antisypilitische Mittel von Lungenkranken schlecht vertragen werden. Jodkalium und Hg sind kontraindiziert. Jodeisen ist noch am zweckmäßigsten.

Die Zwecklosigkeit der Präventivbehandlung bei der Syphilis, von DANLOS. (Nach *Soc. méd. des hôp.* 6. Mai 1904.) Verfasser berichtet über einen jungen Mann, der zehn Jahre zuvor Schanker akquirierte und sieben Jahre später Gummata an der Stirn darbot. Dieselben vergingen nach einigen Kalomeleinspritzungen. Man gab in prophylaktischer Absicht während der nächsten drei Jahren 60 Einspritzungen. Trotzdem entwickelte sich eine Nekrose der Nasenknochen. Bei einem anderen Kranken stellte sich eine syphilitische Hemiplegie ein während einer Kur, bei welcher er 100 Injektionen von grauem Öl erhalten hatte. SICARD berichtet auch über einen während der Behandlungsdauer auftretenden Fall von Meningitis syphilitica.

Philippi-Bad Salschlirf.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 9 und 10.

1. Pathogenese der Alopecia areata, von LEBEDE.

2. Über die Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen, von BERTMANN - Heidelberg. (Heft 8 und 9.) LEBEDE bespricht, ohne in diesem Punkte selbst bestimmte Stellung zu nehmen, die Argumente, die für und gegen die parasitäre Natur der Alopecia areata ins Feld geführt werden, und geht dann kurz auf die Theorie JACQUETS ein, der die Alopecia areata bekanntlich nicht für eine selbständige

Krankheit, sondern für ein bei verschiedenen Krankheitskomplexen vorkommende reaktives Symptom hält und die häufigste Ursache für ihr Auftreten in Reizzuständen der Zähne findet. Zum Schlusse analysiert L. in durchaus zustimmendem Sinne die kritischen Einwendungen, die BETTMANN in seinem Aufsätze gegen die von JACQW behaupteten ursächlichen Zusammenhang zwischen Alopecia areata und Reizzuständen der Zähne macht.

Über BETTMANN'S Aufsatz, der in deutscher Sprache im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (70. Band, 1. Heft) veröffentlicht ist, wurde in den *Monatsheften* bereits referiert.

3. Syphilitische Leukomelanodermie (kabyrische Lepra) und Vitiligo, von PAUBIER. (Heft 9 und 10.) P. hat in einem im Maiheft der *Revue pratique* veröffentlichten Aufsätze „Über die Beziehungen zwischen Syphilis und Vitiligo“ einen Fall mitgeteilt, in dem sich neben einem tertiären Syphilid an Stellen, die vorher ein Sitz syphilitischer Erscheinungen gewesen waren, eine typische Vitiligo entwickelte. Demgegenüber behauptete MARCOU, daß es sich in diesem Falle gar nicht um eine Vitiligo gehandelt habe, sondern um eine syphilitische Leukomelanodermie, eine von FOURNIER im Jahre 1893 beschriebene Pigmentanomalie; dieselbe ist charakterisiert durch depigmentierte, von hyperpigmentierten Zonen umgebene Flecke, die in der Nähe syphilitischer Hautveränderungen an Stellen, die vorher niemals spezifisch erkrankt waren, also auch nicht narbig verändert sind, auftreten. Diese Anomalie, die von FOURNIER bei zwei Syphilitikern gefunden wurde, soll nach MARCOU in Algerien unter dem Namen „kabyrische Lepra“ bekannt und bei den Eingeborenen gar nicht selten sein; in einer These teilt er außer den beiden Fällen FOURNIER'S noch 14 in Algerien bei Arabern, Kabylen und Negern beobachtete Fälle mit. Von diesen 14 Fällen gibt P., nachdem er die bei Syphilis vorkommenden Arten von Pigmentanomalien kurz besprochen, das Wesentliche wieder und zeigt, daß es sich in einem Falle um ein Pigmentsyphilid, in einem zweiten um Hyper- und Depigmentierungen bei einem Manne, der keinerlei Zeichen einer ererbten oder erworbenen Syphilis aufwies, und in den übrigen zwölf Fällen um die gewöhnliche Depigmentierung syphilitischer Narben gehandelt hat. Nur bei wenigen Kranken waren einzelne Narben oder Teile von Narben hyperpigmentiert, bei den meisten Kranken unterschieden sich die dunkeln Partien der Narben in der Farbe nicht von der normalen Hautfarbe, hier lag also keine Hyperpigmentierung, sondern nur Erhaltung des normalen Pigments vor. Die MARCOU'schen Fälle haben also mit der FOURNIER'schen Leukomelanodermie nichts gemein; denn diese ist charakterisiert durch Auftreten von Hyper- und Depigmentierungen auf vorher intakter, narbig nicht veränderter Haut. Von den beiden Fällen FOURNIER'S stimmte der eine in seinem Aussehen völlig mit dem von P. als Vitiligo bei einem Syphilitiker beschriebenen überein; beide Fälle unterscheiden sich von der gewöhnlichen Vitiligo nur dadurch, daß die Pigmentanomalien neben einem tertiären Syphilid entstanden. Das ist aber nach P.'s Ansicht kein Grund, die Fälle als Leukomelanodermie von der Vitiligo zu trennen; sie weisen vielmehr mit Bestimmtheit darauf hin, daß gewisse Formen von Vitiligo syphilitischen Ursprungs sind.

4. Eine neue Auffassung der Hautkrankheiten? von A. BLASCHKO. (Aus dem Deutschen (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 72. Heft 2 und 3) übersetzt von MARTIAL-BROOQ hat in einem in den *Ann. de Derm.* (März und April 1904) veröffentlichten Aufsätze seine „allgemeine Auffassung der Hautkrankheiten“, die er in früheren Publikationen bereits bruchstückweise geschildert, im Zusammenhang dargelegt, und von dieser Auffassung gibt BL. das Wesentliche wieder, um daran eine — nach Ansicht des Referenten durchaus berechtigte — absprechende Kritik zu knüpfen. BROOQ will für die Dermatologie die alte Krassen- und Diathesenlehre neu erstehen lassen. Als eigentliche, echte Hautkrankheiten läßt er nur die wenigen Dermatosen gelten, die

durch ganz bestimmte, wohldefinierte Ursachen erzeugt werden; alle übrigen Hautveränderungen sind keine selbständigen Krankheiten, sondern nur krankhafte Reaktionen, die in ihrer äußeren Erscheinungsform viel weniger durch die jeweilige krankmachende Ursache, als durch die bestehende Prädisposition oder Diathese des Patienten beeinflusst werden. Es kann also die gleiche Ursache bei ein und demselben Individuum je nach dem momentanen Stand und bei verschiedenen Menschen je nach der Art der Prädisposition oder Diathese ganz verschiedene krankhafte Reaktionen auf der Haut auslösen, während anderenfalls die gleiche Reaktion bei verschiedenen Menschen, wie auch bei einem Patienten die Folge ganz heterogener Ursachen sein kann. Die Diathesen manifestieren sich abwechselnd in den verschiedensten Organen und Organsystemen; die krankhaften Reaktionen der Haut vikariieren demnach nicht nur, je nach der momentanen Disposition, unter sich, sondern auch mit krankhaften Reaktionen anderer Organe, die Unterdrückung einer bestehenden reaktiven Erkrankung eines Organs, z. B. der Haut, kann sogar das Auftreten krankhafter Erscheinungen in einem anderen Organ oder Organsystem zur Folge haben. Die größte ursächliche Bedeutung für das Auftreten von Hautaffektionen bei prädisponierten und mit einer Diathese behafteten Menschen haben die Autointoxikationen; sie vermindern nicht nur die Widerstandskraft des Organismus gegen pathologische Reize, sondern wirken direkt krankheitserregend. Die Therapie bei allen krankhaften Reaktionen der Haut ist naturgemäß eine vorwiegend allgemeine, interne; die lokale Behandlung ist völlig indifferent.

BL. erklärt das System BROCOS für eine vollständig unbegründete Hypothese; die Mehrzahl seiner Behauptungen sind nicht erwiesene oder überhaupt nicht erweisbare Möglichkeiten; Möglichkeiten, die man zum Teil zwar nicht bestreiten kann, die aber sicher nicht zur Grundlage einer wissenschaftlichen Krankheitslehre gemacht werden dürfen. An einem Beispiele, dem ebenfalls zu den krankhaften Reaktionen gerechneten Ekzem, zeigt BL., wie schlecht fundiert BROCOS Auffassung ist; „sie will die Spekulation an Stelle der klinischen Beobachtung, ein Gedankenprodukt, die hypothetische Diathese, an Stelle wohlcharakterisierter, mit den Sinnen wahrnehmbarer Krankheitsbilder setzen.“ Statt mit den Begriffen „Arthritismus, Herpetismus, Lymphatismus“ usw. wie mit bekannten Dingen zu operieren, sollte BROCO zuerst durch Beibringung von Analysen, experimentellen Untersuchungen, anatomischen und klinischen Tatsachen die Berechtigung zur Annahme auch nur einer dieser Diathesen erweisen.

Göts-München.

La Syphilis.

Band II. Heft 10. Oktober 1904.

I. Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von BENJAMIN TARNOWSKY-St. Petersburg. (Fortsetzung.) T. führt die Geschichten von 26 Familien in diesem Teile seiner Arbeit genau auf, bei denen in der zweiten und dritten Generation an einzelnen Mitgliedern Zeichen von hereditärer Lues in Erscheinung traten. Die Krankengeschichten sind sehr ausführlich und sprechen eine beredete Sprache; sie einzeln hier aufzuführen, wäre nur eine Wiederholung der T.'s Arbeit.

II. Commission extraparlamentaire du régime des moeurs. (Fortsetzung.) Bericht von AUGAGNEUR - Paris. A. untersucht den Einfluss der Beglementierung auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und bemüht sich so klar wie möglich die Zwecklosigkeit der Beglementierung vom hygienischen Standpunkt aus zu erklären, auch weist er auf die geringe Sterblichkeit infolge von venerischen Krankheiten hin. Der Bericht umfasst fünf Abschnitte. 1. Die Wichtigkeit und Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den einzelnen und die Gesellschaft. 2. Die gesetzliche Beglemen-

tierung in bezug auf ihren prophylaktischen Wert, den ihr die Anhänger derselben zuschreiben. 3. Die Schwankungen in der Zahl der Erkrankungen, welche unabhängig sind von dem Vorhandensein oder Nichtbestehen der Reglementation. 4. Macht die Reglementierung die Prostitution weniger gefährlich. 5. Schlussfolgerungen. Letztere enthalten die ganze Auffassung des Vortragenden und besagen etwa folgendes:

1. Die Geschlechtskrankheiten haben absolut nicht die ernste Bedeutung, welche ihnen im allgemeinen und namentlich von den Spezialärzten beigelegt wird. Selbst das schwerste dieser Leiden, die Syphilis, hat auf die allgemeine Sterblichkeit und die Abnahme der Bevölkerung einen nur unbedeutenden Einfluss.

2. Die Schwankungen in der Zahl der venerischen Erkrankungen sind fast bei allen europäischen Heeren gleichzeitig und werden absolut nicht beeinflusst von der Existenz der Reglementierung der Prostituierten.

3. Die Einföhrung der Bordelle in Gegenden, wo dieselben bisher nicht bestanden, beeinflusst in keiner Weise ein Nachlassen der Erkrankungen, welche im Gegenteil oft nach Verschwinden der öffentlichen Häuser abnehmen.

4. Ebenso hat die Unterdrückung der Prostitution an Orten, wo sie bisher bestand, keinen Einfluss auf die venerischen Leiden.

5. Es lässt sich nicht feststellen, ob mehr Krankheiten bei den reglementierten oder frei herumlaufenden Prostituierten vorkommen. Nur sind die Reglementierten oft älter und bereits öfter antiluetisch behandelt resp. allmählich immunisiert und daher oft ungefährlicher, was aber keineswegs mit der Reglementierung im Zusammenhang steht.

6. Die Reglementierung heilt keineswegs die Prostitution, im Gegenteil sie ist sehr gefährlich und hält die kranken Mädchen davon ab, sich behandeln zu lassen, aus Furcht, dann sofort unter Kontrolle zu kommen.

7. Die venerisch Erkrankten geben sich eher freiwillig in Behandlung, je weniger rigoros die Behandlung solcher armen Kranken ist, und je besser und humaner die Leitung der Krankenhäuser ist.

8. Also die Reglementierung hat keinen glücklichen Einfluss auf die Zahl der Erkrankungen, im Gegenteil, sie wirkt eher daraufhin, dieselben zu vermehren.

In einem weiteren Abschnitt fasst LEVY-BENZ die Berichte FOURNIERS, den obigen AUGAGNEURS und die in der Diskussion geäußerten Ansichten von Anhängern und Gegnern der Reglementierung noch einmal kurz zusammen in Form eines Referates über die Sitzung der außerparlamentarischen Kommission der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1904. Heft 1V.

Beitrag zum Studium der nicht blennorrhoidischen Urethritiden; Urethritis ureica, von R. PANICHI. Nach den Untersuchungen des Verfassers gibt es wahre und eigentlich primäre Harnsäureurethritiden. Dieselben kommen allerdings besonders häufig bei Individuen vor, welche bereits früher eine spezifische Urethritis durchgemacht haben, bei denen aber der blennorrhagische Prozess vollständig abgeheilt ist. Gewisse Formen von Reizerscheinungen der Harnröhre, die nach Blennorrhoe auftreten, aber nicht als eine chronische Infektion aufgefasst werden dürfen, welche mit blennorrhoidischen Komplikationen (spasmodische Zustände, Strikturen) nichts zu tun haben, welche auch nicht von allgemeinen Störungen des Organismus, Anämie, lymphatische Diathese usw., oder mit lokalen Traumen (Fahrrad, Reiten) zusammenhängen, finden ihre Erklärung in einer abnormen Harnsäuresekretion. Diese Tatsachen sind

bei der Therapie in Betracht zu ziehen: wo nämlich der klinische Befund auf einen Zusammenhang mit einem übermäßigen Harnsäuregehalt des Urins hinweisen läßt, soll man nicht die Harnröhre noch mehr mit tiefen Injektionen ermüden und reizen, sondern an Stelle einer lokalen Behandlung eine entsprechend allgemeine einleiten, indem man passende Diät und Medikamente verordnet.

Klinische und anatomische Untersuchungen über zwei Fälle von blennorrhagischer Orchio-Epididymitis, von Sorrentino. Verfasser glaubt aus seinen klinischen und anatomischen Untersuchungen schließen zu können, daß der blennorrhische Entzündungsprozeß bei seinem Fortschreiten von der Urethra nach dem Hoden einen umgekehrten Weg einschlägt als das Sperma und in den zwischenliegenden Organen graduell kontinuierliche und konstante anatomische Veränderungen hervorruft. Mit der Intensität und der Tiefe dieser intermediären Läsionen ändert sich dann auch der objektive klinische Befund. Auf diese Weise erklärt sich denn auch die Verschiedenheit der Angaben über Anwesenheit oder Fehlen einer Funikulitis bei blennorrhischer Orchio-Epididymitis. Leichte Fälle von Funikulitis können nämlich während des ganzen Verlaufes der Affektion vollständig unbemerkt bleiben, obwohl man sicher anatomisch die Veränderungen nachweisen könnte. Wenn die Funikulitis hier und da symptomlos verläuft, so verdankt sie dies dem Umstande, daß der Strang von einer ziemlich dehnbaren Membran und lockerem Bindegewebe umgeben ist, so daß der Strang bis zu einem gewissen Grade anschwellen kann, ohne zu Schmerzen Anlaß zu geben. Solange übrigens die entzündlichen Erscheinungen im Strange nur leichte sind, beteiligt sich das Stützgewebe nur wenig am Prozesse und bleibt in Gestalt und Kaliber in beinahe normalen Grenzen.

Inkompatibilitätsgrenzen zwischen Kalomel und Jodpräparaten, von Prlagatti. Verfasser geht hierbei von den Experimenten Lessers aus, wonach beim Zusammentreten von Kalomel und Jodkalium eine doppelte Kombination entsteht, nämlich Hg_2J_2KCl . In der Praxis kommt unter den Quecksilbersalzen, deren Kombination mit Jodverbindungen zu mehr oder weniger unangenehmen Erscheinungen führen kann, nur das Kalomel in Betracht, da bei den löslichen Quecksilberverbindungen die Reaktion nicht eintritt. Verfasser hat nun zunächst in vitro experimentiert und ist von da auf Tierversuche übergegangen. Er hat Hunden Jodnatrium (als für das Blut weniger gefährlich denn das Jodkalium) in die Venen injiziert und sodann Kalomel in das Unterhautzellgewebe und in den Dünndarm injiziert, ferner auf die Conjunctiva in Pulverform aufgetragen. Die Experimente in vivo und in vitro differieren in ihren Resultaten selbstredend beträchtlich. Zur Erzielung der Reaktion im Bluteserum des Hundes waren 0,02 g NaJ notwendig (per Kilogramm Körpergewicht), während auf der Conjunctiva die Reaktion schon bei 0,00626 NaJ per Kilogramm eintrat. Auf den Menschen übertragen (bei einem mittleren Körpergewicht von 65 kg) nimmt Verfasser eine Dose von mindestens 2,5 g als nötig zur Erzielung der Reaktion an (Blutreaktion). In Übereinstimmung mit dem obigen experimentellen Befunde waren denn auch die Ophthalmologen die ersten, welche auf die Gefahren der gleichzeitigen Administration des Jodkaliums und des Kalomels hingewiesen haben, indem in Anbetracht der relativ bedeutenden sekretorischen Tätigkeit der Tränendrüsen auf den Conjunctiven eine größere Menge Jod ausgeschieden wird als im Unterhautzellgewebe oder auf der Darmschleimhaut.

Das Gonorrhoe bei der Behandlung der Cystitis blennorrhagica, von Violo-Lutati. Auf Grund seiner Untersuchungen mit diesem Präparate erklärt Verfasser dasselbe als das beste unter den modernen Balsamicis. Es wird ausgezeichnet vertragen. Intoleranzerscheinungen sind außerordentlich selten oder verlaufen, wenn überhaupt vorhanden, sehr milde. Es ist ein vorzügliches Adjuvans der lokalen Be-

handlung der Harnröhre, besonders der Urethra posterior, ohne aber für sich allein eine Heilung des blennorrhöischen Prozesses herbeiführen zu können. Bei der akuten blennorrhöischen Cystitis ist die Wirkung des Gonorols eine rasche und sichere, nur muß es in systematischer, regelmäßiger Weise und während einer gewissen Zeit verabreicht werden, selbst wenn der Urin wieder klar geworden ist.

Untersuchungen über die weichen Nävi und die pigmentierten Geschwülste, von G. MIGLIORINI. In diesem ersten Abschnitte seiner sehr ausführlichen Arbeit, beabsichtigt der Verfasser den Nachweis zu leisten, daß die weichen Nävi epithelialer Abkunft sind. Wird fortgesetzt.

Multiple Steatocysten der Talgdrüsen, von BOSELLINI. Es handelt sich um diejenige Affektion, von der PRINGLE 1899 einen Fall unter der Bezeichnung Steatocystoma multiplex beschrieben hat, und die sich durch das Auftreten von multiplen, hirse Korn- bis kirschgroßen Tumoren kennzeichnet. Die Tumoren zeigen sich an irgendeiner Körperstelle, besonders aber auf dem Rumpfe; sie sind meist ganz regellos verteilt, nehmen aber zuweilen eine linienförmige Disposition an. Sie stehen in unzweifelhafter Beziehung zu den Talgdrüsen, sitzen in der Cutis, können aber beim Größerwerden bis ins Unterhautzellgewebe reichen. Solange keine entzündlichen Erscheinungen hinzutreten, sind sie sowohl auf Druck als spontan schmerzlos. Die Affektion ist eine eminent chronische und können einzelne, d. h. die älteren Tumoren, spontan verschwinden, was unter dem Einflusse komplizierender entzündlicher Prozesse sehr rasch geschieht (in acht bis zehn Tagen); eine Narbe ist nur dann sichtbar, wenn sich der Tumor nach außen entleert. Die Affektion ist bis jetzt ausschließlich beim Menschen beobachtet worden. Sie tritt bei jugendlichen Individuen auf, ist weder kongenital noch hereditär. Es gehen ihr keine anderen Haut- oder allgemeinen Krankheiten voraus. Die übrige Haut weist keine trophischen Veränderungen auf. Der Inhalt der Cysten ist hauptsächlich Fett. Die Bildung derselben ist eine Folge der Verstopfung des Drüsenschlauches, etwas oberhalb des Zusammentreffens des Drüsenausführungsganges mit dem Haarfollikel durch einen aus verhornten Lamellen mit spärlichem Fette bestehenden Zapfen. Wie dieser letztere zustande kommt, läßt sich vorläufig nicht sagen; es erfolgt eine Dilatation des Follikelausführungsganges durch Sekretretention; der Haarfollikel selbst nimmt am Prozesse nicht teil und atrophiert rasch. Die an die Cystenwandung sich anlehrende Talgdrüse, mit deren Inneren sie in Verbindung steht, bleibt längere Zeit unverändert weiter bestehen, um dann schließlichsch mechanisch disloziert zu werden, in dem Sinne, daß die einzelnen Läppchen durch die Volumenzunahme der Cyste voneinander entfernt werden, aber ihre Struktur noch lange beibehalten, bis sie dann schließlichsch atrophieren; von diesem Momente an hört dann auch die Volumsvergrößerung der Cyste auf, welcher Umstand gegen die Ansicht PRINGLES spricht, daß die Cystenwandung selbst sekretorische Eigenschaften besitzt. Da es sich bei der vorliegenden Affektion um Neubildung weder von Drüsengewebe noch von Bindegewebe handelt, möchte der Verfasser die Bezeichnung Cystom (PRINGLE) durch Cyste ersetzt wissen. C. Müller-Genf.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band II. Heft 2. April 1904.

I. **Über Prurigo**, von K. AZUMA-Kioto. Auf Grund des in der Klinik MATSUURA in Kioto während des Jahres 1903 gesammelten Krankenmaterials findet A. dort 63 Prurigofälle unter 1891 Hautkranken, d. h. 3,44 %, 43 männliche und 20 weibliche. Die Prurigo ist im Sommer häufiger als im Winter (58:4), eine Tatsache, die zu den Angaben ausländischer Autoritäten im direkten Gegensatz steht. Den Grund dafür

glaubt Verfasser vor allem in den Temperaturverhältnissen der Wohnungen zu finden, sofern dieselben in Europa im Winter stark geheizt und schlecht ventiliert sind, während in den japanischen Häusern im Winter eine verhältnismäßig niedrige Temperatur mit reichlicher Zufuhr frischer Luft herrscht. Über den Zeitpunkt der ersten Eruption stellte A. folgende Daten fest: Im zweiten Lebensjahr 22,22 %, im dritten 20,63 %, im vierten 14,29 %, im fünften 9,52 %, im sechsten 11,11 %, im siebenten 9,52 %, im neunten 4,76 %, im zwölften 3,17 % und im 42. ein Fall (1,59 %). Er glaubt konstatiert zu haben, daß sich Prurigo oft erst sekundär nach gewissen juckenden Hautausschlägen, wie Masern, Pocken, Ekzem, entwickelt habe. Bezüglich der Familiendisposition konnte Verfasser nur bei acht Kranken dasselbe Leiden bei mehreren Familienmitgliedern nachweisen. Er bestreitet jede Beziehung zur Tuberkulose. Am meisten ist die mittlere Volksklasse befallen, und zwar besonders kräftigere Individuen.

Therapeutisch gibt A. Pilokarpininjektionen und lokal Desinfectorol mit Naphthalan. Häufiges Baden mit oder ohne Schwefelzusatz und öfteres Wechseln der Wäsche befördern die Heilung.

II. Ein Fall von Gumma der Paramammillardrüsen, von F. Ito-Nagoya.

III. Zwei Fälle von Keratosis follicularis mit Schuppenbildung, von T. YOSHITOMI und S. YESSOYE-Shimabara.

IV. Über die Kryoskopie, von S. AKUTSU.

Bernhard Schulse-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Medizinal-Kalender für das Jahr 1905. (August Hirschwald, Berlin 1905.) Pünktlich mit dem ersten Schnee ist auch unser langjähriger Freund und Berater wieder auf dem Redaktionstische erschienen, um uns daran zu erinnern, daß wieder einmal ein Jahr zur Neige geht und das neue gerüstet empfangen werden soll. Zum Empfange vorbereitet, stellt sich uns als erster der Hirschwaldsche Medizinal-Kalender vor, dem wir schon so manches Mal ein freundliches Wort auf den Weg gegeben und ihm baldige Wiederkehr gewünscht haben. Wenn das diesmal in weniger umfangreicher Weise geschieht, so kommt es doch nicht minder von Herzen, und es geschieht dies nur aus dem Grunde, weil dieses an der Spitze aller gleichartigen Werke stehend, der Empfehlungen nicht mehr bedarf; es spricht für sich selbst.

D. R.

Handbuch der Physiologie des Menschen. Herausgegeben von W. NAGEL-Berlin. Dritter Band: Physiologie der Sinne. Erste Hälfte. (Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1904.) Mit dem vorliegenden Halbbande beginnt die Publikation eines auf vier Bände berechneten, vom Herausgeber im Verein mit 24 hervorragenden Gelehrten bearbeiteten Handbuches der Physiologie des Menschen. Das Buch enthält eine allgemeine Einleitung zur Physiologie der Sinne von NAGEL und KRIES und drei Kapitel der Physiologie des Gesichtsinnes von SCHENCK, NAGEL und KRIES. Dieser Teil des großen Werkes, das sich in erster Linie an die Physiologen vom Fach wendet, ausführlicher zu besprechen, ist hier nicht der Platz; es soll nur auf die neue Erscheinung hingewiesen sein.

Göts-München.

La Pelade, von A. CHATIN und F. TRÉMOLIÈRES. (Masson et Cie, Paris.) Die Verfasser haben mit ihrem Werkchen eine sehr hübsche, empfehlenswerte Monographie geliefert, in der die Alopecia areata nach allen Richtungen hin präzise und klar ge-

schildert wird. Eingehend behandeln sie die verschiedenen Theorien über die Ätiologie: sie lehnen die parasitäre Theorie nach einer kritischen Würdigung aller Momente, die für und gegen sprechen, ab und akzeptieren ohne Einschränkung die bekannte Theorie JACOURE, die sie ausführlich schildern. Einen großen Raum in dem kleinen, mit einigen Abbildungen versehenen Bande nimmt die Besprechung der Therapie ein; am Schlusse findet sich ein umfangreiches Literaturverzeichnis, das allerdings hinsichtlich der nichtfranzösischen Arbeiten nicht ganz lückenlos ist.

Götz-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Die unblutige Behandlung der Furunkel, von SEMBRITZKI-Königsberg i. Pr. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Bei messerscheuen Patienten und bei Furunkeln des Gesichts empfiehlt Verfasser Alkoholdunst-Verbände und die interne Darreichung von frischer Bierhefe oder eines der im Handel vorkommenden trockenen Hefepreparate.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

Beiträge zur Klinik und Bakteriologie der Angina ulcerosa-membranacea (meist VINCENTSche oder PLAUTSche Angina genannt), von ALBERT UFFENHEDER-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 27 und 28.) U. berichtet ganz kurz über einige von ihm selbst beobachtete Fälle von Angina ulcerosa-membranacea, beschreibt die Morphologie der diese Affektion begleitenden beiden Bakterien, des Bacillus fusiformis, den er mit VINCENT und anderen für unbeweglich hält, und der Spirochäte, die nach seinen Beobachtungen in der Hauptsache den vielbemerkten Geruch der Angina ulcerosa-membranacea veranlaßt, und teilt dann mehrere Fälle von gewöhnlicher Angina mit, bei denen Fusiformes oder Fusiformes und Spirochäten gefunden wurden. Die Fälle beweisen, daß bei gewöhnlichen Anginen Fusiformes und Spirochäten als zufällige und vorübergehende Erscheinung vorkommen könne, ohne an den vorliegenden Prozessen ätiologisch beteiligt zu sein. Bei einem scharlachkranken Kinde mit lakunärer Angina, bei dem schon zu Beginn der Erkrankung Bacilli fusiformes und Spirillen gefunden worden waren, beobachtete U. die Entstehung einer starken, hartnäckigen ulcerösen Stomatitis mit sehr fötidem Geruch und das Auftreten von Ulcerationen auf den Tonsillen und auf der hinteren Rachenwand; es scheint, daß in diesem Falle die bereits erkrankten Tonsillen einen guten Nährboden für die beiden Mikroben abgaben, so daß diese imstande waren, ulceröse Veränderungen hervorzubringen.

U. berichtet weiterhin, daß seine Versuche, die Spirochäten zu züchten, gleich den Versuchen anderer Autoren fehlgeschlagen sind, und kritisiert dann die Resultate, die NICLOT und MAROTTE sowie RIST bei ihren Versuchen, den Fusiformis zu züchten, erzielt haben. Ihm selbst gelang es nach vielen vergeblichen Experimenten mit den gebrüchlichsten Nährböden, den Bacillus fusiformis drei Generationen lang auf sterilem menschlichem Speichel zu kultivieren. Dabei zeigte sich, daß in den von den ersten beiden Generationen stammenden Präparaten stets eine größere Anzahl von Basillen in Büschelform beisammen lag, und daß die Fähigkeit des Fusiformis,

Büschelformen in dem Nährsubstrat zu bilden, den Maßstab für seine Fortpflanzungsfähigkeit darstellt; in der dritten Generation liefs diese Fähigkeit sehr deutlich nach. Mehrfache Versuche, den Fusiformis von den Speicheldrüsen aus auf den gewöhnlichen erstarrten Nährböden in Reinkultur zu züchten, mislungen; U. glaubt, daß der Bacillus auf erstarrten Nährböden überhaupt nicht zu gedeihen vermag. — Zwei Versuche, durch Übertragung fusiformis- und spirochätenhaltigen Tonsillenbelages Angina ulcerosa-membranacea experimentell bei Menschen zu erzeugen, ergaben ein völlig negatives Resultat; ebenso hatten mehrere Impfungen mit Infektionsmaterial an Tieren ein negatives Ergebnis.

Die von U. angewandte Therapie bestand in zwei Fällen lediglich in Gurgelungen mit Karbollösung, in drei weiteren Fällen wurde anfangs gar keine Behandlung vorgenommen. Erst nach dem Verschwinden der Spirochäten wurde bei zwei von diesen drei Patienten die erkrankte Tonsille abgetragen, zunächst allerdings, um Untersuchungsmaterial zu gewinnen. Es zeigte sich aber, daß die Tonsillotomie therapeutisch recht gut verwendbar ist, um das letzte Stadium der Krankheit abzukürzen. In beiden Fällen erfolgte ganz glatte Heilung des Amputationsstumpfes, bei einem Kinde konnten die Fusiformes als Saphrophyten auf dem Stumpfe nachgewiesen werden. Die Tonsillotomie bei noch positivem Spirochätenbefunde vorzunehmen, empfiehlt sich nicht; durch Übertragung von Spirillen auf die Amputationsstelle könnte diese selbst zum fortschreitenden Ulcus werden. Die Untersuchung der entfernten Mandeln ergab nach keiner Richtung hin etwas Bemerkenswertes, da sie zur Zeit der Exzision schon in einem ziemlich weit vorgeschrittenen Heilungsstadium waren.

Göts-München.

Lichen und seine Behandlung, von ALFRED EDDOWS - London. (*The Med. Times and Hosp. Gazette.* 4. Juni 1904.) Im St. Johns Hospital für Hautkrankheiten beobachtete EDDOWS einen Fall von ausgedehntem Lichen planus. Auch dieser kann alle möglichen Formen annehmen; er geht von den Öffnungen der Follikel aus und nimmt oft flächenhafte Ausdehnung an und kann ganze Bezirke in ein diffus entzündetes Gebiet verwandeln, demselben ein schmutziges und reibeisenartiges Aussehen gebend. Die Tatsache nun, daß die flachen Papeln mit den Schweißsporen in Beziehung stehen, veranlaßte EDDOWS dazu, in der Behandlung auf Verminderung der Schweißstagnation zu achten, und er hatte überraschende Erfolge mit Salben, Waschungen und namentlich mit Borpaste.

Ferner kommt er auf Pityriasis, Psoriasis und Ekzem zu sprechen. Zwischen Pityriasis und Psoriasis ist keine strenge Linie zu ziehen, die Pityriasis rubra ist, wenn sie auf Psoriasis folgt, mehr eine verallgemeinerte Psoriasis; sie unterscheiden sich nicht durch den Ort der Entwicklung — Follikel —, sondern durch ihre verschiedenen Prädilektionsstellen. Da die Psoriasis ein „dry catarrh“ ist, so dürfte folgende Beobachtung EDDOWS' interessieren: Ein Mädchen von 15 Jahren hat seit einem halben Jahre Psoriasis; jetzt bekommt sie eine Influenza, welche die Psoriasis verschlimmert und zugleich einen Magenkatarrh zurückläßt; auf Grund desselben stellt sich alsbald eine Urticaria ein — und plötzlich geht der trockene Katarrh der Psoriasis in ein nässendes und rapid emporschießendes akutes Ekzem über, und dieses wurde äußerlich und innerlich (Vinum antimoniale und Magnes. sulph.) behandelt.

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Das Rhinophyma und seine Behandlung, von S. L. BOGROW - Moskau. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 32.) Verfasser berichtet über einen Fall von Rhinophyma bei einem 64jährigen Manne, der schon seit 15 Jahren sein Leiden hatte. Man wandte zu seiner Heilung die Decortikation an, die darin besteht, daß man mit dem Messer die Höcker der Nasenhaut glatt abrasiert, indem der linke Zeigefinger in das

Nasenloch hineingeführt wird, um in der Dicke der Hautschiicht Orientierung zu geben. Die Hautschiicht muß eine Dicke von etwa 2 mm behalten, weil sonst keine Überreste von den Talgdrüsen-schläuchen bleiben werden, und somit die Epidermis nur von den Bändern und nicht von den Drüsenresten hervorgehen kann. Die Heilung erfolgt in wenigen Wochen mit schönem kosmetischen Effekte, wie auch in vorliegendem Falle. Die Decortikation ist wegen ihrer Einfachheit und ihres guten Erfolges den anderen Operationen, der keilförmigen Exzision mit nachfolgender Zussammennahnt und der völligen Exstirpation des hyperplastischen Gewebes mit nachfolgender Hauttransplantation nach THIBESCH, vorzuziehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

In der Sitzung des Komitees für Krebsforschung vom 21. Januar 1904 spricht VON WASILEWSKI „Über infektiöse Epithelerkrankungen und ihre Beziehungen zu den Epitheliomen“. Er berichtet über die Untersuchungen BORRELS, der alle bei infektiösen Epithelerkrankungen und bei bösartigen Neubildungen gefundenen Zelleinschlüsse für Degenerationsprodukte von Leukocyten hält und die „Coccidien-theorie“ für irrig erklärt. Auch die Vaccinekörperchen hält BORREL für Leukocyten-derivate. Demgegenüber glaubt Vortragender erwiesen zu haben, daß die Vaccinekörperchen im Hornhautepithel des Kaninchens nur nach Impfung mit Vaccine oder Variolalympe auftreten und keinesfalls aus Leukocyten hervorgehen. Der exakte Beweis für die Parasitennatur dieser Körperchen läßt sich zurzeit noch nicht erbringen, doch kann diese Annahme als die bestbegründete gelten. — BORREL setzt die Schafpockenepitheliose in Parallele zu den Epitheliomen der Mäuse. Er hat endemisches Vorkommen des Krebses bei Mäusen beobachtet und auch mit Erfolg Übertragungsversuche von Maus zu Maus gemacht. Bei beiden Krankheiten sind Lungenveränderungen nachweisbar, die makroskopisch sehr ähnlich erscheinen, mikroskopisch sich aber dadurch unterscheiden, daß bei Schafpocken die Organzellen infolge der Giftwirkung proliferieren, während es sich bei den Epitheliomen um Metastasenbildung handelt. Die Wucherung der Epithelzellen in den Krebsgeschwülsten ist nicht ohne Analogie bei Infektionskrankheiten, daher ist die Suche nach dem Krebsvirus wohl berechtigt. BORREL hält es für möglich, daß es zu den kleinsten, mikroskopisch nicht nachweisbaren Mikrobien gehört.

Aus der Diskussion, an der sich BEHLA, v. HANSEMANN, ORTH, GAYLOW und v. WASILEWSKI beteiligen, ist bemerkenswert, daß v. HANSEMANN einen völlig ablehnenden Standpunkt vertritt. Es sei durch nichts gerechtfertigt, Pocken und Krebs auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen, weil bei beiden Zelleinschlüsse vorkämen. Zudem seien die sogenannten Krebse der Mäuse nur sehr selten wirkliche Carcinome wie beim Menschen. Die in der Cornea entstehenden Vaccinekörperchen seien durchaus identisch mit Gebilden, die sich auch anderswo finden, z. B. mit Gebilden, wie v. H. sie bei einem Carcinom der Harnblase gefunden habe. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 28.)
A. Loewald-Kolmar.

Über die Einwirkung von Radiumstrahlen auf das Carcinom der Mäuse, von H. APOLANT - Frankfurt a. M. (Aus d. Königl. Institut f. exper. Ther. in Frankfurt a. M.) Für die lokale Bestrahlung (mit 20 mg Radium) wurden die Mäuse so fixiert, daß der subkutane Tumor von den Strahlen direkt getroffen werden konnte. Die Kapsel wird in leise Berührung mit der Haut gebracht. Unter 32 mit Erfolg geimpften Tieren wurden 15 mit Radium bestrahlt. Die Bestrahlung begann 12—14

Tage nach der Impfung und wurde verschieden häufig ausgeführt. Von 19 erbsen- bis bohngroßen Tumoren wurden 11 durch die Bestrahlung vollständig geheilt und 8 bis auf einen unbedeutenden Bruchteil der ursprünglichen Geschwulst reduziert. Häufig war die beginnende Rückbildung schon 4—5 Tage nach Beginn der Behandlung zu konstatieren, während die Alopecie sich erst nach 10—14 Tagen zeigte. In den meisten Fällen trat eine oberflächliche Entzündung der Haut auf, deren Intensität von der Dauer und der Häufigkeit der Bestrahlungen abhing und in einigen Fällen zu tieferen Ulcerationen führte. Bei den nicht behandelten Kontrolltieren wuchsen die Tumoren oder blieben stabil. Jedenfalls zeigte das Radium eine sehr bedeutende Wirksamkeit gegen das Carcinom.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zwei Fälle von „Korsettenkrebs“ nebst Bemerkungen über die Entstehung und Weiterverbreitung des Carcinoms, von R. C. Lucas - London. (*Lancet*. 2. April 1904. Verfasser berichtet hier über zwei Patientinnen, bei denen er die Entstehung von Brustkrebs auf das Scheuern des Korsettrandes gegen den Brustkorb zurückführt. Fall I betraf eine 47jährige Patientin, welche in einer Pelzfabrik damit beschäftigt wurde, mittelst eines stumpfen Messers Kaninchenfelle zu schaben. Nach etlichen Jahren dieser Beschäftigung bemerkte sie an der rechten Brust, gerade in der Höhe des oberen Bandes des Korsetts eine Verhärtung, welche 1½ Jahr später entfernt wurde und sich als carcinomatös erwies. Fall II betraf eine 59jährige Büglerin, bei welcher der Verlauf ein ähnlicher war. Auch einen dritten ähnlichen Fall hat L. beobachtet. Im übrigen bespricht er die verschiedenen Beobachtungen, welche auf sonstige Entstehungsarten des Krebses: durch Übertragung (Krebs des Penis nach vorherigem Erkranken der Ehefrau an Uteruskrebs), durch die Wohnung („Cancer houses“) usw. hindeuten.

Philippi-Bad Salschlief.

Ein Fall von DARIERScher Krankheit, von DAVID LIEBERTHAL - Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 23. Juli 1904.) Mitteilung eines klinisch und histologisch völlig dem bekannten Bild der DARIERSchen Krankheit entsprechenden Falles. Verfasser schlägt als Bezeichnung für das Leiden den Namen „KeratosiS DARIERS-WHITE“ vor. Therapeutisch ist bemerkenswert, daß mit Röntgenbestrahlungen Abheilung (bisher teilweise) erreicht wurde, eine Erfahrung, die DUNOAN BULKLEY an einem anderen Falle ebenfalls gemacht hat.

A. Loewald-Kolmar.

Multiple Sarkome des subcutanen Gewebes, ohne eine evidente vorhergehende primäre Geschwulst, von T. TURNER THOMAS - Philadelphia. (*New York Journ.* 27. Aug. 1904.) Der Fall betraf einen 80jährigen Mann, bei dem zuerst ein kleiner Tumor über der linken Darmbeinschaufel auftrat, welcher rasch wuchs und dem bald zahlreiche, ähnliche Tumoren, besonders an der vorderen Bauchseite, an Brust, aber auch am Rücken, nachfolgten. Diese Tumoren nahmen rasch an Größe (bis zu der einer Orange) und Zahl zu, waren anfangs unter der Haut frei beweglich und schließlich mit derselben adhärent. Patient starb bald, die mikroskopische Untersuchung der Gebilde ergab ein Rundzellensarkom. Außer der Seltenheit dieser Art Neubildung im höheren Alter ist an dem Falle auch die Differentialdiagnose — im Anfangstadium hatten ihn verschiedene Ärzte untersucht und die Diagnose Molluscum fibrosum gestellt — hervorzuheben; das multiple idiopathische Sarkoma pigmentosum KAPOSI beginnt gewöhnlich an Händen und Füßen, um gegen den Rumpf sich auszubreiten, kann also hier nicht in Betracht kommen, ebensowenig wie Mykosis fungoides (Pigmentierung, langsamer Verlauf, Auftreten und Wiederverschwinden der Geschwülstchen). Bezüglich der Therapie ist wenig zu sagen, Arsenik soll zuweilen bei multiplen Hautsarkomen Besserung bringen; Exzision des zuerst vorhandenen Sarkoms könnte versucht werden, war aber schon häufig, selbst bei probeweiser Vornahme, von einem bösartigerem Verlauf des Leidens gefolgt.

Stern-München.

Über *Ulcus rodens*, von P. GRAWITZ - Greifswald. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 30.) Verfasser hält die Annahme VOLKMANNS für sehr unwahrscheinlich, daß es zwei Arten von *Ulcus rodens* gibt, eine epitheliale und eine endotheliale, die im übrigen klinisch und histologisch vollkommen gleichartig sein sollen. Es gibt vielmehr wohl nur eine epitheliale Form. Als Endotheliome der Haut sind Fälle beschrieben worden, bei deren mikroskopischer Untersuchung Stellen vorgelegen haben, an denen Reste des Mutterbodens nicht mehr erhalten waren, so daß die Frage, aus welchem Mutterboden die Geschwulstwucherung hervorgegangen war, nicht mehr entschieden werden konnte. Alle die Bilder, die für die Aufstellung der Endotheliome maßgebend gewesen sind, hat Verfasser in Präparaten von *Ulcus rodens*, bei denen der Zusammenhang mit dem Epithel zweifellos war, angetroffen.

A. Loewald-Kolmar.

Über den Gebrauch des Radiums in einem Falle von *Ulcus rodens*, von HAMMOND. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) Bei einem 85jährigen Manne entstand vor drei Jahren auf der rechten Seite des Gesichts im Bereiche des zweiten Astes des Quintus ein kleiner Knoten, welcher von der Schwester des Patienten ausgedrückt wurde. Hierauf bildete sich eine Ulceration, die allmählich an Umfang zunahm und längere Zeit mit unzureichenden Hausmitteln behandelt wurde. Da das Geschwür stark schmerzte und stetig um sich griff, so entschloß sich Patient endlich, einen Arzt zu konsultieren. Die vorgeschlagene Exzision wurde nicht gestattet, und eine Behandlung mit Röntgenstrahlen wäre bei dem hohen Alter des Patienten mit zu großen Schwierigkeiten verknüpft gewesen. Deshalb wandte Verfasser das Radiumbromid an, und zwar wurde in täglichen, 15 Minuten dauernden Sitzungen eine kleine 5 mg enthaltende Tube in einer Entfernung von $\frac{1}{2}$ Zoll vom Geschwür auf dieses appliziert. Obwohl nach vier bis fünf Tagen noch kein sichtbarer Effekt zu verzeichnen war, so hatte doch die Empfindlichkeit des *Ulcus rodens* wesentlich nachgelassen. Hierauf wurden die Bestrahlungen ohne dazwischen befindlichen Schirm zweimal täglich vorgenommen, mit dem Resultate, daß die Absonderung, die anfangs sehr stark war, rapide abnahm, und die Granulationen eine gesunde Beschaffenheit aufwiesen. Der Patient entzog sich jedoch nach sechs Wochen der weiteren Behandlung.

C. Berliner-Aachen.

***Ulcus rodens*, behandelt mit Röntgenstrahlen, von ST. TAYLOR - Liverpool.** (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte einer 51jährigen, sehr kräftigen Frau, welche vor ca. 13 Jahren ein kleines Knötchen auf der linken Wange, etwa zwischen Nase und innerem Augenwinkel, bekam. Die Patientin schenkte dem Gewächs, welches ihr keine Beschwerden bereitete, keine besondere Beachtung, bis dasselbe vor drei Jahren zu ulcerieren begann. Die Geschwürsfläche wurde mit den verschiedensten Pflastern bedeckt, ohne daß Heilung erfolgte. Im Gegenteil, es griff mehr und mehr um sich und richtete an der Nase und am Auge arge Verwüstungen an. Vor zwei Jahren entstand ein Gewächs mitten auf der rechten Wange. Die Patientin wurde vom Verfasser vom 23. Juni bis zum 30. November mit Röntgenstrahlen behandelt. Zweimal wöchentlich fanden Sitzungen von 5–25 Minuten statt. Am 10. Juli schrumpften die fungösen Massen, am 21. Juli konnten sie mit einer Curette vorsichtig entfernt werden. Am 31. Juli setzte Heilung und Vernarbung ein. Im September waren alle Gewächse auf das Niveau der Oberfläche reduziert; an der Nase war alles, bis auf die durch die Zerstörungen und narbigen Kontraktionen entstandenen Deformitäten, abgeheilt.

C. Berliner-Aachen.

b. *Benigne.*

Ein falsches oder Narbenkeloid, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Juli 1904.) Verfasser hält die Trennung der Keloide in wahre oder

spontane und falsche oder Narbenkeloide aus klinischen und histologischen Gründen für geboten. Die spontanen Keloide entwickeln sich aus unbekannter Ursache in der Tiefe der Haut, die Narbenkeloide in den durch Verletzungen irgendwelcher Art hervorgerufenen Narben. Eine Beobachtung des Verfassers von Narbenkeloiden betraf einen Mann, bei dem sich die Tumoren auf dem Boden von Verbrennungsnarben an Hals, Schultern, Armen und auf dem Rücken gebildet hatten. Die histologische Untersuchung des Falles bestätigt im großen und ganzen die bisherigen Befunde anderer Autoren. Gegenüber dem Befund bei wahren Keloiden hebt Verfasser das Verhalten der Papillarschicht und die Beschaffenheit der kollagenen Bindegewebsfasern hervor; beim wahren Keloid ist die Papillarschicht erhalten, hier dagegen fehlt sie fast völlig; die Bindegewebsfasern sind beim wahren Keloid glatt, hier von körniger Beschaffenheit. Besonders wichtig für die Erklärung des Entstehens der Keloide ist dem Verfasser das fast völlige Fehlen der elastischen Fasern. Ihnen soll neben der Aufgabe, die Haut in ihrer Lage zu halten, auch die Funktion zukommen, das Bindegewebe in seinem Wachstum zu beschränken. Die Zerstörung oder Degeneration der elastischen Fasern soll der prädisponierende Faktor für die Bindegewebswucherung sein. Irgendwelche Anhaltspunkte für den behaupteten infektiösen Ursprung des Keloids hat Verfasser nicht auffinden können. — Der Fall des Verfassers erforderte wegen der heftigen Schmerzen, die die Keloide verursachten, örtliche Behandlung. Die Anwendung von Resorcin-Salicylsalbe rief Entzündung und Nässen hervor, unter Gebrauch von Borsäure mit Stärkepuder verchwanden die Reizerscheinungen und die Schmerzen; Behandlung mit Röntgenstrahlen hat dann weiter eine Abflachung der Tumoren herbeigeführt.

Diskussion: W. S. GOTTHEIL-New York bestreitet das Vorkommen spontaner Keloide und hält jedes Keloid für narbigen Ursprungs. Die sog. idiopathischen Keloide sitzen fast immer auf Brust oder Rücken, wo Narben von Akne oder ähnlichen Affektionen häufig sind, oder an Gesicht, Armen und Händen, Stellen, die Verletzungen besonders ausgesetzt sind. Auch mikroskopische Unterschiede gibt G. nicht zu. Die Behandlung ist wenig erfolgreich; von Erfolgen mit Aktinotherapie kann G. nicht berichten. Den Patienten erweist man den besten Dienst, wenn man ihnen den Rat gibt, ihre Keloide in Ruhe zu lassen. — WALLIS-Philadelphia hat mehrfach keloid-ähnliche Narbenbildungen nach der Impfung gesehen und auffälligerweise nur bei Kindern mit tuberkulöser Vorgeschichte. — H. C. BAUM-Syracuse berichtet über einen Fall von Keloid auf einer Lupusnarbe; der betreffende Patient bekam außerdem nach einer Verbrennung ein Keloid im Nacken. Vom Rate H. v. HEBRAS, bei frischen Keloiden Thiosinamin-Injektionen anzuwenden, machte B. Gebrauch mit dem Erfolg, daß das frische Keloid verschwand, während das ältere auf der Lupusnarbe nur flacher wurde. In der Hoffnung, das Thiosinamin würde die Bildung von Rezidiven verhüten, exstirpierte B. in einem anderen Falle ein Keloid auf der Brust und gab Thiosinamin-Injektionen. Das Resultat war Rezidiv des ursprünglichen Tumors und Keloidbildung an jeder Einstichsstelle. — MORTIMER A. MOSES-New York sah Keloidbildung an der Stelle eines maculopapulösen syphilitischen Ausschlags. Er sowohl wie auch HEIDINGSFELD-Cincinnati stimmen GOTTHEIL bei, daß zwischen wahren und falschem Keloid kein Unterschied sei. HEIDINGSFELD mißt dem Verschwinden der elastischen Fasern gar keinen ätiologischen Wert bei; daß bloßes Fehlen der elastischen Fasern verursache noch kein Keloid, wie die Schwangerschaftsnarben, Striae atrophicae usw. beweisen. — Im Schlußwort bemerkt RAVOGLI, daß ein Zusammentreffen von Keloid mit Tuberkulose und Syphilis wohl nur etwas Zufälliges sei.

A. Loewald-Kolmar.

Neurofibrom und Elephantiasis, von J. DÍAZ. (Orvosi-Hetilap. 1903. Nr. 5—6.)

Verfasser schildert ausführlich zweier Brüder, wo bei dem ersten die Neurofibromatose, beim zweiten nebst dieser die Elephantiasis prävalierte. — Der eine Bruder, 57 Jahre alt, begann erst im dritten Lebensjahre zu gehen und im fünften zu sprechen, die Sprache war aber stets fehlerhaft. Bereits in den Kinderjahren waren auf dem Körper ephelidenähnliche Efflorescenzen zu sehen. Im 20. Lebensjahre machte er eine zwei Monate anhaltende, mit hohem Fieber einhergehende fieberhafte Erkrankung — wahrscheinlich Typhus — durch, worauf sich dann einzelne und späterhin so zahlreiche Knoten entwickelten, das die ganze Hautdecke besät von ihnen ist. Die Geschwülstchen sind teilweise flach, teilweise kugelig von außerordentlicher Anzahl, nach Zählung zirka 1533, von Maiskorn- bis Haselnufsgröße. Die meisten derselben sind entsprechend der einzelnen Nervengebiete angeordnet. Die histologische Untersuchung der Geschwülstchen ergab fibromatöses Gewebe, Nervenelemente konnten nicht mehr nachgewiesen werden infolge der Hyperplasie des fibrösen Gewebes. Seit einigen Monaten hat sich das Gehen so verschlimmert, das er geführt werden muß, nebstdem Abnahme der Sehschärfe, Kopfschmerzen, Schwindel und häufiges Erbrechen, die Symptome eines Hirntumors, wahrscheinlich auch ein Fibrom oder Fibrosarkom. — Der andere Bruder, 22 Jahre alt, zeigt an der Wurzel des Penis nur einzelne, hingegen auf der Skrotalhaut zahlreiche dicht nebeneinander stehende hanfkorn- bis haselnufsgröße, teils flache, teils kugelförmige Fibrome. Die ganze Penishaut ist mächtig teigig infiltriert, der Penis hat eine S-förmige Krümmung. Die Circumferenz beträgt 13—15 cm. Weder auf der Penishaut noch in den Inguinalgegenden sind welche Narben zu entdecken. In den Glutäalgegenden sind noch einzelne Knoten sichtbar. Die Elephantiasis entwickelte sich seit fünf Jahren, ohne von jeher eine entzündliche Erkrankung der Geschlechtsorgane beobachtet zu haben. Sein Intelligenzgrad ist ein ziemlich guter, zeigt nur eine Abnormität, das er von den Seinigen öfter auf vier bis fünf Tage verschwindet und umherirrt. Die Knoten bestehen und fingen bereits an sich zu entwickeln in der Zeit, so weit er sich nur zurückerinnern kann. Nach Verfasser handelte es sich um die RECKLINGHAUSENSCHE Erkrankung, welche auch dadurch bekräftigt wird, indem bei dem Kranken auch ein pigmentierter Naevus und ein Pseudoneuroma auf dem N. ischiadicus vorhanden ist, außerdem leidet auch einer seiner Brüder — die übrigen sechs sind gesund — an derselben Krankheit. Nachdem für die Elephantiasis kein vorhergegangenes kausales Moment und Lymphstauung verursachende Erkrankungen vorausgegangen sind, handelte es sich nicht um eine akquirierte Elephantiasis, sondern auf einem neurofibromatösen Individuum, dessen Nervenbahnen zu Bindegewebswucherungen neigten, infolge einer Gelegenheitsursache sich eine neuromatöse Elephantiasis entwickelte; die Gelegenheitsursache mag wohl in diesem Falle die seit seiner Pubertät getriebene Onanie abgeben. Allerdings zeigen beide Fälle den Zusammenhang mit dem Nervensystem. *A. Alpar-Alexandria.*

Über pathologischen Gigantismus, von K. HUDOVBRING und U. PÉRSY-PORODIC. (Orvosi-Hetilap. 1903. Nr. 25—27.) Verfasser berichten über einen 5 $\frac{3}{4}$ Jahre alten Knaben, bei dem im zweiten Lebensjahre ein gesteigertes Größenwachstum beobachtet wurde und seit dieser Zeit stets in Zunahme begriffen ist. Der Knabe ist als zweites Kind in der Ehe geboren worden. Das erste Kind war gut entwickelt und starb nach neun Monaten an Diphtherie, die Eltern haben noch als drittes Kind ein 1 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen, welches bis jetzt noch eine normale Entwicklung zeigt. Familiäre Belastung ist nicht nachzuweisen. Der Knabe überstand bis jetzt mehrere schwere Kinderkrankheiten (angeblich auch eine Meningitis). Der Knabe zeigt im Verhältnisse zu seinem Alter eine außerordentliche Entwicklung, er ist 137 cm hoch, und wiegt 85,5 kg, welche auf den ganzen Körper gleichmäßig verteilt sind, und macht den

Eindruck eines 14—15jährigen Knaben. Den ganzen Körper bedecken zahlreiche Lanugo, die Achselhaare sind in Spuren zu finden, hingegen sind die Haare an den Geschlechtsorganen vollkommen entwickelt, wie bei einem geschlechtsreifen Individuum. Ebenso sind die Geschlechtsorgane entwickelt, die Pars pendula des Penis beträgt in nicht erigiertem Stadium 9 cm mit entsprechender Circumferenz, es wurden bereits Erektionen bei ihm beobachtet. Die Entwicklung des Knochensystems ist die eines Jünglings, in geistiger Sphäre ist er aber zurückgeblieben; es handelt sich also hier eigentlich um einen Idioten mit gigantischem Wuchs. Dieser begann in einem solchen jungen Alter (im zweiten Lebensjahre), wie er in der Literatur bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist, denn die bis jetzt bekannten Fälle wurden erst in den Pubertätsjahren (13—18 Jahren) beobachtet. Die Pathologie und Ätiologie des Gigantismus sind noch nicht aufgeklärt, sogar der Zusammenhang der Akromegalie und des Gigantismus sind noch nicht sicher bestimmt, ebenso sind die Ansichten noch geteilt über die pathologisch-anatomischen Befunde, und welche Rolle die Veränderungen der Hypophysis dabei spielen. — Was nun die Abnahme der geschlechtlichen Sphäre anbelangt, wie das in den veröffentlichten Fällen beobachtet wurde, konnte in diesem Falle nicht gefunden werden, im Gegenteile, die geschlechtliche Sphäre war in diesem Falle außerordentlich entwickelt. Es wurden bei dem Kranken radiographische Aufnahmen gemacht, welche auch in diesem Falle eine Vergrößerung der Hypophysis andeuteten. Zusammenfassend die Untersuchungsergebnisse der Verfasser mit denen der anderen Autoren, können folgende Ansichten formuliert werden. Das Plus der Tätigkeit der Hypophysis steigert den Wachstumsprozess der Knochen (fonction ostéogénique), und zwar in aktiver Richtung; der Ausfall der Geschlechtsfunktionen steigert ebenfalls den Wachstumsprozess der Knochen, und zwar dadurch, daß die Verknöcherung verspätet wird (so wäre zu erklären das verlängerte Knochenwachstum der kastrierten Individuen); und schließlich beschleunigt das Plus der Geschlechtsfunktion die Verknöcherung (dafür würde auch sprechen, daß unter normalen Verhältnissen nach der Pubertät auch alsbald der Schluss des Verknöcherungsprozesses eintritt). Was nun verursacht die spontane Verminderung oder Steigerung der Geschlechtsfunktion und in welcher Weise könnte diese die Verknöcherung beeinflussen? Darauf können Verfasser nicht antworten. Bei der letzteren ist es möglich, daß auch die Thyreoidea eine vermittelnde Rolle spielt.

A. *Alpár-Alexandria.*

c. *Pigmentanomalien.*

ADDISONsche Krankheit mit und ohne Tuberkulose der Nebennieren, von CHARLES F. WITHERINGTON-Boston. (*Med. News.* 24. Sept. 1904.) W. steht nach seinen Erfahrungen auf dem Standpunkte, daß es auch eine ADDISONsche Krankheit ohne Tuberkulose der Nebennieren geben kann und berichtet neben drei typischen Fällen mit Tuberkulose über einen vierten, wo die Sektion nur eine Atrophie der Nebennieren ergab. Auch Carcinom der Nebennieren kann das typische Bild der Bronzekrankheit hervorrufen, aber es sind auch Fälle dieser Erkrankung, wo überhaupt die Nebennieren nicht affiziert sind, in der Literatur verzeichnet. Schließlich können diese Organe mit Tuberkulose und anderen Affektionen behaftet sein, ohne daß irgend einmal eine Bronzehaut usf. auftritt; WITHERINGTON führt als Beleg hierfür drei autopsisch untersuchte Fälle aus seiner Praxis an. Die von anderen Autoren betonte Unität der ADDISONschen Krankheit dürfte daher nicht aufrecht zu erhalten sein.

Stern - München.

Über die ADDISONsche Krankheit in Schweden, von E. O. HULTGREN. (*Nord. med. Arkiv.* 1904. Abt. II. 2. Hälfte.) H. gibt ausführliche Krankengeschichten von 59, teils von ihm, teils von anderen beobachteten Fällen ADDISONscher Krankheit in

Schweden, grofsenteils mit Sektionsprotokollen der Gestorbenen. In den Nebennieren wurde sehr häufig Tuberkulose angetroffen. Am meisten befallen ist das 30.—40. Lebensjahr, das bevorzugte Geschlecht sind die Männer, und zwar sind die Arbeiter am meisten vertreten. Die ersten Zeichen der Krankheit sind Müdigkeit und dyspeptische Beschwerden, Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium. Dann folgt die Pigmentierung, die schliesslich zu einer universellen Melanodermie führt. Daneben bestehen mannigfache Störungen von seiten des Nervensystems, geistige Adynamie, deprimierte Gemütsstimmung, Parästhesien, Schmerzen, Schwindel, Ohnmacht, Benommenheit, Sopor und Koma. Therapeutisch ist der Hauptwert auf eine hygienisch-diätetische Lebensweise zu legen mit Anwendung von Roborantien. Auch empfiehlt sich subcutane oder intravenöse Injektion von Nebennierensubstanz.

Bernhard Schuler-Kiel.

Mitteilung über einen Fall von ADDISONscher Krankheit, mit Nebennierenextrakt und salzsaurem Adrenalin behandelt, von DOUGLAS SYMMERS-New York. (Med. News. 10. Septbr. 1904.) Kurze Besprechung der verschiedenen Nebennierenpräparate und der Art der Einverleibung, wie sie bisher nach der Zusammenstellung von EDW. W. ADAMS-London in 97 Fällen mit teilweise erfolgreich angewandt wurden; es sind 1. direkte Einbringung von Nebennieren in die Bauchhöhle, 2. Einverleibung per os, 3. intramuskuläre und hypodermatische Injektion, 4. Fluid- oder festes Extrakt der Nebenniere per os, 5. gemischte Behandlung, 6. Adrenalinum hydrochloricum oder ähnliche Präparate aus den wirksamen Substanzen der Nebenniere. Dem einzigen Falle, der bis jetzt auf letzterem Wege behandelt worden ist, fügt S. in dem hier beschriebenen einen weiteren hinzu. Es handelte sich um einen 55jährigen Ungarn, Musiker, bei welchem sich ausser der charakteristischen Braunfärbung der ganzen Haut allgemeine Schwellung der Lymphdrüsen, Schmerzen und Entzündung der Hand, Ellenbogen- und Kniegelenke vorfanden, und auch die Schleimhäute (Lippen, Zunge) die braune Färbung und leichte Abschilferung zeigten. Patient wurde 148 Tage lang mit Nebennierenpräparaten behandelt: anfangs dreimal täglich mit Injektionen einer salzsauren Adrenalinlösung (1:1000), dann einer solchen von 1:5000 g; hierauf wurde das Extrakt in täglicher Dosis von 1,6—3,2 g innerlich gegeben und schliesslich nochmals die stärkere Adrenalinlösung injiziert. Es wurde jedoch niemals irgendein bessernder Einfluss konstatiert und Patient starb an Entkräftung. Der autoptische Befund zeigte Tuberkulose der Nebennieren, chronische diffuse Nephritis, chronische Gastritis, Enteritis und interstitielle Pankreatitis usf.

Stern-München.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über Striae cutis distensae, von HEINRICH KÖBNER - Berlin-Charlottenburg. (Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 21.) FISCHER hat vor kurzem in der *Münch. med. Wochenschr.* (1904. Nr. 11) darauf hingewiesen, dass in seltenen Fällen während eines Typhus an den Oberschenkeln, dicht oberhalb der Patellae, Striae entstehen; er hat diese Striae patellares als Trophoneurose gedeutet. Demgegenüber weist K. auf Grund klinischer Beobachtungen und histologischer Untersuchungen nach, dass Striae nicht nur bei Typhuskranken, sondern auch im Verlaufe anderer, schwerer fieberhafter Krankheiten, und zwar nicht nur an den Beinen, sondern auch an anderen Körperstellen entstehen, und dass diese Striae rein mechanisch durch Rarefizierung und Zerreijsung der elastischen Fasern der Cutis zustande kommen und daher nicht Striae atrophicae, sondern Striae distensae zu benennen sind. Die Ursache der Zerreijsung ist eine zu starke Spannung der Haut, wie sie durch die Lage des Kranken, bei Kindern insbesondere auch durch starkes Längenwachstum, während der fieberhaften Krankheit bewirkt wird.

Göts-München.

Die Behandlung von langdauerndem Ulcus cruris, von H. W. A. COWAN-London. (*Lancet*. 2. Juli 1904.) Bei einer 54jährigen Frau, welche ein zehn Zoll langes, drei Zoll breites Beingeschwür von 22jähriger Dauer aufwies, erzielte C. einen vollen Erfolg, indem er das zunächst durch Holzkohlensschläge gereinigte Gebiet mit Antiphlogistine-Verbänden vier Monate hindurch behandelte. Genaueres über das Mittel ist nicht angegeben (Ref.).
Philippi-Bad Salschlurf.

Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Rud. OEHLER - Frankfurt a. M. (*Allgem. med. Centralztg.* 1904. Nr. 38.) Da die operative Behandlung der Krampfadern und der darauf beruhenden Unterschenkelgeschwüre (TRENDELENBURG, MADELUNG, THIEBSCH) viel Zeit und Pflege in Anspruch nimmt und die Anforderung gerade der mit Unterschenkelgeschwüren behafteten Kranken auf Ambulanz hinausgeht, so ist eine so durchsichtige, klare und praktische und auf die Bedürfnisse und Verlegenheiten des Praktikers genau und hilfreich eingehende Darstellung der Therapie, wie sie OEHLER gibt, freudigst zu begrüßen. Ich kann zunächst nur mit größtem Eifer auf das Original hinweisen, will aber auch im Referate der praktischen Gesichtspunkte gerecht werden, soweit sie sich andeuten lassen.

Als allgemeine Regel hat zunächst zu gelten: wo große, dicke Varicen sind, fehlen meist die Geschwüre. Diese großknolligen Varicen liegen in der Subcutis; sie stören die Blutversorgung der Haut weniger als die feinen cutanen Venenerweiterungen. Ferner: die großen Unterschenkelgeschwüre geben der Behandlung ein besseres Feld als die kleinen Geschwüre am Fuhrand.

Für die Behandlung ist die Hauptsache: die umgebende Haut schonen und anmieren, daher guter Salbenverband, im Winter einmal, sonst zweimal am Tage zu wechseln (tagsüber HEBRA, nachts Zinkpasta); die Umgebung des Geschwürs stets von den alten Salbenresten erst wieder frei machen (mit trockener Watte oder Öl-Watte, kein Wasser!); der Verband ist nicht zu dick und nicht zu luftig zu halten (Salbenlappchen, Zellstoff, Watte, Mullbinde!), und darüber dann zur leichten und gleichmäßigen Kompression — was die Hauptsache ist! — eine nicht zu lange (3—4 m), ausgefranzte Gummibinde von 6—8 cm Breite; genau die Wicklung zeigen und die ersten Male genau die Art der Wicklung kontrollieren, damit ja keine Schädigung entsteht! Unter dieser Behandlung sah OEHLER in sechs Wochen Geschwüre von 8 cm Umfang zurückgehen. Sind die Geschwüre bis auf 2 cm Größe zurückgegangen und besteht noch starre Infiltration bis in die Subcutis, dann ist ein Leimverband am Platze (aber nicht im Hochsommer!) Auf die Wunde kommt ein trocknes Mulllappchen, dann werden die Leimbinden darüber gewickelt unter mäsig starkem Zug, darüber kommt eine kurze, trockene Mullbinde. Die Leimbinden sind kurz, etwa je 1 m lang und locker gewickelt. Die erwärmt-dickflüssige Leimmasse wird darüber gegossen und muß gut in die Binden eindringen; das Rezept des Zinkleims ist:

℞	Gelatine	100,0
	Zinkoxyd	150,0
	Glycerin	150,0
	Wasser	400,0

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Haarausfall, von R. A. McDONNELL - New Haven. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 16. Juli 1904.) Die gewöhnlichste Ursache vorzeitigen Haarausfalles ist die Seborrhoe, deren große Gefahr in ihrer leichten Übertragbarkeit liegt. Die Friseure sollten gehalten sein, so viele Bürsten und Kämmen im Vorrat zu haben, daß jeder Besucher mit desinfiziertem Kamm und Bürste bedient werden kann. Neben den Friseurläden ermöglichen die Kopflehnen der Operationsstühle von Ärzten und Zahnärzten, die Polster in Eisenbahnwagen, Hutständer usw. eine Übertragung. Bei Geistesarbeitern

und Leuten, die viel schreiben, ist die Ursache des Haarverlustes nicht selten in der Überhitzung der Kopfhaut durch die Wärmestrahlen der Lampen zu suchen. Daß Röntgenstrahlen Haarverlust erzeugen, ist bekannt. Verfasser glaubt ferner beobachtet zu haben, daß Angestellte in Läden, die elektrische Bogenlichtbeleuchtung haben, häufiger kahlköpfig sind, als Angestellte in Läden mit anderer Beleuchtung. Haarfarbe- und -bleichmittel, der zu häufige oder zu seltene Gebrauch von Wasser, ranzige Shampooierpräparate, steife Hüte sind weitere in Betracht kommende Schädlichkeiten. Eigentümlich ist es, daß eine Krankheit wie die Psoriasis mit so starken und dicken Schuppenanhäufungen das Haarwachstum unbeeinflusst läßt, während die Seborrhoe mit ihrer viel geringeren Schuppung so schädlich wirkt.

Als bestes Mittel gegen Kopfschuppen (Seborrhoea sicca und Ekzema seborrhoicum) empfiehlt Verfasser Lockerung der Schuppen durch gründliches Bürsten, tüchtige Reinigung durch Shampooieren mit einer guten Seife und nachfolgende Einreibung mit Acid. salicyl. 1,0, Sulf. praecipitat. 2,5, Ungt. aq. rosar. 25,0. Die Einreibungen werden täglich einmal gemacht, das Shampooieren einmal wöchentlich. Nach sechs-wöchentlicher Kur sind gewöhnlich die Schuppen beseitigt. Von einem sicheren Erfolge kann nur dann die Rede sein, wenn man auch den letzten Ursachen der Seborrhoe nachgeht, die in der Haut selbst gelegen sein können (natürliche Tendenz, mangelhafte Ernährung, Überernährung) oder auf Reflexwirkung beruhen können (von Seiten des Urogenitalsystems, des Verdauungstractus, der Nase, des Gehirns). — Erblichem Haarverlust kann durch sorgfältige Hygiene der Kopfhaut vorgebeugt werden; dem Verfasser hat sich hierbei folgendes Kopfwasser bewährt:

℞ <i>Resorcin</i>	5,0
<i>Tct. Capsici</i>	15,0
<i>Ol. ricini.</i>	10,0
<i>Alcohol.</i>	ad 100,0
<i>Ol. rosar. q. s.</i>	
MDS.	Kopfwasser.

Haarausfall nach schwächenden Krankheiten pflegt nicht dauernd zu sein; der Wiederersatz kann durch Anregung der Kopfhaut beschleunigt werden. Kurzschneiden der Haare bei Frauen ist dabei nicht zu empfehlen. — Bei Syphilis sollte die Kopfhaut während der merkuriellen Kur mindestens einmal wöchentlich shampooiert werden.

In der Diskussion zu diesem Vortrage meint Wmss - New York, man könnte eher verlangen, daß der Friseur für jeden Kunden eigenen Kamm und eigene Bürste bereit hält, als die Desinfektion der Bürsten nach jedem Gebrauch. — Den verschiedenen Einfluß der Seborrhoe und der Psoriasis auf die Haare erklärt W. dadurch, daß die Seborrhoe eine Störung der Funktion der Talgdrüsen sei, während die Psoriasis eine Hyperkeratose sei, die den Haarfollikel ganz intakt lasse. — KESSLER - Jowa wünscht eine bessere Ausbildung der Studenten in der Behandlung der Krankheiten der Kopfhaut; dann würde es auch weniger Kahlköpfe geben. Die Frage der Erblichkeit der Kahlheit ist schwer zu entscheiden; der Vater kann an Seborrhoe gelitten haben, ohne kahl gewesen zu sein. K. vermutet, daß geistige Arbeit auch zu vorzeitigem Haarausfall disponiert. — COCKS - New York berichtet über eine Anzahl von Alopecien, die durch Röntgenstrahlen verursacht worden sind. RAVOGLI - Cincinnati glaubt, den Haarausfall von Leuten, die nur unbedeutende Seborrhoe haben, vielfach darauf zurückführen zu sollen, daß sie durch ihren Beruf gezwungen sind, beständig den Hut auf dem Kopfe zu tragen. Therapeutisch empfiehlt er Formalin in 2%iger Lösung von Alkohol oder Eau de Cologne.

A. Loewald-Colmar.

Pathogenese der Alopecia areata, von THEODOR MAYER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 52.) Verfasser stellt aus LASSAUS Krankenmaterial eine Reihe von Fällen von Alopecia areata des Hinterkopfes vor, die sämtlich keine neuropathischen Affektionen zeigen. Die Patienten sind sämtlich Schutzleute aus demselben Polizeirevier. Es berechtigt dieses zu der Annahme, daß hier infektiöse Momente ätiologisch eine Rolle spielen, zumal die Beamten abwechselnd in demselben Bett der Wachtstube gelegen haben.

Bernhard Schulse-Kiel.

Behandlung und Heilung der Alopecia areata durch direkte Bestrahlung mit kaltem Eisenlicht, von KROMAYER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 81.) Durch seinen Reichtum an ultravioletten, wenig penetrierenden Strahlen ist das Eisenlicht in seiner therapeutischen Verwendung auf die Hautoberfläche beschränkt. Im Gegensatz zum Kohlenlicht bedarf man bei Behandlung mit Eisenlicht keiner künstlichen Kühlung und keiner Drucklinse, und die Belichtungsdauer kann eine viel kürzere sein. Diese Vorteile hat Verfasser bei einer Erkrankung der Hautoberfläche auszunutzen vermocht, bei der Alopecia areata. Er hat sechs Fälle, die vorher ohne Erfolg medikamentös behandelt worden waren, Eisenlichtbestrahlungen unterworfen, und zwar in der Weise, daß er eine intensive Reizung erzeugte und diese etwa 14 Tage unterhielt; dann wurde eine Pause gemacht, der Erfolg abgewartet und eventuell ein neuer Bestrahlungsturnus vorgenommen. Alle sechs Fälle wurden geheilt entlassen, zwei schon nach einmaligem Turnus; in einem Falle waren sechs Zyklen zur Heilung notwendig. Die Wirkung des Eisenlichtes beruht bei der Alopecie, die Verfasser nicht für ein parasitäres Leiden hält, seiner Ansicht nach in der Erzeugung einer oberflächlichen Hautentzündung, „eines Reizes, der das Gewebe in einer der Krankheit entgegengesetzten Richtung stimuliert“. Verfasser sieht in dem Eisenlicht das bei weitem beste Mittel gegen Alopecia areata, das mit großer Sicherheit selbst in den Fällen völlige Heilung erwarten läßt, in welchen alle bisherigen Mittel versagt haben, und dessen Anwendung gleichzeitig bequem und wenig zeitraubend ist.

A. Loewald-Kolmar.

Beitrag zum Studium der Sklerodermie, von ED. PAYOT-Oiten. (*Dissert.* Lausanne 1904.) Verfasser berichtet über vier Fälle von Sklerodermie aus der Praxis des Herrn Dr. HEUSS, von denen zwei klassische Fälle sind, die kein weiteres Interesse haben, während der dritte Fall diagnostische Schwierigkeiten bot und der vierte histologisch interessant war. Näheres über die Einzelheiten zu berichten, würde den Rahmen eines Referates überschreiten. An die Besprechung dieser Fälle reiht sich eine Übersicht über die Literatur der Sklerodermie und die Ansichten verschiedener Autoren.

Bernhard Schulse-Kiel.

Idioneurosen.

Pruritus ani, von A. B. COOKE-Nashville. (*New York Journ.* 3. Sept. 1904.) C. betrachtet den Pruritus ani unter dem Gesichtspunkte von dreierlei Ursachen, konstitutionellen (Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Leberaffektionen), lokalen und reflektorischen (Phimosi, Harnröhrenstrikturen, Prostatahypertrophie u. s. f.). Die Behandlung richtet sich natürlich in erster Linie nach dem Grundleiden; Dilatation des Sphinkters erweist sich oft als sehr nützlich, außerdem empfiehlt COOKE große Reinlichkeit, Schutz der juckenden Teile vor Reibung und jeder Art Reizung, lokale Mittel je nach den Indikationen des speziellen Falles, um das Jucken zu beheben und die veränderte Haut wieder normal zu gestalten, und in Ausnahmefällen Zerstörung der erkrankten Hautpartien, vorzüglich mittelst chemischer Ätzmittel (Höllenstein in gesättigter Lösung oder als Stift, Jodtinktur, reine Karbolsäure, in ver-

schiedenen Zwischenräumen appliziert). COOK kann sich rühmen, noch jeden Fall von Pruritus ani, eines oft recht schwer zu beseitigenden Leidens, geheilt oder wenigstens bedeutend gebessert zu haben.
Stern-München.

Sekretionsanomalien.

Die Bakteriologie der Chromidrosis, von RICHARD TROMMEDORFF - München. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Tr. berichtet über die in der Literatur mitgeteilten Fälle von farbigem Schweiß und die bei denselben gemachten Bakterienbefunde und beschreibt zwei Bakterienarten, die er selbst in einem Falle von „rotem Schweiß der Achselhöhle“ nachgewiesen hat. Die eine war ein rotes Bakterium, das der Gruppe des *Bacillus rubricus* nahe steht und auch mit einer großen Anzahl rotwachsender Mikrokokken Ähnlichkeit hat, ohne aber mit einem von diesen identisch zu sein; Tr. schlägt für dasselbe die Bezeichnung *Micrococcus chromidrogenus ruber* vor. Mehrere Versuche, diesen *Micrococcus* auf Achselhaaren zur Entwicklung zu bringen, schlugen fehl. Der zweite von Tr. gezüchtete Mikroorganismus war ein gelbes Bakterium, das gewisse Ähnlichkeit mit dem *Micrococcus flavus* und *luteus* hat und von Tr. *Micrococcus chromidrogenus citreus* genannt wird. Dieser *Micrococcus* wächst, auf Achselhaaren verrieben, sehr üppig und färbt den Schweiß gelb. — Auf Grund dieser und der von anderen Autoren mitgeteilten Untersuchungsergebnisse faßt Tr. unsere derzeitigen Kenntnisse über die Bakteriologie der Chromidrosis in folgende Sätze zusammen: Bei roten und gelben Schweißsen hat man chromogene Bakterien verschiedener Art gefunden, die als Erreger anzusprechen sein dürften. Diese Formen der Chromidrosis sind demnach als besondere Formen der *Leptothrix* (WILSON) oder *Trychomycosis* (Dermatomykose) *palmellina* (PICK) zu bezeichnen. Der blaue Schweiß scheint auf abnormer Absonderung der Schweißdrüsen zu beruhen; jedoch sind hier weitere bakteriologische Untersuchungen wünschenswert, da auch bei blauen Schweißsen eine bakterielle Ursache nicht ausgeschlossen ist.

Göts-München.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Aseptisches Katheterisieren der Harnwege, von M. KROTOSZYNER und M. KROTOSZYNER - San Franzisko. (*Med. News.* 27. Aug. 1904.) Die Versuche der beiden Verfasser mit den verschiedenen Arten von Kathetern ergaben folgende Sterilisationsmethoden als die sichersten und einfachsten. A. Weichgummikatheter werden fünf Minuten lang in Sodalösung gekocht; nach dem Gebrauche sollten die Katheter mit Seifenspiritibus und laufendem Wasser noch vorsichtigerweise gereinigt werden. B. Hartgummi- und seiden- und baumwolle-gewebte Katheter sollten fünf Minuten lang in einer gesättigten Lösung von Ammon. sulphat. gekocht, jedes Instrument für sich in Gaze oder in ein Handtuch eingehüllt werden oder, wenn mehrere Katheter zu sterilisieren sind, in der Weise, daß sie sich gegenseitig und die Seiten des Sterilisationsapparates nicht berühren. C. Die Ureteren-Katheter können zusammengelagert und so in ein Handtuch eingeschlagen werden, daß ihre Oberflächen sich nicht berühren, und fünf Minuten lang in einer gesättigten Lösung von Ammon. sulphat. gekocht werden. D. Cystoskope müssen zuerst in Seifenspiritibus und Wasser abgewaschen, dann zwei Minuten lang mit zwei verschiedenen Stückchen Gaze oder Watte fest abgerieben, mit Seifenspiritibus getrocknet und schließlich eine Minute lang mit

Alkohol gereinigt werden; die innere Fläche der Ureteren-Katheter können 'vermittels eines Bürstchens, wie zum Pfeifenreinigen, mit Seifenspiritus und dann mit Alkohol gereinigt werden. E. Instrumente können aseptisch gehalten werden, wenn man sie in ein mit Seifenspiritus befeuchtetes Stück Gaze oder Handtuch sorgsam einhüllt. Übereinstimmend mit CASPER halten die Verfasser folgende Glycerin - Mischung für das beste Mittel, um Katheter vor ihrer Einführung gut schlüpfrig zu machen (Glycerin allein, sonst ganz brauchbar, ist wertlos, wenn die Katheterisierung schwierig ist):

<i>Tragakanth.</i>	3,0
<i>Aqu. dest.</i>	100,0
<i>Glycerin. puriss.</i>	20,0
<i>Hydrarg. oxycyan.</i>	0,246.

Diese Lösung ist nicht reizend, kann in ausdrückbaren Tuben aufbewahrt werden und eignet sich auch für die Einfettung der Cystoskope. *Stern-München.*

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus, von EDWIN PRISTER - Kairo. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 24.) Bei einem zweijährigen Kinde, das bis dahin als Mädchen gegolten hatte, ergab eine Untersuchung der Genitalgegend zunächst das Vorhandensein einer kongenitalen Atresie der Vulva. Durch Digitalexploration per rectum wurde ferner das völlige Fehlen von Scheide, Uterus und Ovarien festgestellt. Bei starkem Auseinanderziehen der Schamspalte fand sich zu beiden Seiten je ein kleiner, etwa kirschgroßer Tumor von annähernd rundlicher Form, derber Konsistenz, der mit der Haut nicht verwachsen und nicht druckempfindlich war. Verfasser hält diese Gebilde für Testikel und bezeichnet den Fall nach der KLEBS'schen Einteilung als Pseudohermaphroditismus masculinus externus. *A. Loewald-Kolmar.*

Fünf geheilte Fälle von Nieren- und Blasen tuberkulose, von G. KAPSAMMER - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 16.) In der Wiener Allgemeinen Poliklinik (Professor A. B. v. FRISCH) operierte KAPSAMMER fünf Fälle von Nieren- und Blasen tuberkulose mit gutem Erfolge. Ausführlich legt er dar, wie gerade diese Fälle wieder ein klassischer Beweis dafür sind, wie sehr durch den Ureterenkatheterismus nur die Diagnose der einseitigen Nierenerkrankung, wie die Indikationsstellung bezüglich der Nephrektomie bei derselben in sichere Bahnen gelenkt wird.

Bisher stand man der Nephrektomie bzw. dem Ureterenkatheterismus zwecks Diagnostik bei tuberkulösen Kranken sehr skeptisch gegenüber und noch 1900 stellte KÖNIG folgenden Grundsatz auf: Es ist nicht immer möglich, eine sichere Diagnose über die Gesundheit der zweiten Niere zu stellen . . . Die Exstirpation ist die einzig sichere Operation zur Beseitigung der Nierentuberkulose. Will man anders nicht ohne Versuch Kranke zugrunde gehen lassen, so muß man dieselbe öfters machen, auch ohne genaue Diagnose, daß die Pyelitis eine tuberkulöse ist, ohne die bestimmte Erkenntnis der Gesundheit der zweiten Niere.

Das haben wir gegenwärtig nicht mehr nötig, sagt KAPSAMMER. Wir können uns ganz genau und gewissenhaft von der Tuberkulose der einen Niere und von dem Funktionszustande der anderen Niere überzeugen und auf Grund von Tatsachen, nicht auf Grund von Vermutungen, operieren. Allerdings dürfen wir da nicht Gegner des Ureterenkatheterismus sein, wie KÖNIG, ISRAEL, BAZY und auch TUFFIER — es zum mindesten waren.

Auch ist zur Nephrektomie der einen Niere nicht unbedingt nötig, daß die zweite vollkommen gesund ist, wie dies ja KÖNIG schon, u. a. auch ALBARRAN, CASPER, BARTH bewiesen haben. *Arthur Rahn-Cöllm (Sachsen).*

Über die Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat, von E. KNECHT - Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 22.) An der Greifswalder

Klinik hat vor einiger Zeit HUGO LÜTHE in 33 Fällen Untersuchungen über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege vorgenommen; nach seinen Beobachtungen, die im „*Arch. f. klin. Med.*“, Band 74, S. 136—206 veröffentlicht sind, „tritt nach Gebrauch von Salicyl in den für den Menschen üblichen Dosen regelmäßig eine nicht unerhebliche Reizung der gesamten Harnwege, speziell aber auch der Nieren ein“. Diese unerwünschte Nebenwirkung soll allen Salicylpräparaten gemeinsam sein. Nun hat KN. im Dresdner Stadtkrankenhaus an 40 Patienten die gleichen Untersuchungen vorgenommen und gefunden, daß nur bei 7 unter den 40 Fällen, die Natr. salicylic. erhalten haben, geringfügige mit Wahrscheinlichkeit von dem Arzneimittel herrührende Reizungserscheinungen des Harnapparates, bestehend im Auftreten einzelner Cylinder oder von Eiweißspuren, sich einstellten. Dieses Ergebnis ist also ein wesentlich anderes als das von LÜTHE in Greifswald erzielte. Welche Ursachen dieser Differenz zugrunde liegen, kann KN. nicht entscheiden.

Götz-München.

Über eine seltene Form der Epispadie, der Eichelispispadie und ihre Entstehung. von M. KATZENSTEIN - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Eichelispispadie kommt äußerst selten vor; bisher sind nur drei Fälle bekannt geworden. Verfasser beschreibt einen von ihm beobachteten vierten Fall bei einem achtjährigen Jungen, bei dem es ihm gelang, durch Operation (Modifikation von DIEFFENBACHS Methode der Anfrischung und Naht der Corpora cavernosa penis) vollkommene Heilung zu erzielen. — Was die Entstehung der Epispadie betrifft, so schließt sich Verfasser nicht der Ansicht KAUFMANNS an, daß Hypospadie und Epispadie die gleiche Ursache, Ruptur der Harnröhre infolge von Harnstauung, haben. Zwischen Epispadie und Hypospadie bestehen wesentliche Unterschiede. Die häufigere Hypospadie ist eine feine Öffnung der Harnröhre an der Unterfläche des Penis und wird meist im Bereich der Eichel beobachtet; peripherwärts von der Hypospadie findet sich keine Schleimhaut. Die an sich seltenere Epispadie dagegen ist ein breiter Spalt des Penis, da die Verbindung der Harnröhre mit der Dorsalfläche des Penis ein Klaffen der Corpora cavernosa zur Voraussetzung hat. Der Grund des Spaltes ist mit Schleimhaut ausgekleidet. Die Epispadie wird fast stets als Epispadia penis mit Blasenpalte beobachtet, seltener ist die Epispadia penis allein, und die Eichelispispadie ist erst in vier Fällen bekannt geworden. Die Hypospadie entsteht möglicherweise, wie KAUFMANN annimmt, durch Platzen der Harnröhre infolge von Abflußbehinderung des Urins im fötalen Leben. Die Epispadie aber hält Verfasser mit REICHEL bestimmt für eine Hemmungsmißbildung.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Operation der Hypospadie macht F. KÖNIG unter Demonstration eines mit Erfolg operierten Knaben einige Bemerkungen in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“ vom 8. Februar 1904. Die zuerst von BOCK angegebene Operationsmethode ist jetzt allgemein akzeptiert. Die Harnröhre wird von ihrer Unterlage abpräpariert und durch einen durch die Glans gelegten Kanal bis zur Spitze der Glans durchgezogen und hier angeheftet. Wird die Ausmündungsstelle am unteren Teil der Eichel angelegt, so erhält der Penis nachträglich eine gekrümmte Gestalt; das wird vermieden, wenn die Öffnung mehr nach oben gelegt wird. Um das Ende des Schleimhautkanals zu fixieren, hat KÖNIG beim Abpräparieren der Harnröhre am distalen Ende auch etwas Haut von der Umgebung mit abgelöst, so daß die losgelöste Harnröhre so aussieht, als ob ihr ein kleiner Napf aufsitzt. Diesen kleinen Hautnapf hat K. mit der Harnröhre durch den Eichelkanal durchgezogen und dann mit der äußeren Öffnung in der Glans durch Nähte vereinigt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 24.)

A. Loewald-Kolmar.

Über eine neue Methode der Behandlung der chronischen Urethritis, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 33.) Beschreibung eines neuen Instrumentes, das es ermöglicht, jeden beliebigen Punkt der vorderen oder hinteren Harnröhre zu dehnen unter gleichzeitiger Entleerung der Harnröhrendrüsen. Bewirkt wird dies durch zwei steigbügelförmige, stumpfe Curetten mit abgerundeten Ecken und Kanten, die so angebracht sind, daß sie in geschlossenem Zustande in der Achse des katheterartigen Instrumentes hinter zwei Fenstern liegen. Durch eine Schraubenvorrichtung können diese Curetten in beliebigem Winkel gespreizt werden; der Grad der Spreizung ist regulier- und meßbar. Bei der Anwendung des Instrumentes kommt es darauf an, die Curetten in einer derartigen Winkelstellung zu halten, daß ihre Basis gerade noch über die Schleimhaut zurückgleiten kann, ohne dem Patienten Schmerzen zu machen, andererseits sie soweit gespreizt zu halten, daß der Teil der Schleimhaut, über den die Löffel gleiten, sich im Zustande größter Spannung befindet. So darf man erwarten, daß die Drüsenausführungsgänge, Krypten usw. der Schleimhaut gründlich evakuiert und daß auf der Oberfläche der Mucosa befindliche Wucherungen abgelöst werden, und zwar unter Schonung der nächstbenachbarten Schleimhautpartien. — Der Apparat macht die alten Methoden (Dehnungen, Sondierungen, Spüldehnungen) nicht überflüssig, sondern ergänzt sie. Er ist indiziert: 1. bei Infiltraten aller Art, soweit nicht komplette Vernarbung eingetreten ist, insbesondere bei denen, welche mit Obliteration und Verschwellung der Drüsenausführungsgänge einhergehen; 2. bei Wucherungen der Schleimhautoberfläche; 3. bei oberflächlichen, besonders bandartigen Narbenbildungen der Schleimhaut. — Der Apparat hat sich dem Verfasser in einer Reihe von Fällen gut bewährt und aufer geringfügigen Blutungen keine unangenehmen Nebenerscheinungen verursacht. Er ist durch die Firma L. & H. Löwenstein-Berlin zu beziehen.

A. Loewald-Kolmar.

Steinbildungen in der Harnröhre des Mannes als Ursache eines Verschlusses der Harnröhre, von RAYMOND F. METCALFE-Manila. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 14. Mai 1904.) Der betreffende Patient, ein noch junger Mann, hatte seit Jahren unter Urinbeschwerden zu leiden, die sich soweit steigerten, daß schließlich auf dem normalen Wege überhaupt kein Urin mehr entleert wurde, sondern nur tropfenweise durch eine am Damm gelegene Fistel abging. Katheterisierungsversuche stießen in der Harnröhre auf ein unüberwindliches Hindernis. Operativ wurden ein größerer und eine Anzahl kleinerer Steine im Gesamtgewicht von 17½ g entfernt, worauf Heilung erfolgte.

A. Loewald-Kolmar.

Über einen Harnröhrenstein von seltener Größe und die Ursache der Zusammensetzung solcher „nur aus Phosphaten“, von GUTTMANN-Wernigerode. (*Berl. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 23.) Dem jetzt 21 Jahre alten Patienten wurde bereits im sechsten Lebensjahre ein Stein von Taubeneigröße durch den seitlichen Steinschnitt entfernt. Auf dem Boden der alten Narbe hatte sich allmählich der jetzige Harnröhrenstein gebildet, welcher starke Urinbeschwerden machte und eine 1½ cm große, jauchende Fistel hinter dem Skrotum verursachte. Aus dieser sickert eine übelriechende Flüssigkeit ab, welche aus Urin, Eiter und Blut besteht. Der durch Operation entfernte Stein hatte den ganzen rückwärtigen Teil der Harnröhre ausgefüllt und wog 95 g, war 13 cm lang, mit einem Umfang von 8,5 cm und einem Durchmesser von 2,5 cm an seinen stärksten Teilen. Er gehörte zur Gruppe der Phosphatsteine. Patient ist am zwölften Tage nach der Operation an Perforationsperitonitis ad exitum gekommen. — Daß die Harnröhrensteine nur aus Phosphaten bestehen, beruht auf der chemischen Beschaffenheit des Urins und auf dem physikalischen Gesetz der Schwere. Die oxalsäuren und phosphorsäuren Kalke werden im

alkalischen Urin ausgeschieden. Da aber die Phosphate im Vergleich zu den übrigen zur Steinbildung geeigneten Stoffen das geringste spezifische Gewicht haben, so werden sie mit dem Urinstrom leichter nach der Harnröhre getrieben, dort niederschlagen und zur Bildung von Konkrementen angesammelt.

Kaisersellenbogen-Düsseldorf.

Über Suprarenin bei Kolikuluskaustik, von DREUW-Hamburg-Altona. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Dr. wendet seit längerer Zeit bei Kolikuluskaustik wie auch nach Probeexstirpationen von Hautstücken nach Vereisung an Stelle des teuren Adrenalin nur mehr das von den Höchster Farbwerken hergestellte, wesentlich billigere Suprarenin mit bestem Erfolge an; unangenehme Nebenwirkungen hat er von dem Präparate nie gesehen. Zur Kaustik des Colliculus seminalis verfährt er in folgender Weise: Kurz vor der Operation werden 4 ccm einer 1—2%igen Kokainlösung mit 4 ccm einer 1%igen Supraraninlösung vermischt und davon nach einer JANETschen Spülung der Pars anterior-urethrae die Hälfte bis zwei Drittel in die hintere Harnröhrenpartie eingespritzt; die Mischung läßt man 3—5 Minuten lang einwirken. Direkt nach der Einspritzung kann man in den vorderen Harnröhrenteil eine Kokainlösung injizieren. Die Anästhesie und die Blutleere der Pars posterior waren in sämtlichen Fällen Drs vollkommen.

Götz-München.

Ein Spülkatheter für die Blase nach DOMMER, von F. DOMMER. (*Munch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 26.) D. hat nach dem Muster von SCHLAGENWERN Psychrophorkatheter einen doppelläufigen Spülkatheter für die Blase konstruiert, der sich sehr gut bewährt hat. Der stark gekrümmte Katheter enthält zwei übereinander liegende Rohre, die sich am äußeren Ende des Instrumentes teilen; das obere Rohr, das dem Zuflufs dient, verläuft nach oben, das untere, das Abflufsrohr, stellt die gerade Fortsetzung des Schaftes dar. In dem oberen Rohr liegt ein Stahldraht, der an seinem inneren Ende eine Olive trägt; diese kann von einem zwischen beiden Rohren befindlichen Knopf aus vor- und rückwärts bewegt werden; zurückgezogen deckt sie die am inneren Ende des Katheters befindliche Öffnung. Der Schaft hat an seinem zentralen Ende, da wo die Krümmung des Instrumentes beginnt, in seiner nach unten gerichteten Wand ein Auge, durch welches ein in dem unteren Rohr befindlicher elastischer Katheter in gerader Richtung in die Blase vorgeschoben werden kann. Bei der Einführung sind Olive und elastischer Katheter zurückgezogen, nach der Einführung wird die Olive vorgeschoben und dadurch der Zuflufs freigegeben. Sobald der Patient Druck in der Blase verspürt, wird der elastische Katheter vorgeschoben und die Blase entleert. Vor der Entfernung des Instrumentes werden Olive und elastischer Katheter wieder zurückgezogen. — Der Apparat ist auskochbar; er wird von Knoche & Dresler in Dresden hergestellt.

Götz-München.

Drei Fälle von Blasenkatarrh im Kindesalter, von OTTO MEYER-Hamburg. (*Kinderarztl.* 1904. Nr. 7.) M. hatte Gelegenheit, drei Fälle von Blasenkatarrh bei kleinen Mädchen zu beobachten, deren eigenartige Ätiologie ihn veranlafste, dieselben zu veröffentlichen. Alle drei Fälle, bei denen der akute Anfall bei vollständiger Gesundheit eintrat und die Oberflächlichkeit des Blasenkatarrhs festgestellt wurde, sind auf den Mechanismus von schnell hintereinander folgenden forcierten Streckungen und Biegungen des Rumpfes zurückzuführen. M. ist der Ansicht, dafs es sich wohl um oberflächliche Schleimhautrisse der Blase handelt; auch könnte die mittelbare Veranlassung der Verletzung sein, dafs die plötzliche Überdehnung eines Teiles der Blase durch den wie in eine Zentrifuge geschleuderten Urin hervorgerufen wurde.

Putsler-Dansig.

Die Behandlung der Enuresis bei Mädchen, von LUCIUS STOLPER-Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkr.* 1904. Nr. 10.) Nachdem St. im Eingang seiner

Arbeit die verschiedenen Theorien, welche über die Ätiologie der Enuresis aufgestellt wurden, rekapituliert hat, geht er auf die mechanischen Behandlungsmethoden des näheren ein. Von der Massage nach THURS BRANDT und der Elektrizität hat er trotz aller Geduld und Mühe keine Erfolge gesehen, und teilt das Bedenken KAPSAMMERS, daß die Massage, speziell das Zitterdrücken, als masturbatorischer Reiz wirken kann, der weiterhin unfehlbar zur Onanie führe. Auch die Erhöhung des Bettendes und die Versuche von NISSEN und MARION SIMS, durch künstliche allmähliche Füllung der Blase den Sphinkter zu üben und die Enuresis zu beseitigen, haben bei St. zu keinem Resultat geführt. Die besten Dienste hat ihm die Dilatationsmethode nach SAKNGER geleistet, bei welcher der Sphincter internus durch den kräftigen Reiz der Dehnung auf reflektorischem Wege zu kräftiger Zusammenziehung angeregt werden soll. Das Verfahren ist ungemein einfach und gefahrlos und bringt in erstaunlich kurzer Zeit Heilung. Die Technik besteht nach SAKNGER im folgenden:

„Nach Reinigung der Harnröhrenmündung mittels Watte wird ein desinfizierter weiblicher Metallkatheter 5—7 cm tief in die Blase, etwa bis zur Einmündungsstelle der Harnleiter, eingeführt. Während die Kuppe des Zeigefingers der rechten Hand die Mündung des Katheters verschließt und diesen gleichzeitig ruhig in der Lage erhält, wird der Zeige- oder Mittelfinger der anderen Hand dicht vor der Harnröhrenmündung auf den Katheter aufgelegt. Nun übt dieser Finger einen kräftigen Druck zunächst nach unten, dann abwechselnd beiderseits nach außen. Der Druck soll federnd sein, elastisch und kräftig, so daß mitunter die äußere Harnröhrenmündung weit geöffnet wird und neben dem Katheter etwas Urin abfließt.“ Nach oben ist die Harnröhre wegen der Symphyse nicht dehnbar. Die Behandlung ist meist völlig schmerzlos, dauert nur einige Minuten, da man im allgemeinen nicht mehr als 12—15 Dehnungen nach allen drei Richtungen auszuführen braucht. Die Behandlung hat St. jeden zweiten bis dritten Tag wiederholt und ist immer nach 8—10 Behandlungen zum Ziel gelangt. Trat nach Monaten ein Rezidiv ein, so genügte eine einmalige Behandlung, um dasselbe dauernd zu beseitigen. Es folgen zehn Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daß die Heilung in allen Fällen eine dauernde war. Über den Erfolg der epiduralen Injektionen, die nach KAPSAMMER ein sehr verlässliches Verfahren für die Behandlung der Enuresis darstellen, kann St. aus eigener Erfahrung nicht berichten; immerhin würde er nicht zögern, in allen Fällen, in denen die SAKNGERSche Methode einen Misserfolg ergibt, ohne weiteres die epiduralen Injektionen unter Beachtung genauester Asepsis anzuwenden. Hierbei handelt es sich, wie CATHELIN glaubt, um eine Chockwirkung auf die Cauda equina, so daß bei der epiduralen Injektion der Reiz unmittelbar an die Medulla gesetzt wird, während bei allen mechanischen Behandlungsmethoden der Angriffspunkt an der Peripherie gelegen ist.

Putzler-Dansig.

Enuresis der Kinder, von J. G. REY-Aachen. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1904. Nr. 35.) Verfasser hat während fünf Jahren 52 Fälle von Enuresis der Kinder beobachtet und kommt zu der Überzeugung, daß in der großen Mehrzahl der Fälle, in denen keine Erkrankung des Zentralnervensystems, keine Idiotie, Infantismus, Athyrosis als Ursache gefunden wurde, die Ursache der Enuresis und Pollakurie auf einer direkten Erkrankung der Blase oder deren Nachbarorganen beruht. Damit die Enuresis über das dritte Jahr hinaus andauere, dazu gehört bei im übrigen gesundem Zentralnervensystem außer der direkten und indirekten Reizung der Blase eine gewisse Schwäche und Unfähigkeit des Willens. Letztere bleibt infolge von Angewöhnung an die Unreinlichkeit bei den Kindern bestehen, die vom ersten Lebensjahre an einer Blasenaffektion durch Erkrankung der Blase oder durch die Eigentümlichkeit ihres Urins gelitten haben. Diese Willensschwäche kann die Blasenaffektion lange über-

dauern. In diesen Fällen erklärt sich die plötzliche Heilung durch Faradisation, epidurale Injektion usw. ganz zwanglos; aber überall da, wo der Blasenreiz noch weiter besteht, werden alle erzieherischen und antihysterischen Versuche vergeblich sein. Die für die Betrachtung der Enuresis als Monosymptome kindlicher Hysterie beigebrachten Belege erklären sich ebenso leicht, wenn nicht noch natürlicher, durch Annahme einer Cystitis oder Urethritis oder deren Folge, die restierende Empfindlichkeit der Blase und des Blasenhalses. Um Klarheit in die Ätiologie der Enuresis zu bringen, ist es notwendig, in allen lange Zeit hindurch zu beobachtenden Fällen häufig chemische und bakteriologische Urinuntersuchungen zu machen, besonders mehr, als es bisher geschehen, auf die gewiß sehr häufigen Blasenkatarrhe der Säuglinge zu achten und, wo es möglich ist, wenigstens bei Mädchen und älteren Knaben, auch die Blase endoskopisch zu untersuchen.

Bernhard Schulse-Kiel.

b. Hoden und Samenbläschen.

Die Kastration bei Tuberkulose des Hodens, von C. G. CUMSTON - Boston. Verfasser bespricht kritisch die neuere Literatur über diesen Gegenstand und kommt auf Grund derselben sowie seiner eigenen Erfahrung zu dem Resultat, daß ein weiterer Ausbau der radikalen, operativen Behandlung entschieden empfehlenswert sei.

Philippi-Bad Salschlürf.

Über interparietale Hydrocelen, von STANISLAV KOSTLIVY - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 20.) Zwei Fälle atypischer Hydrocelen, die durch ihren Sitz den schon lange bekannten, in letzterer Zeit von MACREADY und GÖBELL gesammelten interparietalen Hernien analog erschienen, kamen zur Beobachtung und Operation. KOSTLIVY schreibt darüber folgendes: Sofort nach der Durchtrennung der Haut und Fascia superficialis findet sich in beiden Fällen rechts in der Leistenbeuge ein äußerst dünnwandiger, vielfach verzweigter, mit klarem, gelblichem Serum gefüllter Cystensack, der wie an einem Stiel an dem Samenstrange hängt, der aus dem etwas erweiterten, äußeren Leistenring hervortritt, und der Cystensack ist auf der wohl verdünnten, in ihrer Kontinuität aber erhaltenen Aponeurose des Obliquus externus gelagert. Hier saß dem Samenstrang nach seinem Austritt aus dem äußeren Leistenring ein kompliziertes, vielfach gebuchtetes Gebilde auf, das sich in seiner Hauptmasse über der Aponeurose etabliert hatte und einen Fortsatz in das Skrotum aussendete, der wie ein kongenitaler offener Processus vaginal. den Testikel umschloß. Es ist wohl ohne weiteres klar, besonders wenn man auch Anamnese und Stat. praes. unseres Falles berücksichtigt, daß ein derartiges Gebilde unmöglich durch die Propulsionskraft der in sein Inneres sezernierten Flüssigkeit erfolgen konnte. Man kann also nicht umhin, auch auf dieser Seite eine kongenitale Anlage des ganzen Systems anzunehmen, das sich zum Unterschied von der anderen Seite hier supraponeurotisch gelagert hatte.

Solche Divertikel sind als Sitz von Hernien schon seit langem bekannt. Weniger häufig, ja selten, sind Befunde von Hydrocelen. Dieses bedeutende Überwiegen der Hernien gegenüber den Hydrocelen ist wohl nur in der Weise zu erklären, daß der schon einmal in abnormer Entwicklung befindliche Processus vaginal. nur höchst geringe Tendenz zur, wenn auch nur partiellen Obliteration zeigt, die ja die *Conditio sine qua non* für die Bildung der Hydrocele ist. *Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).*

Zur Diagnose und Behandlung der Azoospermie, von C. POSNER und J. CORNER - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Es ist heute außer Zweifel, daß doppelseitige Epididymitis in der Mehrzahl der Fälle Azoospermie zur Folge hat. Das Leiden kann vollständig symptomlos verlaufen, abnorme Empfindungen fehlen, die Potenz kann ungeschwächt sein, die Beschaffenheit des Samens läßt makroskopisch nichts erkennen. Selbst die Anamnese und der örtliche Befund lassen häufig im Stich

oder geben zweifelhafte Resultate. Nur das Mikroskop kann die Diagnose sicher stellen. Die Beschaffung von Untersuchungsmaterial stößt selten auf Schwierigkeiten. Mitunter gelingt es, durch Expression der Samenblasen unmittelbar das Sekret zu erhalten oder in dem sofort nach der Expression gelassenen Harn („Expressionsharn“). Anatomisch liegt der Azoospermie eine Verlegung der Samenwege durch narbige Residuen der Epididymitis zugrunde, welche mit Vorliebe ihren Sitz im Schwanz des Nebenhodens haben. Wenn es gelingt, die Samenmenge wieder passierbar zu machen, so wäre eine Heilung des Zustandes denkbar. Die Heilungsaussichten hängen, wie FÜRBRINGER zuerst betont hat, davon ab, ob der Hoden überhaupt noch Samenfäden produziert oder sich bereits im Zustand der Inaktivitätsatrophie befindet. Zur Beantwortung der Frage schlug FÜRBRINGER eine „chirurgische Revision“, die operative Freilegung des Hodens zur Entnahme von Inhalt vor. Der Eingriff ist völlig ungefährlich; die Verfasser haben an Stelle dieses Verfahrens die Hodenpunktion gesetzt. Besteht der Hodeninhalt nur aus verfetteten Zellen, Detritus usw., so sind alle weiteren Bemühungen aussichtslos, der Fall ist unheilbar. Gelingt es aber, auf die eine oder andere Weise wohlerhaltene Spermatozoen zu finden, so ist der Gedanke FÜRBRINGERS einer therapeutischen Operation der Erwägung wert. Es kommt hier zunächst in Frage die Exzision etwaiger kleiner Narben, Resektion des Vas deferens und der Versuch einer dilatierenden Behandlung. Dieses Verfahren ist, wenn nur das Vas deferens Sitz der Verengung ist, durchaus erfolgversprechend. Der Sitz an dieser Stelle ist aber leider selten, und die Verfasser haben in fünf Fällen, die sie operierten, keinen Erfolg gehabt. Die Verengung hat aber meist ihren Sitz im Nebenhoden. Hier kann nur eine plastische Operation in Frage kommen, die unter Ausschaltung der obliterierten Partien eine direkte Verbindung zwischen dem Vas deferens oder dem Hoden oder wenigstens dem Kopf des Nebenhodens schafft. Die technische Möglichkeit einer solchen Operation ist durch den Tierversuch einwandfrei festgestellt. Eine Publikation aus Amerika berichtet auch über einen vollen Erfolg beim Menschen. Die Verfasser haben bisher in sechs Fällen die Operation ausgeführt, der Eingriff wurde stets gut vertragen, ein funktioneller Erfolg wurde aber nicht erzielt. Trotzdem glauben die Verfasser, daß sich wenigstens in einem Bruchteil der Fälle auf diesem Wege ein Erfolg erhoffen läßt, und raten bei der Aussichtslosigkeit aller sonstigen Methoden zur Ausführung der Operation. Je früher sie gemacht werden kann, um so besser werden wohl die Erfolge sein. Vor allem aber ist anzustreben, durch erhöhte Aufmerksamkeit auf die Epididymitis selbst die Zahl der Fälle von Azoospermie einzuschränken.

Von Interesse sind die Diskussionsbemerkungen FÜRBRINGERS zu diesem im Verein für innere Medizin in Berlin gehaltenen Vortrag: Die Prognose der Azoospermie ist bisher sehr trübe. Von 100 mit doppelseitiger Epididymitis Behafteten tragen 80 den dauernden Verlust ihrer Fortpflanzungsfähigkeit davon. Ohne Optimist zu sein, glaubt P., daß das operative Vorgehen in einzelnen, namentlich frischeren Fällen zu günstigem Ausgang führen wird. Erst ganz kürzlich hat THOMAS über einen mit Erfolg operierten Fall berichtet. Die diagnostische Hodenpunktion hält F. für einen Fortschritt. Die rektale Expression zur Gewinnung von Samen hat den Nachteil, daß ein negativer Befund nichts beweist.

A. Loewald-Kolmar.

c. Prostata.

Chronische Prostatitis, von CHARLES G. FOOTE-Cleveland. (*The Clevel. Med. Journ.* 1904. Nr. 6.) Früher räumte man nur der Blennorrhoe des Weibes die Bedenklichkeit der Hartnäckigkeit und Nachhaltigkeit ein; aber seit den Untersuchungen von FINGER, FRANK und namentlich auch von GREENE (*Am. Journ. of Surgery and*

Gynecology. Dez. 1902) muß man der Blennorrhoe beim Manne genau so wie beim Weibe die größte Aufmerksamkeit schenken; denn hier ist die Prostata der verantwortliche Teil, was dort die Tube ist. Und die Meinung darf schlechterdings nicht mehr gelten, daß eine Blennorrhoe der hinteren, die Pars prostatica einschließenden Harnröhre bestünde, ohne daß die Prostata nicht selber mitbeteiligt wäre. Man muß unterscheiden zwischen prädisponierenden und exzitierenden Ursachen. Zu den prädisponierenden Ursachen gehören: Masturbation, sexuelle, diätetische und Alkohol-exzesse, sexuelle Aufregung ohne Befriedigung, Verstopfung und andere Mastdarmstörungen, übertriebenes Radfahren oder Reiten, Erkältung, Prostatahypertrophie, Strikturen, gichtische und rheumatische Diathese und last, but not least der Coitus interruptus. Zu den exzitierenden Ursachen gehören die blennorrhoeische, tuberkulöse oder eitrige Infektion, die instrumentelle Mißhandlung der Harnröhre, insbesondere sobald eine Infektion derselben vorliegt, und möglicherweise auch die Reizung der Harnröhre durch chemische Agentien.

Zur Diagnose sowohl wie zur Behandlung gehört vor allem die Prostatamassage; nur muß bei der Massage darauf geachtet werden, daß sie nicht länger dauert als zwei Minuten, und daß sie nur jeden zweiten Tag wiederholt wird.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Verursacht Blennorrhoe Prostatahypertrophie? von EDWARD L. KEYS. New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Juli 1904.) Auf Grund einer Zusammenstellung von 488 Fällen von Prostatahypertrophie, die Verfasser im Laufe mehrerer Jahrzehnte beobachtet hat, kommt er zu einer verneinenden Beantwortung der im Titel gestellten Frage. Seine Schlusssätze lauten:

1. Unter 488 Fällen von Prostatahypertrophie ist nur in 18 Fällen vorausgegangene Prostatitis klinisch nachweisbar.
2. Diese 18 Fälle zeigen bezüglich der Größe der Prostata und des Alters der Kranken bei Beginn ihres Leidens keine bemerkenswerten Unterschiede gegenüber den 415 anderen Fällen.
3. Ein Vergleich dieser 18 Fälle mit 54 Fällen chronischer Prostatitis ohne Prostatahypertrophie zeigt, daß das Verhältnis nicht wesentlich verschieden ist von dem, in welchem die sämtlichen Fälle von Prostatahypertrophie und die Gesamtzahl der während des gleichen Zeitraums beobachteten Männer über 50 Jahre mit normaler Prostata zu einander stehen.
4. Länger als zehn Jahre bestehende Prostatitis führt eher zu Atrophie der Prostata als zu Hypertrophie.
5. Wenn es richtig ist, daß Prostatahypertrophie durch Entzündungen hervorgerufen werden kann, so ist nach den klinischen Beobachtungen anzunehmen, daß diese Entzündung entweder in einer frühzeitigen Blennorrhoe von verhältnismäßig kurzer Dauer oder in gewissen unklaren sklerotischen Prozessen besteht, die mit dem vorgerückten Alter zusammenhängen.
6. Der späte Zeitpunkt des Beginns der Prostatahypertrophie und ihre Seltenheit im Vergleich zu der Zahl frühzeitiger Trippererkrankungen machen es klinisch sehr wenig wahrscheinlich, daß der Tripper die Ursache ist. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Chirurgie der Prostata, von J. B. DRAVER - Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Science.* Juli 1904.) In kurzen Zügen bespricht Verfasser die Geschichte, Anatomie, klinische Erscheinungen und Behandlung der Prostatahypertrophie. In therapeutischer Beziehung bevorzugt er die FAYERSche Operation der Totalenukleation, wo dieselbe ausführbar ist; denn, wie er sehr richtig hervorhebt, in allen Fällen ist es nicht möglich, dieselbe zu Ende zu führen. Er selbst hat 13mal das Verfahren angewandt; was den Patienten starben drei, davon der eine an Urämie, die beiden

anderen, im Alter von 78 und 77 Jahren, wie es scheint, an Erschöpfung. Aus der ausführlich berücksichtigten Literatur ist zu entnehmen, daß man bei der permanenten Drainage der Blase von oben her nach McGUIRE den Patienten am wenigsten einer Lebensgefahr aussetzt (1,87% Mortalität) und palliativ doch recht viel nutzen kann. Die Prostatektomie vom Perineum aus, von welcher 78 Fälle berichtet sind, ergibt einen Prozentsatz von 8,2 gegenüber 11,3 bei der FREYER'schen Operation; trotzdem zieht D. letztere wegen ihrer größeren Vollständigkeit und Sicherheit im allgemeinen vor (vide Artikel FREYER).

Philipp-Bad Salschürf.

Die beste Operationsmethode zur Radikalbehandlung der senilen Prostat hypertrophie, begründet auf 150 Radikaloperationen, von ORVILLE HORWITZ, Professor der Urogenitalchirurgie am Jefferson medical college zu Philadelphia. (*New York Journ.* 6., 18. und 20. Aug. 1904.) Von allen radikalen Operationen, welche gegen die Prostat hypertrophie empfohlen worden sind, haben nur die BOTTINI'sche Galvanokaustik und die Prostatektomie Stand gehalten. Die statistische Zusammenstellung HORWITZ' zeigt, daß 886 BOTTINI'sche Operationen von 48 Chirurgen mit 84,3% Heilung oder Besserung und 5—7% Todesfällen ausgeführt wurden — was im ganzen doch ein glänzendes Resultat darstelle. HORWITZ selbst hat den BOTTINI in 95 Fällen gemacht mit drei Todesfällen bei sehr alten Männern, wovon einer infolge von Urämie und zwei von Sepsis. Er teilt seine Fälle in drei Kategorien ein: 1. solche, welche im Beginn der Blasensymptome und des Kathetergebrauchs standen (im Alter von 53—62 Jahren), Operation zur Prophylaxe. 2. Leute im Alter von 62 bis 76 Jahren, bei welchen die Inzision in die große harte, fibröse Prostata als Radikalkur vorgenommen wurde und stets erfolgreich war, und die 3. Kategorie umfaßt Leute im Alter von 67—81 Jahren, welche jahrelang ein „Katheterleben“ geführt hatten, an chronischer Cystitis usf. litten, und bei welchen die Inzision eher ein Palliativmittel gegen weitere Verschlimmerung bilden sollte. Die zweite für HORWITZ in Betracht kommende Operation, die Prostatektomie, nahm er in 55 Fällen vor und teilt sie wieder ein in 1. komplette Prostatektomien (mit Incisio suprapubica); 2. kombinierte suprapubische und perineale Inzision; 3. partielle Prostatektomie mit Blasenschnitt und 4. ebensolche vom Perineum aus. Letztere Methode erwies sich als die beste, welche auch die besten Dauerresultate gibt, während bei der suprapubischen Methode die Prostata nur mit Schwierigkeiten entfernt wird, die Operation sich lange hinauszieht, der Blasenhal und der Venenplexus um die Prostata herum leicht verletzt werden, wodurch wieder profuse Blutungen und relativ heftiger Schock entstehen können. Das Alter der Patienten, bei welchen H. diese Operation vornahm, war von 60—73 Jahren; sie hatten jahrelang den Katheter anwenden müssen, ihr Allgemeinbefinden war aber ein relativ gutes geblieben. Im allgemeinen beträgt jetzt die Mortalität bei Prostatektomie unter sorgfältiger Auswahl der Fälle 5—7%, bei alten Leuten mit sehr geschwächter Konstitution, lang zurückdatierender Harnverhaltung und Sekundär-(Blasen-, Nieren-)erscheinungen ist die Prognose viel schlechter, die Mortalität 15—18%; ist in solchen Fällen die Blase noch unheilbar beschädigt (geschwächt), so kann nur Drainage nach oberem Blasenschnitt in Betracht kommen. In 9% aller Fälle gelingt die Entfernung der Prostata sehr gut auf dem Wege der perinealen Inzision, welche auch bei dem oberen Blasenschnitt stets noch zur Erleichterung der Operation dienen kann. Diese Kombination (suprapubische und perineale Inzision) ist besonders bei enorm vergrößerter Prostata mit Hypertrophie der drei Lappen angezeigt, und wenn dieselben die Urethra so komprimieren, daß es zu einer Stenose derselben kommt. Die perineale Prostatektomie eignet sich am besten für jene Fälle, wo die Seitenlappen stark vergrößert sind, Neigung haben, gegen den Mastdarm hin zu wachsen oder gegen die Blase vor-

springend die Pars prostatica der Harnröhre zu verlegen. Immerhin ist die Prostataktomie stets mit mehr Gefahr verknüpft als die *Borrmische* Operation und die Rekonvaleszenz eine längere; letztere erklärt daher *Horwitz* in allen irgendwie geeigneten Fällen als die Operation der Wahl. Aber, wie überall in der Medizin, heißt es auch hier individualisieren, weshalb die Behandlung von den verschiedenen, jeweils vorhandenen Bedingungen abhängig zu machen sei. *Stern-München.*

Die Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus, von J. P. ZUM BUSCH-London. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) B. berichtet über die zuerst (1899) von *McGILL* angegebene, später (1901) von *FREYER* wieder aufgenommene und wesentlich verbesserte Methode der Entfernung der vergrößerten Prostata mit ihrer Kapsel vom hohen Blasenschnitt aus, er erwähnt die Einwendungen, die gegen das Verfahren von mehreren Seiten gemacht worden sind, und teilt die von *FREYER* selbst und anderen erzielten Resultate mit. Die Mehrzahl der Autoren, welche die Operation wiederholt ausgeführt haben, empfiehlt sie aufs wärmste: sie ist vorausgesetzt, daß es sich nicht um die sklerosierende, sondern die adenomatöse Form der Hypertrophie handelt, überraschend leicht ausführbar, die Blutung, die manchmal allerdings heftig ist, kann durch Spülung der Blase stets leicht gestillt werden, die Kontraktilität der Blase scheint sich in allen Fällen wieder einzustellen, die Mortalität ist, wenn man das Alter der Patienten und den Umstand berücksichtigt, daß es sich meist um Kranke mit infizierten Harnwegen handelt, verhältnismäßig gering: von 106 von *FREYER*, *MOYNIKAN*, *BARLING* und *BRUCE CLARKE* operierten Kranken starben 11, d. i. etwas über 10%. Eine Harnröhrenstriktur trat nur in einem Falle auf, Urininfiltration wurde nie beobachtet. B. selbst hat vier Fälle nach der *FREYER*-schen Methode operiert; in zwei Fällen war der Erfolg ein vorzüglicher, ein Kranker starb am vierten Tage nach der Operation an Herzschwäche, der zweite nach über vier Monaten unter urämischen Erscheinungen. B. hält die Operation für indiziert, wenn ein Prostatiker nicht imstande ist, sich aseptisch zu katheterisieren, dann in Fällen, in denen die Blase Steine enthält, und bei jüngeren Männern, um ihnen ein jahrelanges „Katheterleben“ zu ersparen. Stellt sich bei der Operation heraus, daß es sich um die sklerosierende Form der Hypertrophie handelt, so muß man sich damit begnügen, den die Urinpassage hindernden Teil der Drüse zu entfernen.

Göts-München.

Prostatektomie. Bericht über 51 in der Zeit vom 6. Mai 1901 bis zum 26. Februar 1904 operierte Fälle, von JOHN B. MURPHY-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 28. Mai, 11. Juni, 2. Juli 1904.) Verfasser ist entschiedener Anhänger der perinealen Methode der Prostatektomie. Die *Borrmische* Operation verwirft er gänzlich, weil sie unwissenschaftlich, ungenau, gewagt in der Technik und bezüglich der Dauerresultate ganz unzuverlässig ist. Die suprapubische Methode empfiehlt Verfasser nur für die seltenen Fälle enormer Hypertrophie der Drüse und für die Fälle von gestieltem Mittellappen mit Steinbildungen. Indiziert ist die Prostatektomie: 1. bei Prostatavergrößerung pathologischen Grades, d. h. wenn das Urinieren behindert oder die Menge des Residualharns beträchtlich ist; 2. wenn die Urinentleerungen häufig und schmerzhaft sind; 3. um Heilung vom Katheterleben herbeizuführen; 4. um sekundäre Cystitis zu beseitigen; 5. um Mastdarmbeschwerden zu beseitigen; 6. bei schmerzhaften und anhaltenden Priapismen alter Leute mit Dammreißung und mit oder ohne Ergüsse. — Die Operation ist nicht als *Ultimum refugium* zu betrachten, sondern als das zweckmäßigste Vorgehen, wenn der Patient kräftig genug ist, die Operation zu überstehen, und wenn die örtlichen und allgemeinen Bedingungen gute sind. In ausgewählten Fällen wird man sich der örtlichen oder spinalen Anästhesie bedienen können. — Bei der Ausführung der perinealen Prostatektomie richtet Ver-

fasser besonderes Augenmerk auf die extravasikale Tasche, den prostatiscben Teil der Urethra. Dieser Teil ist bei Prostatahypertrophie gewöhnlich erweitert. Verfasser entfernt bei der Operation einen Teil der hinteren Wand und vereinigt die seitlichen Abschnitte durch die Naht. Seit Verfasser so vorgeht, vollzieht sich der Heilungsverlauf rascher, und es kommt später nicht beim Urinieren zu Urinanhäufung im prostatiscben Teil der Harnröhre und nachfolgendem Tröpfeln. — Zusammenfassend äußert sich Verfasser über die perineale Methode folgendermaßen:

1. Der perineale Weg gibt die besten Resultate.
2. Er ist gefahrloser als die suprapubische und Böttcher'sche Operation hinsichtlich der Blutung, der Sepsis, der Verletzung benachbarter Gewebe, des Lebens. Bei fetten Patienten ist die Blutung beträchtlicher, der Heilverlauf langsamer und die Urethralfistel bleibt längere Zeit bestehen.
3. Die Drainage vom Damm wirkt ausgezeichnet und begünstigt die rasche Rückkehr der Blase zu ihrem normalen Zustand.
4. Der Prozeß der Wundheilung geht rascher vor sich als bei der suprapubischen Methode. In allen Fällen erfolgte primäre Vereinigung.
5. Die Blasenkontrolle ist fast stets gut.
6. Das Sexualvermögen wird gewöhnlich vernichtet.
7. Die Beseitigung der Blasenreizung gelingt fast stets, die Zahl der Urinentleerungen wird fast auf die Norm reduziert.

Was die Dauerresultate betrifft, so hat Verfasser versucht, durch Versendung von Fragebogen an die Patienten näheres in Erfahrung zu bringen. Er gibt anhangsweise einen ganz kurzen Bericht über jeden Patienten, in dem die Ergebnisse dieser Umfragen berücksichtigt werden. Verfasser überläßt es dem Leser, sich selbst ein Urteil zu bilden. Eine Zusammenstellung liefert folgendes Ergebnis: Ein Patient ist am Tage nach der Operation gestorben, vier andere starben wenige Wochen nach der gut verlaufenen Operation an Pneumonie, Gehirnebolie oder Nephritis. Von acht Patienten konnten Ermittlungen nicht erlangt werden. In 24 Fällen war der Erfolg der Operation gut oder doch zufriedenstellend, in drei Fällen mangelhaft.

A. Loewald-Kolmar.

Mediane perineale Prostataktomie, von GEORGE GOODFELLOW-San Francisco. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Juli 1904.) Während Verfasser früher die suprapubische Methode der Prostataktomie bevorzugte, ist er seit 13 Jahren zur perinealen Methode übergegangen. Er eröffnet die Pars membranacea durch einen Medianschnitt, verlängert diesen bis in die Blase und schält die Drüse stumpf aus; auf nachfolgende Auswaschungen der Blase und Drainage wird verzichtet. Unter 73 Operierten hat Verfasser zwei durch den Tod an den Folgen der Operation verloren. Im übrigen sind die Resultate, auch bezüglich des Dauererfolgs, günstige. *A. Loewald-Kolmar.*

Suprapubische Prostataktomie unter Stickoxydulnarkose, von JOSEPH WINTER-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 14. Mai 1904.) Die Gefahren der Prostataktomie sind zu einem großen Teil durch die Notwendigkeit der Narkose bedingt. Verfasser führt aus, daß die suprapubische Prostataktomie von einem gewandten Operateur bequem und sicher in einem Zeitraum von zehn bis zwölf Minuten ausgeführt werden kann, ohne daß es zu stärkerer Blutung kommt, und daß zur Ausführung dieser Operation die Lachgasnarkose vollauf genügt. Hohes Alter, Diabetes und Cystitis bilden keine Kontraindikationen. Alle gewöhnlich als Kontraindikationen bezeichneten Momente sind nicht Kontraindikationen für die Operation, sondern nur für die Anwendung von Äther oder Chloroform. Verfasser berichtet über sieben Fälle seiner Praxis, die er unter Lachgasnarkose mit gutem Erfolg operiert hat.

A. Loewald-Kolmar.

Drei Fälle von Prostatektomie, von H. W. ALLINGHAM-London. (*Lancet*. 7. Mai 1904.) Bei allen konnte die Operation als erfolgreich bezeichnet werden, obgleich der eine 75jährige Patient vier Wochen nachher an interkurrenter Bronchitis und Gicht zugrunde ging. Die beiden anderen Operierten im Alter von 64 resp. 80 Jahren genasen und konnten Urin per vias naturales entleeren. A. ist mit dem Erfolg der Totalenukleation sehr zufrieden. (Nebenbei sei hier bemerkt, daß er von einem Mittellappen der Prostata als von einem normalerweise vorhandenen Gebilde spricht, wie dies auch die meisten Autoren tun. Von anderer Seite ist indessen das Bestehen eines deutlich hervortretenden Mittellappens als etwas entschieden Pathologisches bezeichnet worden, wohl mit besserem Recht. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlief.*

110 Fälle von Totalausschälung der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie dieses Organs, von P. J. FREYER-London. (*Lancet*. 23. Juli 1904.) Dieser Vortrag enthält einen Überblick über die Gesamterfahrungen, welche F. mit dieser von ihm in die Therapie eingeführten Operation erlebt hat. Man hat anfangs, wie erinnerlich sein wird, die Möglichkeit einer Ausschälung der Vorsteherdrüse bestritten. F. zeigte aber, daß die früheren Anschauungen betreffs der Anatomie des Organs in mancher Hinsicht irrig waren. Ein Mittellappen als solcher existiert an der normalen Drüse nicht. Die umstrittene Frage betreffs der Kapsel löst sich nach F. in der Weise, daß in der Tat zwei Kapselschichten zu unterscheiden sind, eine äußere, mit den umgebenden Teilen verbundene, und eine innere, untrennbar mit der Drüsensubstanz verwachsene. Bei Adenomen der Prostata, welche auf die Drüsensubstanz sich beschränken, ist es demnach wohl stets möglich, den Tumor in toto herauszuschälen. Von FREYERS Serie von 110 Fällen waren 99 vollkommen erfolgreich, indem sämtliche Patienten nachher imstande waren, spontan zu urinieren und keinerlei Zeichen von Rezidiv aufwiesen. Das Alter der Operierten schwankte zwischen 53 und 84 Jahren mit einem Durchschnitt von 68, und das Gewicht der entfernten Organe betrug im Durchschnitt etwa 90 g. Unter seinen 110 Fällen fanden sich drei Patienten mit Carcinom der Prostata, von denen nur einer im Anschluß an die Operation nach einem anfangs günstigen Verlauf während der ersten drei Wochen starb. Die übrigen Affektionen waren alle adenomatöser Natur. Nur bei etwa vier oder fünf war ein eigentlicher Zusammenhang zwischen dem Exitus letalis und der Operation zu konstatieren, aber selbst bei Anrechnung sämtlicher Todesfälle würde die Operation mit 9% sich im Vergleich zur Lithotomie, welche für dieses Lebensalter nach THOMPSON 33 1/2% beträgt, sehr günstig präsentieren. Man kann nicht umhin, zuzugestehen, daß F. mit dieser Operation die Chirurgie der Blasenleiden um einen sehr erheblichen Schritt gefördert hat. *Philippi-Bad Salzschlief.*

Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms, mit besonderer Berücksichtigung der BOTTINISCHEN Operation als Palliativverfahren, von WALTER FÜRSTENHEIM-Berlin. (*Deutsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 53—58.) In einer längeren Arbeit spricht F. erst über die Frühdiagnose bei Prostatacarcinom: langsam und allmählich, vom Patienten kaum bemerkt, setzt die Hypertrophie ein, eine plötzliche Verschlimmerung nach kurzer Zeit bestehender Harnbeschwerden soll für Carcinom verdächtig sein. Jedoch sind diese Anhaltspunkte für die Diagnose nicht zuverlässig, und man wird nur „zuweilen die Freude erleben, ein Prostatacarcinom bei genauer anamnestischer Erhebung und bei großer Übung in der Tastung der normalen und krankhaften Prostata in den ersten Stadien zu erkennen“. Nachdem er die bisher angewandten Operationsverfahren mit ihren Erfolgen bzw. Mißerfolgen angeführt hat, bringt F. sieben Fälle von Prostatacarcinom, bei denen die BOTTINI- bzw. BOTTINI-FÜRSTENHEIMSCHE Operation palliativ gute Erfolge geseitigt hat; bewirkt doch die BOTTINISCHE Operation nicht, wie man früher annahm, einen Wachstumsreiz auf das

Carcinom, sondern sie bietet nach den bisherigen Erfahrungen beim Prostatabeckencrebs keine Gefahren, sie vermag im Gegenteil den Patienten sogar für Monate eine wesentliche Besserung der Miktionsverhältnisse zu verschaffen.

Die **BORRINS**sche Operation ist also neben der Cystotomia suprapubica eventuell vor ihr als Palliativoperation beim Prostatakrebs verwendbar, da bei Carcinoma prostat. pelvicum ein radikaler Eingriff kontraindiziert ist, während beim Carc. prostat. intracapsulare ein solcher eventuell in Erwägung zu ziehen wäre.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Eine neuntägige Urinverhaltung; Operation; Heilung, von C. **DUKES**-Rugby. (*Lancet*. 16. Juli 1904.) Die Ursache dieser ungewöhnlichen Erscheinung war das Vorhandensein von Nierenkonkrementen. Es handelte sich um eine 48jährige, korpulente Frau, welche mit heftigen Schmerzen im Leibe erkrankte, nachdem sie früher schon gelegentlich Steinchen per urethram entleert hatte. Im Krankenhaus fühlte sie sich zunächst wohl und war fieberfrei, bis plötzlich das Aussehen sich änderte und das Thermometer 42,2° zeigte. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie konnte nichts ermittelt werden. Die Nephrotomie rechterseits ergab das Vorhandensein von ca. 30 ccm übelriechenden Urins im Nierenbecken, sowie einen losen und einen unbeweglich fest in der Ureteröffnung eingekeilten Stein. Etwa 14 Tage später, nachdem die vorhandene mäfsige Schwellung der Niere zurückgegangen war, gelang dessen Entfernung.

A. S. **BARLING** - Lancaster berichtet (*Lancet*, 23. Juli 1904) im Anschluß hieran über zwei analoge Fälle von plötzlicher totaler Anurie infolge von akutem Verschlufs des einen Ureters. In allen Fällen fehlten urämische Erscheinungen vollständig.

Philippi-Bad Salschlurf.

Zur Kenntnis der BENCO-JONES'schen Albuminurie, von F. **VORR**- und H. **SALVENDI**-Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Nach einer kurzen Besprechung der bisher erschienenen Mitteilungen über die **BENCO-JONES**sche Albuminurie berichten die Verfasser über einen neuen Fall, den sie selbst seit mehreren Monaten beobachteten. Es handelt sich um einen 57jährigen Mann, der wegen Gicht die Poliklinik aufgesucht hat. Der Mann entleert im Tag ca. 2 l klaren hellen Urins, der dauernd 0,18—0,33 % **BENCO-JONES**sches Eiweifs enthält. Außerdem ist bei dem Kranken die Zahl der weissen Blutkörperchen mäfsig vermehrt (10000—11000 im cmm), sonst aber ist an ihm nichts Krankhaftes, insbesondere kein Zeichen einer Knochenaffektion zu finden. Da aber die **BENCO-JONES**sche Albuminurie bisher nur bei multiplen Knochenmarkstumoren gefunden worden ist, muß auch in diesem Falle an das Vorhandensein solcher gedacht werden. — Die genaue Harnuntersuchung, über deren Einzelheiten die Verfasser ausführlich berichten, zeigte, dafs im Urin des Kranken zwei verschiedene Eiweifskörper enthalten sind, die zwar beide die für das **BENCO-JONES**sche Eiweifs charakteristischen Reaktionen ergeben, sich aber doch gut voneinander unterscheiden lassen; der eine weist die Eigenschaften der Albumine, der andere die der Globuline auf. Mit **MAGNUS-LEVY** sind die Verfasser der Anschauung, dafs der **BENCO-JONES**sche Körper nicht zu den Albumosen gehört, unter welche **KÜHN** ihn einreihen wollte, sondern dafs er echtes unverändertes Eiweifs ist. Die Frage, wie er in den Urin gelangt, ist noch ungelöst; das Ergebnis der Stoffwechselversuche, welche die Verfasser zur Entscheidung dieser Frage an ihrem Kranken vorgenommen haben, läfst es als möglich erscheinen, dafs durch die Tätigkeit der Zellen der in dem beschriebenen Falle allerdings nur vermuteten Tumoren von dem zirkulierenden Eiweifs Teile in die eigentümliche Modifikation umgewandelt werden.

Göts-München.

Zur Behandlung der Albuminurie, von D. NEWMAN-Glasgow. (Brit. med. Journ. 30. April 1904.) Verfasser hat in einer Reihe von Fällen akuter und chronischer Nephritis durch Inzision der Nierenkapsel eine Entspannung derselben herbeigeführt und damit häufig eine bestehende Albuminurie und gefährdrohende Anurie beseitigt.
C. Berliner-Aachen.

Über Bakteriurie, von EDW. L. KIRBY-New York. (New York Journ. 27. Aug. 1904.) Aus dem zusammenfassenden Berichte K.s ergeben sich folgende Schlüsse. Bakteriurie ist nur das Symptom eines Katarrhs in irgendeinem Teile des Harnapparates, andererseits stellt sie aber nicht eine einfache Infektion des Urins dar, sondern ist zuweilen mit Veränderungen in der Blaseschleimhaut verbunden. Sie ist bei manchen Erkrankungen, besonders manchen Varietäten von katarrhalischer Pyelitis, wie typhöser, puerperaler usw., das wichtigste Symptom; aus diesen Arten von Pyelitis kann stets eine eitrige entstehen. Cystitis selbst verursacht niemals Bakteriurie, ausnahmsweise kann dies aber bei Prostatitis und Spermatocystitis der Fall sein. Die Behandlung der Bakteriurie ist eine einfache und bei typhösen und puerperalen Fällen oft von glänzendem Erfolge begleitet: durch Urotropin, bis zu den Grenzen der Toleranz gegeben, Regelung des Stuhlganges, Behebung der primären Ursachen, wie Harnretention, Steine. Ist Prostatitis und Spermatocystitis die Ursache, so sind die Fälle hartnäckiger und Urotropin fast wertlos; Massage der Prostata und der Samenbläschen, sowie tiefe Instillationen der verschiedenen Silbersalze sind dann die Hauptmittel.
Stern-München.

Bakteriurie, speziell Coli-Bacilluria, von ARTHUR B. ELLIOT-Chicago. (Med. News. 20. Aug. 1904.) Mit Bakteriurie wird der Zustand von ELLIOT bezeichnet, bei welchem zahlreiche Bakterien in einem eiterfreien, sauren Urin sezerniert werden, ohne daß irgendein Zeichen oder Symptom von Cystitis oder infektiöser Nephritis vorhanden ist. Am häufigsten wird das Bacterium coli commune getroffen, zuweilen noch mit anderen assoziiert (mit Proteus, Staphylokokken). Der Weg der Infektion ist für ELLIOT augenscheinlich die Harnröhre, da Urethritis, Einführung von Instrumenten oder Injektionen meist der Bakteriurie vorausgehen. Relativ häufig ist die Coli-Bakteriurie, eine Komplikation der Blennorrhoe, speziell in den Fällen, wenn Prostata und hintere Harnröhre befallen sind. In vielen Fällen verläuft die Bakteriurie ohne irgendwelche lokale oder Allgemeinsymptome, in drei Fällen von E. war geringe Incontinentia urinae bei Tag und Nacht vorhanden, im Verlaufe der Affektion sind Verdauungs- und Nervenstörungen, Mattigkeit und intermittierendes Fieber nicht selten; ein wichtiger Punkt ist, daß diese Pseudoblennorrhoe allen gewöhnlichen Behandlungsmitteln trotz. Die Diagnose der Bakteriurie beruht darauf, daß im frisch entleerten Urin eine Trübung (Wolke) vorhanden ist, welche durch Ansäuern, Filtrieren oder Sedimentierung nicht beseitigt werden kann; charakteristisch ist der unangenehme, fétide Geruch des Urins, und unter dem Mikroskop sieht man zahlreiche, frei bewegliche Bakterien. Die Prognose der Bakteriurie hängt von Natur, Sitz und Art der Infektion ab; sie ist zwar immer der Heilung schwer zugänglich, besonders aber, wenn Prostata und Samenbläschen ergriffen sind. Allgemein-diätetische Vorschriften, Regulierung des Stuhlganges, Eisen und andere tonische Mittel und vor allem innerlich Urotropin, lange fortgesetzt und in ziemlich hohen Dosen, sind zu empfehlen. Die lokale Behandlung muß sich gegen irgendwie vorhandene Komplikationen, wie Strikturen, Hämorrhoiden, Mastdarmpfisteln und -fissuren, richten, bei Affektion der Prostata und Samenbläschen sorgfältige Massage derselben eingeleitet werden (alle vier bis fünf Tage), d. h. man muß hierbei möglichst sachte vorgehen, um lokale Reizung zu vermeiden. Die Anwendung von Silberlösungen auf den hinteren Teil der Harnröhre scheint ELLIOT von geringem Wert zu sein, hingegen sind bei Blasenreizung oder bei

vorhandenen Eiterkörperchen im Harnsediment Blasenpflung mit milden antiseptischen Lösungen angezeigt.
Stern-München.

Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie, von F. KORNFELD-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 21—24.) K. hat es sich zur Aufgabe gemacht, in der vorliegenden Arbeit in nicht allzu ausgedehntem Rahmen ein Bild von dem gegenwärtigen Stande der Frage der Bakteriurie in dem zurzeit geltendem Sinne der Urologen zu geben. Damit verbindet er einige wichtige Hinweise, die vermöge der die Bakteriurie häufig begleitenden Störungen des Gesamtorganismus ein wichtiges Interesse für den Pathologen und Kliniker bieten. Die Ergebnisse seiner eigenen Studien der Urologie will er in anatomischer, experimenteller, bakteriologischer und klinischer Beziehung einer exakten Durcharbeitung unterziehen; vorläufig entnimmt er seinen eigenen mehrjährigen Beobachtungen an 24 Krankheitsfällen und Arbeiten der Autoren folgende feststehende Tatsachen:

1. Die genuine Bakteriurie ist eine Affektion sui generis und von anderen Bakterienausscheidungen mit dem Harn, namentlich von der Colicystitis zu trennen. Die echte Bakteriurie geht niemals in Cystitis über, ist somit kein Vorstadium derselben, sie besitzt auch durchaus keine Tendenz zum Ascendieren gegen die höher gelegenen Abschnitte des Harnapparates.

2. Der Weg der Einwanderung des *Bact. coli* in die Harnwege vom Mastdarm her durch die Gewebe und durch die Lymphbahnen direkt in die Blase scheint für die Bakteriurie im Sinne der Urologen der typische zu sein.

3. Die im Gefolge schwerer chronischer Bakteriurien zustande kommenden Allgemeinerscheinungen sind vermutlich durch Toxinwirkung bedingt und von der Bakteriurie als solcher direkt abhängig.

4. Therapeutisch ist die Lokalbehandlung mittels Sublimatinstallationen resp. Waschungen sowohl für die Bakteriurie wie auch für die Störungen allgemeinen Charakters von besonderem Wert.

Die internen Harnantiseptika, namentlich Urotropin, Hetralin und Helmitol, event. auch Salol und Naphtalin, sind wertvolle Unterstützungsmittel.

Putzler-Dansig.

Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, und über Phosphaturie und Ammoniturie als objektive Symptome von Psychosen, von W. HEINICKE. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 27.) Angeregt durch die Arbeit FREUDENBERGS „Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie und über Phosphaturie und Ammoniturie als objektive Symptome bei Neurasthenie“ (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38) hat H. bei einer Anzahl von Weibern, die an Paranoia, Dementia praecox, seniler Demenz, manisch-depressivem Irresein oder an Psychosen des Rückbildungsalters litten, den Urin in der von FREUDENBERG angegebenen Weise untersucht und in allen Fällen entweder Ammoniturie oder latente oder manische Phosphaturie gefunden. Die Phosphaturie ergab stets die von FREUDENBERG zuerst beobachtete ammoniakalische Reaktion. In den meisten Fällen kam die einfache Ammoniturie zur Beobachtung; wo Phosphaturie auftrat, entsprach sie, einen Fall ausgenommen, stets der Höhe der Erkrankung. Bei allen Patientinnen, bei denen das psychische Befinden sich besserte, wurde gleichzeitig auch die ammoniakalische Reaktion des Harns schwächer, um in seltenen Fällen ganz zu verschwinden; bei einer Kranken mit akuter Depression hörte eine bestehende Phosphaturie mit der Heilung des Anfalls vollständig auf. — Den Beobachtungen H.s zufolge müssen Ammoniturie und Phosphaturie mit Ammoniturie wohl als objektive Symptome der oben genannten — und vielleicht auch noch anderer — Psychosen betrachtet werden. Wenn, was möglich erscheint, die ammoniakalische Reaktion des Harns bei

den psychisch Kranken durch eine Steigerung des Ammoniakgehaltes im Blute hervorgerufen ist, dann müßte die Therapie eine Verminderung des zirkulierenden Ammoniaks — etwa durch Vermeidung zu reichlicher Kartoffel- und Leguminosenkost oder durch subkutane Kochsalzinfusionen oder rektale Kochsalzirrigationen — anstreben.

Göts-München.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von J. LILIENTHAL-Berlin. (*Medico*. 1904. Nr. 33.) L. empfiehlt, ohne Neues zu bringen, den allgemein bekannten Apparat „Viro“ als Prophylaktikum gegen Blennorrhoe, obgleich er über positive Erfolge nicht berichten kann. Den Wert dieses Artikels, der uns längst Bekanntes bringt, kann Referent nicht finden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Allgemeine Infektion mit dem Diplococcus NEISSER als Komplikation chronischer Blennorrhoe, von THOMAS J. STRONG-San Francisco. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 14. Mai 1904.) Bei einem jungen Manne stellten sich unter leichtem Fieber schmerzhaftes Muskelschwellungen an der rechten Halssseite, Schulter, beiden Armen und am linken Oberschenkel ein. Erst einige Tage später trat eitriges Ausfluß aus der Harnröhre mit Gonokokken auf. Es kam zu Abscessbildungen in den verschiedenen Muskelgebieten und im Eiter wurden mikroskopisch und kulturell Gonokokken nachgewiesen. Der weitere Verlauf zeigte keine Besonderheiten. Möglicherweise lag keine frische Infektion vor, sondern es handelte sich um das Residiv eines vier Jahre zurückliegenden Trippers.

A. Loewald-Köln.

Metastatische Konjunktivitis bei Blennorrhoe, von WILLIAM GEORGE SYM-Edinburgh. (*Edinb. Med. Journ.* Aug. 1904.) Zwei Fälle von blennorrhöischer Konjunktivitis, die nicht mit einer direkten Übertragung zusammengebracht und schon ihres ganzen Charakters wegen nicht als blennorrhöische Augenentzündungen angesprochen werden können. Denn es sind beide Augen zugleich befallen, die Entzündung ist gering, die Augenlider sind kaum geschwollen, die Hyperämie beschränkt sich nur auf die Conj. bulbi, und die Sekretion ist spärlich, meist nur schleimig, höchstens etwas schleimig-eitrig, die Cornea wird nicht geschwürig und — schließendlich finden sich nicht Gonokokken oder wenigstens keine typischen intracellulären.

Merkwürdig ist, daß die nebenhergehende Blennorrhoe meist schon im Abklingen begriffen und mit Gelenkschmerzen verbunden ist. So war es in den zwei von SYM beobachteten und in den von ihm literarisch verglichenen Fällen.

Wenn alle die obigen Merkmale vorliegen, so muß man an eine metastatische Augenentzündung genau im Sinne eines blennorrhöischen Tripperrheumatismus denken.

Arthur Rahn-Cöln (Sachsen).

Über blennorrhöische Arthropathien, von P. BOEDANOW-Moskau. (*Inaug.-Dissertation*. 1904.) Ohne auf die literarisch kritischen Betrachtungen des Autors näher einzugehen, seien nur seine eigenen reichen, klinischen Beobachtungen an 70 stationären Tripperkranken in Berücksichtigung gezogen. Entgegen der Annahme früherer Forscher entwickelt sich der Tripperrheumatismus viel häufiger im akuten, als im subakuten und chronischen Stadium des Trippers, und zwar am häufigsten bereits im Laufe der ersten zwei Wochen nach der Infektion. Hinsichtlich der Häufigkeit dieser Komplikation ergab das große ambulatorische Material der Moskauer andrologischen Klinik, aus welcher die Arbeit hervorgegangen ist, daß auf 10000 Tripperfälle 254 Erkrankungen an Rheumatismus kamen, das sind 2,5%. Als Ursachen dieser Komplikation sieht Verfasser allein die Gonokokken an, die unter günstigen, äußeren Umständen ins Blut gelangen und zu Rheumatismus führen.

Als solche begünstigende Umstände erwähnt Verfasser: physische Überanstrengung, Traumen, insbesondere durch starke Einspritzungen, Bougieung, ferner häufige und schmerzhaftere Erektionen usw. In vielen Fällen wiederholte sich der Tripperrheumatismus mit jedem Tripper. Der Tripperrheumatismus betrifft durchaus nicht, wie früher angenommen wurde, ein Gelenk, sondern mehrere Gelenke, dennoch ist er nicht so polyartikulär, wie der gewöhnliche Rheumatismus und eher als oligoartikulär anzusehen. Am häufigsten erkrankt das Knie. Größtenteils ist der Tripperrheumatismus eine akute Krankheit, die in der Regel unter hohem Fieber verläuft. Muskeln und Sehnencheiden sind nicht selten mitbeteiligt. Die subakute und chronische Form des Tripperrheumatismus geht aus der akuten hervor; bei der chronischen handelt es sich meistens um ein Gelenk.

Gleich anderen Autoren konnte sich auch der Verfasser davon überzeugen, daß es frühzeitig zu einem Erguß in das Gelenk kommt, der in 85 % serös-eitriger Natur ist. Der blennorrhische Charakter des Rheumatismus wird natürlich am sichersten bewiesen durch den Befund von Gonokokken nicht nur in den Gelenkhöhlen, sondern ebenso auch in den umgebenden Geweben, im Blut oder in anderen gleichzeitig erkrankten Organen. Der Gonokokkennachweis fällt aber oft negativ aus. Als zweites, sehr wichtiges diagnostisches Kriterium nennt der Autor die stark ausgeprägte Neigung des Leidens zur Wiederholung unter denselben Bedingungen, nämlich bei neuer Infektion mit Gonokokken, wie bei Exazerbation des alten blennorrhischen Prozesses. In bezug auf die Prognose äußert Verfasser, daß das Leiden ein schweres und langwieriges ist. Er beobachtete völlige Genesung nur in 14,2 % seiner Fälle, wogegen 34,2 % das Hospital nichtauskuriert und 48,5 % mit einem Defekt verliefen: Ankylose, dauernde Steifheit usw.

Bei der Behandlung erwiesen sich salicylaures Natrium, Aspirin, Phenacetin, Antipyrin, aber auch Jodpräparate wirkungslos; dagegen waren von entschieden gutartigem Einfluß die balsamischen Mittel: Ol. Santali, Copaivabalsam, Gonosan, ferner Bäder, gewöhnliche, aber auch die Terpentinseifenbäder von BALZER und endlich die natürlichen Schlamm-bäder.

Arth. Jordan-Moskau.

Beitrag zur Pathologie und Therapie der akuten Blennorrhoe, von LUDW. WEISS - New York. (Med. News. 10. u. 17. Sept. 1904.) W. schätzt im allgemeinen, daß 90 % aller Fälle von Urethritis blennorrhischer Natur seien; die übrigen 10 % sind verursacht durch pyogene Bakterien, die zahlreiche nicht klassifizierte Mikroflora der Harnröhre und durch chemische oder traumatische Reize, welche zu einer katarrhalischen Entzündung der Harnröhre führen. W. steht völlig auf dem Standpunkte, daß die Blennorrhoe eine Allgemein-Infektion sei, welche bekanntlich zu den verschiedenartigsten Komplikationen, wie Gelenk-, Haut-Affektionen, auch Knochen- und Knochenhaut-Entzündungen, Endocarditis usw. führen kann. Die Hauptursache der Sterilität bei beiden Geschlechtern ist die Blennorrhoe. Was die prophylaktischen Maßregeln betrifft, so hält W. nichts von der Reglementation der Prostituierten, aber doch müßten Gesetze geschaffen werden, wobei eben moralischer und Sanitäts-Standpunkt sich gegenseitig Konzessionen machen müßten. Bis dies erreicht sei, spiele immer noch die individuelle Prophylaxe die erste Rolle (kurze Zeit nach dem fraglichen Beischlaf Instillation einer 2 %igen Arg. nitr.-Lösung oder eines der neuen Silbersalze in die Harnröhre). Bezüglich der Therapie kommen für W. vier Arten in Betracht: 1. abortive, 2. rein expektative, 3. nur innerliche und 4. die aktive, auf die Ätiologie aufgebaute lokale Behandlung der blennorrhischen Veränderungen. Die abortive Methode, sei es nach JANET, WELANDER, FRANK o. a., kann nach W.'s Überzeugung nur dann in Betracht kommen, wenn sie spätestens 36 Stunden nach der Infektion eingeleitet wird, wenn das Mikroskop zahlreiche Gonokokken auf

den Epithelzellen und noch wenige Leukoocyten zeigt — zu so früher Zeit kann aber nur eine geringe Anzahl der Patienten zur Behandlung. Die Behandlung mit inneren (balsamischen) Mitteln in Verbindung mit entsprechender Diät muß eben dann Platz greifen, wenn die Patienten die lokale Therapie verweigern oder dieselbe aus irgendwelchen Gründen unmöglich ist. Was diese betrifft, so stehen für W. zu erster Stelle die neuen Silbersalze, denn bei baldigster Anwendung derselben kann die häufigste Komplikation, die Urethritis posterior, nur in 30%, nach anderen Statistiken nur in 10% der Fälle vor, während bei den (früher so gebräuchlichen) Adstringentien dieselbe in 70—80% der Fälle sich einstelle. Argonin, Largin, Protargol sind die erste, Argentamin, Albargin, Ichthargan die zweite Gruppe dieser Silbersalze; bei letzteren ist der Arg.-Gehalt höher, das Silber aber lockerer mit dem Eiweiß verbunden. Das beststudierte und häufigst angewandte von diesen neueren Mitteln, welchem auch W. den Vorzug gibt, ist bekanntlich das Protargol. Bei ganz stürmischem Auftreten der Blennorrhoe (perakute Form) sollte aktives Eingreifen vermieden und möglichst konservativ verfahren werden. Die ganze Behandlung sollte überhaupt stets unter Kontrolle des Mikroskops geschehen. Bei Auftreten irgendwelcher Komplikationen die lokale Behandlung sofort sistiert werden. Schließlich erwähnt W. noch einer Umfrage, welche er bei einer Anzahl Ärzten über ihre Blennorrhoe-Erfahrungen abhielt und welche bei den meisten zu der Antwort führte, daß sie ein äußerst chronisch verlaufendes Leiden sei. Der fleißigen Arbeit des Verfassers, welche vor allem den Wert eines kritischen Überblicks über den jetzigen Stand der Trippertherapie hat, ist ein Literaturverzeichnis von 93 bezüglichen Arbeiten beigelegt.

Stern-München.

Ein Fall von Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von HANS ADOLF Mandschuria. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 35.) Bericht über einen erfolgreich mit 4%igen Protargolinjektionen abortiv behandelten Fall von Blennorrhoe, der am dritten Tage post coitum in Behandlung kam. Da eine mikroskopische Kontrolle weder vor noch während der Behandlung stattgefunden zu haben scheint, steht die wissenschaftliche Beweiskraft des Falles auf sehr unsicheren Füßen.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, von S. BERTMANN-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 28.) B. bespricht ganz kurz die bisherigen Versuche, die akute Blennorrhoe der Männer abortiv zu behandeln, und berichtet dann über seine eigene, neue Methode der Abortivkur und über die Erfolge, die er mit ihr erzielt. Die Methode besteht in Auspinselungen des vorderen Harnröhrenabschnitts in einer Ausdehnung von 6—8 cm mit 20%iger Protargol-Glycerin-Wasserlösung; sie werden vorgenommen mittelst eines Haar-Federkielpinsels, an dem der obere Teil des Kiels durch eine Gummikappe gedeckt ist; zur Verlängerung des Pinsels, der eine einmalige Sterilisierung durch Auskochen ganz gut verträgt, dient ein einfacher Metalltubus. Die Pinsel werden nach einmaliger Verwendung weggeworfen. Der kleine Apparat kann von Friedrich Dröll in Heidelberg bezogen werden. — B. hat bis jetzt 42 Fälle von akuter Blennorrhoe bei Männern seiner Abortivbehandlung unterworfen, und zwar ausschließlich Fälle, bei denen es sich um erstmalige Infektion handelte, bei denen keine Komplikationen bestanden und vorher keine therapeutischen Eingriffe, also auch keine prophylaktischen Injektionen gemacht worden waren, die endlich spätestens am fünften Tage nach der Infektion in Behandlung gekommen waren. B. machte in maximo sechs Auspinselungen auf 6—8 Tage verteilt und erzielte in 20 Fällen = 47,6% wirkliche, abortive Heilung. Dieses Resultat ist ein sehr günstiges und wird zudem ohne große Beschwerden für den Patienten erreicht; denn höchstens die beiden ersten Pinselungen verursachen Brennen

and eine dünnflüssige Sekretion. In den Fällen, in denen ein Erfolg nicht erzielt wurde, kam es weder zu irgendwelchen Komplikationen noch zu Verschleppungen der Blennorrhoe nach hinten. Das Verfahren ist also völlig ungefährlich.

Götz-München.

Über die Beteiligung des Endometriums an der blennorrhoeischen Vulvovaginitis der Kinder, von P. JUNG - Bern. (*Centralbl. f. Gynäkol.* 1904. Nr. 83.) Verfasser machte an JADASSOHN'S Klinik Untersuchungen an neun Mädchen von 2—9 Jahren, die wegen blennorrhoeischer Vulvovaginitis behandelt wurden. Sämtliche Fälle hatten anfangs Gonokokken in Urethra und Vagina, Komplikationen fehlten. Bei einem Falle war sicher Cervikalblennorrhoe vorhanden, ein zweiter Fall war verdächtig, da nur einmal positiver Befund war, dem zwölf negative Untersuchungen folgten. Verfasser schließt aus seinen Untersuchungen folgendes: 1. Es gelingt in der Mehrzahl der Fälle von Vulvovaginitis, eine isolierte Untersuchung des Cervikalsekrets nach Einstellung mit ROSACHEM Spekulum vorzunehmen. 2. Die Untersuchung ergibt sicherere Resultate als die nur klinische Besichtigung der Vaginalportio oder als die Verwendung des Probetampons, bei welchem eine Sonderung des von der Portio gelieferten Exsudates und des Cervikalsekretes kaum möglich ist. 3. Auf Grund der Untersuchungen sowie der von GASSMANN und BUSCHKE kann man sagen, daß die blennorrhoeische Erkrankung der Cervikalschleimhaut bei der Vulvovaginitis infantilis relativ selten ist, so daß man die Untersuchung nicht stets vorzunehmen braucht, doch ist bei besonders chronischen Fällen eine Untersuchung am Platze, aber erst nach Verschwinden der Gonokokken aus dem Vaginalsekret. 4. Die Frage der lokalen Behandlung der Cervikalblennorrhoe ist zweifelhaft und nicht undingbar zu bejahen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Behandlung der blennorrhoeischen Erkrankungen der Schleimhaut des Collum und Corpus uteri mit Protargol, von W. N. ORLOW - St. Petersburg. (*Dtsch. med. Zig.* 1904. Nr. 57.) O. kommt aus der Literatur, die er im Eingang seiner Arbeit zusammenstellt, zu dem Ergebnis, daß Protargol sich nur bei blennorrhoeischen Erkrankungen wirksam erweist; er hat deshalb an 25 Fällen blennorrhoeischer Endometritis diesbezügliche Versuche, und zwar mit gutem Erfolge, angestellt. Er spritzte 1—3%ige Protargollösung unter allen Kautelen der Anti- und Asepsis in das Cavum uteri; das Collum uteri bepinselte er mit 5—20%iger Lösung allmählich steigend. Besserung schon nach 3—4 Sitzungen.

Von gleichfalls günstigen Erfolgen mit Protargol als Prophylaktikum und Spezifikum gegen Blennorrhoe berichtet HIRSCHL. Sehr befriedigt äußern sich über Protargol bei blennorrhoeischer Ophthalmoblennorrhoe W. M. COGWILL, H. URBAN, C. CERDSA, A. GREENE und A. PAREY, die es in 20—30%igen Lösungen (abortiv), in 1—10%iger (bei akuter Blennorrhoe) und 30%iger Lösung als Instillation bei Eiterung der Cornea anwandten.

L. MARKOVICZ wendete bei Unterschenkelgeschwüren das Protargol mit großem Erfolge an.

Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).

Über die interne Medikation bei Blennorrhoe und deren Folgeerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung des trockenen Extractum Pichi-Pichi, von A. SCHUFTAN - Berlin. (*Theor. Monatsh.* Aug. 1904.) SCH. benutzte bei 16 Patienten mit Harnleiden, deren Krankengeschichten er in extenso aufführt, das von FRIEDLAENDER empfohlene Extractum Pichi-Pichi in Tablettenform, welches unter dem Namen Urosteril I (reines Extrakt) und Urosteril II (Pichi-Pichi mit Salol und Tannin) im Handel ist. Bei einer Darreichung von sechs Tabletten täglich war es nicht ohne Erfolg, bewirkte Beschränkung der Sekretion und der nervösen Beschwerden bei frischen Fällen, während das Extrakt bei chronischen Vorgängen nur die zurzeit be-

stehenden nervösen Beschwerden beseitigte. Überraschend waren die Erfolge bei zwei Fällen von Neurose der Blase, wenn auch hier wohl eine gewisse Suggestivwirkung nicht ausgeschlossen werden kann. Der günstige Einfluss auf die Verdauung und damit auf den Allgemeinzustand des Patienten unterscheidet das Präparat vorteilhaft von den bisher gebrauchten Balsamika; es ist nach Verfassers Ansicht, da es keine unangenehmen Folgeerscheinungen hat, jedenfalls das beste der internen Mittel bei den Krankheiten des Harnapparates. Die Urosteriltabletten sind in der Löwen-Apotheke, Berlin, Jerusalemstraße 80, erhältlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verschiedenes.

Aufruf! Ein in Kopenhagen zusammengetretenes Comité, an dessen Spitze Etatsrat WILHELM JÜRGENSEN steht, veröffentlicht soeben einen von sämtlichen Ministern, den Mitgliedern des Reichstags, den Redakteuren Dänemarks und von zahlreichen Ärzten und geheilten Patienten unterzeichneten Aufruf zur Sammlung von Beiträgen zu einem

Denkmal für NIELS E. FINSSEN.

Die bewundernde Anerkennung, welche dem Lebenswerk FINSENS überall gezollt worden ist, und die allgemeine Teilnahme, welche der frühzeitige Tod dieses bahnbrechenden Forschers in der ganzen Welt erregt hat, lassen es hoffen, daß auch das Ausland gern seinen Teil zu dieser Sammlung beitragen wird. NIELS FINSEN arbeitete für das Wohl der ganzen Menschheit. Mit größter Bereitwilligkeit nahm er ausländische Patienten in seinem Institut auf, und er betrachtete es als Pflicht und Ehre, auswärtigen Ärzten die beste Gelegenheit zu geben, die von ihm geschaffene Lichtbehandlung zu studieren.

Die Einsendung von Beiträgen aus Deutschland wird an die Adresse des Prof. E. LESSER, Berlin NW., Roonstr. 12, erbeten.

Eine sterilisierbare Irrigatorflasche, von A. STRAUSS - Barmen. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 1904. Nr. 16.) Der Apparat, aus Glas, hat die Form einer Kochflasche und ist mit einer abschraubbaren, luftdicht schließenden Nickelhülse versehen. In letzterer ruhen zwei Röhren, eine kurze mit Hahn, die zum Aufsetzen des Schlauches dient und eine bis zum Grunde der Flasche reichende, welche die Luft zuführt. Soll die Lösung in der Flasche sterilisiert oder erwärmt werden, so öffnet man den Hahn und setzt die Flasche in ein beigegebenes Wasserbad, in welchem gleichzeitig auch der Schlauch keimfrei gemacht werden kann. Nach Vollendung wird der Hahn geschlossen und die Flasche umgekehrt in einen Halter aufgehängt.

Der Irrigator, der einem längst vorhandenen Bedürfnis abzuhelpen scheint, ist durch das Medizinische Warenhaus in Berlin zu beziehen.

Heinrich Bausch-Darmstadt.

Sachverzeichnis.

- Abolitionismus 339.
Abrin (Bettmann) 528.
Abscess, metastatischer, blennorrhischen Ursprungs (Kérassotis) 159.
Acanthosis nigricans (Grouven und Fischer) 223.
Acarus scabiei 420.
Achorion Schönleini (Reiss) 448.
Acidum kakodylicum 111. 491.
- oemicum 491.
- picricum 491.
- pyrogallicum 112.
- salicylicum 492.
- tartaricum pulvuratum 112.
- vanadicum 492.
Addison'sche Krankheit (Gillot) 38; (Met-scherski) 665; (Withington) 755; (Hultgren) 756; (Symmers) 756.
- — in Schweden (Hultgren) 458.
Adenoma folliculare cutis papilliferum (Kreibich) 149.
- sebaceum (Pincus) 147; Möller) 271; (Buschke) 275.
Adrenalin (Schmidt) 500; (Cohn) 666.
- bei Addison'scher Krankheit (Symmers) 756.
- Gefahr (Neugebauer) 117.
Adrenalin-Suprarenin 496.
Aëro-Urethroskop (Wasserthal) 162.
- 466.
Arzteausbildung (Tresling) 240.
Arten mit Variolavirus geimpft (Williams) 282.
Arznei (Ledermann) 91.
- faciei und Massage (Pospelow) 741.
- keratosa (Gottheil) 679.
- vulgaris (Joseph) 421.
Arzneikeloid (Heath) 584.
Arztomykose (Neukirch) 421.
Arztinothérapie (Gottheil) 547.
Arznbargin 117. 492.
- bei blennorrhischer Vulvo-Vaginitis (Vignolo-Lutati) 71.
- Albuminurie (Voit und Salvendi) 771; (Newman) 774.
- febrile (Lüthje) 55; (Broadbent) 56.
- physiologische (Oswald) 478; (Pribram) 478.
Albuminurien, heilbare (Lyon) 55.
Algolagnie (Hammer) 736; (Leredde) 741; (Mayer) 759.
Alkohelseifen (Gerson) 277.
Alkohol und Sexualhygiene (Lagner) 337.
Alkoholumschläge (Kolbasenke) 117.
Alkoholverbände 552.
- und Entzündungsprozesse (Schäffer) 579.
Alopecia areata (Lusk) 344.
- — und dentale Reizungen (Bettmann) 151. 741.
- — und Vitiligo (Falk) 228.
- — nach Trauma (Sprecher) 450.
- praematura (Solger) 590.
Alopecie (Andry) 40.
- und Radiotherapie (Sabouraud) 454.
Alumol 117.
Ammonium benzoicum 492.
Ammoninurie (Heinicke) 735.
Anämie, regionäre (Kaiser) 552.
Anästhesie 112. 116.
- bei tuberkulöser Cystitis (Duhot) 46.
Anästhesiebehandlung des Erysipels (He-nius) 118.
Anästhesierung, spinale (Krotoschiner) 346.
Aneurysma der Arteria plantaris dextra (Gangitano) 618.
- traumatiches (Parker) 430.
Angina (Többen) 427.
- ulcerosa membranacea 745.
Angioneurotisches Ödem (Rosenbach) 559.
Anschauungen von Jonathan Hutchinson (Corin) 561.
Anthrasol (Vieth) 122; 492; (Sklarek) 678.
Antimonvergiftung (Roberts) 408.

- Antipyrin** 115.
 — und **Purpura** (Rudaux) 562; (Hutchinson) 572.
Antipyrinexanthem (Dittmar) 183.
Antistreptokokkenserum (Hirsch) 235; (Bókay) 238.
Anuria calculosa (Kreps) 57.
Anurie, totale (Uffenheimer) 748; (Dukes) 773; (Barling) 773.
Aorta, elastisches Gewebe (Schweitzer) 287.
Aortenaneurysma und Syphilis (Ruge) 303.
Argentum colloidal (Itrol) 113.
Argonin 117.
Argyll - Robertson'sches Phänomen und Syphilis (Clarke) 301.
Argyrol (Purdy) 437.
Arheol 492.
Arhovin (Goldmann) 22; (Burchard und Schlockow) 71; (Manasse) 486.
Arterienthrombose 58.
Arteriitis, gummöse (Gangitano) 607, 618.
Arthropathien, blennorrhische (Bogdanow) 776.
Arthritis, blennorrhische (Gini) 67.
Arzneiausschlag, soharlachähnlicher (Skene) 562.
Aspergillus des Tokelan (Wehmer) 363.
Aspirin, Intoxikationsdermatosen (Eber-son) 562.
Atoxyl 113, 492; (Gutzmann) 679.
Atrophia cutis idiopathica manum (Jordan) 664.
Atrophien, makulöse (Wechselmann) 533.
Augenkomplikationen bei Blattern (Baker) 286.
Ausschlag (Afzelius) 270.
 — am **Händrücken** (Moberg) 272.
Azoospermie (Posner und Cohn) 766.
- Bacillus pyocyaneus bei Blasenkatarrhen** (Barth und Michaux) 44.
Bacterium coli 161.
Bäder und Klima bei Hautkrankheiten (Hinsdale) 345.
Bakterizide Wirkung des Lichts (Bie) 398.
Bakterien und Hautkrankheiten (Whitfield) 586.
Bakteriurie (Cnopf) 53; (Keyes) 774.
Balanitis (Leredde) 464; (Turner) 483.
 — **erosiva** (Dalous und Constantin) 406.
 — **vulgaris** (Vincent) 158.
Balneologie und Dermatologie (Vollmer) 227.
Barèges Wasser bei Syphilis (Laroche) 355.
Barlowsche Krankheit und Hämaturie (Neter) 563.
Barthaare, Entwicklungsanomalien (Chirivino) 530.
- Beckenabscess und Blennorrhoe** 483.
Bence - Jongsche Albuminurie (Voit und Salvendi) 773.
Beri-Beri (Durham) 476.
Bierhefe, therapeutische Wirkung (Göliner) 555.
Blase, Phosphatsteine der (Guiard) 40.
Blasendistension 43.
Blasen, kolloquative (Kreibich) 30.
Blasenkrankheiten (Stern) 41; (Preindlberger) 41.
Blasendivertikel, palpabler (Pielicke) 469.
Blasenkatarrh, postoperativer (Block) 346.
 — **im Kindesalter** (Meyer) 764.
Blasenkatarrhe (Berger) 468; (Lower) 468; (Kelemen) 469.
Blasenleiden und Fomitin (Rosenbaum) 556.
Blasenpapillom (Herring) 42.
Blasenprostatostein (Cathelin und Villaret) 161.
Blasen, Punktion 44.
Blasenresektion wegen Tumor (Arcoletti) 470.
Blasenschnitt-Dilatationsspekulum (Guisey) 738.
Blasenseuche der Milchtiere (Wys) 362.
Blasenstein und Sectio alta (Delefosse) 740.
 — **bei Prostatahypertrophie** 176.
Blasensteine (Petit) 673.
Blasentuberkulose, Frühdiagnose (Guyon) 470.
Blasentumoren (Guyon) 42.
 — (Fenwick) 462; (Johnson) 470; (Wossidlo) 729; (Kapsammer) 761.
Blasenerreißung (Robinson) 44.
Blastomykose (Dübendorfer) 337; (Brandweiner) 392.
Blastomykosen (Oppenheim) 523.
Blattern s. Variola.
 — **in New York** (Somerset) 284.
 — **Rotlichtbehandlung** (Finsen) 284.
 — **Diagnose** (Reed) 521.
Blaulichtbehandlung bei Hautkrankheiten (Scheidt) 548.
Bleivergiftung (Roberts) 403.
Blennorrhoe (Erb) 481; (Neisser) 482.
 — **Abortivbehandlung** (Bierhoff) 69.
 — **akute** 777.
 — **Behandlung** (Janet) 449; (Purdy) 485; (Finger) 486; (Schneider) 486; (Lucke) 487; (Boss) 666; (Strebel) 668; (Orlow) 779.
 — **beim Manne** (Bering) 68.
 — **beim Weibe** (Montgomery) 61.
 — **chronische**; (Lohnstein) 763; (Weiss) 777; (Adolphi) 778.
 — **des Auges** (Hirsch) 485.
 — **im paraurethralen Gang** (Voss) 449; (Bruhns) 483.
 — **im Wochenbett** (Martin) 60.
 — **Inkubationsdauer** (Joseph) 590.

- Blennorrhoe, interne Behandlung (Boss) 736.
 — Komplikationen (Strong) 776.
 — Prophylaxe (Lilienthal) 776.
 — und Prostatahypertrophie (Rothschild) 154; (Harrison) 176.
 — verlängerte Inkubation (Pernet) 401.
 Blennorrhoebeobachtungen (Möller) 532.
 Blennorrhoe prophylaktikum (Nobl) 488.
 — Arthritis (Weiss) 484; (Bogdanow) 776.
 Blennorrhoeische Conjunctivitis (Bronner) 486; (Sym) 776.
 — Cystitis (Vignolo-Lutati) 745.
 — Epididymitis (Sprecher) 484; (Jordan) 589.
 — Gelenkaffektionen, Hyperämie bei (Beckmann) 268.
 — Orchio - Epididymitis (Sorrentino) 745.
 — Phlebitis (Sasserath) 485; (Heller) 485; (Palm) 786.
 — Stomatitis (Jürgens) 483.
 — Vulvovaginitis der Kinder (Jung) 779.
 Blennorrhoeischer Beckenabscess (Turner) 438.
 — Prozeß der Uterusschleimhaut (Rudski) 487.
 — Ulcus serpiginosum (Thalman) 393.
 Blennorrhoeisches akutes Fieber (Blindreich) 488.
 Blutprotist, Syphiliserreger (Horand) 603.
 Bordellfrage (Schweizer) 737.
 Bottinische Operation (Röhrig) 582.
 Botryomykose (Frédéric) 426.
 Buba (Sommer) 684.
 — von Kehlkopf und Trachea 171.
 Brandwunden und Xeriform (Peer) 564.
 Bromausschlag (Myers) 35; (Falk) 64; (Biberstein) 783.
 Bromoderma nodo-ulcerosum (Brèda) 171.
 Bronzediabetes (Hauck) 457.
 Buba (Sommer) 520.
 Bubo, Bakteriologie (Cantlie und Hewlett) 636.
 — Behandlung (Legrain) 162; (Yema) 178.
 Bubonen, venerische und tuberkulöse (Batut) 542.
 — klimatische (zur Verth) 427.
 — und Bubonuli (Tomasczewski) 394.
 Bullöser Ausschlag (Audry) 40.
 Bürstenbesatz der Knäeldrüsen (Pasini) 93.
 Bursitis achillea profunda (Nobl) 67.
 Calcaria hypochlorosa 118.
 Carcinombefunde, parasitäre (Unna) 525.
 Carcinom der Bauchhaut (Schütz) 226.
 — und Lupus (Wechselmann) 147.
 — und Radiumbromid (Plimmer) 428.
 Carcinom und Röntgenstrahlen (Bevan) 108; (Leredde) 423, 454.
 — Entstehung (Luca) 751.
 Carcinome 667.
 — medulläre 667.
 — schlauchförmige 667.
 Caspar-Heinrich-Quelle (Lünnemann) 463.
 Chaulmoograöl bei Lepra (Róca und Tourtoulis) 525.
 Chorda venerea (Peterkin) 65.
 Chromidrosis, Bakteriologie (Trommsdorff) 760.
 Chylurie bei Scharlach 565.
 Circumcision, Syphilisinfektion bei der (Kudisch) 279.
 Coitus interruptus und Unterernährung (Kerner) 46.
 Coli-Bacilluria (Elliot) 774.
 Collessches Gesetz (v. Düring) 298.
 Coma bei Blasenauftreibung (Main) 42.
 Concroide 667.
 Conjunctivitis acuta (Giarre und Picchi) 239.
 Cowpersche Drüsen (Hogge) 409, 670.
 Craw - Craw (Barot) 362; (Whittles) 461.
 Crurin 493.
 Cyanose, kongenitale (Variot) 560; (Sahannat) 565.
 Cystadenom des Harnapparats (Motz und Cariani) 673.
 Cyste, papilläre (Robinson) 429.
 Cystepithelioma (Hartzell) 585, 594.
 Cysticercus cellulosa der Zunge (Gaetano) 460.
 Cystinurie (Wasserthal) 154; (Riegler) 476.
 Cystische Erweiterung des Uretermundes (Portner) 395.
 Cystitiden (Imbert und Pasteau) 45.
 — tuberkulöse (Desnos) 45; (Duhot) 46.
 — chronische (Motz und Montfort) 279.
 Cystitis, Bakteriologie (Longfellow) 44.
 — blennorrhagica (Vignolo - Lutati) 745.
 — chronische (Garceau) 159.
 — im Kindesalter (Frank) 45.
 — s. Blasenkatarrh.
 — und Eiweißuntersuchung (Brown) 55.
 Cystoskopie, Oxygens bei (Faulla) 463.
 Dariesche Krankheit (Ormerod und MacLeod) 450; (Lieberthal) 751.
 Dauerkatheter (Feleki) 449.
 Deferentitis, prostatichen Ursprungs (Pillet) 349.
 Derma-myiasis linearis migrans oestrosa (Kumberg) (Stelwagon) 405.
 Dermatitis, pyämische (Lebet) 68.
 Dermatitis, akute (Melvin) 343.
 — chronica atrophicans (Möller) 269.

- Dermatitis coccidioides (Montgomery und Morrow) 406.
 — exfoliativa neonatorum (Pasek) 341; (Osztermayer) 681.
 — framboesiformis (Samberger) 586.
 — herpetiformis (Stelwagon) 178.
 — — Duhring (Saalfeld) 147.
 — repens (Lee) (Stelwagon) 405.
 — repens und Myiasis (Hamburger) 85.
 — und Mundhöhlenerkrankungen (Joseph) 490.
 — und Scilla maritima (Hoffmann) 91.
 — und Seborrhoe, schuppige (Brooke) 401.
 — universalis (Küsel) 78.
 Dermatobia noxialis 460.
 Dermatologenkongress, internationaler 188.
 Dermatomyome, multiple (Brölemann) 220.
 Dermatosen, Neueinteilung (Brocq) 86.
 Dermatoskop (Pospelow) 665.
 Dermatotherapeutische Beobachtungen (Weitlaner) 578.
 Dermolampe und Lupus vulgaris (Schiff) 600.
 Desinfektor als Antiscabiosum (Azuma) 179.
 Desquamative Dermatitis (Campana) 420.
 Diaphragma pelvis (Hogge) 409.
 Dilator, modifizierter hydraulischer (Bakaleinik) 409.
 Diphtherieheilerum und Exantheme (Oberwinter) 183.
 Diurese bei Theocinnatrium aoticum 588.
 Drüenschwellungen, kubitale (De Dominicia) 605.
 Duralkoholbinden (Kaiser) 552.
 Dymal 493.
 Dystrophien, hereditär-syphilitische (Emery, Druelle und Umbert) 167.

 Echinococcuscysten im Becken (Hartmann) 161.
 Ehe und Krankheiten (Senator und Kaminer) 230.
 Einheiten, therapeutische (Prokhoroff) 230.
 Eiweißgehalt im Blut Syphilitischer (Jolles und Oppenheim) 800.
 Eiweißproben (Murray) 477.
 Eiweißuntersuchung bei Psylitis (Brown) 55.
 Ekzem, Behandlung (Mayer) 677.
 — chronisches, Staphylokokken (Veiel) 365.
 — plötzlicher Todesfall (Heubner) 366.
 Ekzema reflexum (Kinis) 677.
 — unguum localisatum (Poor) 677.
 Ekzematoide Ausschlag der Lippengegend (Stelwagon) 405.
 Ekzemtod (Feer) 490.

 Elastinfärbung (Huie) 595.
 Elastinfarbstoff (Pappenheim) 134.
 Elektrolyse 147.
 Elephantiasis (Dery) 754.
 — nostras vulvaris (Sorrentino) 532.
 — vulvae, Beziehung der Tuberkulose zur (Jesionek) 291.
 Elephantiasische Verdickung (Hagertorn) 431.
 Empyroform 499.
 Enterokokkenurethritis (Dreyer) 396.
 Entzündungsprozesse und ihre Behandlung mit Alkoholverbänden, Eiakompressen (Schäffer) 579.
 Eosinophilie (Bayet) 164; (Wisecup) 177; (Verrotti) 412.
 Epidermitis tuberculosa (Frede) 292.
 Epidermoide (Klar) 429.
 Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner) 152; (Freeman) 585.
 Epididymitis (Gassmann) 450.
 — blennoerhoica (Sellei) 30; (Sprecher) 484; (Jordan) 589.
 — — Punktion (Böhm) 66.
 Epilepsie, kortikale (Sniker) 389.
 Epispadie (Ries) 735; (Katsenstein) 762.
 Epithelcysten (Klar) 429.
 Epithelerkrankungen und Epithelioma (Wasielewski) 750.
 Epitheliom, Behandlung 526.
 Epitheliom der behaarten Haut (Audry) 40.
 — und Syphilom (Audry) 40.
 Epithelioma adenoides cysticum 667.
 — contagiosum (Bollinger-Neisser) (Marullo) 480.
 — mollusum (Virchow) 430.
 — vegetans und Radiotherapie (Béclère) 407.
 Epitheliome (Mibelli) 315; (Kreibich) 667.
 Epithol 113. 493.
 Erbsyphilis und Nervensystem (Bresler) 456.
 Erfrierung (Hardaway) 186.
 Erysipel (Krause) 422; (Bragagnolo) 683.
 — Anästhesiebehandlung (Henius) 118.
 — Behandlung (Jaja) 284.
 Erysipelas contra Nephritis (Nyrop) 423.
 Erysipeloid (Gilchrist) 586.
 Erythem, tertiäres (Emery, Druelle und Umbert) 357.
 Erythema exsudativum multiforme (Blair) 178; (Reiss) 448; (Jordan) 664.
 — induratum (Polland) 276.
 — Bazin 681.
 — nodosum (Kinis) 277.
 — perstans (Saalfeld) 147.
 — scarlatiniforme (Hamilton) 420.
 — — recurrents (Uno) 180.
 — syphiliticum haemorrhagicum (Pasin) 173.
 Erythematoöser Ausschlag (Weiss) 366.
 Erythemgruppe der Dermatosen (Osler) 98

- Erythème induré (Hartung und Alexander) 588.**
Erytheme, toxische (Schamberg) 669; (Alexander) 689.
Erythromelalgie (Kelly) 188.
Erythromelie (Lesser) 90. 782; (Grouven) 222.
Eucalyptusdermatitis (Galewsky) 582.
Euguform 494.
Euguformum solubile (Joseph) 118.
Euterentzündung, Bakterienbefunde (Steiger) 362.
Exantheme, Prophylaxe (Elgart) 233.
Exstirpationsfeder (Dreuw) 208.
Exostose der Wirbelsäule 168.
 — subunguale (Savariaud) 432.
Extractum Fichi-Fichi (Schuftan) 779.
Extr. folior. uvae urs. huid. 114.
- Facialisparalyse, syphilitische (Bénaky) 311.**
Fadenalgen (van der Loeff) 281.
Färbung schwer färbbarer Bakterien (Zieler) 95.
Fangoapplikation bei blennorrhöischen Gelenkerkrankungen (Schuppenhauer) 67.
Favus (Reiss) 448.
Favuspilz und Formalin (Bogrow und Scharkevitch-Scharschinsky) 31.
Febbris blennorrhöica acutissima (Blindreich) 483.
 — bullosa (Rachmaninow) 368.
Fersenschmerz der Blennorrhöekranken (Nobl) 67.
Fetron purissimum (Kulka) 555.
Fetronsalbe (Liebreich) 118; (Saalfeld) 554.
Fibromata mollusca (Pinkus) 147.
Fibromyoma telangiectodes (Migliorini) 411.
Finsen-Denkmal 708.
Finsen-Lichtbehandlung (Stewart) 104.
Fissura ani (Katzenstein) 184.
Fluor albus (Fraenkel) 65.
Folliclis (Alexander) 681.
Folliculitis blennorrhöica urethrae 533.
 — crustosa atrophicans (Wechselmann) 91.
 — decalvans (Wechselmann) 91.
 — exulcerans serpiginea nasi (Brandweiner) 392.
Fomitin (Rosenbaum) 556.
Formaldehyd in der Dermatologie (Ravogli) 343.
Formalinonychien (Galewsky) 583.
Framboesia (Sommer) 684.
 — oder Boubas (Sommer) 520; (Samberger) 586.
Freilichtbehandlung (Maas) 104.
Freyers Methode (Barling) 473.
- Freyersche Methode (Jarvis und Proust) 52.**
Frostbeulen (Alexander) 149; (Lentz) 186.
Fruchtbarkeit der Frau (Gache) 789.
Fürsorgeerziehung und Prostitutionsbekämpfung (Schiller) 154. 156.
Funkenlichtbestrahlung (Piffard) 341.
Furunkel, unblutige Behandlung (Sembritzki) 748.
- Galvanodepilation (Galiani) 461.**
Gänsehaut (Solger) 783.
Gangrän, gasbildende (Jacobelli) 424.
 — bei Scharlach (Netz) 565.
Gashaltige Bäder (Senator und Frankenhäuser) 553.
Gasphlegmone (Kamen) 423.
Gehirn und Syphilis (Hirschl) 610.
Gelenkerkrankungen bei Psoriasis (Menzel) 223.
 — blennorrhöische (Schuppenhauer) 67; (Gini) 67; (Weiss) 484.
Genitalsystem, Defekt (Kleinwächter) 59.
Geschlechtskrankheiten (Lobedank) 595.
 — Bekämpfung (Fournier) 543; (Kromayer) 572.
 — in den französischen Kolonien (Jullien) 349.
 — Verhütung (Heidingsfeld) 490.
Geschlechtstriebanomalien (Arnemann) 462.
Geschwülste, pigmentierte (Migliorini) 746.
Geschwüre, Lokalbehandlung (Palmer) 101.
Geschwulstzellen und intensives Licht (Jensen und Jansen) 399.
Gesichtserysipel (Robin) 423.
Gewerbedermatose bei Glasmachern (Stein) 680.
Gichtische Hauterkrankungen (Eddowes) 520.
Gigantismus, pathologischer (Huldovernig und Pétzy) 754.
Gingivitis (Borzecki) 448.
Glandulae praeputialis oder odoriferae (Keith und Shillitoe) 98.
Glashaut des menschlichen Haarbalges (Stöhr) 92.
Glimmlicht, elektrisches bei Blennorrhoe (Strebel) 389.
Glimmlichtbehandlung der Blennorrhoe (Strebel) 668.
Glycerin und Lymphe (Levy) 287.
Glykosal 114.
Glykosurie bei Scharlach (Sahannat) 565.
Gomenol bei tuberkulöser Cystitis (Duhot) 46.

- Gonokokkenfärbung** (Leszcynski) 538.
Gonokokkenmetastasen (Mc Colgan und Cooper) 488.
Gonokokkensepsis (Krause) 484.
Gonokokken, Variabilität (Schanz) 60.
Gonorol (D'Amato) 176.
 — bei *Cystitis blennorrhagica* (Vignolo-Lutati) 745.
Gonorrhoe, Abortivbehandlung (Engelbreth) 78.
Gonosan (Schmidt) 487. 494; (Friedländer) 118.
Granulafärbung (Arnold) 95.
Granulierende Hautwunden (Neisser) 101.
Granulosis rubra nasi (MacLeod) 351; (Pinkus) 590; (Bäumer) 592.
Großflecken (Plachte) 236.
Grubysche Krankheit (Wagner) 101.
Guineawurm (Kemp) 460.
- Haarausfall** (Caro) 153; (De Smeth) 165; (Lewitt) 395; (McDonnell) 757.
Haare und Haarschwund (Schiele) 490.
Haarpflege (Pohl) 552.
Haarpigment (Spiegler) 486.
Haemangio-Endothelioma (Hartzell) 594.
Hämaturie, renale (Lewitt) 395.
 — bei *Barlowscher Krankheit* (Neter) 563.
 — bei *Katheterisierung* (Grelinski) 674.
 — nach *Rhabarbergenuss* (Schulthess) 57.
Hämoglobinurie nach Kalomel (Cardanatis) 57.
 — *paroxysmale* (Mattiolo und Tedeschi) 479.
 — *toxämische* (Djatschenko) 480.
Hämophile Bazillen bei Masern (Giarré und Picchi) 239.
Hämorrhoidalbeschwerden und Fomitin (Rosenbaum) 556.
Hämorrhoidenblasenentzündungen (Mesnard) 42.
Hansenscher Bacillus (Piazza) 597.
Harn, grüner (Cooper) 477.
 — bei *Beri-Beri* (Durham) 476.
 — *Nachweis des Quecksilbers im* (Oppenheim) 54.
Harnabszesse (de Smeth) 165.
Harnblase, epidurale Injektion. (Preindlberger) 41.
 — *intraperitoneale Ruptur* (Dambin und Papin) 347.
 — *Tuberkulose* (Johnson) 470.
Harnzylinder (Padoa) 53. 477.
Harnentleerung (Lucke) 154.
Harnleiter s. Ureter.
 — *Verlegung durch Narben* (Robinson) 177.
Harnretention (Hartmann) 161; (Valentine und Townsend) 476.
- Harnröhre s. Urethra.**
 — *Kapazität* (Biberstein) 733; (Guttman) 763.
Harnröhrenausflüsse, spontane (Carle) 525.
Harnröhrendivertikel, perineale (Lessing) 540; (Carle) 525.
Harnröhrensteine (Metcalfe) 763.
Harnröhrenstriktur (Keyes) 465; (Abell) 465.
Harnröhrenstrikturen (Selhorst) 582.
 — *syphilitische* (Adrian) 735.
Harnröhrenverengung s. Striktur.
 — (*Malengraux*) 41.
 — *beim Weibe* (Johnson) 467.
Harnstein, Radiographie (Béclère) 54.
Harnsteine, eingesackte (Englisch) 153.
Harntrakt, Tuberkulose (Fenwick) 462.
Harnwege, Erkrankung, und Methylenblau (Fischer) 463.
Haut, Absorptionsvermögen (Schwenkenbecher) 488.
 — *Infiltrate an der* (Möller) 268.
 — *Kosmetische Fehler der* (Hirschberg) 490.
 — *und innere Krankheiten* (Ledermann) 491.
 — *Besorptionsvermögen* (Gundorow) 39.
Haut- und Nierentätigkeit (Bendix) 97.
Hautabschilferung bei Abdominaltyphus (Riesmann) 99.
Hautaffektionen und Stoffwechsellanomalien (von Noorden) 521.
 — *Gichtische* (Eddowes) 520.
Hautatrophie (Alexander) 31.
Hautcarcinom (Möller) 268.
 — *und X-Strahlen* (Leredde) 454.
Hautdiphtherie (Adler) 682.
Hautepitheliome (Kreibich) 667.
Hauternährung und Muskelfunktion (Halpern) 589.
Hautgangrän (Latti) 189; (Brandweiner) 241; (Afzelius) 267.
 — *akute multiple* (Dinkler) 393.
 — *multiple neurotische* (Ledermann) 91.
 — *neurotische* (Kreibich) 505.
Hauthorn (Philip) 623.
Hautkrankheiten, Atlas (Jacobi) 544.
 — *Bäder und Klima bei* (Hinsdale) 345.
 — *Behandlung* (Ammon) 177; (Waugh) 178.
 — *Handbuch der* (Mraček) 417.
 — *Hausmittel* (White) 406.
 — *Lichtbehandlung* (Forchhammer) 518.
 — *neue Auffassung* (Blaschko) 742.
 — *seltene Fälle* (La Mensa) 534.
 — *Spezifität* (Hallopeau) 674.
 — *systematisierte* (Dekeyser) 164.
 — *und Bakterien* (Whitfield) 586.
 — *und periphere Nervenreizung* (Meeschen) 581.
Hautkrebs und Röntgenstrahlen (Leredde) 740.
Hautleiden kleiner Kinder (Jessner) 545

- Hautleiden im Säuglingsalter (Neter und Roeder) 545.
 — innere Behandlung (Jessner) 546.
 — Radiumbromid bei (Strassmann) 539; (Davidson) 549.
 Hautmyome, multiple (Hardaway) 406.
 Hautreize und Psoriasis-effloreszenzen (Verrotti) 420.
 Hautschwellung (Koerber) 560.
 Hautsymptome der Leukämie (Nicolau) 541.
 Hautsyphilide (Finger) 613.
 Hautteleangiectasien (Weber) 459.
 Hauttemperatur und thermetische Applikationen (Sommer) 94.
 Hauttransplantation (Haberer) 552.
 Hauttuberkulose, akneartige Form (Bettmann) 599.
 — des Penis (Bloch) 599.
 — (Pick) 342.
 Hautüberpflanzung (Clarke) 102.
 Hautveränderungen bei Nierenkranken (Jordan) 637.
 — bei Röntgenbestrahlung (Freund und Oppenheim) 563.
 Hefekur (Hedrick) 119.
 Hefepreparate (Krause) 120.
 Heilkunde bei den alten Deutschen (Markuse) 96.
 Heißluftapparat (Cedercreutz) 100.
 Helmitol 494.
 — (Gilbert) 118; (Müller) 118.
 — bei Cystitis (Kelemen) 469.
 — als Harndesinficiens (Schütze) 556.
 Hepatitis, diffuse (Sireday und Lemaire) 169.
 Hereditär oder kongenital (Solger) 228.
 Heredosophilis des Nervensystems (Ingerlans) 609.
 Herphenyl 114.
 Heroin als Anaphrodisiacum (Becker) 46.
 Heroinum hydrochloricum 114. 494.
 Herpes tonsurans s. Trichophytie.
 — — Epidemie (Bund) 364; (Räuber) 364.
 — Diagnose (Fabre) 565.
 — rezidivierender (Hill) 564.
 — zoster (Pick) 564.
 Herpetische Eruptionen (Schmidt) 225.
 Hetralin als Harnantiseptikum (Lohnstein) 556.
 Hexamethylentetramin 497.
 Hg-Paraffinembolien (Voss) 275.
 Hydrocystom und Granulosis rubra nasi (Pinkus) 592.
 Hirsinsyphilis, operative Behandlung (Bayerthal) 307.
 Historische Streifzüge (Cohn) 88.
 Hoden, Nicht herabgestiegener (Pilcher) 471.
 — Lageveränderung (Wanser) 471.
 — Retention (Bevan) 47.
 Hodenentartung (Cavazzani) 472.
 Hodenentzündung (Benoit) 162.
 Hodentuberkulose (Bissel) 472.
 — Kastration bei (Cumston) 766.
 Hodenveränderung nach Röntgenbestrahlung (Friebe) 47.
 Hyaline Körperchen (Pasini) 125.
 Hydrargyrum amidato-bichloratum 495.
 — anilinicum (Fedschenko) 361.
 — benzoicum oxydatum 115.
 — colloidal 115.
 — cyanatum 495.
 — jodokakodylicum 112. 491.
 — kakodylicum 491.
 — lacticum oxydatum 115.
 — sulfuricum aethylen 495.
 Hydrocele funiculi bilocularis (Wettergren) 48.
 — und Umstülpung der Tunica vaginalis (Duhot) 48.
 Hydrometer (Saxe) 55.
 Hydronephrose (Dzirne) 29.
 Hyperämie (Wingrave) 182.
 — bei blennorrhoidischen Gelenkaffektionen (Beckmann) 268.
 Hyperkeratosis circumpilaris (Audry) 407.
 — palmar manus et plantae pedis congenita (Reiss) 448.
 Hypernephroma (Lilienthal) 345.
 Hyperpyrexie bei Masern (Stokes) 239.
 Hypersekretion (Loefer) 124.
 Hypertrichosis (Galiani) 461.
 — sacralis (Schein) 535.
 Hyponomoderma [Kaposi] (Stelwagon) 406.
 Hypothermie (Rosenbach) 559.
 Hysterische cutane Symptome (Savill) 98.
 Ichthargan bei Blennorrhoe (Glickmann) 72; (Kornfeld) 72.
 Ichthoform (Burnet) 556.
 Ichthyol bei Mykosis fungoides (Hodara) 543.
 Ichthyolverbindungen, Therapeutik (Burnet) 119.
 Ichthyosis und Syphilis (Audry) 407.
 — serpentina universalis (Reiss) 448.
 Icterus gravis (Sireday und Lemaire) 169.
 Impetigines (Honcamp) 780.
 Impetigo circinata (Adamson) 33; (Möller) 271.
 Impfcarcinom (Petersen) 225.
 Impferfolg bei Wiederimpfungen (Meder) 570.
 Impfgesetz in Frankreich (Kelsch) 281.
 — in den Niederlanden 286.
 Impfschutzverband (Voigt) 288; (Hagemann) 288.
 Impfung s. Vaccination.
 — in Bayern (Stumpf) 287.
 — in Bosnien (Kobler) 286.

- Impfung, moderne Methoden (Copeman) 285.
 — Technik (Eyff) 571; (Wodtke) 571.
 Impfverhältnisse in Algier (Ménard) 290.
 Impotentia virilis (Hellmer) 46; (Jakobsohn) 471.
 Impotenz (Gordon) 666.
 Induktionsfunkenlicht bei Blennorrhoe (Strebel) 389.
 Infektion als Morgengabe (Schallmeyer) 389.
 Infektionskrankheiten, bakterielle, der Haut (Scholtz) 97.
 Infiltrate an der Haut (Möller) 268.
 Initialaklerose an der Lippe (Vellacott) 301; (Hill) 301.
 — am inneren Canthus (Snell) 301.
 Injektionen, epidurale (Strauss) 100.
 — intramuskuläre (Grosz) 588.
 Injektionspritze, Sterilhaltung (Ledermann) 572.
 Inkubationsperiode der Infektionskrankheiten (Genersich) 234.
 Insolation bei Wundbehandlung (Bernhard) 100.
 Intertrigo 420.
 Intracellularbrücken der Wurzelscheide (Stöhr) 93.
 Irrigatorflasche, sterilisierbare (Strauss) 780.
 Itrol 113.
 Ixodidae (Neumann) 460.
 Jacksons Epilepsie (Sniker) 389.
 Jodexanthem und Variolausschlag (Hynes) 186.
 Jodipin 495.
 — (Fränkl) 557.
 — bei Syphilis (Serra) 361.
 — bei Rheumatismus blennorrhoeicus (Schuster) 543.
 Jodkalium und Quecksilber (Robbins) 344.
 Jodöl bei Syphilis (Barthélemy und Lévy-Bing) 229.
 Jodöle (Latan) 166.
 Jodophen 115.
 Jodpräparat, nicht toxisches (Wingrave) 556.
 Jodpräparate und Kalomel (Pelagatti) 745.
 Jodyloform 115.
 Jucken (Bronson) 459.)
 Jucken s. Pruritus.

Kakodylinjektion bei Psoriasis (Klinger) 420.
 Kaliumpermanganat 495.
 Kaliumpermanganat-Spülungen bei Blennorrhoe (Duhot) 70.
 Kalomel und Jodpräparate (Pelagatti) 745; (Albrand) 672.
 Karbolsäure (Nagelschmidt) 119.
 Kastanol und Kastanölseifen (Dommer) 554.
 Kastration (Thorburn) 48.
 — bei Hodentuberkulose (Cumston) 76.
 Kataphorese-Elektrode (Strauss) 32.
 Katheterisieren, aseptisches (Krotoszyner) 760.
 Katheterisierung eines Ureters (Rafin) 161.
 Kathodenstrahlen statt Röntgenstrahlen (Strebel) 580. 667.
 Keloïdbildung nach Vaccination (Rentaoul) 430.
 Keramineife (Unna) 79.
 Keratitis interstitialis (Snell) 301.
 Kératose pileaire engainante (Audry) 407.
 Keratosis follicularis rubra (Buschke) 664.
 — palmaris artificiales (Matzenauer und Brandweiner) 680.
 Kerion (Bargum) 84.
 Kindersterblichkeit (Wyss) 362.
 Klamotocyten und Mastzellen (Schreiber) 94.
 Klinik von Palermo (Profeta) 175.
 — in Tokio (Dohi und Kuritu) 179.
 Knäueldrüsen, Carcinom (Lusena) 42.
 Körperpflege bei den alten Deutschen
 Kohlensäurebäder (Senator und Fankenhäuser) 553.
 Kohlentee (Hartzell) 122; (Blaschko) 91.
 Kokain (Braun) 500.
 Kolkulaukaustik und Suprarenin (Dreuw) 764.
 Kollmanns Urethrotom (Mundorff) 346.
 Kolliquative Blasen (Kreibich) 30.
 Kongress, internationaler medizinischer 812.
 Konjunktivitis metastatische, bei Blennorrhoe (Dreuw) 764.
 Konkreme, phosphorsaure und kohlen-saure (Wildbolz) 389; (Darier) 419.
 Kopfkrankheiten, artefizielle (Blaschko) 91.
 Kopliksche Flecke (Müller) 280.
 (Markuse) 96.
 Korsettenkrebs (Lucas) 751; (Sym) 776.
 — (Spiegler) 498; (Bahn) 554.
 Kosmetik der Haut (Dreysel) 99.
 Kosmetische Fehler der Haut (Hirschberg) 490.
 Krankheiten und Ehe (Senator und Kaminer) 230.
 Krebs und Syphilis und Leukoplakie (Darier) 419.
 — der Mundschleimhaut (Audry) 407.
 Krebseschlüssen (Unna) 813.
 Kryptorchismus (Pilcher) 471.
 Kuhpockenlymphe, Immunsorum (Freyer) 570; (Etshevery) 542.

- Lävulosurie** (Labaud) 480.
Larva migrans [Crocker] (Stelwagon) 405.
 Leberschwellung geheilt durch Quecksilber (Lipman) 306.
Lenigallol 115.
Lentigo, einseitige (McKelway) 458.
 — (Neisser) 513.
 — (Noël) 593.
 — anaesthetica (Jeanselme und Nonne) 517; (Piazza) 597.
Lepra auf den dänischen Antillen (Ehlers) 27.
 — auf den Hawai-Inseln (Daland) 290.
 — Bakteriologie (Hübner) 278.
 — in der Provinz Sohantung (Pötter) 290.
 — in Moakau (Samgin) 598.
 — in Niederland (Da Costa) 597.
 — kalyische (Pautrier) 742.
 — maculo-anaesthetica (Sederholm) 273.
 — mutilans (Démétride) 590.
 — nodosa (Zenoni) 172.
 — Prophylaxe (Dyer) 289.
 — und Chaulmoograöl (Roca und Tourtoulin) 525; (Kupfer) 598.
 — und Fischgenufs (Casalis) 290.
 — und Oleum gynocardiae (Talwik) 291.
Lepraempfindungen bei Tieren (Kedrowski) 288.
Lepröse, Beschäftigung (Koppel) 290.
Leukämie, Hautsymptome (Nicolau) 541.
 — (Pelagatti) 369. 433.
Leukoderma syphiliticum (Thibierge) 614.
Leukokeratosis buccalis (Freemann) 584.
Leukomelanodermie, syphilitische (Pautrier) 742.
Leukonychia striata arsenicalis transversus (Aldrich) 564.
Leukoplakia oris (Viau) 421.
 — lingualis (Gaucher) 419; (Darier) 419.
Leukoplakie und Syphilis (Lublinski) 615.
Leukoplasia linguae (Gaucher) 175.
Lévrargyrie (Jullien) 557.
Levuretin (Hedrich) 119.
Libido sexualis (Alexander) 737.
Lichen atrophicus (Wechselmann) 535.
 — corné hypertrophique (Möller) 269.
 — planus (Emery, Druelle und Umberto) 408; (Trémolières) 425; (Pinke) 663; (Friedländer) 664.
 — — pemphigoides (Engman) 34.
 — — und Arsenik (Radaeli) 37.
 — ruber pemphigoides (Finger) 425.
 — simplex (Leredde) 170.
Lichenifikation (Leredde) 169.
 — der Gesichtshaut (Pautrier) 352.
Licht und Geschwulstzellen, Intensives (Jensen und Jansen) 399.
Licht, Einfluss auf den Menschen (Stewart) 104.
 — physiologische Wirkungen (Jensen) 102.
Lichtbehandlung nach Dreyer (Neisser und Halberstaedter) 108.
Lichteinfluss auf Haut (Bogrow) 278; (Weber) 303.
Lichttherapie, Fortschritte (Martial) 350; (Scholtz) 547.
Lichttherapie (Hollstein) 91; (Strebel) 106; (Jesionek) 498; (Reschetillo) 665.
Lipijodol 229.
Lipomatose (Köhler) 240.
Litholapaxie (Hooton) 470.
Lohnsteinscher Gärungssaccharimeter (Demant) 58.
Lues hereditaria tarda (Borzecki) 448.
Luetisch s. Syphilitisch.
Lufturethroskop (Wasserthal) 449.
Lungensyphilis (Veress) 616.
Lupus (Lesser) 732.
Lupus, Ätiologie (Jacob) 292.
Lupusbehandlung (Sequeira) 535.
 — Behandlung durch Funkenströme (Strebel) 293.
 — des Ellenbogens (Mayer) 663.
 — des Gefäßes (Hollstein) 91.
 — erythematosa (Audry) 40; (Mayer) 147; (Sederholm) 272; (Polland) 276; (Frede) 292.
 — Lichtbehandlung (Lesser) 293.
 — nach Tuberkulinbehandlung (Pielicke) 600.
 — nodularis serpiginosa (Möller) 269.
 — pernicio (Kreibich) 391.
 — tumidus (Reifs) 448.
 — tumorbildender (Lesser) 90.
 — und Carcinom (Wechselmann) 147.
 — vulgaris (Morris) 513.
 — — Lichtbehandlung (Wanscher) 397.
 — — nach Masern (Adamsen) 595.
 — — und Dermolampe (Schiff) 600.
 — — und Finsensche Phototherapie (Carle) 601; (François) 601.
 — — und Röntgenstrahlen (Freund) 600.
 — — und Tuberkulin (Little) 451.
 — — ulceröser (Pautrier) 292.
Lygosinin Chinin (v. Török) 119.
Lymph- und Blutgefäße bei Syphilis (Ravogli) 358.
Lymphbehälter, Schutz (Hagemann) 288.
Lympe und Glycerin (Levy) 287.
Lysol, Lysoform (Nagelachmidt) 119.
Madurafufs (Oppenheim) 531; (Sommer und Greco) 684.
Magnesiumsalze bei Warzen (Sniker) 389; (Hall) 403.

- Mal perforans** bei einer Frau (Rodier) und Capdepont) 37.
Mammuthaut (Petersen) 520.
Marasmus, infantiler (Potter) 124.
Masern s. Morbillen.
 — (Variot) 565.
 — bei Erwachsenen (Burgess) 239.
 — Beobachtungen über Diazoreaktion und Fieber bei (Müller) 230.
 — Invasionsstadium (Marsden) 239; (Smith) 239.
 — und Schleimhautexanthem (Rüdel) 566.
Masernconjunctivitis (Schottelius) 566.
Mastzellen, Genese (Heller) 94.
Medizinal-Kalender 747.
Medizinmengen, Wert (Prokhoroff) 230.
Megalerythema epidemicum (Plachte) 235.
Melanodermie (Raynaud) 38.
Meningitis syphilitica (Bertolotti) 610.
Meningo-Encephalitis,luetische (Sniker) 389.
 — bei Erkrankung der Harnwege (Fischer) 463.
Menstrualblut und Quecksilber (Nikolsky) 354.
Menstruationsstörungen und Fomitin (Rosenbaum) 556.
Mesotan (Tausig) 121.
Mesotanbehandlung (Niedner) 557.
Metaarsensäureanilid (Atoxy) 113.
Methylenblau 496.
Mikrosporie (Baraum) 84; (Weil) 121; (Tausig) 121.
Mikrosporon der Katze (Lefebvre) 164.
Milzbrandkarbunkel der Rachenschleimhaut (Jahn) 424.
Milzvergrößerung bei hereditärer Syphilis (Duhot) 299.
Molluscum contagiosum (Marullo) 430.
Morbillen, *Lupus vulgaris* nach (Adams) 595.
Morbillen ohne Fieber (Gerlőczy) 279.
Morbus maculosus Werlhofii (Hochheimer) 184.
 — Werlhofii (Benedetti) 563.
Mosersches polyvalentes Scharlach-Streptokokkenserum (Bókay) 238.
Mount-Sinai-Hospital (Lilienthal) 461.
Mücken- und Insektenstiche (Shoemaker) 178.
Mumifikation, Ursachen (Biondi) 98.
Mundhöhlenerkrankungen und Dermatosen (Joseph) 490.
Mundschleimhautentzündung (Blair) 178.
Mycetoma pedis 531.
Myiasis cutanea tropica (Adams) 460.
Mykosis fungoides (Saalfeld) 147; (Sederholm) 269; (Pelagatti) 369. 438; (Greig) 402; (Reid) 421; (Ullmann) 631; (Krasnoglasow) 731.
 — — Ichthyol bei (Hodara) 543.
Nabelstrang, Anatomie bei Syphilis (Franceschini) 352.
Naevi, weiche (Migliorini) 388. 746.
 — syringoadenomatosi (Wolters) 227.
Naevus pilosus verrucosus (Aronheim) 432.
 — systematisatus (Batut) 350.
Nafalan 496.
Naftalan (Saalfeld) 121.
Narbenkeloid (Ravogli) 752.
Natrium salicylicum (Knecht) 761.
 — kakodylicum 491.
Nebenhoden, Tuberkulose (Dalous und Constantin) 672.
Nebenhodentzündung (MacGowan) 347.
 — blennorrhische (Ullmann) 521.
Nephritis und Haematurie 395.
 — heredo-syphilitica (Cassel) 609.
Nephrolithiasis (Dzirne) 29.
Nervenschwäche, geschlechtliche (Morrow) 346.
Neuritis optica (Jullien) 407.
Neurodermitiden (Leredde) 169.
Neurofibrom und Elephantiasis (Déry) 754.
Neurofibromatose (Spitzmüller) 430.
Neu-Urotropin 497.
Nierenausschaltung (Gayet und Cavailon) 348.
Nierenkranke und Hautveränderungen (Jordan) 637.
Nierentuberkulose (Kapsammer) 761.
Noma, Ätiologie (Longo) 683; (Ravenna) 683.
 — Heilung mit rotem Licht (Motschan) 683.
Nosocomialgangrän (Róna) 551.
Oberhaut-Anatomie (Bering) 210.
Ocelli praesputiales 93.
Ödem, angioneurotisches (Corrin) 561.
 — des Handrückens (Cheinisse) 124.
 — hartes traumatisches (Grünbaum) 181.
 — malignes (Lotheissen) 561.
 — seltenere Lokalisationen (Quincke und Gross) 182.
 — urticariales (Löwenheim) 182.
Oedema bei infantilem Marasmus (Potter) 124.
Ödeme und lymphatische Hypersekretion (Loeper) 124.
Ohrfurunkulose (Haug) 685.
Onychien durch Formalin entstanden (Galewsky) 583.
Onychomykosis trichophytina (Neuberger) 400.
 — blastomycetica (Dübendorfer) 337.
Operationsfeder (Dreuw) 208.
Ophthalmoblennorrhoe neonatorum (Dauber) 70.

- Orchio-Epididymitis, blennorrhagische (Sorrentino) 745.
Orchitis fibrosa (Brohl) 467; (Lesser) 471.
— idiopathische (Michelson) 92.
— nach Influenza (Romme) 47.
Osmoregulator (Lebon) 740.
Os penis im Röntgenbild (Brohl) 467.
Oxygengas bei Cystoskopie (Faulds) 463.
Ozaena (Frattali) 413.
- Pagets Krankheit (Sederholm) 273; (Jungmann und Pollitzer) 274.
Papeln im Gesicht (Möller) 271.
Papilloma der Fußsohle (Berry) 33.
Parafinplastiken bei Gesichtedeformitäten und Gaumendefekten (Eckstein) 525.
Paralyse juvenile (Skoczynski) 292.
Paralysis progressiva, Pathologie (Schaeffer) 305.
Parasyphilitische Affektionen (Simonelli) 359.
Pathologie der Haut (Heller) 526.
Pelade (Chatin und Trémolières) 747.
Pellagra (Verotti) 183.
— acutus (Rachmaninow) 368; (Lesser) 732.
— Pemphigus analoge Dermatose (Krzyształowicz) 170.
— foliaceus (Fabry) 221; (Möller) 269.
Pempfigusfrage (Prissmann) 368.
— Pathologie (Stokes) 282.
— Hansenscher Bacillus beim hämorrhagischen (Piazza) 597.
— Infektiöser (Bowen) 341.
— neonatorum (Ballin) 681.
— Streptokokkeninvasion bei (Campana) 413.
— vegetans (Duckworth) 402; (Pernet) 585.
— vulgaris (Verrotti) 412; (Isaak) 663.
Penis-Skrotumfisteln der Urethra (Guyon) 464.
Penissuspensorium (Bernstein) 467.
Pentosurie (Bial) 480.
Perineum, Muskeln (Hogge) 409. 670.
Periurethraler Abscess (Giannettasio) 464.
Periurethritis (Bloch) 599.
Phlebektasie (Fischer) 221.
Phlebitis (Buschke) 587.
— blennorrhoeica (Heller) 485; (Sasserath) 485; (Palm) 736.
— der linken Vena cephalica (Wechselmann) 663.
Phimosenbehandlung (Orlipski) 464.
Phosphatsteine der Blase (Guiard) 408.
Photographie, endourethrale (Kollmann) 153.
Photokautik (Strebel) 581.
Phototherapie (Jamieson) 100.
- Phototherapie und praktischer Arzt 175.
Physiologie, Handbuch (Nagel) 747.
Pian (Sommer) 684.
Pied blennorrhagique 67.
— de Mercure (Boissard) 169.
Piedra nostra (Lombardo) 411.
Pigmentation bei Negerinnen (Morrison) 458.
Pigmente in Substanz (Spiegler) 521.
Pigmentnaevus (Pinkus) 147.
Pigmentsyphilide (Thibiërge) 614.
Pinta Paña Blanco (Woolley) 670.
Pita 362.
Pityriasis (Audry) 39.
— rosea (Weiss) 366; (Lanz) 366.
Plaques muqueuses (Gaucher) 168.
Plasmazellen (Ehrlich) 488.
Plautsche Angina (Uffenheimer) 748.
Pocken (Schamberg) 520.
Pocken s. Variola.
— Behandlung (Brayton) 284.
Pockenälchen (van der Loeff) 281.
Pockenbehandlung und rotes Licht (Niels R. Finsen) 284.
Pollutionsartige Vorgänge (Bernhard) 59.
Porokeratosis Mibelli (Heidingsfeld) 526; (Kahm) 567.
Präputium, Tuberkulose (Dalous und Constantin) 672.
— Anatomie (Delbanco) 653. 687.
Priapismus (von Broich) 220.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Primeldermatitis (Hoffmann) 91.
Primula obconica (Model) 184.
Profetasches Gesetz (v. Düring) 298.
Prostataatrophie (Bryan) 177.
Prostata, Blutungen (Motz und Suarez) 158.
Prostatacarcinom (Pousson) 349; (Fürstenheim) 772.
Prostatachirurgie (Banks) 473.
Prostata, Entfernung und hoher Blasen-schnitt (zum Busch) 770.
Prostata-Excochleatio (Biedel) 52; (Moulin) 50.
Prostatahypertrophie (Jones) 50; (Meyer) 345; (Barling) 473; (Sheldon) 473.
— Operation (Meyer) 734; (Deaver) 768.
— senile (Horwitz) 769.
— Sondenbehandlung (Strauss) 737; (Goodfellow) 771.
— und Blennorrhoe (Keyes) 768.
Prostatakrisis (Friend) 473.
Prostatamassage (Negrete) 49; (Goldschmidt) 50; (Peterkin) 65.
Prostataresektion, intrakapsuläre (Rydygier) 51.
Prostata, Totalausschälung (Freyer) 772.
Prostata, Totalexstirpation (Newbolt) 51.
Prostata und Mastdarmerkrankungen (Martin) 49.

- Prostata vibrator (Kornfeld) 28. 49.
 Prostatektomie (Abell) 51; (Young) 51;
 (Jarvis und Proust) 52; (Walker)
 474; (Lydston) 474; (Rafin) 475;
 (Stoker) 476; (Murphy) 770.
 — konservative perineale (Young) 395.
 — mediale perineale (Goodfellow) 771.
 — perineale (Bako) 154.
 — suprapubische (Wiener) 771.
 Prostatektomieschnitt (Senn) 52.
 Prostatiker, Behandlung (Nicolich) 674.
 Prostatikern, Instillationen bei (Melun)
 50.
 Prostatitis (v. Notthafft) 224; (Jass-
 mann) 450.
 — blennorrhöische (Fletscher) 178.
 — infektiöse (Benoit) 162.
 — blennorrhöische (Foote) 767.
 — chronische (Layne) 66.
 Prostatotomia intrapubica (Heussner)
 475.
 Prostitution 339.
 — (Heidingsfeld) 490; (Hanauer)
 666.
 — in Paris (Butte) 163.
 Protargol bei blennorrhöischen Erkran-
 kungen (Orlow) 779.
 — 496.
 Protaktor 483.
 Proteine und Ödema (Potter) 124.
 Postsyphilitisches Merkmal (Nobl) 300.
 Prurigo (Leredde) 164; (Campana) 420;
 (Azuma) 746.
 Pseudodiphtheriebacillus (Macone) 489.
 Pruritus ani (Tuttle) 176; (Morris)
 585; (Cooke) 759.
 — nach Tabakgenuss (Bottstein) 577.
 — Säurebehandlung (Köhler) 240.
 Pseudohermaphroditismus (Pfister) 761.
 Pseudoleukämie (Nicolau) 541.
 Psoriasis 367.
 — arthropathische (Audry und Ancian)
 89.
 — Kakodylinjektionen bei (Klinger) 420.
 — rudimentäre (Benassi) 172.
 — und Hautreize (Verrotti) 420.
 — Therapie (Memelsdorf) 343.
 — vulgaris (Thimm) 1; (Köbner) 678.
 — — diffusa (Klinger) 420.
 Pubertätsalbuminurie (Pribram) 56. 478.
 Purpura und Antipyrin (Rudaux) 562.
 — fulminans (Leeber) 563.
 — haemorrhagica (Benedetti) 563.
 Pustula maligna (Serbanescu) 425.
 Pyelitis und Eiweißuntersuchung (Brown)
 56.
 Pyelonephritis und Wochenbett (Leguev)
 739.
 Pyonephrose (Dzirne) 29; (Rafin) 161.
 Quecksilber, Aktion auf Gewebe (Justus)
 390.
 — Leberschwellung geheilt durch (Lip-
 man) 306.
 — und Jodkalium (Robbins) 344.
 — und Menstrualblut (Nikolsky) 354.
 Quecksilberbehandlung, Reformen (Le-
 redde) 521.
 Quecksilberexanthem (Joseph) 733.
 Quecksilbernephritis (Swan) 122.
 Quecksilbersalben, Behandlung der Syphilis
 mit (Feldschenko) 621.
 Quinckesche Krankheit (Sträussler) 182.

Radiologie, Meßbestimmungen (Lebon)
 740.
**Radiotherapie und Hautkrankheiten (Be-
 lot) 37. 158.**
 — und Hautkrankheiten (Belot) 37.
 — (Lassar) 275. 548.
 — (Wathen) 344.
 — bei Alopecie (Sabouraud) 445.
Radium 496.
 — (Danne) 415.
 — Wirkung des (Fiocco) 410.
Radiumbromid bei Hautkrankheiten
 (Strassmann) 539; (Davidson) 549.
Radiumstrahlen und Carcinom der Mäse
 (Apolant) 750.
 — (Scholtz) 111; (Strebel) 580.
Radiumwirkung 549.
Reflexanurie (Kreps) 57.
 — (Augagneur) 745.
Reichsenhengesetz 337.
Reglementierung 339.
Rekonvaleszentenheime für Syphilitische
 (Stern) 156.
Rheumatismus blennorrhöisch und Jodipin
 (Schuster) 543.
Rhinophyma (Bogrow) 749; (Wende und
Bentz) 668.
Rhinophym (Unna) 425.
Rhodanausscheidung Syphilitischer 140.
Rindertuberkulose, Übertragung (Lassar)
170.
Ringworm (Beadles) 365.
Ritters Krankheit (Patek) 341.
Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten
 (Grön) 104.
 — bei Krebs u. Hautkrankheiten (Brant)
 551.
 — bei Lupus vulgaris (Freund) 600.
 — diagnostischer Wert (Leonard) 109.
 — Dosierung (Béolère) 39.
 — Kathodenstrahlen statt (Strebel) 580.
 — Schutzhülle (Levy-Dorn) 184.
 — und Cancroid (Levy-Dorn) 184.
 — und Hautveränderungen (Freund und
 Oppenheim) 563.

- Röntgentherapie (Grön) 104; (Görl) 108;
 (Schmidt) 414.
 — Grundlagen (Holzknecht) 549.
 Röntgenulcus am Kaninchen (Gafsmann)
 151.
 Rosacea 91.
 Roseola annularis (Welander) 267.
 Rupia tuberculosa (Bosellini) 410.
 Sabourauds Trichophytiebehandlung
 (Bunch) 404.
 Saccharomycotherapie 118.
 Salbe, gelbe (Schanz) 593.
 Salipyrinexanthem (Dittmar) 183.
 Saloreol (Siegmann) 557.
 Salze, thermische Wirkung (Franken-
 häuser) 553.
 Samenstrang, Torsion (Turne) 49.
 — — (Dalons und Constantin) 672;
 (Vanverts) 739.
 Samos disease 362.
 Sarcomacutis multiplex melanosum (Fokin)
 665.
 Sarkoide (Pawloff) 277.
 Sarkome, multiple (Thomas) 751.
 Scabies norvegica crustosa (De Amicis)
 676.
 — bei Kindern (Mery) 419.
 — Histologie (Volk) 588.
 Scarlatina maligna 565.
 Schanker, harter s. Initialsklerose.
 — — Therapie (Caro) 302.
 — — und weicher (Clarke) 302.
 — weicher s. Ulcus molle.
 — —, Bacillus des (Sowieski) 684.
 Schankerartige Gummata (Ganther) 167.
 Scharlach, experimentelle Übertragung
 (Grünbaum) 565.
 — mit Chylurie und Glykosurie (Sahan-
 nat) 565.
 — Serumtherapie (Heubner) 238.
 — und Gangrän (Netz) 565.
 — und Streptokokken (Jochmann) 236.
 Scharlachfieber (Baum) 237; (McClana-
 han) 237.
 — und Gewichtsveränderungen (Garnier
 und Sabaréanu) 237.
 Scharlachinfektion und Krankenhaus-
 behandlung (Lander) 237.
 Schleimhautaffektionen und Hautkrank-
 heiten (Fordyce) 451.
 Schleimhautexanthem der Masern (Rüdel)
 566.
 Schmerzgeilheit (Hammer) 737.
 Schuppenflechte (Jessner) 545; (Grün-
 baum) 565.
 Schutzpockenimpfung, Bericht (Voigt)
 568.
 Seborrhoe und schuppige Dermatosen
 (Brooke) 401.
 Schwarzfärbung des Penis nach Antipyrin
 (Malherbe) 408.
 Schwefelbäder, Einfluß auf Syphilitiker
 (Hefter) 279.
 Seborrhoea capitis 277.
 — nigricans (van Harlingen) 365.
 — oleosa 277.
 Seborrhoid und Pituriasis (Audry) 39.
 Seborrhoide (Sabouraud) 677.
 Sectio alta, modifizierte (Rochet und
 Ruotte) 348.
 Seebäder bei Hauterkrankungen (Abra-
 hams) 99.
 Seifen, bakterizide Wirkung (Konradi)
 563.
 — von Krankenheil (Rahn) 554.
 Sekundärsymptome bei schwangerer Frau
 (Chatin und Leuret) 167.
 Sensibilisierungsmethode (Martial) 350.
 Sexualhygiene (Alexander) 737.
 — und Alkohol (Lagner) 337.
 Sexuelle Aufklärung (Flachs) 489.
 — — in der Schule 338.
 Silberpräparate (Rudski) 487.
 — Wirkung auf Harnröhre (Lohnstein)
 539.
 Silbersalz bei Blennorrhoe (Purdy) 71.
 Simplexfiasche (Straufs) 70.
 Sittlichkeitsverbrechen (Arneemann) 462.
 Skarifikationsmesser (Möberg) 270.
 Sklerodermie (Lesser) 732; (Payot)
 759.
 — en bande (Reife) 448.
 Sklerose unter der Zunge (Hoffmann)
 663.
 Spermacyten des Nebenhodens (Pina-
 tälle und Duroux) 409.
 Spezifität in der Dermatologie (Halle-
 peau) 579.
 Spina bifida occulta (Schein) 535.
 Spiritusverbände (Kaiser) 552.
 Spülkatheter nach Dommer (Dommer)
 764.
 Staphylococcus albus (Paldrock) 337.
 Staphylokokkeninfektion bei Typhuskran-
 ken (Gosdall) 426.
 Steatocysten und Talgdrüsen (Bosellini)
 746.
 Steinbildungen in männlicher Harnröhre
 (Metcalf) 763.
 Steifstiel (Brugsch) 368.
 Stereognostischer Sinn, Verlust (Sniker)
 389.
 Sterilisation der Hände (Collins) 620.
 Stickoxydulanästhesie bei Prostataktomie
 (Wiener) 771.
 Stoffwechselanomalien und Hautaffektionen
 (von Noorden) 521.
 Stomatitis blennorrhoeica (Jürgens) 433.
 — ulcerosa (Többen) 427.
 Stovaine (De Lapersonne) 555; (von
 Noorden) 521.
 Strahlenbehandlung von Hautaffektionen
 (Ammon) 177.
 Streptokokkeninfektion (Hirsch) 235.

- Streptokokkeninvasion bei Pemphigus (Campana) 413.
- Striae cutis distensae (Köbner) 556. 703.
- patellares nach Typhus (Fischer) 458.
- Stricturea urethrae (Ortmann) 450.
- Strikturen, kongenitale (Löwenhardt) 582.
- Subcutin 497.
- Sublamin 495.
- Suggestivbehandlung bei perverser Sexualempfindung (Goodell) 177.
- Syphilid, frisches, papulöses (Lesser) 90.
- Syphiliden, pustulo-papulöse (Shillitoe) 404.
- scarlatiniformes (Gailleton) 614.
- Syphilis, Alter (Neumann) 513.
- Aortenaneurysma und (Ruge) 303.
- Bacillus (Paulsen) 523.
- Bakteriologie (Fouquet) 360.
- Barèges Wasser bei (Laroche) 355.
- Behandlung (Koehler) 619; (Joseph) 620; (Gailleton) 620.
- bei Affen (Neisser) 511.
- beim Schimpansen (Lassar) 603.
- bei Neugeborenen (Schwab u. Lévy-Bing) 299.
- Bekämpfung in Bosnien (Glück) 294.
- — im Bezirke Kosow (Doboszynski) 295.
- bulbär-spinale (Raymond) 608.
- der behaarten Kopfhaut (Finger) 606.
- der Cornea, experimentelle (Salmon) 356.
- der Europäer in den Tropen (Zur Verth) 604; (Chirivino) 608.
- der Kinder, Dieerworbene (Glück) 579.
- der Konjunktiva (Salmon) 356.
- der Lunge (Veress) 616.
- der Mundschleimhaut (Audry) 407.
- der Nase und des Rachens (Renner) 304; (Somers) 305.
- der Trachea und der Bronchien (Neumann) 304.
- der tropischen Indianer (Effertz) 605.
- des Hirns (Bayerthal) 307.
- des Kehlkopfes (Chauffard) 304.
- des Zentralnervensystems (Peter) 311.
- Diätetik (Müller) 528.
- Endemie (Brosius) 537.
- Ernährungsstörungen (Moog) 356.
- Erreger (Horand) 603.
- experimentelle (Metschnikoff und Roux) 295.
- extragenitale (Nobl) 602; (Schnabel) 602; (De la Roche) 603; (Romanowski) 603.
- Fehldiagnose (Nobl) 602.
- gummöse und papulöse (Grosz) 607.
- Heilserum Paulsen (Appel und Paulsen) 359; (Waelser).
- hereditaria (Ledermann) 662.
- — Anatomie des Nabelstranges bei (Franceschini) 352.
- Syphilis hereditaria, Behandlung der Kinder (Welder) 610.
- — der Säuglinge und unreife Früchte. Nephritis bei (Cassel) 609.
- — des Nervensystems (Ingerlons) 609.
- hereditäre (Welder) 267.
- hereditäre des Herzens (Fischer) 608.
- herpetiformis (Guilly) 169.
- Ichthyosis und (Audry) 407.
- im Lichterfelder Kreiskrankenhaus (Goldscheider) 300; 619.
- Immunität (Nagelschmidt) 546.
- Impfung an Affen (Pospelow) 732.
- Injektionstherapie (Deutsch) 360.
- Infektion durch Amme (Fournier) 601.
- in Nase und Rachen (Turner) 615.
- insontium (Romanowski) 608.
- Jodipinbehandlung (Serra) 361.
- kongenitale (Courier) 299.
- latente (De Dominicois) 606.
- Lymph- und Blutgefäße bei (Ravogli) 358.
- maligne (Weber) 732.
- merkurielle Behandlung (Heidingsfeld) 361.
- Okularsymptome (Reben) 306.
- Pathologie (Lesser) 147; 591.
- Präventivbehandlung (Leredde) 351. 620; (Danlos) 741.
- Quecksilberbehandlung (Leredde) 523; (Bernadt) 621.
- Quecksilbersalzbehandlung (Fedschenko) 361.
- sekundäre und tertiäre (Horand) 607.
- Serumtherapie (Paulsen) 523.
- -Tabesfrage (Guzmann) 703.
- Therapie (Rosenthal) 231.
- toxische und immunisierende Stoffe (Hallopeau) 541.
- Überimpfbarkeit tertiärer Gummee (Salmon) 229.
- Übertragung auf Affen (Duhot) 296; (Lassar) 296. 401; (Neisser und Veiel) 298.
- — auf Schweine (Jowinski) 297.
- — auf Tiere.
- und Appendicitis (Gaucher) 616.
- und Argyll-Robertsonsches Phänomen (Clarke) 301.
- und Augenerkrankung (Pernet) 611.
- und Dysphagie (Woodburg) 615.
- und Ehe (Du Castel) 300.
- und Gehirn (Hirsch) 610.
- und Krebs (Etshevery) 542.
- und Kupfer (Priel) 620.
- und Leukoplakie (Lublinski) 615.
- und Magenstörungen (Barbier) 616.
- und Milzvergrößerung (Duhot) 299.
- und paranoische Zustände (Waelser) 299.
- und Periostitis costalis (Gattier) 299.

- Syphilis und Quecksilbersalben (Feldschenk)** 621.
 — und Scabies (Druelle) 38.
 — und Scarenzios Methode (Truffi) 621. 613.
 — und Tabes (Erb) 312; (Lesser) 357; (Rosenbach) 358. 612; (Höldmoser) 611; (Nonne) 612; (Coester) 613.
 — und Tuberkulose (Dubé) 741.
 — und Vitiligo (Pautrier) 171.
 — Vererbung (Napp) 224; (Solger) 228; (Finger) 298; (Boissard) 299; (Misch) 598; (Neumann) 608; (Boeck) 608.
 — verkannte (Verrotti) 606.
 — Zur Klinik der Hautsyphilide (Finger) 613.
Syphilisgift, filtrierbar (Klingmüller und Baermann) 604.
Syphilisinfection bei Beschneidung (Scudisch) 279.
Syphilisperiode, kontagiöse (Dolzo) 278.
Syphilitische Aortitis (Schweitzer) 607.
 — Zähne (Calderone) 174.
 — Erkrankungen d. Zirkulationsapparates (von Düring, Hansemann und Renvers) 523.
 — Facialisparalyse (Benaky) 311.
 — Familie (Tarnowsky) 165. 355. 743.
 — Kniegelenkentzündung (Fels) 618.
 — Konvulsionen (Bennet) 613.
 — Läsionen bei Neugeborenen (Wilson) 359.
 — Leucoderma (Thibièrge) 614.
 — Leukomelanodermie (Pautrier) 742.
 — Magenverletzung (Jullien) 355.
 — Meningitis und das Argyll Robertson'sche Phänomen (Bertolotti) 610.
 — Neuraethie (Rudnitzky) 278.
 — Plaques auf der Kopfhaut (Umbert) 37.
 — Pseudokontraktur des Biceps (Bunch) 34.
 — Reinfektion (Jakowlew) 279; (Klotz) 342.
 — Spontanfraktur der Ulna (Friedländer) 664.
 — Strikturen (Adrian) 735.
 — Troptosis (Jessop) 618.
 — Wirbelentzündung (Froehlich) 617; (Neumann) 617.
Syphilitischer Ausschlag (Lesser) 90.
 — Kinder, Behandlung (Keim) 358; (Barthélemy, Lévy-Bing und Schwaab) 353.
 — — Ernährung (Boissard und Dévé) 358.
 — — Fieber (Schwaab) 354.
 — Primäraffekt (von Niessen) 359.
 — — an der Nasenscheidewand (Wechselmann) 147.
 — —, Präventivbehandlung (Holländer) 301.
 — Schanker (Gaucher) 167.
Syphilitisches Gumma (Franceschini) 412.
Syphilitiker, Eiweiß im Blute der (Jolles und Oppenheim) 300.
Syphilome, endourethrale (Ferrari) 410.
Syringocystadenom (Weber) 732.
Syringocystadenoma (Hartzell) 594.
Syringom (Fiocco) 411.
Tabes dorsalis (Dinkler) 358.
Tabes und Syphilis (Oltramare) 37; (Ruge) 303; (Lesser) 357; (Dinkler) 358; (Höldmoser) 611; (Nonne) 612; (Rosenbach) 612; (Coester) 613.
Tabes-Syphilisfrage (Guszmann) 708.
Tachyol bei Pocken und Erysipel (Jaja) 284.
Talgdrüsentumoren, hyperplastische (Hopf) 582; (Hirschfeld) 587.
Teerbestandteile (Vigth) 122; (Hartzell) 122.
Theocin 497; (Meinertz) 558; (Hundt) 558.
Therapeutik, dermatologische (Leredde) 351.
Thermische Applikationen und Hauttemperatur (Sommer) 94.
Thigenol (Silberstein) 123; (Porias) 558.
Thioform (Szabóky) 123.
Thiosinamin 497.
Tinea imbricata 363.
Tokelau (Wehmer) 363.
Tomatenkrautdermatitis (Strebel) 582.
Tonogen supra renale (Porosz) 647.
Toxine, Wirkung bei Syphilis (Hallopeau) 510.
Trichoepithelioma 667.
Trichophytia cruris (Fox) 34.
Trichophytie (Neuberger) 40; (Bunch) 404.
Trichophytin (Truffi) 679.
Trigonum vesicae (Robinson) 467.
Tripper s. Blennorrhoe.
 — Diagnostik (Alexander) 583.
 — Glimmlichtbehandlung.
 — in Japan (Dohi) 181.
Tripperheilung in zehn Tagen (Curtis) 346.
Trippernebenhodenentzündung (Romme) 66.
Tripperstatistik (Erb) 481.
Trockensterilisatoren (Meissner) 152.
Tropfenapparat Cauto (Ahlström) 268; (Jesionek) 291.
Tuberculosis verrucosa (Frattali) 412.
 — — outis (Schulze) 226.
Tuberkelbazillen im Urin (Trevithick) 54.
 — und elektrisches Bogenlicht.
Tuberkulide (Mayer) 146.

- Tuberkulin bei Lupus vulgaris (Little) 451.
 Tuberkulose als Volkskrankheit (Salomon) 676.
 — Entstehung (Cornet) 599.
 — und Elephantiasis vulvae.
 Tumenol 116.
 Tumor der Glans penis (Grouven) 222.
 — gummöser (Afzelius) 270.
 Tylosis palmaris (Mayer) 33.
- Ulceration am linken Bein (Antoni) 267.
 — tuberkulöse (Moberg) 268.
 Ulcus blennorrhicum serpiginosum (Thal-
 mann) 393.
 — cruris (Cowan) 757.
 — des Kopfes (Diana) 174.
 — durum in der Nasenmuschel (Brunon)
 39.
 — — ungewöhnlicher Sitz (Sée) 41.
 — molle (Schneider) 153; (Hammer)
 786.
 — — Xeroform bei (De la Roche) 426.
 — rodens 667; (Grawitz) 752.
 — — und Radium (Sichel) 429; (Ham-
 mond) 752.
 — — und X-Strahlen (Fraser) 428;
 (Taylor) 752.
 Unguis incarnatus (Tillaux) 564.
 Unterschenkelgeschwüre, ambulante Be-
 handlung (Oehler) 757.
 Ureterenchirurgie (Garovi) 409.
 Ureterende, Erweiterung (Wildbolz) 29.
 Ureter-Scheidenfistel (Garovi) 409.
 Ureterstein und Ölinjektion (Schmidt)
 481.
 Urethra, Wirkung der Silberpräparate auf
 die (Lohnstein) 539.
 — Die Kapazität der (Biberstein) 733.
 Urethralinjektionen (Vajda) 501.
 Urethralprolapse beim Weibe (Lachs) 59.
 Urethralstrikturen (Mündorff) 346.
 Urethritiden, nicht blennorrhische (Pa-
 nich) 714.
 — chronische (Cariani) 159.
 Urethritis (Jahn) 465.
 — blennorrhische bei Knaben (Budski)
 65.
 — chronische (Lohnstein) 763.
 — externa bei Frauen (Falk) 61.
 — nicht blennorrhische (Waelsch) 151.
 — urica (Panichi) 744.
 Urethroblennorrhoe (Saalfeld) 71.
 Urethroskop, Luft- (Wasserthal) 449.
 Urethrotomia interna (Preindlsberger)
 44.
 Urethrotomie (Penn) 466.
 Uriage (Doyon) 100.
 Uropurin 114.
 Urin, cystoskopische Untersuchung (Ber-
 nard) 53.
- Urin, spezifisches Gewicht (Malannah)
 476.
 — und Jodsäure (Riegler) 53.
 Urinanalyse bei Kinderdiarrhoe (Potter)
 124.
 Urininkontinenz (Genouville und Com-
 pain) 468.
 Urinrennung, intravesikale (Cathelin)
 349.
 Urinverhaltung (Dukes) 773.
 Urologie, Handbuch (von Frisch und
 Zuckerkandl) 675.
 Urologische Beiträge (Biberstein) 733.
 — Beobachtungen (Weitlaner) 573.
 Urotropin 497.
 Urticaria (Leredde) 169; (Trémolières)
 582.
 — pigmentosa (Heller) 458; (Ruther-
 ford) 585.
- Vaccination im Inkubationstadium der
 Variola (Paterson) 567.
 — und Keloidbildung (Bentoul) 430.
 Vaccine, Studien (Ewing) 282.
 — generalisierte (Kissling) 569; (Swo-
 boda) 569.
 Vaccinekörperchen (Tuzzer) 282.
 Vaccinevirus und physiko-mechanische
 Agentien (Santori) 287.
 Variococele, Ruptur (Patel) 739.
 Variola, Augenkomplikationen bei (Baker)
 282.
 — in Schottland 566.
 — nervöse Komplikationen (Aldrich) 282.
 — oder Vaccine (Baginski) 567.
 — Tachyol bei Erysipel und (Jaja) 284.
 — und Lufttemperatur (Sivewright) 280.
 — und Vaccination 567.
 Variolaausschlag und Jodexanthem (Hy-
 nes) 186.
 Variolavirus, Affengeimpft mit (Williams)
 282.
 Variolisation (Hervieux) 230.
 Varioloide Dermatosen (Schamberg) 520.
 Vasektomie (Buck) 476.
 Vasenol (Thimm) 400.
 Vasomotorische Phänomene (Kreibich)
 528.
 Venerische Geschwüre, Behandlung (Rapp-
 les) 685.
 — Krankheiten, Behandlungsprinzipien
 (Welander) 457.
 — — Bekämpfung (Lesser) 342.
 Verbrennungen, Behandlung (Branson)
 185; (Sattler) 185.
 Vincentische Angina (Uffenheimer) 748.
 Vioform (Wehrle) 569.
 Vitiligo (Pautrier) 742.
 — und Syphilis (Pautrier) 171.
 Volksbäder 455.
 Vulvovaginitis der Kinder, blennorrhische
 (Jung) 779.

Wärme, trockene, Wirkung (Kouroud-
jeff) 552.

Wärmestrahlen bei Lichtbehandlung
(Scholtz) 547.

Warzen an Lippen Schleimhaut (Anders-
son) 269.

— **Magnesiumsalze bei** (Hale) 408.

— **multiple** (Hall) 408.

Wasserstoffsperoxyd 498.

— **bei Fluor** (Hedinger) 118.

— **in Dermatologie und Urologie** (Scholtz)
536; (Oppenheim) 559; (Richter)
559.

X-Zellen (Pasini) 125.

Xanthoma multiplex (Whitehouse) 669.

Xanthomen, disseminierte (Afzelius) 273.

Xeroderma pigmentosum (Metscherski)
732.

Xeroform und Brandwunden (Peer)
564.

Xeroform bei Ulcus molle (De la Roche)
426.

X-Strahlen (Beresford) 550; (Stoven)
550.

— **bei Carcinom** (Bevan) 108.

— **und Hautcarcinom** (Leredde) 454.

X-Strahlennekrose (Skinner) 185.

Zähne in der Nase (Graeffner) 308.

— **syphilitische** (Calderone) 174.

Zahnpaste (Almkvist) 273.

Zarubin 686.

Zoster, elektrische Behandlung (Larat)
187.

— **genitalis und Nervensystem** (Ravaut
und Darré) 157.

— **mit Facialisparesie** (Truffi) 174.

— **oticus** (Körner) 187.

— **perinealis** (Cushing) 187.

— **syphiliticus** (Guilly) 169.

Zunge, Cysticercus cellulosa der (De Gas-
tano) 460.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

- Abell, J., Über Prostataktomie 51. 619.
 — Traumatische Harnröhrenstriktur 465.
 Abraham 663.
 Abrahams, R., Seebäder bei einigen Formen von Hauterkrankungen 99.
 Acland 286.
 Adamkiewicz 710. 711.
 Adams, J. L., Myiasis cutanea tropica beim Menschen 460.
 Adams, E. W. 756.
 Adamson, H. G., Ein Fall von Impetigo circinata 33.
 — 86.
 — Multipler Lupus vulgaris im Gefolge der Masern 595.
 Addison 38. 522. 560. 756.
 Adler, E., Über Hautdiphtherie im Kindesalter 682.
 Adolphi, H., Ein Fall von Abortivbehandlung der Blennorrhoe 778.
 Adrian 430.
 Adrian C., Über syphilitische Harnröhrenstrikturen 735.
 Aegineta 88.
 Afzelius, Hautgangrän 267.
 — 267. 271.
 — im Herbst und Frühling auftretenden Ausschläge 270.
 — Gummöser Tumor 270.
 — Disseminierte Xanthomen 273.
 Ahlström, Tropfenapparat „Cauto“, ein Prophylaktikum gegen Blennorrhoe 268.
 Akutsu, Über die Kryoskopie 747.
 Albarran 154. 320. 673. 674. 761.
 Albers-Schönberg 47.
 Albert 65.
 Albrand, W., Kopfhaut und Lidrand 676.
 Aldrich, Komplikationen und Folgeerscheinungen nervöser Art bei Variola 232.
 — Leukonychia striata arsenikalis transversus 564.
 Alexander 306.
 Alexander, A., Mehrere Fälle von Hautatrophie 31.
 — Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie der Folliculis 149.
 — Folliculis und Erythema induratum Bazin 681.
 — und Hartung, Über Erythema induratum Bazin 538.
 Alexander, Carl, Eine neue Hilfsmethode zur Diagnostik und Behandlung des Trippers 533.
 — Sexualhygiene, Frauenproteste und Libido sexualis 737.
 Alibert 433. 534. 631.
 Allingham, I., Drei Fälle von Prostataktomie 772.
 Almén 122.
 Almkoist, Zahnpasta 273.
 — 273.
 Alpar, A., Referate 123. 235. 280. 311. 678. 679. 681. 754. 755.
 Althaus 705.
 Altmann 210.
 d'Amato 495.
 — Manuale di pratica Dermosifilopatica ad uso dei Medici e degli Studenti 175.
 Do Amicis 596.
 Dé Amois, Th., Ein neuer Fall von Scabies norvegica crustosa 676.
 — La Cura rationale delle Malattie veneree, sifilitiche e cutanee 596.
 Amida 88.
 Ammon, Über Strahlenbehandlung von Hautaffektionen 177.
 — 79.
 Ancian und Audry, Luxation des linken Knies im Verlaufe einer arthropathischen Psoriasis 39.
 Andersson, Warzen an der Lippen-schleimhaut 269.
 Anschütz 457.
 Antal 463.
 Antkony 366.
 — 267.

- Appel und Paulsen**, Über die Wirkung von Paulsens Syphilisheilerum 359. — 390.
Appelius 456.
Apolant, H., Über die Einwirkung von Radiumstrahlen auf das Carcinom der Mäuse 750.
Arcoleo, Partielle Blasenresektion wegen Tumors 470.
Argyll 88. 301. 610. 611. 711. 721.
Arnemann, Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen 462.
Arning 527.
Arnold, J., Weitere Mitteilungen über vitale und supravitale Granulafärbung 95.
Aronheim, Ein Fall von ausgedehntem Naevus pilosus verrucosus bei einem 2¹/₂-jähr. Mädchen 432.
Asakusa, Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Menschen 181.
Aschkinas, Die bakterientötende Kraft der Radiumverbindungen 580.
Audry, Alopecia der von einem Vesikans herrührenden Narbe 40
 — Zur Frage des Seborrhoids und der Pityriasis 89.
 — Zur Diagnose des Epithelioma der behaarten Haut 40.
 — Kontraktur des M. cubitus anterior des linken Arms im Verlauf einer sekundären Syphilis 40.
 — Ein Epitheliom auf einem Syphilom der Mundschleimhaut 40.
 — Hyperkeratosis circumpilaris (Kératose pileaire engainante) 407.
 — Syphilis und Krebs der Mundschleimhaut 407.
 — Ichthyosis bei zwei Söhnen eines siphilitischen Vaters 407.
 — Lupus erythematosus im Anschluß an einen bullösen Ausschlag 40.
 — 652. 654. 659. 690. 691. 692. 693. 694. 698. 699. 720. 727.
 — und Ancian, Luxation des linken Knies im Verlaufe einer arthropathischen Psoriasis 39.
Aufrecht 492.
Augagneur 542.
 — Commission extraparlémentaire du régime des moeurs 743.
Averseng und Minet, Die circulaire Elektrolyse bei Harnröhrenerkrankungen 466.
Awerbach 664.
Axenfeld, Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus 70. — 60.
 — Über die Variabilität der Gonokokken 60.
Azuma, Desinfectol als Antiscabiosum 179.
 — Über Prurigo 746.
Babes 411. 517.
Babinsky 611.
Baermann 66. 580.
 — und Klingmüller, Ist das Syphilisgift filtrierbar? 604.
Baerensprung 166. 509. 510.
Bäumer, Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi Jadassohn 592.
Bailey 515.
Barbier, P., Über Magenstörungen bei Syphilis 616.
Barlow 151. 545. 563.
Baginski, A., Variola oder Vaccine 587.
Bakabinck, Ein Wasserdilatator zur Behandlung der Harnröhren- und anderer Verengerungen 41.
Bakaleinik, Modifizierter hydraulischer Dilatator, der das Eindringen trockener Hitze und Kälte in die Urethra ermöglicht 40.
Baker, M., 586.
Baker, A. R., Augenkomplikationen bei Blattern 288.
Bako, A., Fünf Fälle von perinealer Prostataktomie 154.
Ballin, L., Über die Behandlung des Pemphigus neonatorum 681.
Balzer 355. 777.
Bang, Die Wirkungen des elektrischen Bogenlichtes auf Tuberkelbazillen in Reinkultur 397.
 — 390. 519.
Banks, W., Über die moderne Chirurgie der Prostata 473.
Barbe 245.
v. Bardeleben 660. 681.
Barling, Die Prostatahypertrophie und ihre Behandlung nach Freyer's Methode 478.
Barling, A. J. 770. 773.
***Bargum**, Kerion bei Mikrosporie 84.
Barth 761. 44.
Barthélemy und Levy-Bing, Über Injektionen von Jodöl bei der Behandlung der Syphilis 229.
 — Levy Bing und Schwab, Über Behandlungsyphilitischer Neugeborener mit unlöslichen Quecksilberinjektionen 853.
 — 166. 296. 412. 578.
Bartholini 61. 63.
Barot, Craw-Craw 362.
Bassini 47.
Bastian 513.
Bataille 158.
Batut, Naevus systematisatus 850.
Baudonin 452.
Baum, W., Scharlachfieber 274.
 — 638. 753.
Bayertal, Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis 307.
Bayeux 495.

- Bayet, Der nosologische Wert der Eosinophilie der Haut und des Blutes bei den bullösen Affektionen 164.
— 203. 247. 251.
- Basin 175, 521. 588. 681. 682.
- Bazy 761.
- Beadles, Verhütung der Weiterverbreitung des Ringwurms 865.
- Beck 819. 821.
- Becker, Ph. F., Notiz über die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiacum 46.
— 494. 497.
- Beckmann, Die Behandlung der blennorrhoidischen Gelenkaffektionen mit Hyperämie nach Bier 268.
- Béclère, Dritter Beitrag zur Radiotherapie. Die Dosierung der Röntgenstrahlen und ihre graphische Darstellung 89.
— Heilung eines Epithelioma vegetans des Gesichts durch Radiotherapie 407.
— 54.
- Becquerel 415. 549.
- Behla 750.
- Behrend 413.
— 58.
- Behrendt, E. C., Über eine neue Methode quantitativer Bestimmung von Zucker im Harn 58.
- Behrens 459.
- Behring 599.
- Beigel 418.
- Belfield 67.
- Bellencoutre 166.
- Belot, Hautkrankheiten und Radiotherapie 87.
— — 158. 458.
- Benassi, Rudimentäre Psoriasis 178.
— Jodophen 115.
- Bénaky, Doppelseitige syphilitische Facialisparalyse mit doppelseitiger Taubheit 311.
- Bence-Jones 773.
- Benda 357. 524.
- Bender 291.
- Bendix, E., Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit 97.
— 681.
- Benoist 404.
- Bennet, Ein Fall von syphilitischen Konvulsionen, eingeleitet durch einen langen, schlafähnlichen Zustand 613.
- Benecke 215.
- Benedetti, Pathogenese und Therapie der Purpura haemorrhagica (Morbus Werlhofii) 563.
- Beniqué 48. 68.
- Benoit, Über Blennorrhoe und Komplikationen 162.
- Bentz und Wende, Über das Rhinophyn 668.
- Berdal 158.
- Berg, G., Über hartnäckige Blasenkatarrhe (Cystitis rebelles) 468.
— Zur Komplikation der Blennorrhoe 64.
- Bergmann, Elfriede 456.
- v. Bergmann, A. 417. 510. 526. 548.
- Berger 707.
- *Bering, F., Zur feineren Anatomie der Oberhaut 210.
— 68.
- Berlin 166.
- Berliner, Carl, Referate 33. 34. 36. 43. 48. 49. 54. 56. 111. 152. 228. 239. 272. 290. 301. 342. 394. 401. 404. 406. 430. 422. 329. 430. 451. 453. 458. 461. 462. 464. 470. 473. 474. 475. 476. 478. 483. 486. 539. 549. 562. 565. 566. 567. 568. 586. 590. 593. 595. 613. 618. 622. 668. 670. 685. 752. 774.
- Bernard, L., Der klinische Wert der cystoskopischen Untersuchung des Urins 53.
- Bernardt, Queck Silber und seine hypodermatische Anwendung bei Syphilis 621. 705. 711.
- Bernhard, O., Über offene Wundbehandlung durch Insolation und Eintrocknung (zugleich einiges über klimatische Einflüsse des Hochgebirges) 100.
- Bernhard, P., Über pollutionsartige Vorgänge beim Weibe ohne sexuelle Vorstellungen und Lustgefühle 59.
- Bernhardt 803.
- Berndt 347.
- Bernstein, Penisuspensorium 467.
- Béron 515.
- Berry, Ein Fall von Papilloma der Fußsohle 35.
- Bertarelli 440.
- Bertolotti, Das Zeichen von Argyll-Robertson und die Meningitis syphilitica 610.
- Besnier 19. 411. 440. 510. 578. 601.
- Bettmann, Über Beziehungen der Alveolarareata zu dentalen Reizungen 151.
— 197. 199. 200. 205. 425. 481. 523. 599. 656. 698. 695. 699. 741.
- Bevan, A. D., Die X-Strahlen als therapeutisches Agens, besonders mit Bezug auf das Carcinom 103.
- Bial, H., Über das Vorkommen von Pentosurie als familiäre Anomalie 490.
- Biberstein, F., Urologische Beiträge 733.
- Bickersteth, Intravesikale Trennung des von jedem einzelnen Ureter ausfließenden Urins als diagnostisches Hilfsmittel bei chirurgischen Nierenleiden 43.
- Bie, W., Die Methoden zur Messung der bakteriziden Wirkung des Lichtes 396.
- Bierhoff, Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne 69.
- Biernacki 721. 723.
- Billroth 200. 249.
- Binswanger 309.

- Biondi, Beitrag zum Studium der Ursachen der Mumifikation 98.
 Birch-Hirschfeld 19. 20.
 Biringer, F., 492.
 Bisozzero 431.
 Blair, Ein Fall von rückfälliger häutiger Mundschleimhautentzündung mit Erythema exsudativum multiforme Herba 178
 Blaschko, A., 90. 91. 117. 148. 155. 198. 199. 214. 472. 482. 509. 515. 525. 610. 662. 742.
 — Zwei Fälle einer möglicherweise artefiziell entstandenen Krankheit des Kopfes 91.
 Blindreich, Febris blennorrhoeica acutissima 483.
 Bloch, R., Über eigentliche Hauttuberkulose des Penis bei Urogenitaltuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über verschiedene Formen von Periurethritis 599.
 — 706.
 Block, B., Verhütung und Behandlung des post-operativen Blasenkatarrhs 346.
 Bloom 619.
 Blue 619.
 Blum, V., Die Hypospadie der weiblichen Harnröhre 734.
 Boaris 409.
 Bock 762.
 Bodin 86.
 Boeck, C., Hereditäre Lues in der zweiten Generation 608.
 — 599.
 Böhm, R., Über Punktion bei Epididymitis blennorrhoeica 66.
 Böhne, H. 456.
 Böhringer 121.
 Bogdanow, P., Über blennorrhoeische Arthropathien 776.
 Bogrow, Der Einfluss des Lichtes auf die kranke und gesunde Haut 278.
 — 749.
 — u. Scharnewitsch-Scharschinsky, Das Formalin und seine Wirkungen auf den Favuspilz 31.
 Boissard, A., Die Erbsyphilitischen 299.
 — 169.
 Boissard und Dévé, Über die Ernährung der hereditär Luetischen und den Wert einer Ernährungstabelle bei denselben 353.
 Bökay, J., Meine Erfahrungen mit dem Moserschen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum 238.
 Bollinger 420.
 Bonhöffer 338.
 Bonzitat 495.
 Borchard 124.
 Borrel 750.
 Borzecki, Lues hereditaria tarda 448.
 Bosellini, Multiple Steatozysten der Talgdrüsen 746.
 Bosellini 8. 410.
 Boss, S., Die interne Behandlung der Blennorrhoe 736.
 — 666.
 Bottini 50. 51. 345. 395. 582. 734. 769. 770. 771. 772. 773.
 *Bottstein, Drei Fälle von Pruritus nach Tabakgenuss 577.
 Boucheron 452.
 Boue 333.
 Bouffé 418.
 Bourdillon 19.
 Bowen, J. T., Akuter infektiöser Pemphigus bei einem Metzger 341.
 Bowman 379.
 Boyer 638.
 Brabeo 561.
 Brach 721.
 Bragagnolo, Zur Behandlung des Erysipels 683.
 Brandt, Th. 765.
 Brandweiner, Zur Frage der Blastomykose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpigiosa nasi (Kaposi) 392.
 — 505. 506. 507. 508. 680.
 *Brandweiner, A., Multiple neurotische Hautgangrän 241.
 Branson, Über Verbrennungen, deren Prognose und Behandlung 185.
 Branth, Die Röntgenstrahlen bei der Behandlung und Diagnose von Krebs und Hautkrankheiten (und Epilepsie) 551.
 Brasch 717. 719.
 Brauer 481.
 Braun, H., Kokain und Adrenalin 500.
 — 29. 608.
 Brayton, Pathologie und Behandlung der Pocken 284.
 Breda, Bouba des Kehlkopfes und der Trachea 171.
 — 521.
 Breiger, Entgegnung auf den von Prof. Rieder-München auf der Ärzte- und Naturforscherversammlung in Kassel gehaltenen Vortrag: „Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie“ 108.
 Brenner 540.
 Bresler, Erbsyphilis und Nervensystem 456.
 Bretonneau 492.
 Bright 641.
 Brissaud 610.
 Brissell, Die Behandlung der Hodentuberkulose 472.
 Broadbent, Posturale Albuminurie 56.
 Broca 34.
 Brocq, L., Das Wesen der Dermatosen. Versuch einer Neueinteilung 36.
 — 170. 270. 418. 522. 555. 578. 675. 742. 743.
 von Broich, J., Über Priapismus 220.

- Brölemann, Ein Fall von multiplen Dermatomyomen 220.
- Brohl, Ein Os penis im Röntgenbilde 467.
— 737.
- Bronner, Blennorrhische Conjunctivitis 486.
- Bronson, E. B., Über Jucken: 1. als Begleiterscheinung und Krankheitsursache; 2. dessen Therapie 459.
— 202.
- Brooke, H. G., Die Beziehung der Seborrhoe zu verschiedenen schuppenden Dermatosen 401.
— 585. 667.
- Brosius, W., Eine Syphilisepidemie vor zwölf Jahren und ihre heute nachweisbaren Folgen 537.
- Brown, Th. R., Der Wert der Eiweißuntersuchung bei der Differentialdiagnose der Pyelitis von Cystitis 55.
- Brugsch, T., Klinisches und Entwicklungsgeschichtliches über die Bedeutung der kongenitalen Anomalien der Haut der Steißgegend (Steifs-Grübchen, -Fistel, -Cyste und Haarbildungen) 368.
- Bruhns, Mikroskopische Präparate von isolierter blennorrhischer Infektion präputialer Gänge 483.
— 664.
- Brunon, Ulcus durum in der unteren Nasenmuschel eines siebenjährigen Knaben 39.
- Brunsgard 732.
- Bruzelius 638.
- Bryan, R. C., Prostataatrophie 177.
- Buchner 398.
- Buck, Th., Vasektomie wegen vergrößerter Prostata 476.
- Bulkley, D. L. 13. 188. 366. 582. 638. 751.
- Bumstead 567.
- Bunch, Ein Fall von syphilitischer Pseudokontraktur des Biceps 34.
— 404.
- Bundt, G., Über eine Epidemie von Herpes tonsurans 364.
- Bunsen 100.
- Burchard und Schlockow, Arhovin, ein neues innerliches Antiblennorrhicum 71.
- Burchardt 23. 27.
- Burgess, Ein Fall von ungewöhnlich schweren Masern bei einem Erwachsenen; zweite Attacke 239.
- Burnet, Therapeutik der Ichthyolverbindungen mit spezieller Berücksichtigung des Ichthoforms und Ichthargans 119.
— 556.
- zum Busch, Die Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasen-schnitt aus 770.
— 440.
- Buschke, A., Über eine eigenartige Form residuierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten 587.
— 275. 511. 523. 525. 528. 664. 779.
- Busk, G., Lichtbiologie 399.
- Butte, L., Die Veränderungen, welche getroffen worden sind bei dem gegenwärtigen System der Reglementierung der Prostituierten in Paris. Beseitigung der Reglementierung der Gelegenheitsquartiere und der Bordelle 163.
— Über plötzliche Todesfälle, welche manchmal auf die sehr schnelle Heilung des Ekzems bei Kindern folgen 163.
- Byngton 567.
- Cajals, Ramon y 212.
- Calderone, Beitrag zum Studium der syphilitischen Zähne 174.
— 699.
- Calkins, Untersuchungen an Variolaläsionen 282.
- Calmette 236.
- Campana, Anstaltschronik aus der Sektion für ansteckende exanthematische Affektionen 413.
— Die Streptokokkeninvasion beim Pemphigus 413.
— Psoriasis und beginnende desquamative Dermatitis; Prurigo und pruriginöse Dermatosen nach modernen Begriffen 420.
- Cantlie und Hewlett, Die Bakteriologie des klimatischen Bubo 685.
- Capdepon und Rodier, Mal perforans im Munde bei einer tabetischen Frau 37.
- Cardanatis, Ein Fall von toxischer Hämoglobinurie bei einem an schwerem Magendarmkatarrh erkrankten Säugling 57.
- Cariani, Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritiden 159.
— und Motz, Die Cystadenome des Harnapparates 673.
- Carle, Die Ursachen der spontanen Harnröhrenausflüsse beim Manne 525.
— Betrachtungen über die Behandlung des Lupus; Indikationen der Lichttherapie 601.
- Carnot 620.
- Caro, L., Über zwei Fälle von periodisch wiederkehrendem Haarausfall 153.
— Zur Therapie des harten Schankers 302.
- Carrasquilla 418. 513. 514.
- Casalis, Die Lepra und der Fischgenuss 290.
- Casarini 638.
- Caspari 431.
- Casper, L. 895. 396. 761.
- Cassel, Über Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten 609.

- Cathelin, Zehn Fälle von endovesikaler Trennung der Urinflüssigkeit beim Manne mit nachfolgender Operation 48.
 — Zwölf Fälle von intravesikaler Trennung des Urins beider Nieren 349.
 — Epidurale Injektionen bei Incontinentia urinae 468.
 — 41. 786. 765.
 — und Villard, Ein seltener Fall von Blasen-Prostatastein 161.
 Cavailion und Gayet, Über die Ausschaltung einer Niere 161. 162. 348.
 Cavazzani, Klinische Studie über die böartige Entartung des Hodens 472.
 Cederkreutz, A., Ein Heißluftapparat, speziell für venerologische und dermatologische Zwecke angepaßt 100.
 Celsus 88.
 Cerdsa 779.
 — 498.
 Cerny 315.
 Chabaud 740.
 Chamberlain 287.
 Charcot 703.
 Chatin und G. Leuret, Über die Behandlung der Sekundärsymptome bei einer schwangeren Frau mit grauem Öl. Heilung der Erscheinungen, normale Geburt 167.
 Chauffard, Die tertiäre Syphilis des Kehlkopfes 304.
 Cheatham 619.
 Cheinisse, Hartes traumatisches Ödem des Handrückens 124.
 Child 581.
 — Die Resultate der Behandlung mit X-Strahlen 550.
 Chirivino, Über einige Entwicklungsanomalien der Barthaare 530.
 — Hereditäre Syphilis der zweiten Generation 608.
 Chotzen 579.
 Christian, M., Gibt es eine zuverlässige Abortivbehandlung der Blennorrhoe? 69.
 Ciavette 112.
 Clarke, B. 770.
 Clarke, C. G., Differentialdiagnose und Behandlung von weichem und hartem Schanker 302.
 Clarke, J. F., Fall von Hautüberpflanzung 102.
 Clarke, J. M., Die Beziehung des Argyll-Robertsonschen Phänomens zur Syphilis 301.
 Clemm 115.
 — Lenigalloi 115.
 Clero-Dandoy 163. 165.
 Cnopf, Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie 53.
 Coeks 758.
 Coester, E., Zur Diagnose und Therapie der Tabes 618.
 Cogwill 779.
 Cohn, Curt, Referate 286. 304.
 Cohn, J., Über Adrenalin 666.
 — und C. Posner, Über Azoospermie 766.
 *Cohn, M., Historische Streifzüge 88.
 Cohnheim 600.
 McColgan und James M. Cooper, Eine Untersuchung über Gonokokkenmetastasen; Mittelung eines Falles 483.
 Colles 298. 299. 511. 512.
 Collins, Eine bakteriologische Untersuchung über die Sterilisation der Hände 622.
 Colombini 699.
 Compain und Genouville, Behandlung der Inkontinenz bei Kindern 468.
 Constantin und Dalous, Balanitis erosiva 406.
 Constantin, E., und Dalous, Spontane Torsion des Samenstranges, interstitielle Tuberkulose des Nebenhodens, Tuberkulose des Präputiums: histologische Studie 672.
 Cooke, A. B., Pruritus ani 579.
 Cooke, J. W., Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie durch Totalexstirpation der Drüse 51.
 Cooper, J. M., Untersuchung eines Falles von grünem Urin nach Gebrauch von Methylenblau in einem Geheimmittel 477.
 — und McColgan, Über Gonokokkenmetastasen 483.
 Copeman, S. M., Moderne Methoden der Impfung und deren wissenschaftliche Begründung 285.
 Corin, G., Ein Fall von angioneurotischem Ödem 561.
 Corlett, W. Th. 201.
 Cornet, Die Entstehung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der v. Behringschen Lehre 599.
 Cornil 319.
 Da Costa, M. 516.
 — Ein autochthoner Fall von Lepra in Niederland nebst einigen Bemerkungen über die ätiologische Streitfrage 597.
 Des Coudres 580.
 Councilman 282.
 Cowan, Die Behandlung von langdauerndem Ulcus cruris 757.
 Cowper 409. 540. 670. 671. 672. 701.
 Crawford 474.
 Créde 70. 98. 393.
 von Crippa 450.
 Crocker, B. 188. 405. 585.
 Crooke 549. 740.
 Cumston, Die Kastration bei Tuberkulose des Hodens 766.
 Curie 415. 416. 417.
 Curtis, L., Die Heilung von Tripper binnen zehn Tagen 346.
 Cushing, H., Zoster perinealis nebst Bemerkungen über Segmentierungen der

- Haut auf der hinteren Fläche der unteren Extremität 187.
 Czerny 481.
 Csirfusz 649.
- Daland, J., Die Lepra auf den Hawaii-Inseln 290.
- Dalous und Constantin, Die Histopathologie der Balanitis erosiva 406.
 — Spontane Torsion des Samenstranges, Tuberkulose des Nebenhodens und des Präputiums 672.
- Dambrin und E. Papin, Über die intraperitonealen Rupturen der Blase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens 161. 347.
- Danlos, Die Zwecklosigkeit der Präventivbehandlung bei der Syphilis 741.
 — 297. 417. 418. 440. 495.
- Danne, Das Radium, seine Darstellung und seine Eigenschaften 415.
- Darby, Ein Fall von Carcinom, das wahrscheinlich von einem nichtdeszendenten Hoden ausging 428.
- Darré und Ravaut, Herpes genitalis und Nervensystem 157.
- Darier, Leukoplakie und Krebs 419.
 — 188. 332. 419. 481. 495. 527. 751.
- Dauber, Zur Prophylaxe der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum 70.
- Däubler 709.
- Davidson, J. M., Über die Behandlung einiger Fälle mit Radiumbromid 459.
- Deaver, Die Chirurgie der Prostata 768.
- Debierne 416.
- Dechambre 418.
- Dehove 175.
- Déjérine 248. 251. 704.
- Dekeyser, L., Einige Fälle systematisierter Hautkrankheiten 163. 164.
- Delagenière 737.
- *Delbanco, E., Zur Anatomie des Präputiums 652.
 — Zur Anatomie des Präputiums 637.
- Delefosse, Sectio alta wegen Blasensteins 740.
- Demant, J., Ein Beitrag zu den Versuchen mit dem Lohnsteinschen Gärungs-Saccharimeter 58.
- Démétride, Über einen interessanten Fall von Lepra mutilans 590.
- Dependorf 689. 690. 694. 697.
- Déry, J., Neurofibrom und Elephantiasis 754.
- Desnos, E., Behandlung der tuberkulösen Cystitiden 45.
 — 737.
- Deutsch, E., Zur Injektionstherapie der Syphilis 360.
- Dévé und Boissard, Über die Ernährung der hereditär Luetischen 353.
- Devergie 417. 521.
- Deycke 517.
- Diana, Über das nicht infektiöse Ulcus des Kopfes 174.
- Diday 166.
- Dieffenbach 762.
- Dinkler, Über akute multiple Hautgangrän 393.
 — Tabes dorsalis 358.
 — 716. 717.
- Dioscorides 88.
- Dittel 177. 541.
- Dittmar, Zur Kenntnis der Salipyrin- bzw. Antipyrinexantheme 183.
- Djatschenko, Zur Frage über den Erreger der toxischen Hämoglobinurie bei dem Vieh in Kuban (Rußland) 490.
- Doboszynski, Zur Bekämpfung der Syphilis im Bezirke Kosow 295.
- Döderlein 64.
- Dohi, Der Tripper und seine Verheerungen in Familie und Volk 181.
 — und S. Kuritu, Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich japanischen Universität zu Tokio 1890—1902 179.
- Dolgopolow, Über die Dauer der contagiosen Syphilisperiode bei der Landbevölkerung Rußlands 278.
- Domeny 658. 661. 689. 690. 701.
- De Dominicis, Die latente Syphilis als ätiologisches Moment für die Entstehung alltäglicher Erkrankungen; diagnostische Wichtigkeit der kubitale Drüenschwellungen 605.
- Dommer, Kastanol und Kastanölseife 554.
 — 764.
- Dommer, F., Ein Spülkatheter für die Blase nach Dommer 764.
- Donath 309.
- Donle 580.
- McDonnel, Haarausfall 757.
- Dore 585.
- Dorland, Die Lokalbehandlung der Blennorrhoe des Weibes 64.
- Dors 421.
- Doutrelepont 90. 203. 220. 221. 243. 244. 245. 250. 251. 418.
- Doyon, A., Uriage als Heilort für Kinder 100.
- Dravie-Trennen 709.
- Dreuw, Zur Behandlung der Psoriasis durch den praktischen Arzt 678.
 — Über Suprarenin bei Kolikuluskanstik 764.
 — Referat 676.
 — Exstirpations- und Operationsfeder 208.
- Dreyer, Über Enterokokkenurethritis 396.
- Dreyer, G., Einwirkung des Lichtes auf Infusorien 399.
 — 108. 350. 351. 396. 590. 665.
- Dreysel, Über Kosmetik der Haut 99.

- Drouson 238.
 Druelle, Syphilis und Scabies 38.
 — — — — — Umberto und Emery, Hereditärsyphilitische venöse Dystrophien der Abdominalgegend und Gummata der rechten Hälfte 167.
 — — — — — Tertiäres Erythem bei einem Hereditärsyphilitischen 357.
 — — — — — Lichen planus des Mundes 408.
 Dubé, Die Behandlung der Syphilis bei Komplikationen mit Tuberkulose 741.
 Dübendorfer, Ein Fall von Onchomykosis blastomycetica 336.
 Dubois 166.
 Dubreuilh 518. 525. 627. 667.
 Du Castel, Syphilis und Ehe 300.
 Duchenne 708.
 Duckworth, Pemphigus vegetans 402.
 Ducrey 174. 684. 685.
 Dufour 485.
 Duhot, R. 495.
 Duhot, Über die Wahl der Behandlung bei der akuten Blennorrhoe. Technik der Behandlung mit großen Kaliumpermanganat-Spülungen 40.
 — — — — — Behandlung der tuberkulösen Cystitis mit Gomenol und Anästhesin 46.
 — — — — — Chronische frühzeitige Milzvergrößerung in der hereditären Syphilis 299.
 — — — — — Heilung der einfachen Hydrocele durch die Methode der Umstülpung der Tunica vaginalis 48.
 Duhot, R., Die Übertragbarkeit der Syphilis auf den Affen 296.
 — — — — — 495.
 Duhring, L. 164. 202. 412.
 Dukes, C., Eine neuntägige Urinverhaltung; Operation; Heilung 773.
 Dupeyrac 163.
 Duplaix 717.
 Durham, Untersuchungen des Harns bei Beri-Beri 476.
 v. Düring, Über syphilitische Erkrankungen des Zirkulationsapparates 523.
 — — — — — 188. 210. 519. 579. 709. 710.
 — — — — — Das Profetasche und Collasche Gesetz 298.
 Duroux und Pinatelle, Spermacysten des Nebenhodens 409.
 Duval 638.
 Dydinski 706.
 Dyer, J. 516.
 Dyer, Lepra vom sanitären Standpunkt 289.
 Dzirne, Über die Behandlung der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose 29.
- Eberson, M., Beitrag zu Intoxikationsdermatosen nach Aspirin 562.
 Eberth 657. 660. 688. 700.
- Eckstein, Erfolge der Paraffinplastiken 525.
 Eddowes, Gichtische Hauterkrankungen 520.
 Eddowes A., Lichen und seine Behandlung 749.
 Edinger 308. 711. 712. 713. 730.
 Edsall, Staphylokokkeninfektion der Haut bei Typhuskranken 426.
 Effertz, Syphilis unter den tropischen Indianern 605.
 Ehlers 515. 516.
 Ehlers, E., Die Lepra auf den dänischen Antillen 27.
 Ehrmann, Beziehungen der sog. Tuberkulide zu einander 520.
 — — — — — 414. 520.
 Ehrlich 126. 876. 528. 529.
 Ehrlich, Leo, Der Ursprung der Plasmaszellen 488.
 Einis, L., Über einen Fall von Ekzema reflexum s. neuroticum in Kombination mit Urticaria 677.
 — — — — — Über einen Fall von Erythema nodosum mit ungewöhnlichem Verlauf und atypischer Lokalisation 277.
 Eisenlohr 717.
 Elgart, J., Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe 233.
 Elliot, A. R., Bakteriurie, speziell Coli-Bacilluria 774.
 Elsner 277.
 Emery, Druelle und Umberto, Tertiäres Erythem bei einem hereditär Syphilitischen 357.
 — — — — — Über hereditär-syphilitische, venöse Dystrophien der Abdominalgegend und Gummata der rechten Hüfte 167.
 — — — — — Lichen planus des Mundes 408.
 Engel 515.
 Engelbreth, C. 501. 733.
 Engeln 494.
 Englisch, Über eingesackte Harnsteine 153.
 — — — — — 600.
 Engmann, Affektionen der Schleimhäute in Beziehung zu Hautkrankheiten 452.
 — — — — — Ein Fall von bullösem Lichen planus („Lichen planus pemphigoides“) 34.
 Epstein 277. 310. 338. 689. 690. 702.
 Erb, W., Syphilis und Tabes 312.
 — — — — — Zur Statistik des Trippers 481.
 — — — — — 858. 596. 612. 704. 705. 706. 707. 708. 710. 712. 713. 715. 716. 719. 725. 726. 738.
 Ernst 210.
 Esbach 423.
 Escherich 288.
 De la Espada 513.
 Etsheverry, Syphilis und Krebs 542.
 Eulenburg 707.
 Ewald 306. 417.
 Ewing, Studien über Vaccine 282.

- Exner, Die Physiologie der männlichen Geschlechtsfunktionen 675
Eyff, Zur Impftechnik 571.
- Fabry**, Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus 221.
— 226.
- Fabre**, Zur Diagnose des Herpes zoster 565.
- Falk, E.**, Zur Behandlung der Urethritis externa bei Frauen 61.
— Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe 64.
- Falk, L.**, Ein Fall von Alopecia areata bei einem Vitiliginösen. Einiges zur Peladefrage 228.
- Faloppi** 311.
- Faulds**, Über den Gebrauch des Oxygen-gas zur Ausweitung der Blase bei der Cystoskopie 463.
- Fedschenko**, Das Hydrargyrum anilicum 361.
- Feer, E.**, Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den Ekzemtod 420.
- Fehling** 58.
- Feilchenfeld, L.**, Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. R. Grünbaum über das „harte traumatische Ödem“ des Handrückens 182.
— 235.
- Feldschenko**, Über die Wirkung der in der Therapie der Syphilis gebrauchten Quecksilbersalben 621.
- Feleki**, Der Dauerkatheter als Hilfsmittel bei ambulanter Behandlung einzelner Blasenkrankheiten 449.
— 28. 49. 50.
- Fels, J.**, Ein Fall von syphilitischer Kniegelenkentzündung 618.
- Fenton, F.** 497.
- Fenwick, H.**, Die Behandlung der Tuberkulose des Harntractus 462.
— 397.
- Ferenczi** 310.
- Ferrari**, Endourethrale Syphilome, Syphilis ignorée 410.
- Feuerstein, L.**, Referate 123. 295. 297. 440. 619. 685.
- Flachs, A.**, Zur Frage der sexuellen Aufklärung 489.
- Fleiner** 708.
- Fletcher**, Prostatitis blennorrhoeica 178.
- Flemming** 376. 687. 691.
- Fliegenheimer** 567.
- Finger, E.**, Über Mißerfolge bei der Blennorrhoebehandlung 486.
— Zur Klinik der Hautsyphilide 613.
— 79. 166. 401. 522. 647. 767.
— Über die Syphilis der behaarten Kopfhaut 606.
- Finger, E.**, Über die Vererbung der Syphilis 298.
— Ueber Lichen ruber pemphigoides 425.
- Finkelstein** 681.
- Finsen** 108. 106. 107. 108. 109. 288. 273. 293. 398. 399. 500. 519. 526. 547. 581. 585. 601. 663. 668. 780.
- Finsen, N. R.**, Die Rotlichtbehandlung der Blattern 284.
- Fiocco**, Die physiologische und therapeutische Wirkung des Radiums 410.
— Über einen Fall von Syringom bei einem Greise 411.
- Fischel** 390.
- Fischer, B.**, Über hereditäre Syphilis des Herzens 609.
— Die Pathogenese der Phlebektasie 221.
— 756.
— und C. Grouven, Beitrag zur Acanthosis nigricans 223.
- Fischer, G.**, Striae patellares nach Typhus 456.
- Fischer, M.**, Über den Gebrauch des Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harnwege 463.
- Fokin** 665.
— Sarcoma otitis multiplex melanosum 665.
- Fontreim** 34.
- Foot, Ch. G.**, Chronische Prostatitis 767.
- Forchhammer**, Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit konzentrierten Lichte 518.
— 527. 601.
- Ford, W.** 63.
- Fordyce** 188. 654. 699.
— Affektionen der Schleimhäute in Beziehung zu Hautkrankheiten 451.
- Forel** 338.
- Forstner** 194.
- Fouquet**, Zur Bakteriologie und Serotherapie der Syphilis 360.
- Fournier, A.**, Ein Fall von Syphilisinfektion einer ganzen Familie durch eine Amme 601.
— 37. 166. 232. 296. 297. 358. 359. 603. 612. 616. 703. 704. 706. 707. 708. 710. 718. 719. 726. 742. 744.
— Über die Mafregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 543.
- Fournier, E.** 167.
- Fowler** 187.
- Fox, C.** 199.
- Fox, Tilbury** 34. 271. 638.
- Fox, T. C.**, Über einen kleinen Ausbruch von Trichophytiauris 34.
- Fraenkel, A.** 184. 423. 424.
- Fraenkel, C.** 561.
- Fraenkel, E.**, Zur Behandlung des „Fluor albus“, blennorrhoeischen und anderen Ursprungs, mit vaginal-Zymistäbchen (Dauerhefestäbchen) nach Albert 65.

- Fränkl, Einige Mitteilungen über Jodipin 557.
- Fraise 112.
- Franceschini, Über einige experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit des syphilitischen Gummas 412.
- Über die pathologische Anatomie des Nabelstranges bei hereditärer Syphilis 852.
- François, P., Die Finsensche Phototherapie in der Behandlung des Lupus vulgaris 601.
- Franck, B. 69. 231. 767. 777.
- Frank, L., Cystitis im Kindesalter 45.
- Frankenburger 201.
- Frankenhäuser und Senator, Die Wirkung der Kohlensäure- und anderen gashaltigen Bädern 553.
- Thermische Wirkung der Salze auf die Haut und ihre Bedeutung in der Balneotherapie 553.
- Fraser, Ein Fall von Ulcus rodens durch X-Strahlen behandelt 428.
- Frattali, Über die tuberkulöse Natur der Ozaena 413.
- Über die Tuberculosis verrucosa der Vaginalschleimhaut 412.
- Frede, Ein Fall von Epidermitis tuberculosa und ein Fall von Lupus erythematosus 292.
- Frédéric, J., Über die sogenannte menschliche Botryomykose 426.
- Frédéric 86.
- Frédéricq, L., Acidum tartaricum pulveratum 112.
- 112.
- Freeman, Fall von Leukokeratosis buccalis 584.
- Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria 585.
- Frerichs 717.
- Freundenberg 772. 775.
- Freund, L., Radikalheilung von Lupus vulgaris und Knochencaries durch Röntgenstrahlen 600.
- und Oppenheim, Über bleibende Hautveränderungen bei Röntgenbestrahlung 563.
- 414. 415.
- Freyer, M., Das Immuserum der Kuhpockenlymphe 570.
- Freyer, P. 52. 473. 474. 768. 769. 770.
- Freyer, P. J., 110 Fälle von Totalauschälung der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie dieses Organs 772.
- Fricke 232.
- Fridenthal, Demonstration von Zeichnungen und Präparaten von mit Syphilisvirus geimpften anthropomorphen Affen 296.
- Frieben, Hodenveränderungen bei Tieren nach Röntgenbestrahlungen 47.
- Friedheim 418.
- Friedländer, M., Über Gonosan 118.
- Friedländer 184. 666. 779.
- Das Röntgenbild eines Unterarms mit syphilitischer Spontanfraktur der Ulna 664.
- Halbseitiger Lichen ruber planus 664.
- Annulärer, zentral mit Atrophie und Pigmentierung abheilender Lichen planus 664.
- Friedreich 706.
- 283.
- Friend, Die Prostatakrisis 473.
- v. Frisch 734. 761.
- 64.
- Froelich, Die syphilitische Wirbelentzündung 617.
- Fuchs, F., Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe 69.
- Fürbringer 767.
- Fürstenheim, W., Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Pottinischen Operation als Palliativverfahren 772.
- Gache, Die Fruchtbarkeit der Frau in 63 Ländern 739.
- Gaddesden 285.
- Gaetano, Über einen Fall von Cysticercus cellulosa der Zunge 460.
- Gaiffe 740.
- Gaikiewicz 704.
- Galenus 88.
- Galewsky, Formalin-Onychien 583.
- 396. 421.
- Eucalyptus-Dermatitis 582.
- Galiani, Hypertrichosis und Galvanoepilation 461.
- Gailleton, Patienten mit scarlatiniformem Syphilid 614.
- Die Behandlung der Syphilis 620.
- Gangitano, F., Spontanes Aneurysma der Arteria plantaris dextra infolge von gummöser Arteritis 618.
- Garceau, E., Die hartnäckige chronische Cystitis 159.
- Garnier und Sabaréanu, Über Gewichtsveränderungen im Verlauf des Scharlachfiebers 287.
- Garovi, Über die Ureteren chirurgie bei der Behandlung der Ureter-Scheidenfistel 409.
- Gassmann, Histologische Befunde beim Röntgenulcus am Kaninchen 151.
- Beiträge zur Kenntnis der Blennorrhoe des Mannes, insbesondere der Prostatitis und Epididymitis 450.
- 779.
- Gasser 187.
- Gaskain 13.

- Gasne 720.
 Gast, A. 287.
 Gastou 452.
 Gattier, G., Ein Fall von sekundärer Syphilis, typhoidem Fieber bei Perio-
 stitis costalis 229.
 Gaucher, Aus der Mittwochs-Poliklinik
 für Haut- und Geschlechtskrankheiten
 des Hôpital Saint-Louis 165.
 — Die Leukoplakia lingualis 419.
 — Über den syphilitischen Ursprung der
 Appendicitis 616.
 — Über Leukoplakia linguae 175.
 — Aus der Klinik des Hospital Saint-
 Louis 167.
 — 163. 245. 419. 510. 720.
 — Leukoplakie und Krebs 419.
 Gauraud 710.
 Gautier 466.
 Gay 603.
 Gayet und P. Cavaillon, Experimen-
 telle und klinische Studie über die Aus-
 schaltung einer Niere 348.
 — 161.
 Gaylord 343.
 Gaylow 750.
 Gehuchten 93.
 Genersich, Über die Bedeutung der
 Inkubationsperiode der Infektionskrank-
 heiten 234.
 Genoud 585.
 Genouville und Compain, Die Be-
 handlung der Inkontinenz bei Kindern
 468.
 Gerhardt, C. 306.
 Gerlôczy, Ohne Fieber und beinahe ohne
 Exanthem verlaufende Morbillen 279.
 Gerson, K., Alkoholseifen 277. 464.
 Giannettasio, Bakteriologische Be-
 merkungen über einen Fall von peri-
 urethralem Abscess 464.
 Giarré und Picchi, Bakteriologische
 Untersuchungen bei der Conjunctivitis
 acuta, den Masern und der Influenza
 (Beitrag zum Studium der hämophilen
 Bazillen) 239.
 Gibert 366.
 van Gieson 21. 685. 700. 702.
 Gilchrist, Das Erysipeloid 586.
 — 585.
 Gilbert, F., Helmitol, ein neues Harn-
 desinficiens 118.
 Gillot, Zwei Fälle von Addisonscher
 Krankheit 38.
 — 369.
 Giuffo 491.
 Gläser 727.
 Glebowski 397.
 Glickmann, Ichthargan bei Blennorrhoe
 72.
 Glück, L., Über die Bekämpfung der
 Volksyphilis in Bosnien und der Herze-
 gowina 294.
- Glück, L., Über die erworbene Syphilis
 der Kinder 579.
 — 299. 611. 709. 710.
 Göbell 766.
 Görl, L., Zur Röntgentherapie 103.
 Görner 620.
 Götz, Referate 42. 44. 45. 46. 47. 54.
 58. 70. 101. 108. 162. 171. 185. 187.
 188. 290. 287. 288. 300. 304. 349. 352.
 365. 410. 419. 420. 421. 423. 429. 432.
 455. 457. 459. 460. 463. 464. 471. 472.
 475. 478. 482. 486. 487. 500. 557. 580.
 561. 562. 563. 564. 565. 566. 601. 602.
 604. 607. 609. 614. 620. 674. 677. 678.
 743. 747. 748. 749. 756. 760. 762. 764.
 770. 773. 776. 779.
 Goldmann, F., Kritische Bemerkungen
 zu einer volumetrischen Harnzucker-
 bestimmung (nach Behrendt) 58.
 *Goldmann, J. A., Der therapeutische
 Wert des „Arhovin“ als Antigonor-
 rhoikum, Harndesinficiens und Propyl-
 laktikum 22.
 Goldscheider, Noch einmal die Sy-
 philisbehandlung im Lichterfelder Kreis-
 krankenhause 619.
 — Syphilis im Lichterfelder Kreisranken-
 hause 300.
 — 292. 300.
 Goldschmidt, S., Die Massagebehand-
 lung bei Erkrankungen der Prostata 50.
 — 494.
 Golinier, Beitrag zur therapeutischen
 Wirkung der Bierhefe 555.
 Gollet 62.
 Goodell, Die Suggestivbehandlung bei
 perverser Sexualempfindung 177.
 Goodfellow, Mediane perineale Prosta-
 tektomie 771.
 Gordon, M., Über Impotenz 666.
 Gottheil, W. S., Akne keratosa 679.
 — Neue Fortschritte in der Aktinotherapie
 547.
 — 753.
 Gottschalk 712.
 Gowers 704. 706.
 Graeffner, Verirrte Zähne in der Nase
 als Nebenbefund bei kongenitaler Lues
 303.
 Gram 68. 85. 158. 340. 363. 397. 423.
 465. 482. 533. 583. 685.
 Grassberger 561.
 Grawitz, P., Über Ulcus rodens 752.
 Greco und Sommer, Erster Fall von
 Madurafufs in Argentinien 684.
 Green, Bericht über zwei mit Radium
 behandelte Fälle von Ulcus rodens 429.
 Greene, A. 767. 779.
 Greig, Ein Fall von Mykosis fungoides
 402.
 Grelinsky, A., Beitrag zur Kenntnis
 der Hämaturien, wie sie bei brücker
 Katheterisierung in Fällen von akuter

- kompletter Harnretention vorkommen 674.
- Grindon, J., Behandlung nichtmaligner Hautkrankheiten durch die X-Strahlen 561.
- Grober 150.
- Grön, Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Haut, und über ihre Anwendung bei der Behandlung der Hautkrankheiten 104.
- Grönbeck 786.
- Gross 197. 198. 199. 200.
- Gross, A., und Quincke, Einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems 182.
- Grosz, K., Ein Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser Syphilis 607.
- Grosz, S., Zur Technik der intramuskulären Injektionen 588.
- Grouven, C., Zwei Fälle von Erythromelie (Pick) 222.
- Grouven und Fischer, Beitrag zur Acanthosis nigricans 223.
- Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Glanspenis 222.
- Gruby 86.
- Grübler 131. 376. 687.
- Grünbaum, R., Über das „harte, traumatische Ödem“ des Handrückens 181.
- Experimentelle Übertragung von Scharlach und Masern auf Affen 565.
- Grüneberg 84. 182.
- Guarnieri 282. 568.
- Guérin 64. 286.
- Guiard, Die Phosphatseine der Blase (klinische und therapeutische Studie). Bemerkenswerte vorbeugende Wirksamkeit des Urotropins 117. 408.
- Guillain 715.
- Guillebeau 362. 363.
- Guilly, Herpes syphiliticus und Syphilis herpeticiformis in differentialdiagnostischer Bedeutung 169.
- McGuire 769.
- Guisy, Beschreibung eines Blasenschnitt-Dilatationsspekulums 738.
- Gumplovicz 235.
- Gundorow, Beiträge zur Frage über das Resorptionsvermögen der intakten Haut 391.
- Gunsett 84.
- Gussenbauer 196. 197.
- *Guszmann, Josef, Zur Tabes-Syphilisfrage im Anschlusse an einige mit manifester Syphilis verbundene Tabesfälle 708.
- Guttman, Über einen Harnröhrenstein von seltener Größe und die Ursache der Zusammensetzung solcher „nur aus Phosphaten“ 763.
- 704. 705. 708.
- Gutzmann, J., Die Behandlung der Psoriasis mit Atoxy 679.
- Guyon 41. 46. 50. 177. 450. 469. 648. 674. 737.
- Die Tumoren der Blase 42.
- Die Penis-Skrotumfisteln der Urethra 464.
- Die Frühdiagnose der Blasen tuberkulose 470.
- Gyom 690.
- Haberer, Einige Fälle ausgedehnter Hauttransplantation nach Thiersch 552.
- Hagemann, Ein Staubechutz für den Lymphbehälter bei Impfungen 288.
- Hagentorn, Über einen Fall elephantiasischer Verdickung des Unterschenkels mit diffuser Knochen- und Warzenbildung 431.
- Hager 57.
- Haguenot 528.
- Hahn, F., Referate 49. 51. 54. 101. 117. 154. 450.
- 414.
- Hahn, B. 527.
- Halban 706.
- Halberstaedter und Neisser, Lichtbehandlung nach Dreyer 103.
- 351.
- Hall, A., Zur Behandlung multipler Warzen mit innerlichen Gaben von Magnesiumsalzen 403.
- Hall-Edwards 585.
- Hallopeau, Die Spezifität in der Dermatologie 579.
- Die Spezifität der Hautkrankheiten 674. 418. 440. 578.
- Die pathogenetische und immunisierende Wirkung der Toxine bei Syphilis 510.
- Die toxischen und immunisierenden Stoffe der Syphilis 541.
- Halpern, Der lokale Einfluss erhöhter Muskelfunktion auf die anormale Ernährung der Haut 589.
- Hamburger, L. P., Die Beziehungen der Dermatitis repens zur Myiasis 85.
- Hamilton, J., Erythema scarlatiniforme 420.
- Hammer, Hans 455.
- Hammer, F., Über das Ulcus molle 736.
- Hammer, W., Zur Ätiologie und Behandlung der Prostitution 666.
- Radium in einem Falle von Ulcus rodens 752.
- Ein Fall von Algolagnie (Schmerzgeilheit) im Kindesalter 736.
- Hamonie 297.
- Hancock, Mycosis fungoides 422.
- Hansen, A., Abnahme der Lepra in Norwegen 516. 517. 594. 597.
- v. Hanseman 148. 188. 303. 357. 518. 667. 750.

- Hardaway, Eine kurze Abhandlung über Erfrierung bei kleinen Kindern 186.
 — Ein weiterer Bericht über einen Fall von multiplen Hautmyomen 406.
 — Hardy 680.
 van Harlingen, Ein Fall von Seborrhoea nigricans (schwarze Gesichtsmaske) 365.
 — 202.
 Harrison, R., Die Behandlung des Blasensteins bei Prostatahypertrophie 176.
 Hartmann, C., 706. 738.
 — 339.
 Hartmann, H., Echinococcuscysten im Becken und Harnretention 161.
 Hartung und Alexander, Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin 538.
 Hartzell, M. B., Benignes Cystepithelioma und seine Verwandtschaft zu dem sogen. Syringocystadenoma, Syringocystoma und Haemangio-Endothelioma 594.
 — Kohlenteer und seine Derivate in der Behandlung von Hautkrankheiten 122.
 — Über das benigne Cystepithelioma 585.
 — 585.
 Hauck, Über einen Fall von sog. Bronzediabetes 457.
 Haug, R., Die Behandlung der Ohrfurunkulose 685.
 Hay 692. 693.
 Head 149. 187.
 Heath, Fall von Aknekeloid 584.
 Hebra, F. 91. 195. 401. 417. 510. 542. 687. 730. 732. 757.
 Hebra, H. v. 753.
 Hedinger, Über den diagnostischen Wert des Wasserstoffsäuperoxyds bei Fluor und Fluorverdacht 118.
 Hedrich, Das Levuretin (eine völlig reine Trockenhefe) und die Sacharomycotherapie (Hefekur) 119.
 Hefter, Der Einfluss der künstlichen und natürlichen Schwefelbäder auf den Stoffwechsel der Syphilitiker 279.
 Hegar 60.
 Heidenhain 21. 79.
 Heidingsfeld, M., Die mercurielle Behandlung der Syphilis. Ein weiterer Beitrag zum Studium der Quecksilberinjektionen 361.
 — Die Kontrolle der Prostitution und die Verhütung der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten 490.
 — Porokeratosis Mibelli 526.
 — 366. 753.
 Heinicke, W., Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, und über Phosphaturie und Ammonurie als objektive Symptome von Psychosen 775.
 Heins 114. 494.
 Helbing 711.
 Heller, J., Ein Beitrag zur Genese der Mastzellen der Haut 94.
 — Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes 31.
 — Über Phlebitis blennorrhoea 436.
 — 148.
 — Die Bedeutung der vergleichenden Pathologie der Haut 525.
 — Urticaria pigmentosa bei einem drei Monate alten Säugling 458.
 Hellmer, E., Über eine therapeutische Wirkung des Yohimbins „Riedel“ bei nervöser Impotentia virilis 76.
 van Helmont 166.
 Henius, Die Anästhesiebehandlung des Erysipels 118.
 Henle 401.
 Henneberg 718. 719.
 Henoch 563. 569.
 — 163.
 Hensen 201.
 Heraeus 54.
 Herman, Paul 163.
 Hermanides 714.
 Herring, Blasenpapillom mit Injektionen von Höllesteinlösungen behandelt 42.
 Hertwig, O. 695.
 Herzheimer, Über äußerliche Behandlung der Psoriasis 367.
 — 215. 269. 367. 527.
 Hervieux, Variolisation 280.
 Herz, Max 95.
 Herzog, H., Über einen neuen Befund bei Molluscum contagiosum 431.
 Heubner, Ein plötzlicher Todesfall nach Abheilung von Ekzem 366.
 — Zur Serumtherapie des Scharlachs 238.
 — 184. 523.
 Heusner, Ein Fall von Prostatotomia infrapubica 475.
 Heuss, E. 494. 556. 658. 659. 692. 693. 695. 696. 697. 699. 759.
 Heyden 279.
 Hill, Bericht über einen Fall von hartem Schanker der Lippe und dessen Entstehungsmodus 301.
 — Rezidivierender Zoster 564.
 Hinsdale, Die Behandlung von Erkrankungen der Haut und des Urogenitalgebietes mit Bädern und Klima 345.
 Hintner 201. 202.
 Hippokrates 88.
 Hirsch, A., Zur Behandlung der Streptokokkocien mit Antistreptokokkenserum 235.
 Hirsch, G., Zur Behandlung der Blennorrhoe des Auges 485.
 Hirschberg, M., Kosmetische Fehler der Hautgebilde und ihre Behandlung 491.

- Hirschfeld, B., Über senile (und präsenile) rein hyperplastische Talgdrüsentumoren, speziell des Gesichts 587.
- Hirschl, J. A., Gehirn und Syphilis 610. — 307. 707. 779.
- Hirt 704.
- Hitschmann 561.
- Hitzig 714.
- Hochsinger 664.
- Hodara, M., Der innerliche Gebrauch des Ichthyols in drei Fällen von Mycosis fungoides 548. — 388.
- Hodgkin 108.
- Höldmoser, C., Tabes und Syphilis in Bosnien und Herzegowina 611.
- Hölscher 13.
- Hoffmann, Edgar 564.
- Hoffmann, L. 113. 148. 184. 525. 668. 664. — Über syphilitische Venenentzündung im Frühstadium 202. — Dermatitis nach äußerer Applikation von Scilla maritima 91. — 717.
- Hogge, Untersuchungen über die Muskeln des Perineums und des Diaphragma pelvis, über die sog. Cowperschen Drüsen und über die Entwicklung dieser Organe 409. 670.
- Holländer, E., Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffekts 301. — 359. 581. 620. 668.
- Hollmann 366.
- Holls 671.
- Hollstein 197. 198. 199. 200.
- Holzinger 709.
- Holzknrecht 108. 274. 404. 414. 415. 496. 580. 581. 667. — Das System der Strahlentherapie 579. — Die Grundlagen der Röntgentherapie 549.
- Hooton, A., Über perineale Litholapaxie 470.
- Hopf, Artefizielle Dermatitis durch Tomatenkraut 582. — Referate 41. 42. 45. 48. 50. 52. 53. 54. 55. 58. 59. 61. 66. 71. 93. 95. 99. 100. 124. 157. 165. 178. 231. 232. 237. 299. 311. 339. 340. 347. 362. 400. 415. 417. 419. 421. 427. 432. 462. 466. 468. 485. 488. 489. 491. 509. 554. 555. 557. 558. 601. 605. 616. 617. 620. 621. 677.
- Horand, Kranker mit gleichzeitig sekundären u. tertiären Syphiliserscheinungen 607. — Der Erreger der Syphilis ist ein „Blutprotist“ 603. — 281. 614.
- Horwitz, O., Die beste Operationsmethode zur Radikalbehandlung der senilen Prostat hypertrophie, begründet auf 150 Radikaloperationen 769.
- Hudovering und U. Pétz, Über pathologischen Gigantismus 754. — 706. 712. 722. 724.
- Huet 638.
- Hübert, J., Zur Bakteriologie der Lepra 278.
- Hügel 84.
- Hufeland 106.
- Hugenschmidt 17.
- Huguet 79.
- Huie, Die Färbung des Elastins und der Gebrauch von Kontrastfarben 595.
- Hultgren, Über die Addisonische Krankheit in Schweden 458. 755.
- Humboldt 605.
- Hundt, Ein Beitrag zur diuretischen Wirkung des Theocins, speziell bei akuter Nephritis 558.
- Hunter, John 166.
- Hutchinson, J. 166. 174. 290. 516. 594. 664. — Über meine Anschauungen 572.
- Hyde, J. N. 522. 525.
- Hynes, Über Vortäuschung eines Variolausschlages durch ein Jodexanthem bei einer syphilitischen Patientin 186.
- Jaboulay 348.
- Jacob 332.
- Jacob, F. H., Bemerkungen über die Ätiologie des Lupus und über Fälle, welche mit Röntgenstrahlen und Finsenlicht behandelt wurden 292.
- Jacobelli, Über die gasbildende Gangrän 424.
- Jacobi, E., Atlas der Hautkrankheiten 544.
- Jacquet 68. 123. 151. 170. 522. 741.
- Jadassow 169. 181. 188. 291. 351. 518. 541. 542. 592.
- Jahn, Zur Komplikation der Urethritis 465.
- Jahn, E. R., Milzbrandkarbunkel der Rachenschleimhaut 424.
- Jaja, Beitrag zur Behandlung der Variola und des Erysipels mit Tachyol 284.
- Jakobsohn, Zur Behandlung der Impotentia virilis mit Yohimbim auf Grund eigener Beobachtungen und Erfahrungen 471.
- Jakowlew, Zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion 279.
- Jamieson, W. A., Zur Behandlung verschiedener Formen von Hautkrankheiten mit X-Strahlen und Phototherapie 109. — Die Röntgen- und die Lichtbehandlung der Hautkrankheiten 111.
- Janet, J., Die Behandlung der Blennorrhoe der Harnröhre beim Manne mittels Spülungen ohne Katheter 449.

- Janet, J. 66. 69. 70. 72. 78. 80. 533. 764. 777.
- Janovsky 246. 250. 252. 417.
- Jansen, H., und Jensen, Über die Widerstandsfähigkeit der Geschwulstzellen gegenüber intensivem Licht 399.
- Japha 664.
- Jarvis und Proust, Die Freyersche Methode, eine transvesikale totale Prostatektomie 52.
- Jeanselme und Nonne, Diagnose und Differentialdiagnose der nervösen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica 517.
- Jeanselme 440. 516.
- Jendrassik 710. 720. 724.
- Jenner, E. 285.
- Jenner, W. 496.
- Jensen, C. O., und H. Jansen, Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Geschwulstzellen gegenüber intensivem Licht 399.
- Jensen, P., Die physiologischen Wirkungen des Lichtes 102.
- Jesionek, Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äußeren weiblichen Genitalien und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae 291.
- Lichttherapie nach Prof. v. Tappeiner 498.
- Jessner, Die Hautleiden kleiner Kinder 545.
- Die Schuppenflechte und ihre Behandlung 545.
- Die innere Behandlung von Hautleiden 546.
- Referate 96. 301.
- Jessop, Syphilitische Proptosis 618.
- Jochmann, G., Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach, mit besonderer Berücksichtigung der Blutuntersuchung 236.
- Johnson, A. B., Betrachtungen über die Tuberkulose der Harnblase 470.
- Johnson, H. L. E., Verengerungen der Harnröhre des Weibes 467.
- Johnson, Jos. T. 62.
- Jolles, A., Ein genaues Urometer 54.
- 54.
- Jolles und Oppenheim, Über den Eiweißgehalt des Blutes Syphilitischer 300.
- Jones, W. B., Prostatahypertrophie und ähnliche Zustände 50.
- Jordan, Arthur, Referate 65. 361. 367. 368. 488. 598. 603. 664. 731. 777.
- Ein Beitrag zur Statistik der Epididymitis blennorrhoeica 589.
- 665.
- Über Hautveränderungen bei Nierenkranken 637.
- Jordan, Fall von Erythema exsudativum multiforme et Atrophia cutis idiopathica manuum 664.
- Joseph, Über die Rhodanausscheidung im Speichel Syphilitischer 150.
- Über ungewöhnlich lange Inkubationsdauer der Blennorrhoe 590.
- Über ungewöhnliche Entstehung eines Quecksilberexantheims 733.
- Über Syphilisbehandlung 620.
- 189. 203. 246. 417. 418. 523.
- Über Eugufurum solubile 118.
- Über Acne vulgaris 421.
- Der Zusammenhang von Mundhöhlenkrankungen mit Dermatosen 490.
- Jürgens, Über Stomatitis blennorrhoeica beim Erwachsenen 483.
- Juffinger 417.
- Jullien, Neuritis optica; drohende Erblindung; Heilung mittels hochdosierter Kalomelinspritzungen 407.
- Über ein neues Merkurderivat „Lévorargyre“ 557.
- Die Geschlechtskrankheiten und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien 349.
- Über luetische Magenverletzung 365.
- 166. 188. 360. 524.
- Jung, P., Über die Beteiligung des Endometriums an der blennorrhoeischen Vulvovaginitis der Kinder 779.
- 54.
- Jungmann und J. Pollitzer, Über Pagets Disease 274.
- Justus, J., Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe 390.
- 201.
- Idelsohn 706.
- Ihle 68.
- Imbert und Pasteau, Hartnäckige Cystitiden 45.
- 45. 159. 468.
- Immerwahr 91.
- Impey 597.
- Ingerlans, Die Heredosyphilis des Nervensystems 609.
- Isaac, H., Pemphigus vulgaris 663.
- Isaak 201.
- Israel 57. 761.
- Ito, Ein Fall von Gumma der Paramammillardrüsen 747.
- Iveagh 428.
- Kälble 568.
- Kahane 707. 715.
- Kaiser, A., Über Spiritusverbände mit Duralkoholbinden, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände 552.
- Kalb 249. 266.
- Kalindéro 517.
- Kamen, L., Zur Ätiologie der Gasphlegmone 423.
- Kaminer und Senator, Krankheiten und Ehe 230.

- Kaposi 91. 105. 202. 208. 205. 241. 242. 243. 245. 249. 251. 392. 401. 405. 431. 432. 569.
- Kapsammer, Fünf geheilte Fälle von Nieren- und Blasen-tuberkulose 761.
— 41. 765.
- Karwowski 66.
- Katsenellenbogen, Referate 42. 46. 49. 53. 57. 58. 65. 66. 103. 182. 300. 420. 421. 423. 425. 430. 464. 475. 478. 480. 481. 486. 552. 557. 559. 564. 570. 600. 601. 606. 613. 621. 682. 683. 748. 764.
- Katzenstein, M., Über eine seltene Form der Epispadie, der Eiochelepispadie und ihre Entstehung 762.
— Die Behandlung der Fissura ani 184.
- Kaufmann 541. 762.
- Kedrowski, Experimentelle Erfahrungen über Lepraimpfungen bei Tieren 288.
- Keim, Über die Behandlung neugeborener Luetischer selbst ohne sichtbare syphilitische Erscheinungen 353.
- Keith und Shillitoe, Die Glandulae praeputiales oder odoriferae beim Menschen 93.
- Keith, H. 662.
- Kelemen, Untersuchung über den Wert des Helmitols bei Cystitis 469.
- Kelley 160.
- Kelly, Ein Fall von Erythromelalgie 188.
- Kelsch, Bericht über den Artikel 6 (obligatorische Impfung gegen Variola) des Gesetzes vom 15. Februar 1902, betreffend den Schutz des öffentlichen Gesundheitszustandes 281.
— 281.
- Mc Kelway, Ein Fall von einseitiger Lentigo 458.
- Kemp, Einige klinische Erscheinungen in Verbindung mit dem Guinea-Wurm 460.
- Kende 708.
- Kenley 124.
- Kérassotis, Über einen Fall von metastatischem Abscess blennorrhoidischen Ursprungs 159.
- Kerner, E., Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von Coitus interruptus 46.
- Keser 616.
- Kessler 758.
- Key, A., 411.
- Keyes, Prognose und Behandlung der Harnröhrenstriktur 465.
— Über Bakteriurie 774.
- Keyes, E. L., Verursacht Blennorrhoe Prostatahypertrophie? 763.
- Kienböck 414. 415. 667.
- Kirchner 510.
— 510.
- Kissling, K., Zwei Fälle von generalisierter Vaccine nach Übertragung der Vaccine auf ein chronisches Gesichtsekzem 569.
- Kitasato 685.
- Klar, M. M., Über traumatische Epithelcysten (Epidermoide) 429.
- Klebs 682. 761.
- Kleinwächter, Ein bisher noch nicht beobachteter Defekt im Genitalsystem 59
- Klemperer, G., 306. 395. 710. 711.
- Klinger, Atypischer Fall von Psoriasis vulgaris diffusa, durch Kakodylinjektionen geheilt 420.
- Klingmüller und Baermann, Ist das Syphilisgift filtrierbar? 604.
- Klingmüller 518.
- Klotz, H. G., Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 342.
- Knauer 60.
- Knecht, Über die Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat 761.
- Kobler, G., Die Impfung in Bosnien und der Herzegowina, und der Einfluss auf das Vorkommen der Blattern in diesen Ländern 286.
- Koch 291.
- Koch, R. 451. 519. 617.
- Köbner, H., Zur Ätiologie und Therapie, speziell Balneotherapie der Psoriasis vulgaris 678.
— Bemerkungen zur neueren Literatur über Epidermolysis bullosa hereditaria 152.
— Über Striae cutis distensae 756. 663.
- Köhler, F., Kasuistische Beiträge zur Ätiologie der Lipomatose und zur Säurebehandlung des Pruritus 240.
- Koehler, H. H., Einiges über Behandlung der Syphilis 619.
- Kölliker 6. 7. 10. 11. 18. 19. 215. 401. 656. 657. 658. 659. 689. 690. 691. 696. 697.
- König, F., Zur Operation der Hypospadie 762.
— 761.
- Koeppe, Die Physiologie der Harnabsonderung 675.
- Koerber, Ein Fall von allgemeiner entzündlicher Schwellung der Haut 560.
- Körner, O., Über den Herpes zoster oticus (Herpes an der Ohrmuschel mit Lähmung des Nervus acusticus und des Nervus facialis) 187.
- Köster 527.
- Kolbasenke, Über Alkoholumschläge 117.
- Kolle 84.
- Kollmann 346.
— Endourethrale Photographie 153.
- Konrádi, Weitere Untersuchungen über die bakterizide Wirkung der Seifen 558.
- Koplik 279. 280.
- Kopp 200. 244.
- Koppel, Über die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien 290.

- Korányi 720.
 Kornfeld, A., Erfahrungen über Ichthargan 72.
 Kornfeld, F., Über Vibrationsmassage der Prostata mittels eines neuen Prostata-vibrators 28.
 — Ein Apparat zur Vibrationsmassage der Prostata (Prostata vibrator) 49.
 — Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie 775.
 Kostlivi, Über interparietale Hydrocelen 766.
 Kouroudjoeff, Beitrag zum Studium der physiologischen und therapeutischen Wirkung der trockenen Wärme in ihrer lokalen Anwendung bei einigen Dermatosen 552.
 Kraepelin 308.
 Krafft-Ebing 46. 707.
 Krakow 699.
 Král 523.
 Krasnoglaskow 731.
 — Mykosis fungoides 731.
 Kraus, Die Bakterien der gesunden und kranken Harnwege 675.
 — 493.
 Krause, P., Untersuchungen einiger Dauerhefepräparate des Handels mit besonderer Berücksichtigung ihrer biologischen Eigenschaften und therapeutischen Verwertbarkeit 120.
 — Zwei Fälle von Gonokokkensepsis 484.
 — Einige bakteriologische Untersuchungen beim Erysipel 422.
 Krecke 195. 199. 200.
 Kreibich, K., Zur Anatomie der Haut-epitheliome 667.
 — 215. 249. 250. 251. 263. 265.
 — Über Lupus pernio 391.
 — Ein Fall von „Adenoma folliculare cutis papilliferum“ 149.
 — Über vasomotorische Phänomene 528.
 — Zur Pathogenese kolloquativer Blasen 30.
 Krepis, M., Zur Therapie der Anuria calculosa. Zur Pathologie der Reflexanurie 57.
 Kromayer, E., Das preussische Kultusministerium und die Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 572.
 — Behandlung und Heilung der Alopecia areata durch direkte Bestrahlung mit kaltem Eisenlicht 759.
 — 4. 7. 8. 11. 16. 148. 210. 211. 212.
 Krompecher 319. 321. 322. 331. 333.
 Kron 709. 712. 727.
 Krotoschiner, M., Zur Anwendung der spinalen Anästhesierung bei der chirurgischen Behandlung von Urogenitalaffektionen 346.
 — Aseptisches Katheterisieren der Harnwege 760.
 Kruckenberg 107.
 Krzystalowicz, Über eine durch Streptokokken verursachte chronische, in ihrem Aussehen dem Pemphigus analoge Dermatose 170.
 Kudisch, Syphilisinfektion bei ritueller Beschneidung 279.
 Kühne 778.
 Kümmler 414.
 Küssel 732.
 — Dermatitis universalis 731.
 Kuhn 704. 705.
 Kulka, O., Zur Charakteristik der neuen Salbengrundlage Fetron purissimum Liebreich 555.
 Kumberg 405.
 Kupffer, A., Über die Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl 598.
 Kuritu und Dohi, Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich japanischen Universität zu Tokio 1899—1902 179.
 Kurkowski 497.
 Kuznitsky 14. 19.
 Labaud, Über den heutigen Stand der Lehre von der Lävulosurie 480.
 Lachs, J., Urethralpolypen beim Weibe 59.
 Lafay, L., Über Jodöle 166.
 Lamarque 343.
 Landerer 188.
 Landouzy 281.
 Lang, E., 188. 361. 663. 707.
 Langballe 423.
 Lanlebert 231.
 Langhans 223.
 Lannois 188.
 Lanz, A., Über die Pityriasis rosea Gibert 366.
 Lanzi, Die Wirkung der Kälte auf Gewebe, welche dem Einflusse von Traumen oder von Tuberkulininjektionen ausgesetzt worden sind 413.
 De Lapersonne, Ein neues örtliches Anästhetikum, das Stovaine 555.
 Laques, Über Alkohol und Sexualhygiene 337.
 Larat, J., Frühzeitige elektrische Behandlung des Herpes zoster 187.
 — 553.
 Laroche, Der Nutzen des Wassers von Barèges als Adjuvans bei der Behandlung der Syphilis 356.
 Lassar, O. 123. 198. 293. 297. 456. 512. 517. 600. 692. 759.
 — Die Übertragung der Rindertuberkulose 170.
 — Über Impfersuche mit Syphilis an anthropoiden Affen 296.
 — Über eine Weiterimpfung von syphilitisch infizierten Schimpansen 401. 608.
 — Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen) 275. 543.

- *Latte, D., Über multiple neurotische Hautgangrän 189.
- Lauder, Untersuchungen über die Quelle der Scharlachinfektion und deren Bedeutung für die Krankenhausbehandlung 237.
- Laurent 310.
- Layne, Über chronische, blennorrhische Prostatitis 66.
- Lebert und Chatin, Behandlung einer syphilitischen Graviden mit grauem Öl. Normale Geburt 167.
- Lebet, Pyämische Dermatitiden 682.
- Lebon, H., Apparate für Maßbestimmungen bei der Radiologie und deren Anwendung 740.
- Lecouillard 44.
- Ledermann, R., Ein einfacher Apparat zur Sterilhaltung der Injektionspritze und der Kanülen bei subkutanen Quecksilberkuren 572.
- Lupus erythematodes und Akne + Rosacea 91.
- Das Verhalten der Haut bei inneren Krankheiten 491.
- Neurotische Hautgangrän 91.
- Hereditärsyphilitische Geschwüre nach Gummen der Tibien und des Stirnbeins 664.
- Leeber, Purpura fulminans 563.
- Lefebvre, A., Das Mikrosporon der Katze, ein neues pathogenes Mikrosporon des Menschen 164.
- 163. 491.
- Legrain, Rasch zum Ziele führende Behandlung des vereiterten Bubo mit Inzision, Ausdrücken und sofortiger Naht 162.
- 465.
- Legueu, Die Rolle anormaler Gefäße in der Pathogenese der Hydronephrose 738.
- Über die Pyelonephritis in ihren Beziehungen zum Wochenbett 739.
- Lehmann, W., Referate 54. 61. 63. 64. 68. 119. 122. 124.
- Leistikow 99. 578.
- Leloir 90. 148. 251. 431.
- Lemaire, H. und Siredey, Akute, diffuse Hepatitis und Icterus gravis in der Sekundärperiode der Lues 169.
- Über Fieber während der Sekundärperiode erworbener Syphilis 354.
- Lentz, O., Über die Behandlung von Frostbeulen mit Salzwedelschen Alkoholverbänden 186.
- Leo 240.
- MacLeod und Ocmierod, Ein Fall von Darier'scher Krankheit 450.
- Leonhard, Ch. L., Der diagnostische Wert der Röntgenstrahlen 109.
- Leredde, Prurigo, Lichenifikation, Urticaria, Neurodermitiden 169.
- Leredde, Lichen simplex und Lichenifikation 170.
- Auswahl und Vergleichung in der dermatologischen Therapeutik 351.
- Die Behandlung des Carcinoms der Haut mit Röntgenstrahlen 428.
- Die Radiotherapie bei den Hautepitheliomen 454.
- Die Behandlung des Hautcarcinoms mit X-Strahlen 454.
- Die Balanitis 464.
- Reformen in der Quecksilberbehandlung der Syphilitiker 523.
- Die Notwendigkeit der Präventivbehandlung bei der Syphilis 351. 620.
- Die Behandlung des Hautkrebses mittelst Röntgenstrahlen 740.
- Pathogenese der Alopecia areata 741.
- 38. 164. 397. 412. 440. 521. 527. 715. 726. 727.
- Lesser, Nachruf an Scarenzio 146.
- Syphilitischer Ausschlag 90.
- Erythromelie 90.
- Tumorbildender Lupus beider Wangen 90.
- Die Finsensche Lichtbehandlung des Lupus 293.
- Der Krieg gegen die venerischen Krankheiten in Deutschland 341.
- Sklerodermie, Erythromelie, Lupus, Pemphigus 732.
- 31. 32. 90. 91. 92. 148. 293. 303. 509. 510. 519. 527. 715. 780.
- Lesser, Fritz, Zur Ätiologie der Orchitis fibrosa 471.
- Zur Ätiologie und Pathologie der Tabes, speziell ihr Verhältnis zur Syphilis 357.
- Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis 147.
- Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasymphilitischen Erkrankungen 591.
- Lessing, Ein perineales Harnröhrendivertikel 540.
- v. Leszcynski, L., Eine klinische differentielle Methode der Gonokokkenfärbung 538.
- Lévy-Bing und Schwab, Behandlung der Syphilis von Neugeborenen mit Einspritzungen löslicher Quecksilbersalze 299.
- und Bartélemy, Über Injektionen von Jodöl bei der Behandlung der Syphilis 229.
- Die Behandlung syphilitischer Neugeborener mit unlöslichen Quecksilberinjektionen 353.
- 360. 744.
- Levy-Dorn, Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Cancroid und eine Schutzhülle gegen Röntgenstrahlen 184.
- 184.

- Levy, E., Glycerin und Lymphe 287.
 Lévy, L. 309.
 Levy, Magnus 773.
 Lewandowsky 497.
 Lewin, G., 31. 32. 69. 587.
 Lewinsky 214.
 Lewis, S. 495.
 Lewitt, E., Renale Hämaturie und Nephritis 395.
 — 396.
 v. Leyden 184. 290. 703. 705. 706. 708. 711.
 Lichte 710.
 Lie 518.
 Lieberthal, D., Ein Fall von Darier-scher Krankheit 751.
 Liebreich 293. 488.
 Liebreich, O., Über Fetron-Salbe 118.
 Liepman 699.
 De Lile 619.
 Lilienthal, H., Ein kurzer Bericht über die vierjährige Tätigkeit an der zweiten chirurgischen Abteilung des Mount Sinai-Hospitals 461.
 Lilienthal, J., Zur Prophylaxe der Blennorrhoe 776.
 — Hypernephroma 345.
 Lindblad 268.
 Lindenthal 561.
 Linsner 706.
 Lion 708.
 Lipmann, L., Ein weiterer Fall von Fieber und Schüttelfrösten mit Leberschwellung geheilt durch Quecksilber 306.
 Lipman-Wulf 223. 664.
 Lissauer 490.
 Little, Ein Fall von Lupus vulgaris, behandelt mit Tuberkulin 451.
 — 243. 585.
 Littré 541.
 Lobedank, Die Geschlechtskrankheiten 595.
 Loeb 215.
 Loeff, Pokkenlöhen oder Fadenalgen 281.
 Löffler 563. 682.
 Loeper, Lymphatische Hypersekretions-Verhaltungen und Ödeme 124.
 Loewald, A., Referate 28. 43. 44. 46. 47. 48. 49. 52. 57. 58. 60. 65. 69. 70. 94. 97. 102. 104. 109. 111. 118. 181. 182. 183. 184. 236. 237. 238. 284. 285. 288. 290. 291. 293. 294. 296. 298. 300. 361. 366. 367. 368. 422. 426. 460. 466. 467. 471. 477. 481. 483. 484. 490. 491. 547. 548. 552. 563. 594. 599. 604. 615. 616. 619. 676. 678. 680. 750. 751. 752. 753. 758. 759. 761. 762. 763. 767. 768. 771. 776. 778.
 Loewenbach 866. 417.
 Löwenfeld 711.
 Löwenhardt, Kongenitale Strikturen und Tripper 582.
 Löwenheim, B., Über urticarielles Ödem 192.
 Löwy, J. 662.
 Lower, W. O., Die Wichtigkeit der ätiologischen Faktoren bei der Behandlung der Cystitis 566.
 Lohnstein, H., Einige Beobachtungen über Hetralin, ein neues internes Harnantiseptikum 468.
 — Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Silberpräparate auf die Harnröhre des Kaninchens 539.
 — Über eine neue Methode der Behandlung der chronischen Urethritis 763.
 — 58.
 Lombardo, Piedra nostras 411.
 Lombroso 666.
 Longfellow, Die Bakteriologie der Cystitis 44.
 Longo, Weiterer Beitrag zur Ätiologie der Noma 683.
 Looft 517.
 Lortet 175. 585. 601.
 Lotheissen, Zur Klinik und Therapie des malignen Odems 561.
 Lublinski, W., Über das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis 615.
 — 693. 699.
 Lucas, R. C., Zwei Fälle von „Korsettkrebs“ nebst Bemerkungen über die Entstehung und Weiterverbreitung des Carcinoms 751.
 Lucke, E., Zur Physiologie der Harnentleerung 154.
 — Zur Injektionstherapie der Blennorrhoe 487.
 Ludwig 200. 249.
 Lünemann, Die Wirkungen der Caspar Heinrich-Quelle zur Driburg bei Krankheiten der Harnorgane 463.
 Lütjhe, H., Zur Frage der sog. febrilen Albuminurie nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung der Cylinder 55.
 — 762.
 Luithlen 417. 593.
 Lusena, Das Carcinom der Knäueldrüsen 427.
 Lusk, G., Die Behandlung der Alopecia areata 344.
 Luthardt 456.
 Luys, G., 43. 161.
 Lydston, F., Die Indikationen und die Technik der Prostataktomie 474.
 Lyon, G., Die heilbaren Albuminurien 55.
 Maag, P., Über den Einfluß des Lichtes auf den Menschen und den gegenwärtigen Stand der Freilichtbehandlung 104.
 Madelung 757.
 Maccione, Association des Pseudodiphtherie-Bacillus mit dem Neisser'schen Gonococcus 489.

- MacGowan**, Die Behandlung der Nebenhodenentzündung 347.
- Mackie, F. P.**, Die Verwendung von Antistreptokokkenserum zur Behandlung von Scarlatina und Diphtherie 238.
- MacLeod**, Ein Fall von „Granulosis rubra nasi“ (Jadassohn) 351.
- MacLeod** 585.
- Macready** 766.
- Magito** 174.
- Main, R.**, Bericht über einen anscheinend durch Auftreibung der Blase bedingten Fall von Coma 42.
- Majocchi** 532.
- Malengraux**, Zwei Fälle von Harnröhrenverengerung 41.
- Malherbe** 618.
- Malherbe, H.**, Schwarze Färbung des Penis nach Antipyrin 408.
- Mallannah**, Die Schätzung des spezifischen Gewichtes des Urins 476.
- Malpighi** 260. 262. 385. 388.
- Manasse, Arhovin**, ein neues Antibleunorrhoeikum für den innerlichen und äußerlichen Gebrauch 486.
- Mantegazza** 452.
- Marchand** 92.
- Marcou** 742.
- Maresco** 496.
- Marfan** 300.
- Marie, P.** 715.
- Marino** 377.
- Markovicz, L.** 779.
— 496.
- Marks** 698.
- Markuse, Julian**, Körperpflege und Heilkunde bei den alten Deutschen 96.
- Marmorek** 236.
- Marotte** 748.
- Marschalkó** 231. 527.
- Marsden**, Das Invasionsstadium der Masern 239.
- Martial, R.**, Die Fortschritte der Lichttherapie (die Methode der Sensibilisierung) 350.
— 351.
- Martin, A.**, Blennorrhoe im Wochenbett 60.
- Martin, F.**, Die Prostata und ihre Beziehungen zu Mastdarmerkrankungen 49.
- Martineau** 297.
- Martius, Friedr.** 228.
- Marullo**, Beitrag zum Studium des Molluscum contagiosum. Epithelioma molluscum (Virchow). Epithelioma contagiosum (Bollinger-Neisser) 430.
- Marzinowsky** 495.
- Mason** 567.
- Matsuura** 746.
- Mattirolo und Tedeschi**, Klinische und experimentelle Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie 479.
- Matzenauer, R.** 228. 298. 299. 580. 563. 680.
— und A. Brandweiner. Keratosis palmaris arteficialis 690.
- Mauriac** 158.
- Mauthner**, Die chemische Untersuchung des Harns 676.
- Maximow** 94.
- Mayer, L.**, Die Behandlung des Ekzems mit den neueren und neuesten Mitteln, unter anderem auch am eigenen Körper untersucht 677.
- Mayer, Th.**, Lupus des Ellenbogens 663.
— Lupus erythematodes 147.
— Pathogenese der Alopecia areata 759.
— 339.
— Zur Therapie der Tylosis palmaris bei Erwachsenen 33.
— Lichen planus 663.
— Tuberkulide 146.
- McClanahan**, Behandlung des Scharlachfiebers, seiner Komplikationen und Folgen 237.
- Meachen**, Der Einfluss der peripheren Nervenreizung auf die Hautkrankheiten 586.
- Meder**, Impferfolg bei Wiederimpfungen 570.
v. Mehring 240.
- Meinertz**, Versuche über Diurese, insbesondere über die Wirkung des Theococinatrium aceticum 558.
- Meissner, P.**, Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Ernst Sommer über die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur in Nr. 48 der Berliner klinischen Wochenschrift, 1903, 95.
— Trockensterilisatoren in der dermatologischen und urologischen Praxis 152.
— 32.
- Meldola** 139. 142.
- Melun, M.**, Ein neues Verfahren für Instillationen bei Prostatikern 50.
- Melvin, G. G.**, Die Behandlung der akuten Dermatitis 343.
- Memelsdorf, A.**, Die Therapie der Schuppenflechte 343.
- Ménard**, Bericht über eine Dienstreise nach Algier behufs Prüfung der Impfverhältnisse 280.
- Mendel** 357. 706.
- La Mensa**, Seltene Fälle von Hautkrankheiten 534.
- Menzen, J.**, Über Gelenkerkrankungen bei Psoriasis 228.
- Menzer** 238.
- Merk** 213. 214. 215. 216. 645.
- Mercks, E.**, Jahresberichte 111.
- Mercks Jahresbericht** 1903 491.
- Méry**, Die Scabies bei den Kindern 419.
- Mesnard, A.**, Die Behandlung der Hämorrhoidenblasenentzündung 42.

- Messer 177.
Metcalf, Steinbildungen in der Harnröhre des Mannes als Ursache eines Verschlusses der Harnröhre 763.
Metscherski, Xeroderma pigmentosum 732.
 — Morbus Addisonii 665.
 — 665.
Metschnikow 17. 232. 296. 297. 418. 511. 512. 732.
 — Über die experimentelle Syphilis 295.
Meyer 704.
Meyer, Otto, Drei Fälle von Blasenkatarrh im Kindesalter 764.
Meyer, V. 666.
Meyer, W., Wann und wie sollen wir bei Prostatahypertrophie operieren? 345. 734.
De Meyère 698.
Meyerhardt 148.
***Mibelli, V.**, Die Epitheliome und ihre Behandlung 315.
 — 174. 188. 520. 521.
Michaux und Barth, Die vesikalen Infektionen und der Bacillus pyocyanus 44.
Michelson, Idiopathische Orchitis 92.
Michin 64.
Migliorini, Fibromyoma telangiectodes der Haut 411.
 — Untersuchungen über die weichen Nävi und die pigmentierten Geschwülste 746.
 — Untersuchungen über weiche Nävi 388.
Miller 17. 18. 19. 21.
Milward 491.
Minet, H. 112.
 — Acidum pyrogallicum 112.
 — Technik und Indikationen der zirkulären Elektrolyse bei Harnröhrenverengerungen 466.
Minor 717.
Misch, P., Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis 593.
Moberg, Tuberkulöse Ulceration des linken Handrückens 268.
 — Epithelioma nasi 268.
 — Skarifikationsmesser 270.
 — Ausschlag am Handrücken 272.
 — Referate 267. 268. 269. 273.
Model, A., Wieder einmal die Primula obconica 184.
Möbins 704. 706. 707. 708.
Möller, Dermatitis chronica atrophicans 269.
 — Fälle von Hautcarcinom 268.
 — Infiltrate an der Haut 268.
 — Impetigo circinata 271.
 — Lupus nodularis serpiginosus 269.
 — Adenoma sebaceum 271.
 — Blennorrhoebeobachtungen bei Männern 532.
 — Pemphigus foliaceus 269.
 — 268. 270. 271. 272. 273. 274. 397.
Moll 738.
Montfort und Motz, Chronische Cystitiden 279.
Montgomery und Howard Morrow, Über die Gründe, die Dermatitis coccidioides als selbständige Krankheit anzusehen 406.
 — 516. 525. 692. 693.
 — Blennorrhoe beim Weibe 61.
Monti 94.
Montpellier 528.
Moog, Beitrag zum Studium der Ernährungsstörungen bei der Syphilis. Einwirkung der Quecksilberbehandlung 356.
Moore, F. C., Ein Fall von Arterienthrombose aus blennorrhöischer Quelle 68.
Moore, J. T. 495.
Moravcsik 310.
Morck 537. 559. 584.
De Morera 418.
Morgagni 540.
Morris Malcolm 86. 109. 417.
 — Behandlung des Lupus vulgaris 513.
 — Die Behandlung des Pruritus ani 585.
Morrison, Angeborener Mangel der Pigmentation bei Negerinnen 458.
 — Die Behandlung der geschlechtlichen Nervenschwäche 346.
Morrow, H., und D. W. Montgomery, Die Dermatitis coccidioides 406.
Moser 238.
Moses, M. A. 758.
Mosse 184.
Motschan, Heilung der Noma durch rotes Licht 633.
Motz 159. 737.
 — und L. Suarez, Über die spontanen Blutungen der Prostata 158.
 — Über chronische Cystitiden 279.
 — Beitrag zur Kenntnis der Cystadenome des Harnapparates 673.
Moullin, C. M., Die heutige Behandlung der Prostatahypertrophie 50.
Mourek 246. 252.
Moutard-Marten 354.
Moynikan 770.
Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten 417.
Müller, Albert 567.
Müller, C., Referate 48. 50. 67. 71. 94. 98. 104. 134. 175. 183. 239. 240. 281. 284. 286. 287. 336. 359. 360. 361. 410. 412. 413. 420. 424. 425. 428. 431. 459. 460. 470. 472. 477. 484. 489. 553. 563. 565. 597. 606. 608. 609. 611. 618. 621. 684. 746.
Müller, Julius, Über Diätetik der Syphilis 528.
 — Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol 119.
 — 380. 204. 494.
Müller, Otfried, Beobachtungen über Kopfsche Flecke, Diazoreaktion und Fieber bei Masern 280.

- Müllern-Aspegren 271.
Mundorff, Die Behandlung weiter Urethralstrikturen mit Kollmanns Intra-Urethrotom 546.
Munroe 4.
Murphy, Prostatektomie. Bericht über 51 in der Zeit vom 6. Mai 1901 bis zum 26. Februar 1904 operierte Fälle 770.
— 63.
Murala 179.
Murray, Über Eiweißproben 477.
Myers, L. W., Ein seltener Bromausschlag 35.
- Nabothi 61.
Naecke 307. 308. 309.
Nagelschmidt, F., Über Immunität bei Syphilis nebst Bemerkungen über Diagnostik und Serumtherapie der Syphilis 546.
— Karbolsäure, Lysol, Lysoform 119.
— 399.
Nageotte 715.
Napp, H., Zur Frage der Vererbung der Syphilis 224.
Narath 196. 202.
Nash, C., Die Verwendung von rotem Licht bei der Behandlung von Variola 285.
Neelsen 289.
Neftel 709.
Negrete, Über die Massage der Prostata 49.
Negro 710.
Neisser, A., Zur Behandlung der granulierenden Hautwunden 101.
— Mitteilungen über Lichtbehandlung nach Dreyer 108.
— Die Notwendigkeit der Ausbildung der praktischen Ärzte in der Diagnose und Therapie der venerischen Krankheiten 240.
— Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere 298.
— Blennorrhoe 482.
— Über Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897 518.
— Versuche, Syphilis auf Affen zu übertragen 511.
— 66. 188. 245. 251. 297. 351. 417. 430. 431. 512. 513. 515. 517. 578. 644. 665. 714. 715. 738.
Nékám, L. 727.
Neter, E., Hämaturie als einziges Symptom Barlowscher Krankheit 563.
— und Hanns Roeder, Über die Hautkrankheiten im Säuglingsalter und ihre Behandlung 545.
Netz, Gangrän bei Scharlach 565.
Neuberger, Ein Fall von Onychoomykosis trichophytina 400.
- Neuberger 189. 190. 191. 192. 201. 204. 205. 206. 251. 525.
Neugebauer, Eine Gefahr des Adrenalins 117.
Neukirch, Über Aktinomykose 421.
Neumann, J., Ein Beitrag zur Syphilis der Trachea und der Bronchien 304.
— Ergebnisse der bisherigen ethnographischen und anthropologischen Forschung in bezug auf das Alter und die Provenienz der Syphilis 513.
— Über Vererbung der Syphilis 608.
— Syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule 617.
— 200. 248. 249. 251. 253. 294. 411. 621.
Neumann, L. G., Bemerkungen über die Ixodidae 460.
Neustätter 695.
Newbolt, Ein Fall von Totalexstirpation der Prostata 51.
Newman, D., Zur Behandlung der Albuminurie 774.
Nicolot 748.
Nicolau, Klinisches und Histologisches über die Hautsymptome bei Leukämie und Pseudoleukämie 541.
Nicolich, Behandlung der Prostatiker mit inkompletter Hautretention und Distension der Blase 674.
Nicolle, Hermophenyl 114.
— 114.
Niedner, Zur Mesotanbehandlung 557.
Nielsen 223.
Niessen, Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffektes 359.
— 512 523. 765.
Nikolski, P., Über die Ausstofsung des Quecksilbers durch das Menstrualblut während der merkuriiellen Behandlung 354.
Nitze 153.
Nohl, G. 201.
— Über ein bisher nicht beschriebenes postsyphilitisches Merkmal 300.
— Zur Abwehr der blennorrhoeischen Infektion beim Manne 482.
— Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen 602.
Noël, L. A., Die Lepra: Zwölf Jahre Tätigkeit am Leprospezialhospital von Désirade (Gouadeloupe) 593.
Noguès 469.
Nonne und Jeanselme, Die nervösen Erscheinungen bei Lepra anaesthetica 517.
— Ein Fall von familiärer Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis. Tabes bei der Mutter und ihren zwei hereditär-syphilitischen Töchtern 612.
— 610. 706. 707. 709. 715. 718.
von Noorden, Über Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien 521.

Notthafft, A., Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis 224.

— 523.

Nyrop, Erysipelas contra Nephritis 423.

Oberländer 153. 449. 463.

Oberst 620.

Oberwarth 683.

Oberwinter, Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen 183.

Ödmansson 533.

Oehler, Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 757.

Ohmann-Dumesnil 180.

Okamura, Ein Fall von Entwicklungsanomalie des Penis 181.

Oker-Blom 388.

Oltramare, Tabes syphilitischen Ursprungs, geheilt durch langdauernde, energische Quecksilberbehandlung 37.

— 553.

Oppenheim, M., Zum Nachweis des Quecksilbers im Harn 54.

— Blastomykosen der Haut 525.

— Das Wasserstoffsperoxyd in der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 559.

— Die pathologische Anatomie des indischen Madurafusses (*Mycetoma pedis*) 531.

— 8. 6. 13. 14. 417. 521. 705. 716.

Oppenheim und Jolles, Über den Eiweißgehalt des Blutes Syphilitischer 300.

— und L. Freund, Bleibende Hautveränderungen bei Röntgenbestrahlung 563.

Oribazius 88.

Orlowski, Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung 464.

Orlow, W. N., Über die Behandlung der blennorrhoeischen Erkrankungen der Schleimhaut des Collum und Corpus uteri mit Protargol 779.

— 731.

Ormerod und MacLeod, Ein Fall von Darrierscher Krankheit 450.

Orth 628. 629. 750.

Ortmann, Ein Fall von Stricture urethrae infolge kongenitaler Phimose 450.

Osler, W., Über die visceralen Erscheinungen der Erythem-Gruppe der Dermatosen 98.

Ostermeyer, M., Ein Fall von tödlichem Pemphigus neonatorum (Derma-

titis exfoliativa neonatorum Ritter) mit Infektion der Mutter 681.

Oswald, A., Gibt es eine physiologische Albuminurie? 478.

Pacyna, J., Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche“ in der Dermatologie 558.

— Beobachtungen über Thigenol „Roche“ in der Behandlung der Hautkrankheiten 123.

Padoa, G., Zum Stadium der Harnzylinder 53.

— Die Harnzylinder 477.

Padrone 418.

Paget 108. 330.

Paldrock, *Staphylococcus albus*, den *Gonococcus Neisseri* vortäuschend 337.

Palm, F. J., Über Phlebitis blennorrhoea 736.

— 664.

Palmer, Die Lokalbehandlung von Geschwüren 101.

Pandy 719.

Panichi, Beitrag zum Studium der nicht blennorrhoeischen Urethritiden; Urethritis urica 744.

Papadopoulos 709.

Papin und Dambrin, Über die intraperitonealen Rupturen der Blase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens 347.

*Pappenheim, A., Weitere Studien zur Aufklärung der chemischen Natur des Weigertischen und Unnaschen Elastinfarbstoffes nebst Mitteilungen über Schnellfärbung des elastischen Gewebes und neue schnellfärbende Elastinfarbstoffe 134.

— 314. 635.

Paquelin 106.

— Die intraperitonealen Rupturen der Blase ohne Fraktur des Beckens bei Kontusionen des Abdomens 161. 162.

Paracelsus 165.

Parent-Duchatelet 155.

Parivot 710.

Parker, R., Traumatisches Aneurysma auf der Stirn 430.

— 474.

Parry 779.

*Pasini, A., X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepithelium 125.

— 314. 327. 328. 378. 440.

— Über den „Bürstenbesatz“ der Knäeldrüsen 93.

— Über einen Fall von Erythema syphiliticum hämorrhagicum 173.

Pasteau und Imbert, Hartnäckige Cystitiden 45.

— 45. 46.

- Pasteur 619.
 Patek, Dermatitis exfoliativa neonatorum oder Ritters Krankheit 341.
 Patel, M., Ruptur einer Variocèle mit Hydro-Haematocele 739.
 Paterson, Die Vaccination im Inkubationsstadium der Variola 567.
 Paul 570.
 Paulsen und Appel, Über die Wirkung von Paulsens Syphilisheilserum 359.
 — Bacillus der Syphilis und deren Serumbehandlung 523.
 — 390. 452.
 Pautrier, Über die Behandlung der ulcerativen und wuchernden Formen des Lupus vulgaris 293.
 — Die Beziehungen zwischen Syphilis und Vitiligo 171.
 — Syphilitische Leukomelanodermie (kabyrische Lepra) und Vitiligo 742.
 — Über die Behandlung der ulcerösen und vegetierenden Formen des Lupus vulgaris 292.
 — Über einen Fall von diffuser Lichenifikation der Gesichtshaut 352.
 Pavy 56.
 Pawloff 297.
 — Zur Frage der sog. gutartigen Sarcoidea, Neubildungen der Haut (Boeck) 278.
 Payot, Beitrag zum Studium der Sklerodermie 759.
 Peer, J., Zur Anwendung des Xeroform bei Brandwunden 564.
 Pel 714.
 *Pelagatti, M., Mykosis fungoides und Leukämie 369. 483.
 — Inkompatibilitätsgrenzen zwischen Kalomel und Jodpräparaten 745.
 — 129.
 Penn, Urethrotomie mit Hilfe kombinierter Anwendung einer vorderen und einer hinteren Leitsonde, letztere eingeführt auf dem Wege prävesikaler Punktur mit einer besonders gekrümmten Troicarkantüle 466.
 Pernet, G., Fall von Pemphigus vegetans 585.
 — Ein Fall von sekundärer Syphilis mit schwerer Augenerkrankung 611.
 — Verlängerte Inkubation bei Blennorrhoe 401.
 — 515. 585.
 Perthes 527.
 Peter, L. C., Diagnose und Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems 311.
 Peterkin, Über Chorda venerea 65.
 Petersen 418. 527. 598.
 Petersen, W., Zur Frage des Impfcarcinoms 225.
 von Petersen, Mammuthhaut 520.
 Petit, J., Behandlung der Blasensteine beim Manne 673.
 Petri 398.
 Petrini 314. 525.
 Petrucci 378.
 Petry und Hudovering, Über pathologischen Gigantismus 754.
 Pfeiffer, L. 568.
 Pfister, E., Pseudohermaphroditismus 761.
 *Philip, C., Zur Histologie des Hautorns 623.
 Philippe, P., Neue kombinierte Methode zur Behandlung von Verengerungen und chronischen Entzündungen der Harnröhre 466.
 Philippi, Referate 42. 43. 44. 51. 68. 72. 93. 98. 99. 119. 122. 163. 183. 187. 188. 237. 238. 239. 280. 281. 282. 283. 285. 286. 292. 293. 301. 359. 366. 428. 429. 564. 570. 666. 738. 741. 751. 757. 766. 769. 772. 773.
 — 662.
 Philippson, L. 440. 441. 442. 525. 662. 702.
 Piazza, Über die pathogenetische Bedeutung des Hansenschen Bacillus beim sog. Pemphigus in den hämorrhagischen Flecken bei der trockenen Gangrän der Lepra anästhetica 597.
 Piccardi 173.
 Picchi und Giarré, Beitrag zum Studium der hämophilen Bazillen bei akuter Conjunctivitis, Masern und Influenza 239.
 Pick, W., Tumorartige Formen der Hauttuberkulose 342.
 — Statistisches vom Herpes zoster 564.
 — 66. 90. 188. 222. 587. 663. 718. 760.
 Picqué 738.
 Pielieke, Demonstration eines Falles von Lupus nach Tuberkulinbehandlung 600.
 Pielilke, O., Demonstration eines palpablen Blasendivertikels 469.
 Piffard, Vorläufige Mitteilung über eine wirksamere Ausnutzung der Funkenlichtbestrahlungen 341.
 Pillet, Tuberkulöse fistulöse Deferentitis prostatichen Ursprungs 349.
 Pinara 281.
 Pinatelle und E. Duroux, Über einige Fälle von Spermacysten des Nebenhodens (intravaginale Spermacysten) 409.
 Pinkus, Adenoma sebaceum des Gesichts 147.
 — Fibromata mollusca 147.
 — Lichen planus, in der Zone des 4. und 9. Cervikalsegments 663.
 Pinkus, Felix, Referate 90. 146. 663.
 — Über die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi 592.
 Piorkowsky 523.
 Pistor 456.
 Plachte, Das Megalerythema epidemicum; die Grobsflecken 235.

- Plaut 84. 86. 87. 748.
 Plato 679.
 Plimmer 314.
 — Die Behandlung des Carcinoms mit Radiumbromid 428.
 Plinius 88.
 Pohl, J., Haarpflege im gesunden und kranken Zustände 552.
 Polakowsky 513.
 Polotebnoff 19.
 Polland, Ein Fall von Lupus erythematosus mit Erythema induratum 276.
 Pollitzer, J., und Jungmann, Pagets disease 274.
 Poor, F., Über Ekzema unguium localisatum 677.
 Porias, Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Schwefels in Form des Thigenols für die Dermatotherapie 558.
 *Porosz, M., Das Tonogen supra renale sec. Richter 647.
 — 66.
 Porot 188.
 Portner, E., Über intermittierende cystische Erweiterung des vesikulären Ureterendes 395.
 Posner und J. Cohn, Zur Diagnose und Behandlung der Azoospermie 766.
 Pospelow, Syphilisimpfung an anthropoiden Affen 732.
 — Dermatoskop 665.
 — Die Massage bei Acne faciei 741.
 — 510. 665. 731. 732.
 Potter, E., Verbreitung der Lepra in der Provinz Schantung 290.
 Potter, Das Verhältnis der Proteide zu Ödema bei infantilem Marasmus, Urinanalyse bei Diarrhoe der Kinder 124.
 Pourbeyron 706.
 Pousson, A., Die Radikalbehandlung des Prostatacarcinoms 349.
 Pravaz 66. 264. 491. 497.
 Preindlsberger, Über epidurale Injektionen bei Erkrankungen der Harnblase 41.
 — Über Urethrotomia interna 44.
 Pribram, Über die Pubertätsalbuminurie 56. 478.
 Priel, Kupfer bei Syphilis 622.
 Priessnitz 579.
 Pringle 746.
 Prissmann 514.
 — Zur Pemphigusfrage 368.
 Pröschel 134.
 Profeta, G., Wahrhafte Geschichte der dermosyphilographischen Klinik von Palermo bis Dezember 1903 175.
 Prokhoroff, Über den Wert der Medizinnengen und das System therapeutischer Einheiten 280.
 Proust und Jarvis, Die Freyersche Methode, eine transvesikale, totale Prostatektomie 52.
 Proust 281.
 Prove 465.
 Pryor 62.
 Puls 63.
 Purdy, Ein neues Silbersalz zur Behandlung der Blennorrhoe 71.
 — Die Behandlung der Blennorrhoe mit Argyrol 487.
 Putzler, Referate 44. 53. 57. 59. 60. 64. 95. 106. 108. 186. 295. 298. 299. 361. 362. 421. 428. 461. 479. 485. 486. 496. 549. 550. 556. 558. 563. 567. 602. 608. 612. 618. 764. 765. 775.
 Queyrat 297.
 Quincke 13. 100. 102. 182. 561.
 — und A. Gross, Über einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems 182.
 Quinquaud 201. 638.
 Rabl 211. 212. 215.
 Rachmaninow, Zur Lehre vom Pemphigus acutus (febris bullosa) 368.
 Rad 192. 706.
 Radaeli, Weitere Untersuchungen über den Stoffwechsel beim Lichen planus und über die Wirkungsweise des Arseniks 37.
 Raecke 712.
 Raedonok 515.
 Räuber, Ein Beitrag zum epidemischen Auftreten von Herpes tonsurans 364.
 Rafin, Zu therapeutischen Zwecken vorgenommene Katheterisierung eines Ureters (durch Bacterium coli verursachte Pyonephrose, geheilt durch Spülungen des Nierenbeckens) 161.
 — Bericht über eine erste Serie von 25 perinealen Prostatektomien 475.
 Rahn, Arthur, Referate 98. 118. 186. 302. 307. 358. 426. 427. 458. 464. 468. 469. 471. 482. 487. 547. 550. 556. 560. 564. 597. 605. 607. 608. 610. 676. 677. 681. 749. 757. 761. 766. 768. 773. 776. 779.
 — Die Seifen von Krankenheil in der Kosmetik 554.
 Rahn, E., Über rotes Licht bei Pockenbehandlung 567.
 Ranvier 215. 319. 369. 488.
 Rasch 197. 199.
 Rausch, H., Referate 94. 97. 111. 120. 288. 289. 363. 364. 365. 422. 424. 435. 431. 480. 483. 490. 500. 554. 569. 571. 686. 780.
 Ravasini 495.
 Ravaut und Darré, Herpes genitalis und Nervensystem 157.

- Ravenna, H.**, Noma und seltene Lokalisation des Typhusbacillus 683.
Ravith 109.
Ravogli, A., Die histo-pathologischen Veränderungen der Lymph- und Blutgefäße bei Syphilis 358.
 — Ein falsches oder Narbenkeloid 752.
 — Über die örtliche Anwendung des Formaldehyds in der Dermatologie 343.
 — 753. 758.
Raymond, Bulbär-spinale Syphilis hereditaria tarda 608.
 — 638. 706.
Raynaud, Acidum kakodylicum und seine Salze 111.
 — Melanodermie bei verruköser Hauttuberkulose 88.
 — 192. 248. 418. 518. 732.
Reben, W., Die Okularsymptome bei Syphilis 306.
Recklinghausen 754.
Reed, H., Die Diagnose der Blattern im Stadium des papillären Ausschlags 566.
Reid, J., Ein Fall von Mykosis fungoides 421.
Reiner 23.
Reiss, Erythema exsudativum multiforme 448.
 — Favus auf der Streckseite des rechten Vorderarms 448.
 — Hyperkeratosis palmarum et plantarum congenita 448.
 — Ichthyosis serpentina universalis 448.
 — Lupus tumidus 448.
 — Sklerodermie en bandes 448.
 — 123. 448.
Reitter 253.
Remak 706.
Renault 431.
Renaut 247. 251.
Renner, W. S., Tertiäre Syphilis von Nase und Rachen 304.
Rentoul, Keloidbildung im Anschluss an die Vaccination 430.
Renvers 188.
Reschetillo, Lichttherapie 665.
Respighi 388. 698. 699.
Reumont 727.
Reutsch 726.
Rey, J. G., Enuresis der Kinder 765.
Reyn 103. 500.
Riard 528.
Ribalkin 203.
Ribbert 15. 16. 18. 19.
Richter, P. F. 230. 647.
Richter, P., Über die Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffperoxyd, besonders bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 559.
Ricord 69. 596.
Riecke 196. 197.
Riedel, Über die Excochleatio Prostatæ 52.
Rieder, H., Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie 106.
Rieder 108.
Riegler, Über die Natur der Körper im Urin, welche die Jodsäure reduzieren 53.
Riegler, E., Eine rasch ausführbare gasometrische Methode zur Bestimmung des Zuckers im Harn 58.
 — Ein interessanter Fall von Cystinurie und Cystinesteinen 478.
Riehl 188. 196. 201. 292. 699.
Riehl, G., Bemerkungen zur Röntgentherapie 550.
Ries, K., Über Enuresis nocturna 735.
Riessmann, Über Hautabschilferung beim Abdominaltyphus 99.
Risso 523.
Rist 748.
Ritsert 686.
Ritter 341. 681.
Robbins, Quecksilber und Jodkalium 344.
Robert 64.
Roberts, L., Ein Fall von Antimon- und Bleivergiftung 403.
 — 45. 586.
Robertson 301. 610. 611. 711. 721.
Robin, A., Das Gesichtserysipel 423.
Robinson, B., Die Verlegung des Harnleiters durch periureterale Narben 177.
 — Das Trigonum vesicae, dessen Anatomie und Physiologie 467.
 — 702.
Robinson, H. B., Intraperitoneale Zerreißen der Blase bei einem fünfjährigen Mädchen; Durchtrennung des rechten Schambeins an der Epiphysenlinie; Laparotomie, Blasennaht, Genesung 44.
 — Papilläre Cyste einer Schweißdrüse der Achselhöhle 429.
Roca, Erfolge bei Lepra mit Chaulmograöl 525.
Roche, Xeroform bei Ulcus molle 426.
 — Ein sowohl hinsichtlich der Ätiologie, als der Lokalisation seltener Fall von extragenitaler Syphilisinfection 603.
 — 686.
Rochet und Ruotte, Modifizierte Sectio alta, bei welcher die Uretermündungen in der eröffneten Blase leicht sichtbar gemacht werden können 348.
Bodier und Capdepont, Mal perforans im Munde bei einer tabetischen Frau 37.
Roeder und Neter, Über die Hautkrankheiten im Säuglingsalter und ihre Behandlung 545.
Röhrig, Die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie 582.
Römer 697. 698.
Röntgen 108. 525. 526.
Rohden, B. 493.
Rolando 307.

- Romanowski, Ein seltener syphilitischer Primäraffekt (Syphilis insontium) 608.
— 145.
- Romberg 721. 722. 724.
- Romme, Drei Fälle von Orchitis nach Influenza 47.
— Zur Frage der Tripper-Nebenhodenentzündung 66.
- Róna, S., Nosocomialgangrän 531.
Róna 188. 425.
- Rosenbach, O., Über regionäre Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe 559.
— Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder die Anlage und ein sozialer Faktor maßgebend? 612.
— 306. 586.
- Rosenbaum, Th., Fomitin, ein neues Mittel gegen Blasenleiden, Menstruationsstörungen und Hämorrhoidalbeschwerden 556.
- Rosenfeld 55.
Rosenstadt 211.
- Rosenthal, O. 91. 92. 148. 223. 510.
— Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten 281.
- Rosin, H. 230.
- Rosner, A. 496.
- v. Rosthorn 481.
- Rothmann 357.
- Rotschild, A., Über die Frage der ätiologischen Beziehungen zwischen Blennorrhoe und Prostatahypertrophie 154.
Roux 232. 296. 297. 511. 512.
— und Metschnikoff, Über die experimentelle Syphilis 295.
- Rozière 659. 699.
- Rudaux, Antipyrin und Purpura 562.
- Rudnitzky, Über syphilitische Neuraethen 278.
- Rudski, Über die blennorrhische Urethritis der Knaben 65.
— Zur Frage der Behandlung des blennorrhischen Processes der Uterusschleimhaut mit Silberpräparaten 487.
- Rüdel, Das Schleimhautexanthem der Masern 566.
- Ruge, H., Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis 303.
- Ruhemann, Vermeidung von Hautreizungen bei der Anwendung des Mesotans 557.
— 574.
- Rumpf 705. 719.
- Ruotte und Rochet, Modifizierte Sectio alta 348.
- Rupples, W., Die Behandlung von venerischen Geschwüren 685.
- Rutherford, Fall von Urticaria pigmentosa 585.
- Rydygier, Zur intrakapsulären Prostataresektion bei Prostatahypertrophie 51.
- Saalfeld, E., Zur inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe 71.
— Über Nafalan und Nafalanpräparate 121.
— Mykosis fungoides 147.
— Erythema perstans 147.
— Dermatitis herpetiformis Duhring 147.
— Über Fetronsalbe 554.
— 123. 198. 660. 661. 666. 701.
- Sabaréanu und Garnier, Gewichtsveränderungen im Verlaufe des Scharlachfiebers 237.
- Sabbatini 317.
- Sabouraud, R., Die Radiotherapie der Alopecie 454.
— Zur Frage der Seborrhoide 677.
— 39. 86. 87. 170. 402. 404. 453.
- Sachs 522. 718.
- Sack, A., Bemerkungen zu K. Herxheimers Arbeit über die äußerliche Behandlung der Psoriasis 367.
— Referate 279.
— 91.
- Saenger 707. 765.
- Sahannat, Über einen Fall von Scharlach mit Chylurie und Glykosurie 565.
- Salgó 309.
- Salmon 412.
- Salmon, Max, Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung durch Verhütungsmaßnahmen 676.
- Salmon, P., Versuche über die Überimpfbarkeit tertiärer Gummen 229.
— Experimentelle Syphilis der Konjunktiva 356.
— Experimentelle Syphilis der Cornea 356.
- Salvendi und Voit, Die Bence-Jonessche Albuminurie 773.
- Salzwedel 117. 186. 277. 552.
- Samberger, Fr., Dermatitis framboesiformis 586.
— 25.
- Samgin, Sieben Fälle von Lepra im alten Katharinenhospital im Jahre 1903 598.
- Sangster 200.
- Santori, Über das Verhalten des Vaccinevirus gegenüber physiko-mechanischen Agentien 287.
- Sarbó 308. 708.
- Sartorius 530.
- Sauer 94.
- Sasserath, Phlebitis blennorrhoea 485.
- Sattler, M., Zur Behandlung der Verbrennung mit Trockenverbänden 185.
- Savariaud, Subunguale Exostose an der großen Zehe 432.
- Savill, Über hysterische cutane Symptome und Ausschläge 98.
- De Saxe, T., Zur Bestimmung des spezifischen Gewichts geringer Mengen von Urin; vorläufige Note über ein spezielles Hydrometer (Urino-Pyknometer), mit

- welchem wenige Kubikzentimeter der Flüssigkeit gemessen werden können 55.
- Soarenzio 146. 407. 597. 621.
- Schächter 411.
- Schäffer, Die Einwirkung von Alkoholverbänden, Eiskompressen, Eisblase, feuchten und Priessnitz-, sowie heißen Umschlägen auf Entzündungsprozesse 579.
- Schäffer, K., Über die Pathologie der Paralysis progressiva 307.
- Schallmeyer, Infektion als Morgengabe 339.
- Schamberg, Pocken und variolide Dermatosen 520.
- Die Ätiologie und das Wesen der toxischen Erytheme 669.
- 284. 285.
- Schanz, F., Über die Variabilität der Gonokokken 60.
- Über die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe 593.
- 70.
- Schaper 238. 293.
- Scharkewitsch-Scharschinsky und Bogrow, Das Formalin und seine Wirkung auf den Favuspilz 31.
- Schattenfroh 561.
- Schattock 532.
- Scheiber 708. 709.
- Schein, M., Spina bifida occulta und Hypertrichosis sacralis 535.
- Schering 576.
- Scheube 427. 709.
- Schiele, W., Einiges über die Haare und den Haarschwund 490.
- Schiff, E., Erfolge der Röntgentherapie 110.
- Ein mit der Dermolampe behandelter und geheilter Fall von Lupus vulgaris 600.
- 414. 519. 527.
- Schild, Metaarsensäureanilid (Atoxyl) 113. — 113.
- Schiller, Fürsorgeerziehung und Prostitutionsbekämpfung 154. 156.
- Schimmelbusch 194. 199.
- Schittenhelm 711.
- Schlagintweit 764.
- Schleich 35. 104. 500. 620.
- Schlesinger, A. 526. 527. 548.
- Schlockow und Burchard, Arbovin, ein innerliches Antiblennorrhoeum 71. — 23. 27. 41. 114. 493. 494. 710.
- Schmaus 715.
- Schmidt 416. 528.
- Schmidt, A., Herpetische Eruptionen als Vorstadium eines Hautcarcinoms neben Herpes zoster 225.
- Schmidt, H. E., Kompendium der Röntgentherapie 414.
- Die Entwicklung der Lichttherapie und ihre Bedeutung für die Behandlung der Hautleiden 500.
- Schmidt, J., Beitrag zur Kenntnis des Gonosan und dessen Wirkung 487.
- Schmidt, L. E., Ölinjektion in den Ureter mit nachfolgendem spontanen Abgang eines Uretersteines 481.
- Die Blaulichtbehandlung bei Hautkrankheiten 548.
- Schnabel, Über extragenitale Syphilis 602.
- Schneider, W., Über die interne Behandlung der Blennorrhoe 486.
- Schneider, Walther, Beiträge zur Behandlung des Ulcus molle 153.
- Schönlein 510.
- Scholtz, W., Die bakteriellen Infektionskrankheiten der Haut mit akutem Verlauf 97.
- Über die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung 111.
- Über die Verwendung des 30%igen Wasserstoffsuperoxyd von Merck in der Dermatologie und Urologie 536.
- Über die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit konzentriertem Licht nach Finsen 547.
- 519. 528.
- Schottelius, Bakteriologische Untersuchungen über Masernconjunctivitis 566.
- Schreiber, L., Bemerkungen zu A. Maximows Aufsatz „Über Klammatocyten und Mastzellen“ 94.
- Schrenck-Notzing 738. 747.
- Schroth 529.
- Schrötter 304.
- Schüller 64.
- Schütz, J., Über ein frühzeitig exstirpiertes Carcinom der Bauchhaut 226.
- Schütze, A., Über die praktische Verwertung des Helmitol, eines neuen Harn-desinfiziens 556.
- Schuffan, Über die interne Medikation bei Blennorrhoe und deren Folgeerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung des trockenen Extractum Pichi-Pichi 779.
- Schultbe, Hämaturie durch Oxalsäure nach Rhabarbergenuss 57.
- Schultz 519.
- Schultze 713.
- Schulze, B., Referate 46. 48. 52. 56. 61. 67. 69. 71. 72. 95. 100. 108. 118. 122. 153. 169. 181. 182. 183. 184. 228. 290. 295. 237. 240. 292. 293. 296. 302. 308. 312. 337. 357. 358. 359. 360. 366. 368. 427. 432. 458. 463. 477. 470. 480. 483. 484. 485. 486. 500. 544. 545. 546. 548. 552. 553. 554. 555. 557. 559. 562. 565. 567. 569. 572. 600. 603. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 676. 682. 733. 734. 744. 750. 751. 756. 759. 766. 776. 779. 780.

- Schulze, H., Über das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis bei Bergleuten 226.
- Schumacher 54.
- Schuppenhauer, Blennorrhische Gelenkerkrankungen und deren Behandlung mit lokalen Fangoapplikationen 67.
- Schuschny, Sexuelle Hygiene und sexuelle Aufklärung in der Schule 388.
- Schuster, Die Behandlung des Rheumatismus blennorrhoeicus mit Jodipineinspritzungen 543.
- Schwaab, A., Über Fieber bei syphilitischen Neugeborenen 354.
- Schwaab, Barthélemy und Lévy-Bing, Die Behandlung syphilitischer Neugeborener mit unlöslichen Quecksilberinjektionen 553.
- Schwab und Lévy-Bing, Die Behandlung der Syphilis von Neugeborenen mit Einspritzungen löslicher Quecksilbersalze 299.
- Schwartz 510.
- Schweigger 660.
- Schweizer, Ein Beitrag zur Bordellfrage in rechtlicher Beleuchtung 787.
- Schweitzer, F., Ein Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Aorta 607.
- Schweninger 300. 523. 619.
- Schwenkenbecher, Das Absorptionsvermögen der Haut 488.
- Schwerin, H. 494.
- Schwimmer 1. 12.
- Sederholm, Mykosis fungoides 269.
- Hautatrophie 271.
- Lupus erythematosus 272.
- Pagets Krankheit 273.
- Lepra maculo-anaesthetica 273.
- 269. 270. 271. 272. 273.
- Sée, M., Drei Fälle von ungewöhnlichem Sitz eines Ulcus durum 41.
- Seidel 660.
- Seifert 494.
- Selenew, Blennorrhoe bei einem neunjährigen Mädchen mit rascher Kondylomentwicklung 278.
- Selhorst, Erfolge in der Therapie hartnäckiger Harnröhrenstrikturen mit der elektrolytischen Nadel 582.
- Sellei 493.
- Sellei, J., Beiträge zur Histologie der Epididymitis blennorrhoeica 30.
- Sembritzki, Die unblutige Behandlung der Furunkel 748.
- Semon 697.
- Senator 293. 600. 711.
- und Kaminer, Krankheiten und Ehe. II 230.
- und F. Frankenhäuser, Zur Kenntnis der Wirkung von Kohlensäure- und anderen gashaltigen Bädern 553.
- Senger 194. 199.
- Senn, N., Der richtige perineale Prostataektomiechnitt 52.
- Sequeira, J. H., Der Wert der alten und neuen Methoden der Behandlung des Lupus und anderer Hautkrankheiten 585.
- Serra, Therapeutischer Wert des Jodipins bei der Behandlung der syphilitischen Spätformen 361.
- Serre 689.
- Sheldon, Betrachtungen über die Chirurgie der Prostatahypertrophie 473.
- Shepherd 200.
- Shillitoe 662.
- und Keith, Glandulae praeputialis oder odoriferae 93.
- Shillitoe, A., Ein Fall von pustulopapulösen Syphiliden des sog. varioloiden Typus 404.
- Shimoyama 179.
- Shinner 45.
- Shiwult 665.
- Shoemaker, Gegen Mücken- und Insektenstiche 178.
- Shropshire, Hämoglobinurisches Fieber, seine Ursachen und seine Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Frage des Chiningebrauchs 58.
- Sicard 741.
- Sichel, G., Ein Fall von Ulcus rodens behandelt mit Radium 429.
- Sick 195. 199.
- Siebert 390.
- Siegmann, Zur Anwendung des Saicrool 557.
- Sigmund 528.
- Silberstein, Das Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyols 123.
- Simonelli, Über die Frage der sogenannten „parasyphilitischen Affektionen“ 359.
- Simon 509.
- Sims, Marion 765.
- Singer 201. 245.
- Sinizin 731. 732.
- Siredey, Über Fieber während der Sekundärperiode erworbener Syphilis 354.
- und Henri Lemaire, Akute diffuse Hepatitis und Icterus gravis in der Sekundärperiode der Lues 169.
- Sivewright, Beziehungen zwischen Lufttemperatur und Variola 280.
- Skene, Ein scharlachähnlicher Arzneiausschlag 562.
- 61.
- Skinner, Zwei Fälle von ausgedehnter X-Strahlennekrose mit etwas ungewöhnlichem Verlaufe 185.
- Sklarek, Zur Ekzembehandlung mit dem neuen farblosen Teer „Anthrasol“ 678.
- 493.
- Skoczynski, Ein Fall von juveniler Paralyse 292.

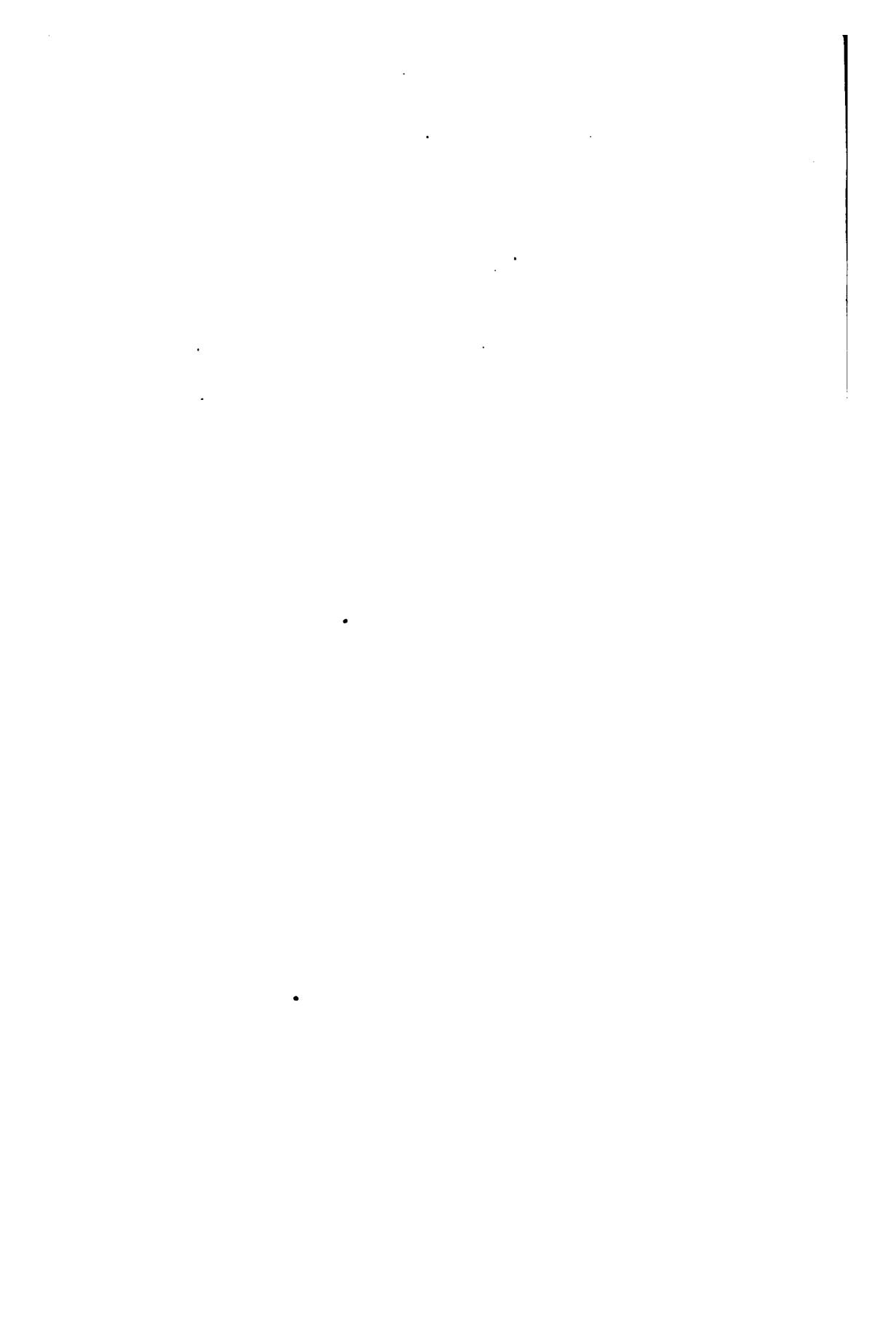
- Small, W. B., Die Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe 61.
— 363.
- Smeth, J., Einige Erwägungen über Harnabszesse 165.
— 163.
- Smith, E., Das Invasionsstadium der Masern 239.
- Snell, S., Der weitere Verlauf eines Falles von extra-genitaler Syphilis; Schanker des inneren Canthus; Keratitis interstitialis bei der Patientin und einem ihrer Kinder 301.
- Sniker, Ein Fall von luetischer Meningo-Encephalitis mit kortikaler (Jacksons) Epilepsie und Verlust des stereognostischen Sinnes 339.
- Sokolow 665. 683.
- Solger, F. B., Die Ursache der Alopecia praematura 592.
- Solger, Hereditär oder kongenital? Ein Beitrag zur Frage von der „Vererbung“ der Syphilis 228.
— Das Phänomen der Gänsehaut und seine Erklärung 783.
- Somers, L. S., Die Erkennung und Behandlung einiger Formen von Rachen-syphilis 305.
- Sommer, B., Framboesia oder Buba 520.
— Bouba, Pian, Framboesia 684.
— und Greco, Erster Fall von Madurafus oder Mycetoma in der Argentinischen Republik 684.
- Sommer 95.
- Sommer, Über die unmittelbare und Dauerwirkung thermischer Applikationen auf die Hauttemperatur 94.
- Sommerset, W. S., Ueber Verlauf und Diagnose der Blattern — nach der letzten Epidemie in der Stadt New York 284.
- Sorrentino, Blennorrhische Orchio-Epididymitis 745.
— Über einen Fall von „Elephantiasis nostras vulvaris“ 532.
- Southey 423.
- Sowinski, Versuche der Syphilisübertragung auf junge Schweine 297.
- Sowioski, Über den Bacillus des weichen Schankers und sein Toxin 684.
- Speyer 485.
- Spiegler, Untersuchungen über das Haarpigment 488.
- Spiegler, E., Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik 498.
- Spillmann 710.
- Spitzmüller, Ein Fall von Neurofibromatose 430.
— Alopecia areata nach Trauma 459.
- Sprecher, Zum Studium der Epididymitis blennorrhoea 484.
- Sprunck 653. 657. 658. 660. 661. 699. 700.
- Stanger 338.
- Staub 201.
- Stein, E., Gewerbedermatose bei Glasmachern 680.
- Stelwagon, Ein zweiter Fall von Dermatitis repens (Lee), Larva migrans (Crocker), Hyponomoderma (Kaposi), Derma-Myiasis linearis migrans oestrosa (Kumberg) 405.
— Dermatitis herpetiformis 179.
— Ein eigentümlicher ekzematoider Ausschlag der Lippengegend 405.
- Stenczel, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Phimose 464.
- Stern, Referate 30. 41. 45. 50. 51. 55. 66. 67. 70. 100. 101. 104. 109. 110. 124. 185. 186. 234. 284. 299. 303. 305. 306. 312. 359. 365. 367. 397. 429. 458. 459. 462. 465. 468. 470. 472. 473. 475. 477. 487. 541. 551. 561. 567. 596. 615. 617. 619. 685. 735. 751. 755. 756. 760. 770. 774. 775. 778.
- Stern, K., Rekonvaleszentenheime für Syphilitische 156.
- Stern, L., Die interne Behandlung der Blasenkrankheiten 41.
- Steiger, P., Bakterienbefunde bei der Euterentzündung der Kuh und der Ziege 362.
- Sticker 235.
- Stieda 653. 657. 658. 659. 693. 694. 695. 699. 700. 701.
- Stöhr, Über Intercellularbrücken zwischen äußerer und innerer Wurzelscheide 93.
— Über die Entwicklung der Glashaut des menschlichen Haarbalges 92.
- Stoker, Th., Über die suprapubikale Prostataektomie 475.
- Stokes, Hyperpyrexie bei Masern 239.
— Die Pathologie der Variola 282.
- Stolper, L., Die Behandlung der Eneuresis bei Mädchen 764.
- Storbeck 705. 706.
- Stoven, Die Behandlung mit X-Strahlen 550.
- Șerbanescu, Behandlung der Pustula maligna 425.
- Stewart, H. J., Die Finsenlichtbehandlung 104.
- Strach 338.
- Sträussler, E., Über einen Todesfall durch das sogen. akute umschriebene Ödem (Quinckesche Krankheit) 182.
- Strauss, A., Die epiduralen Injektionen und ihre Anwendung insbesondere bei den Krankheiten der Harnwege 100.
— Die neue Flasche „Simplex“ zu Einspritzungen bei Blennorrhoe 70.
— Eine sterilisierbare Irrigatorflasche 780.
— Eine neue Kataphorese-Elektrode mit auswechselbaren Tonkappen 32.
— Über Sondenbehandlung der Prostatahypertrophie 737.

- Strauss, A., Referate 101. 115. 117. 118. 119. 121. 123. 469. 488. 498. 555. 556. 558. 559. 564. 621. 622.
- Strassmann, K., Klinische, bakteriologische und mikroskopische Befunde bei der Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten 531. — 198. 199.
- Strebel, A., Fortschritte in der Lichttherapie 106.
— Eine neue Behandlungsweise für Lupus u. bösartige Neubildungen mittels molekularer Zertrümmerung durch kontinuierliche, hochgespannte, hochfrequente Funkenströme 293.
— Glimmlichtbehandlung des Trippers 582.
— Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen 580. 667.
- Strebel, H., Photokautik 581.
— Das Induktionsfunkenlicht und das elektrische Glimmlicht als wirksame lichttherapeutische Faktoren bei Behandlung der Blennorrhoe und anderer entzündlicher Zustände 339.
- Strelitzer, Albarginglycerinlösung, 20-prozent., zur Behandlung der Blennorrhoe 71.
- Stromberg 666.
- Strong, Th. J., Allgemeine Infektion mit dem Diplococcus Neisser als Komplikation chronischer Blennorrhoe 776.
- Stubenrauch 200. 347.
- Stumpf, L., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1902 287.
- Strümpell 194. 199. 704. 706. 712. 718. 714. 719.
- Suarez und Motz, Die spontanen Blutungen der Prostata 158.
- Suchanek 699.
- Sudek 124.
- Sumper 338.
- Swan, T. M., Über Quecksilbernephritis 122.
- van Swieten 115.
- Swoboda, Über Vaccinia generalisata 569.
- Sym, W. G., Metastatische Konjunktivitis bei Blennorrhoe 776.
- Symmers, Mitteilung über einen Fall von Addison'scher Krankheit, mit Nebennierenextrakt und salzsaurem Adrenalin behandelt 756.
- Szabóky, Über die Wirkung des Thioforms bei einigen Hautkrankheiten 123.
- Taenzler, Paul 135. 595. 635.
- Talma 306.
- Talwik, Über die Wirkung des Oleum Gynocardiae bei der Lepra 291.
- Tandler 658. 661. 689. 690. 701.
- Tappeiner 351. 498.
- Tarnowsky 166. 608.
— Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft 165. 168. 355. 743.
- Tausig, A., Das Mesotan 121.
- Taylor, Ulcus rodens, behandelt mit Röntgenstrahlen 752.
- Tenneson 680.
- Tetenhammer 210.
- Thalman, Das Ulcus blennorrhoeicum serpiginosum 393.
- Thibiérge, G., Die Bedingungen der Entwicklung der Pigmentaphilide (Leucoderma syphiliticum) 354. 614. 637. 638. 644.
- Thierelin 397.
- Thiersch 750. 757.
- Thierry 690.
- *Thimm, P., Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut, ihre pathologische Stellung und Ätiologie 1.
— Über Vasenol 400.
- Thomas, J. L., Vereinigung der Enden eines durchschnittenen Vas deferens 48.
- Thomas, T., Multiple Sarkome des subcutanen Gewebes, ohne eine evidente vorhergehende primäre Geschwulst 751. — 767.
- Di Tommasi 112.
- Thompson, A., 516. 772.
— 177.
- Thorburn, W., Eine modifizierte Methode der Kastration 48.
- Thursfield 638.
- Tichy, Calcaria hypochlorosa 113.
- Tillaux, Unguis incarnatus 564.
- Tluchor 338.
- Tobeltz 235.
- Többen, Über Angina und Stomatitis ulcerosa 427.
- Töpfer 73. 76.
- v. Török, J., Einiges über Lygosinin-Chinin 119.
- Török, L. 170. 180. 431.
- Tomaszewski, Über die Ätiologie der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen und Bubonuli 394.
- Tommasoli 175.
- Touton 522. 599.
- Trachsler 84.
- Tremolières und Chatin, La Pelade 747.
— Die Behandlung der Urticaria 562.
— Der Lichen planus und dessen Behandlung 425.
- Trendelenburg 408. 757.
- Tressling, Über Masern 240.
- Trevithick, Zum Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin 54.
- Triboudeau 363. 364.
- Tripke 235.
- Trömner 710. 711.

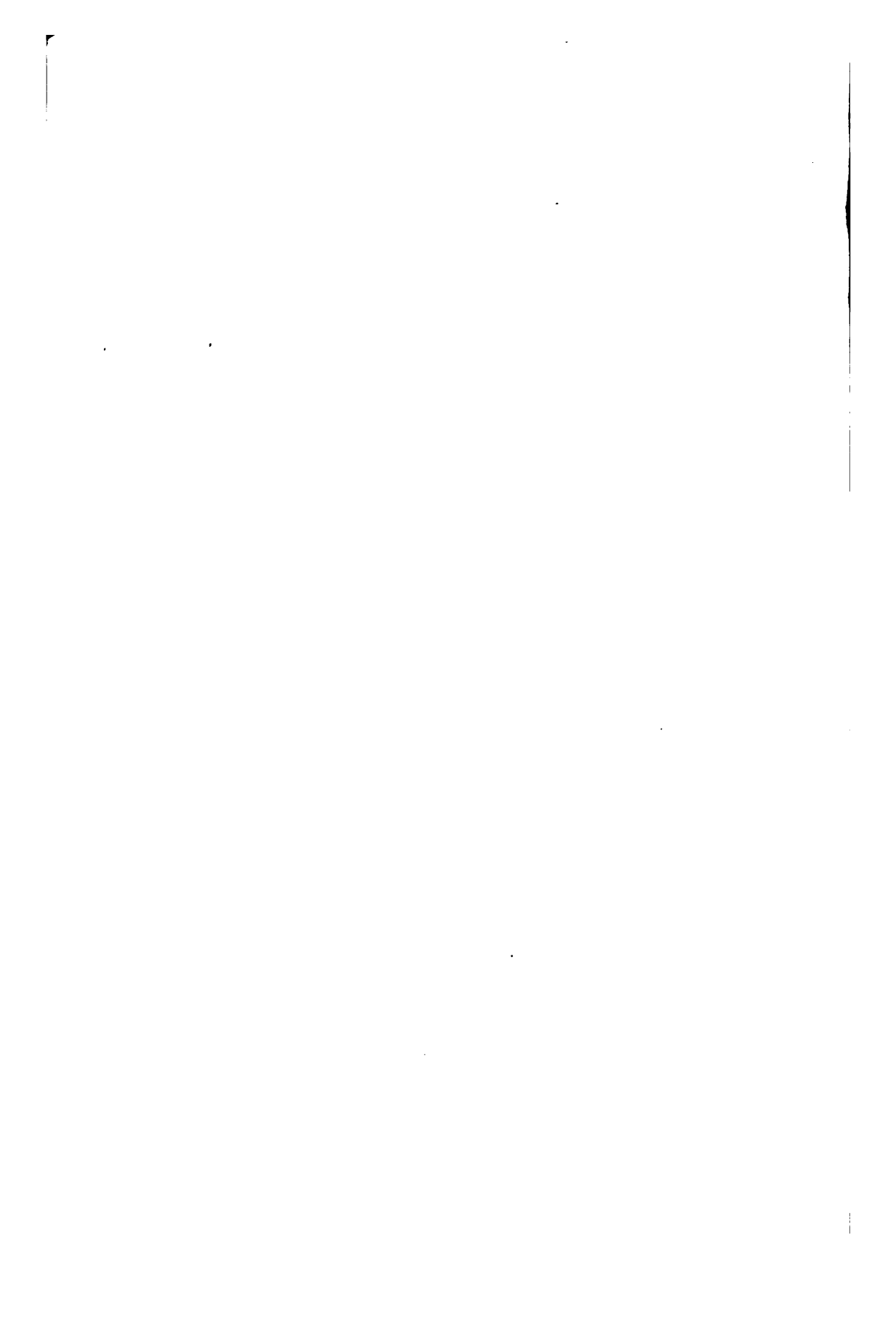
- Trommsdorff**, Die Bakteriologie der Chromidrosis 760.
- Truffi**, Die Methode von Scarenzio bei der Behandlung der Syphilis 621.
- Bilateraler, gekreuzter Herpes zoster mit begleitender Facialisparesie 174.
- Über das Trichophytin 679.
- 521.
- Truneček** 315. 338.
- Tschamer** 285.
- Türkheim, J.**, Referate 37. 41. 158. 165. 350. 408. 454. 542. 543.
- Tuffier** 787. 761.
- Turner, G.**, Torsion des Samenstranges 49.
- 290.
- Turner, R.**, Beckenabscess im Gefolge der Blennorrhoe 488.
- Tuttle, J. P.**, Pruritus ani 176.
- Tyson** 656. 657. 661. 662. 663.
- Tyzzer**, Vaccinekörperchen 282.
- Uffenheimer**, Beiträge zur Klinik und Bakteriologie der Angina ulcerosa-membranacea (meist Vincentsche oder Plautsche Angina genannt) 748.
- Die Pathogenese der blennorrhoidischen Nebenhodenentzündung 521.
- ***Ullmann, J.**, Ein Fall von Mycosis fungoides 631.
- 522. 639.
- — — Hereditär-syphilitische, venöse Dystrophien der Abdominalgegend und Gummata der rechten Hüfte 167.
- Lichen planus des Mundes 408.
- Syphilitische Plaques auf der Kopfhaut 37.
- Umbert**, Druelle und Emery, Tertiäres Erythem bei einem hereditär Syphilitischen 357.
- Unna** 6. 7. 9. 91. 94. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 142. 143. 144. 145. 146. 173. 188. 200. 208. 211. 212. 216. 217. 218. 219. 220. 244. 273. 319. 380. 382. 383. 385. 386. 388. 401. 402. 411. 431. 459. 520. 598. 623. 625. 626. 627. 628. 629. 635. 636. 667. 677. 678. 687. 702.
- Das Rhinophym 425.
- Über Keraminseife 73.
- Über parasitäre Carcinombefunde 525.
- Thesen bezüglich einiger pseudoparasitärer Krebsneoplasmen 318.
- Uno, H.**, Ein Fall von Erythema scarlatiniforme recurrens bei einer hysterischen Frau 180.
- 179.
- Urban, H.** 779.
- ***Vajda**, Zur Technik der Urethralinjektionen 501.
- Valentine** 449. 463. 718.
- Über Harnretention 476.
- Valliet**, Über die Durchgängigkeit des nach Sektion oder Resektion genähten Vas deferens 48.
- Vanverts**, Ein Fall von häufig sich wiederholender Torsion des Samenstranges 739.
- Variot**, Die Diagnose und Prognose der Masern 565.
- Die anfallsweise auftretende kongenitale Cyanose 560.
- Vassant** 452.
- Vaughan**, Syphilitische Erscheinungen in Nase und Rachen 615.
- Veiel, Fritz**, und **A. Neisser**, Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere 298.
- Die Staphylokokken des chronischen Ekzems 365.
- Vellacott**, Initialklerose an der Lippe 300.
- Verdelli** 441.
- Veress**, Über Lungensyphilis 616.
- Verrotti**, Drei sporadische Fälle von Pellagra 183.
- Eosinophilie des Blutes und der Haut bei der Dermatitis von Duhring und beim Pemphigus vulgaris 412.
- Über den Einfluß von Hautreizen (besonders traumatischer) auf die Bildung von Psoriasisefloreszenzen 420.
- Fall von verkannter Syphilis 606.
- Zur Verth**, Die Syphilis der Europäer in den tropischen Gegenden der ost-amerikanischen Küste 604.
- Beobachtungen über klimatische Bubonen 427.
- Veverka** 496.
- Vidal** 680.
- Vieth, H.**, Die dermatologisch wichtigen Bestandteile des Teers und die Darstellung des Anthrasols 122.
- Vigneron** 116.
- Vignolo-Lutati**, Das Gonorrhoe bei der Behandlung der Cystitis blennorrhagica 745.
- Das Albargin bei der Behandlung der blennorrhoidischen Vulvo-Vaginitis der kleinen Mädchen 71.
- Villard** 740.
- Villaret** und **Cathelin**, Blasen-Prostatenstein 161.
- Villars** 404.
- Vincent**, Zur Bakteriologie der Balanitis vulgaris 158.
- 158. 531. 748.
- Virchow** 430. 431. 708. 714. 715. 717.
- Virdia**, Die Varicocele und ihre moderne chirurgische Behandlung 48.

- Völcker 51.
 Voigt, L., Schon wieder ein neuer Impfschutzverband 238.
 — Bericht über die im Jahre 1903 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung 568.
 — 705.
 Voit und H. Salvend, Zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie 773.
 — 517. 529.
 Volk, R., Zur Histologie der Scabies 588.
 Volkmann 752.
 Vollmer, Über die Beziehungen zwischen Balneologie und Dermatologie 227.
 Voltolini 738.
 Voss, Ein Fall von isolierter blennorrhöischer Affektion eines paraurethralen Ganges 449.
 — Über Hg-Paraffinembolien 275.
 Vucelic, M. 704.
 Vuillemin 411.
 Vulpian 703.
- Waelsch, Paranoische Zustände bei Syphilis 613.
 Waelsch, L., Über nichtblennorrhöische Urethritis 151.
 — Das Syphilisheilserum von Dr. Paulsen 890.
 — 252. 396. 523.
 Wagner, H., Die Behandlung von granulierenden Hautwunden 101.
 Waldeyer 64. 657. 660.
 Walker, J. W. Th., Die Prostata und Prostatektomie 474.
 Walker, M., Lupus, Carcinoma und X-Strahlen 551.
 — 585.
 Walker, Th. 188. 524.
 Wallace, Eine anatomische Kritik des als totale Prostatektomie bekannten Verfahrens 474.
 Wallis 753.
 Walter, M., Antipyrin 115.
 Wanscher, Untersuchungen der bei der Lichtbehandlung des Lupus vulgaris hervorgerufenen histologischen Veränderungen 397.
 Wanser, Vorübergehende Lageveränderung des Hodens 471.
 Warton 353.
 Wasielewski, Über infektiöse Epithelerkrankungen und ihre Beziehungen zu den Epitheliomen 750.
 Wassermann 84. 288. 298.
 Wasserthal, Ein neues Aëro-Urethroskop 162. 463.
 — Ein Lufturethroskop 449.
 Wateff 497.
 Wathen, J. R., Radiotherapie 344.
 Watier, M., 115.
- Watrasszewski 175. 303. 621.
 Waugh, Ein Hauptgrundsatz bei der Behandlung von Hautkrankheiten 178.
 Weber, F. P., Ein Fall von tertiärer Lues 303.
 — Hautteleangiektasien und ihre Ätiologie. Vergleichung mit der Ätiologie der Hämorrhoiden und varikösen Venen 459.
 — Syringocystadenom maligne Syphilis 732.
 Wechselmann, Carcinom der Wange auf Lupus 147. 663. 664.
 — Folliculitis decalvans oder Folliculitis crustosa atrophicans 91.
 — Mann mit syphilitischem Primäraffekt an der Nasenscheidewand und zugehörigen Drüsen 147.
 — Über Lichen atrophicus und andere makulöse Atrophien der Haut 535.
 — Phlebitis der linken Vena cephalica 663.
 De Wecken 306.
 Wehmer, C., Der Aspergillus des Tokelan 363.
 Wehrle, Über Vioform 559.
 Weidenreich 211. 215. 218.
 Weigert, C. 134. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 210. 244.
 Weil, L., Über die Anwendungsweise des Mesotans 121.
 — 494.
 Weinlechner 200. 249.
 Weiss, E., Blennorrhöische Gelenkerkrankungen 484.
 Weiss, L., Pityriasis rosea. Ein erythematöser Ausschlag inneren Ursprungs 366.
 — Zur Pathologie und Therapie der akuten Blennorrhoe 777.
 — 758.
 *Weitlaner, Franz, Dermatotherapeutische und urologische Beobachtungen 574.
 Welander, Hereditäre Syphilis 267.
 — Roseola annularis 267.
 — Über das Rhinophym 668.
 — Über die Prinzipien für die Behandlung der venerischen Krankheiten 457.
 — Wie und wo sollen wir hereditär-syphilitische Kinder behandeln 610.
 — 79. 268. 533. 777.
 Welch 423. 424.
 Werlhof 184.
 Wertheim 482.
 Wesselsky 139.
 West 638.
 Westphal 703. 711. 716.
 Wettergren, Hydrocele funiculi bilobularis extra- et intraabdominalis 43.
 White, J. C., Über Hausmittel gegen Hautkrankheiten 406.
 — 751.
 Whitfield, A., Über die Bedeutung der Bakterien und anderer Faktoren in der Ätiologie von Hautkrankheiten 586.
 Whitehof, Xanthoma multiplex 669.

- Whittles, Ist „Craw-Craw“ bei uns eingeschleppt? 461.
- Widowitz 497.
- Wiener, J., Suprapubische Prostataktomie unter Stixoxydulanästhesie 771.
- Wildbolz, Über die Bildung von phosphorsäuren und kohlenäuren Konkrementen im Haut- und Unterhautgewebe 389.
- Über doppelseitige, cystenartige Erweiterung des vesikalen Ureterendes 29.
- 895.
- Wihtol 418.
- Wilkinson 492.
- Williams, Anna W., berichtet über Beobachtungen an zwei mit Variolavirus geimpften Affen 282.
- Wilson, E. 123. 417. 760.
- Wilson, W. R., Syphilitische Läsionen der Haut und des Knochensystems bei Neugeborenen 359.
- Windscheid 711.
- Ein nicht toxisches Jodpräparat 556.
- Wingrave, Über einen Fall von hartnäckiger, oberflächlicher Hyperämie bei einem 21jährigen Manne, welche durch Beseitigung von adenoiden Wucherungen geheilt wurde 182.
- Winkel 843.
- Winkler 583.
- Winternitz 523.
- Wisecup, Erfolg und Mißerfolg bei der Elektrolyse 177.
- Withington, Addisonische Krankheit mit und ohne Tuberkulose der Nebennieren 755.
- Witz 122.
- Wodtke, Die Technik der Impfung 571.
- Wolff, A. 515.
- Wolff, H., Über die Zuckerbestimmungsmethode von Behrendt 58.
- Wolff, W. 230.
- Wolfson 494.
- Wolters, M., Naevi syringoadenomatosi 227.
- 90. 667.
- Woolley, Pinta Paño Blanco 670.
- Woodburg, Ein Fall von Angina und Dysphagie; Erfolg anti-syphilitischer Therapie bei einem irrtümlich als Epithelioma aufgefaßten Krankheitsbilde 615.
- Wossidlo, H., Der gegenwärtige Standpunkt der Therapie der Blasen-tuberkulose 737.
- Woyer, Argentum colloidal (Itrol) 113.
- Wright 422.
- Wróblewski, W., Operative Entfernung einer mit primärem Schanker behafteten Tonsille 303.
- Wyss, O., Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr und Blasenentzündung der Milchtiere 362.
- Yema, Ein Fall von Bromoderma nodulocerosum 178.
- Yesoye und Yoshitomi, Zwei Fälle von Keratosis follicularis und Schuppenbildung 747.
- Yoshitomi und Yesoye, Zwei Fälle von Keratosis follicularis und Schuppenbildung 747.
- Young, H. H., Konservative perineale Prostataktomie 51.
- Über die konservative perineale Prostataktomie 395.
- Zander 695. 696. 699.
- Zarubin 686.
- Zeiss 665.
- Zeisler, Über die Stellung und den Einfluß der Amerikanischen, dermatologischen Gesellschaft 391.
- 519.
- Zeissl 68. 231. 421. 493. 607.
- Zenker 380.
- Zenoni, Bakteriologische und histopathologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra nodosa 172.
- Zenovsky 510.
- Ziehl 85. 289. 604.
- Zieler, K., Zur Färbung schwer färbbarer Bakterien (Rotzbakterien, Typhusbazillen, Gonokokken usw.) in Schnitten der Haut und anderer Organe 95.
- Ziembicki 619.
- Ziemssen 200.
- Zittmann 529.
- Zuckerkindl, Otto und A. v. Frisch, Allgemeine Symptomenlehre 675.
- Anatomie des Urogenitalsystems 675.
- Die Asepsis in der Urologie 675.
- Handbuch der Urologie 675.
- 50. 661. 689.
- Zweifel 70.









MAY 1 1996

41C 1608 ~~4116~~
347

